



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**INTERNAÇÃO DOMICILIÁRIA DE IDOSOS E AS IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS  
NAS AUTOGESTÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

**BRASÍLIA**  
**2013**

**INTERNAÇÃO DOMICILIÁRIA DE IDOSOS E AS IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS  
NAS AUTOGESTÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção de Título de Mestre em Bioética  
pelo Programa de Pós Graduação em Bioética da  
Universidade de Brasília.

Brasília  
2013

*Não sei... Se a vida é curta  
Ou longa demais pra nós,  
Mas sei que nada do que vivemos  
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser:  
Colo que acolhe,  
Braço que envolve,  
Palavra que conforta,  
Silêncio que respeita,  
Alegria que contagia,  
Lágrima que corre,  
Olhar que acaricia,  
Desejo que sacia,  
Amor que promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo,  
É o que dá sentido à vida.  
É o que faz com que ela  
Não seja nem curta,  
Nem longa demais,  
Mas que seja intensa,  
Verdadeira, pura... Enquanto dura.*

*Cora Coralina*

## RESUMO

Com a elevação da perspectiva de vida ao nascer e o envelhecimento da população brasileira, a Internação Domiciliária (ID), ressurgiu na modernidade para atendimento da conseqüente elevação da demanda de idosos que requerem cuidados prolongados. Juntamente com este reordenamento da assistência, advêm novos conflitos éticos no âmbito do domicílio. Este estudo foi realizado em um plano de saúde na modalidade de autogestão, a qual não tem finalidade lucrativa, e as pessoas beneficiárias são empregados ativos e aposentados de uma empresa. Os conflitos se dão de formas variadas, principalmente em relação à elegibilidade de idosos, ainda autônomos, os quais a família não apresenta possibilidades em realizar seus cuidados. A substituição dos cuidados familiares por cuidados profissionais torna os conflitos potencializados quando mesclados com questões sociais. O contexto destes conflitos permite pensar nos problemas interpessoais pela bioética clínica e na esfera da saúde pública por meio da bioética social. Este trabalho foi realizado por meio de estudo de caso exploratório, utilizando como procedimentos metodológicos a observação e entrevistas com os atores envolvidos (idoso, familiares, profissionais de saúde e gestores). Foram selecionados dois casos, o primeiro caso tendo o idoso com elegibilidade clínica para concessão de serviço de ID e o segundo caso de um idoso sem elegibilidade para tal serviço. Os resultados do estudo identificaram conflitos semelhantes nos dois casos, porém com intensidades diferentes em conformidade ao contexto. Pode-se especificar que os conflitos de maior intensidade são relativos a não elegibilidade clínica de idosos autônomos, conflitos relativos à anulação da autonomia do idoso pelos cuidadores familiares e profissionais, conflitos relativos à ausência de acolhimento do solicitante do serviço de ID junto ao plano de saúde, conflitos relativos à amplitude dos serviços oferecidos na ID que poderiam abarcar maior número de procedimentos de saúde realizados no domicílio, conflitos quanto a disponibilização de materiais e medicamentos que passam a ser utilizados pela família do idoso, conflitos relativos ao financiamento do serviço de ID pelo plano de saúde pelos altos custos, dentre outros. A análise dos resultados viabilizou por meio da identificação dos conflitos para possíveis vias para prevenção ou solução dos conflitos, como é próprio à ética aplicada, e indicar novos itinerários investigativos para futuras pesquisas de maior extensão.

**Palavras Chave:** Bioética, Internação Domiciliária, Envelhecimento, Saúde Pública.

## ABSTRACT

With the increase in life expectancy at birth and aging of the Brazilian population, the domiciliary hospitalization, resurfaces in modernity to serve the consequent increase in demand for seniors who require long term care. Along with this reordering of assistance, come new ethical conflicts within the household. This study was conducted in a health plan in the form of self-management, which is not for profit and the beneficiary people, are active and retired employees of a firm. Conflicts occur in various ways, especially regarding the eligibility of seniors, yet autonomous, which families has no possibilities to undertake their care. The replacement of family care by professional care exacerbate the conflicts allows to thinking the interpersonal problems by clinical bioethics and in the sphere of public health though social bioethics. This work was carried out through exploratory case study, using as instruments observation and interviews with the actors involved (elderly, family, health professionals and managers). We selected two cases, the first case having the elderly clinical eligibility for domiciliary hospitalization concession service and the second case, an elderly without eligibility for such service. The results of the stud identified similar conflicts in both cases, but with different intensities according to the context. You can specify that the most intense conflicts are related to non clinical eligibility for autonomous seniors, conflicts concerning the annulment of the autonomy of the elderly by family caregivers and professional conflicts concerning the absence of the host requesting the domiciliary hospitalization service with the plan health, conflicts regarding the breadth of services offered in the domiciliary hospitalization that could encompass a greater number of health procedures performed at home, conflicts about the availability of supplies and medicines that are being used by the family of the elderly, conflicts regarding the financing of domiciliary hospitalization service by the health plan because of high costs, among others. The results made possible through the identification of conflicts suggest possible ways for prevention or resolution of conflicts, as befits the applied ethics, and indicate new itineraries for future investigative research greatest extension.

**Keywords:** Bioethics, Domiciliary Hospitalization, aging, Public Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEMID	Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AVD	Atividades da Vida Diária
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EUA	Estados Unidos da América
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HSPEP	Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ID	Internação Domiciliária
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PID	Programa de Internação Domiciliar
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa de Saúde da Família
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SIS	Síntese dos Indicadores Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VNA	Visiting Nurses Association

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b>	08
<b>2. Justificativa</b>	11
<b>3. Objetivos</b>	
3.1. Objetivo Geral	12
3.2. Objetivos Específicos	12
<b>4. Revisão da Literatura</b>	
4.1 Atenção domiciliária à saúde do idoso	13
4.2 Os níveis de complexidade da atenção domiciliária e seus critérios de elegibilidade	15
4.3 A internação domiciliária no contexto de uma autogestão de saúde	17
4.4 Conflitos bioéticos nas internações domiciliares de idosos na autogestão	20
<b>5. Material e Métodos</b>	28
5.1 Procedimentos metodológicos	28
5.2 Considerações éticas	30
5.2.1 Atendimento às normativas nacionais	30
5.2.2 Análise crítica de riscos e benefícios	31
<b>6. Resultados e discussão</b>	<b>32</b>
6.1. Caso 1 – Observação e dados do dossiê de saúde do idoso com critérios clínicos de elegibilidade	33
6.1.1 Processo de solicitação da ID	35
6.1.2 Modificações do contexto domiciliar em torno da instalação da ID	41
6.1.3 Conflitos em torno da ID	46
6.2 Caso 2 – Observação e dados do dossiê de saúde do idoso sem critérios clínicos de elegibilidade – liminar judicial	51
6.2.1 Processo de solicitação da ID	54
6.2.2 Contexto em torno dos cuidados	62
6.2.3 Conflitos em torno da ID	66
<b>7. Conclusão</b>	72
<b>8. Referências</b>	76
<b>Apêndice A</b> – Questionários das entrevistas	84
<b>Apêndice B</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	89
<b>Apêndice C</b> – Entrevistas com os atores envolvidos	98
<b>Anexo I</b> – Tabela ABEMID	135
<b>Anexo II</b> – Aceite do comitê de ética e pesquisa – CEP – FS – UNB	138

## 1. INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa no Brasil vem ampliando a discussão da reorganização de serviços de saúde. Nos próximos 20 anos o número de idosos no Brasil deve atingir 13% da população brasileira, quando no início da década de 1990 representava 7,3% e de 2000, 8,6%, fenômeno relacionado à longevidade<sup>1</sup>.

Conforme informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD de 2003, 29,9% da população brasileira relata ter pelo menos uma doença crônica, no grupo dos idosos chega aos 75,5%<sup>2</sup>. Conforme as informações divulgadas na SIS – Síntese dos Indicadores Sociais de 2010, 64,1% dos idosos é a pessoa de referência no domicílio em que vivem, sendo que 77,4% deles afirmarem ter doenças, onde 32,5% não tinham cadastro no Programa de Saúde da Família nem Plano de Saúde<sup>3</sup>.

O envelhecimento não acontece repentinamente e há diferentes formas de envelhecer, onde algumas se direcionam além da dependência e podem ser caracterizadas por doenças e agravos que impõem graves limitações, fragilizando e vulnerabilizando o idoso<sup>4</sup>.

Apesar de numericamente significar pouco mais de 10% dos brasileiros, os idosos representam um terço dos gastos de saúde, com tendência de crescimento desses custos<sup>5</sup>. Os idosos utilizam mais os serviços hospitalares que os demais grupos etários, envolvendo maiores custos, implicando no tratamento de longa duração e de recuperação vagarosa<sup>6</sup>.

O estatuto do idoso regula os direitos de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. A garantia à saúde é expressa na Lei 10.741 de 2003, de forma contundente, registrando a obrigação da família, sociedade, da comunidade e do poder público. O estatuto do idoso prioriza a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária<sup>7</sup>.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI, instituída pela Portaria 2.528 de 2006 do Ministério da Saúde, integra a assistência domiciliária como uma das principais ferramentas no cuidado aos idosos. O próprio Estado através da PNSPI reconhece os avanços da legislação relativa aos cuidados com a população idosa, porém com uma prática insatisfatória<sup>8</sup>.



Assim, o crescimento da população idosa, requer um reordenamento dos serviços de saúde. A assistência domiciliária ressurgiu no mundo moderno, como alternativa de redução de custos e de satisfação dos entes de idosos que requerem cuidados. Tanto na assistência pública como na privada, vem sendo estruturados, programas que contemplam atendimento domiciliário a estes idosos.

A assistência no domicílio se apresenta de diversas formas, seja considerando a existência de idoso portador de disfunção, seja pela capacidade de financiamento deste serviço de saúde. Ela se realiza desde uma visita de um profissional de saúde até uma Internação Domiciliária (ID).

A demanda da ID existe tanto para os municípios que ainda não incluíram esta assistência pelo SUS como na assistência suplementar, representada pelos planos de saúde, que se apresentam receosos na disponibilização deste serviço, pela longa duração da assistência a ser dispensada ao idoso. Além dos conflitos relativos ao financiamento desta modalidade da assistência, temos ainda os conflitos sociais, onde antes, as famílias, cuidavam de seus idosos.

As formas cotidianas de vida na modernidade requerem todos os membros da família no mundo laboral fora do domicílio. A ausência do cuidador familiar no domicílio predispõe a ID como solução para os cuidados necessários, uma vez que esta modalidade contempla um profissional diuturnamente com o idoso. Na vivência da gestão em saúde, em um plano de saúde na modalidade de autogestão, onde inexistente a finalidade lucrativa, notam-se exacerbadas solicitações de ID, sem indicação terapêutica para disponibilização de um “hospital em casa”. É percebida a necessidade da família por um cuidador que acompanhe o idoso em seus dias. Estas situações remetem a conflitos éticos que inclui o idoso, sua família, o operacionalizador da ID e o financiador.

Os cuidados profissionais não substituem os familiares, mesmo quando anulada a autonomia do idoso. As questões sociais são certamente determinantes no processo saúde-doença, o ambiente convival do idoso é parte deste mundo social e terá expressão na sua qualidade de vida apontando para necessidade de considerações éticas quanto às definições de responsabilidades.

Temos na modernidade a ausência de tempo pela família no cuidado ao idoso que passa a representar um fardo. Por outro lado, os serviços público e privado de saúde, apresentam critérios de elegibilidade, para disponibilização de internações domiciliárias, baseados nos níveis de autonomia do idoso. O conflito ético se intensifica diante da não

aceitação familiar quando os critérios de elegibilidade não satisfazem suas necessidades de cuidadores para seus idosos, por meio da ID. Eticamente temos uma interface da bioética clínica com a bioética na saúde pública.

A bioética tem hoje vários campos de atuação, produzindo reflexões sobre as mais variadas práticas envolvendo as ciências da vida. Este trabalho toma dois destes campos de atuação: a bioética clínica que objetiva a identificação, análise e possíveis resoluções de problemas morais que surgem no cuidado individual do paciente<sup>9</sup> e a bioética social que envolve conflitos relacionados a situações de exclusão e iniquidade em saúde, onde sua aplicação à saúde coletiva abrange temas como políticas sanitárias, alocação de recursos da saúde, meio ambiente, saúde animal e saúde pública<sup>10</sup>. Na alocação de recursos, estabelecem-se prioridades, nas quais as internações domiciliárias vêm apresentando gastos crescentes com o envelhecimento da população em detrimento aos demais recursos em outros segmentos da saúde e de outras faixas etárias. A distribuição de recursos por faixas etárias se apresenta com equidade, com tendência utilitarista com o aumento das faixas etárias mais elevadas.

Enquanto ética aplicada, a bioética viabiliza perspectivas de entendimento dos conflitos, através de seu componente analítico e busca propor normas ou ações visando a prevenção ou solução dos conflitos identificados.

O presente trabalho constitui um estudo exploratório baseado em estudos de casos que tem como finalidade compreender os conflitos e problemas existentes entre a família do idoso e as empresas de planos de saúde em torno das indicações e tipo de serviços prestados na Internação Domiciliária e aqueles que surgem das relações estabelecidas entre os diversos atores envolvidos nos cuidados ao idoso. Também apontará necessidades de novas pesquisas que analisem os conflitos identificados em maior extensão.

## **2. JUSTIFICATIVA**

A pesquisa é motivada pela busca da compreensão dos conflitos éticos existentes nas internações domiciliárias como substituição dos cuidados familiares do idoso. São conflitos que passam a povoar situações persistentes quanto ao acesso de cuidados à saúde na assistência e que devem ser discutidos para busca de soluções. Outra motivação se refere à reduzida produção científica na bioética sobre uma questão ainda pouco explorada. Esta pesquisa é justificada pelos benefícios que pode trazer para os Programas de Internações Domiciliárias, uma vez que a identificação e análise de problemas e conflitos, a partir da visão das pessoas diretamente envolvidas, podem ajudar a planificar melhor esses serviços. Ter o entendimento dos possíveis conflitos pode auxiliar tanto pacientes e seus familiares, quanto profissionais e gestores de planos de saúde, contribuindo para solucionar ou prevenir a ocorrência dos problemas identificados.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Investigar, através de estudos de caso, conflitos éticos estabelecidos entre a geração de demandas para internação domiciliar de idoso e os critérios de elegibilidade da autogestão em saúde, bem como aqueles que decorrem das relações interpessoais em torno dos cuidados prestados ao idoso.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Compreensão dos conflitos instalados por meio da investigação dos discursos, tendo como base:

3.2.1 Análise das perspectivas dos conflitos na visão da família (cuidador familiar);

3.2.2 Análise das perspectivas do conflito na visão do idoso;

3.2.3 Análise das perspectivas do conflito na visão do cuidador profissional (técnico de enfermagem ou profissional capacitado formalmente para este serviço);

3.2.4 Análise das perspectivas do conflito na visão dos gestores das autogestões em saúde (gestor do plano de saúde que concede a internação domiciliar).

3.2.5 Análise dos resultados, confrontando as entrevistas com os critérios de elegibilidade, e protocolos de assistência domiciliar, com vistas na construção de soluções para amenizar os conflitos.

## 4. REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 ATENÇÃO DOMICILIÁRIA À SAÚDE DO IDOSO

O Boston Hospital, nos Estados Unidos em 1780, foi pioneiro na assistência domiciliária, cujos serviços foram formados por associação de enfermeiras visitadoras, fundada por mulheres, permanecendo o cunho filantrópico<sup>11</sup>.

Conforme Duarte e Diogo, em 1877, foi fundada a The New York City Mission, considerada a precursora do moderno sistema de *home care* americano. Em 1890 já existiam 21 VNA (Visiting Nurses Association) espalhadas pelos EUA. Hoje existem naquele país 18,5 mil serviços de atendimento domiciliário que englobam assistência médica, de enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia, serviço social e, ainda, serviços de laboratório e fornecimento de equipamentos apropriados<sup>12</sup>.

No Brasil a primeira atividade relacionada à assistência domiciliária tem como marco a criação do serviço de enfermeiras visitadoras no Rio de Janeiro em 1919, voltado às áreas de tisiologia e materno-infantil<sup>13</sup>.

Na década de 1960, com a valorização do âmbito familiar com espaço para atendimento de saúde, o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – HSPESP – implantou o programa pioneiro de assistência domiciliar 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<sup>14</sup>. A partir de então foram aparecendo novos serviços de atendimento domiciliar na saúde pública e privada em conformidade à demanda<sup>13</sup>.

Em 1998, por meio da Portaria Nº 2.416 o Ministério da Saúde incluiu na Tabela do SUS os procedimentos relacionados à ID, estabelecendo o credenciamento de hospitais para realizar a Internação Domiciliar, como política de desospitalização<sup>15</sup>. Instituiu-se assim o Programa de Internação Domiciliar – PID, pelo SUS, para os estados e municípios interessados em aderir à Política de Internação Domiciliar<sup>16</sup>.

Na atenção básica, temos a Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS nº 01/2001, editada pela portaria 95/2001 os procedimentos previstos aos profissionais do Programa de Saúde da Família para a Assistência Domiciliária<sup>17</sup>. Com a modificação da lei 8.080 pela lei 10.424/2002, que inclui assistência e internação domiciliar no Sistema Único

de Saúde – SUS com a finalidade de prevenção, terapêutica e reabilitação por meio de equipe multidisciplinar<sup>18</sup>.

Com a portaria MS 2.529 de 2006 é instituída a Internação Domiciliar no SUS<sup>19</sup>, revogando a Portaria 2.416 de 1998.

Somente em 2011 foi instituída a atenção domiciliar, pela portaria 2.029, a qual foi substituída dois meses após pela portaria 2.527, definindo assim a atenção domiciliar no âmbito do SUS. Na atenção domiciliar é proposta a assistência no domicílio em 3 níveis de complexidade através do Programa Melhor em Casa. Os níveis variam em conformidade ao estado clínico do paciente. O nível de menor complexidade é restrito a visitas da equipe de saúde da família e o de maior complexidade é operacionalizado por equipe de profissionais específicos além de disponibilização de equipamentos. O Programa Melhor em Casa é direcionado a pessoas acamadas e sua disponibilização pelo SUS é condicionada à existência de um cuidador familiar ou de uma outra pessoa que seja disponibilizada pela família<sup>20</sup>. Conforme informações do blog do Ministério da Saúde, entre abril e junho de 2012, o Programa Melhor em Casa, contava com 2.302 pacientes, destes, 64,4% eram idosos<sup>21</sup>. Estes programas visam à substituição dos cuidados realizados no hospital para serem realizados no domicílio do paciente.

Com a incorporação de tecnologia e globalização desenvolve-se e fortifica o modelo de atenção centrado no hospital, porém sem desconsiderar o gerenciamento da economia. Por outro lado, a migração da assistência tradicionalmente realizada em unidades de saúde para o âmbito domiciliar possibilita a perspectiva de viabilização da reordenação tecnoassistencial das redes de cuidados como orientação racionalizadora de custos<sup>22</sup>.

Por sua própria especificidade, a atenção domiciliária é materializada através de programas que organizam a forma da assistência à saúde. Portanto, os programas variam entre si pela complexidade, seja pela dimensão interdisciplinar da equipe de saúde e pela incorporação de tecnologia por meio dos insumos e equipamentos apropriados.

A atenção domiciliária tem forte perspectiva de promoção de bem estar, qualidade de vida ou da boa vida, a pessoas que por estarem enfermas, se encontram em momento de vulnerabilidade e, conseqüentemente, com autonomia comprometida.

Acredita-se serem os idosos os mais suscetíveis à elegibilidade das Internações Domiciliárias. As características dos idosos são específicas quanto à fisiologia, aspectos

psicológicos e sociais, decorrentes do processo natural do envelhecimento, que os tornam vulneráveis<sup>23</sup>.

## **4.2 OS NIVEIS DE COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO DOMICILIÁRIA E SEUS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE**

Com intuito de clarificar a terminologia, salienta-se que o termo domiciliar é pelo *sensu comum* mais utilizado, mesmo por profissionais que apresentam suas atividades laborais nesta área. O dicionário Priberam da Língua Portuguesa traz o termo “domiciliar” com o significado de dar ou fazer fixar domicílio, estabelecer seu domicílio. Adotamos neste estudo o termo “domiciliário”, ou seja, o que se faz no domicílio<sup>24</sup>.

Verificamos na literatura várias terminologias utilizadas nas ações de saúde no domicílio. Bellido esclarece que esta polissemia deriva das dificuldades de expressar claramente as características dessa modalidade assistencial, diferenciando das outras formas de assistência<sup>25</sup>.

Constata-se que as terminologias utilizadas na atenção domiciliária se apresentam diversificadas, porém relacionadas aos níveis de complexidade da assistência.

O Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, define a Atenção Domiciliar como termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas no domicílio e dela emanam seus segmentos conceituais:

1. Internação Domiciliária é a prestação de cuidados sistematizados de forma integral e contínua no domicílio, com supervisão e ação da equipe de saúde específica, personalizada, centrada na realidade do paciente, com a participação familiar e, conforme as necessidades, com utilização de equipamentos e materiais. Pontua-se ainda que, nessa modalidade, o paciente recebe cuidados e orientações, requerendo acompanhamento de uma equipe de saúde<sup>26</sup>. Tavolari define a ID como um cuidado intensivo e multiprofissional em casa. Envolve as ações de saúde que requerem o deslocamento de parte da estrutura hospitalar ao domicílio de doentes com complexidade moderada ou alta. Para tornar o entendimento mais fácil, pode-se comparar esta modalidade de assistência ao “hospital em casa”<sup>27</sup>.

No sistema público de saúde a ID é definida como “cuidado no domicílio de pacientes, com problemas agudos ou egressos de hospitalização, que exijam uma atenção

mais intensa, mas que possam ser mantidos em casa, desde que disponham de equipamentos, medicamentos e acompanhamento diário pela equipe da Unidade Básica de Saúde – UBS e a família assuma parcela dos cuidados. Este atendimento não substitui a internação hospitalar”<sup>28</sup>.

2. Assistência Domiciliar é definida como conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas, continuadas e desenvolvidas no domicílio<sup>19</sup>.

3. Atendimento Domiciliar compreende as atividades assistenciais da equipe interdisciplinar de saúde, as quais são substituídas pelos cuidados do núcleo familiar<sup>14</sup>. Temos como núcleo familiar, aqueles que compartilham laços parentais ou a mesma moradia, que podem assumir papel de cuidador ou na contratação de um<sup>29</sup>. Os serviços de atendimento domiciliar, também são denominados de *Home Care*, terminologia americana que significa “cuidado no lar” que inclui as diversas modalidades de atendimento no domicílio<sup>30</sup>.

4. Visita Domiciliária constitui uma atividade de assistência à saúde exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade. Seu objetivo é contribuir para a efetivação das premissas de promoção de saúde definidas pela Organização Mundial da Saúde, e adotadas também, pelo Sistema Único de Saúde no Brasil<sup>31</sup>.

Segundo Barros, os critérios para elegibilidade para ID são três: circunstância individual do enfermo, condições ambientais e característica do grupo familiar<sup>32</sup>.

Os critérios apresentam-se subjetivos, uma vez que as combinações de fatores traduzem a possibilidade de eleição. Para melhor avaliação da elegibilidade foram criados mecanismos de pontuação, que retratam por faixas o nível de complexidade dos cuidados necessários.

Segundo Dal Ben e Gaidiznski, a mais comumente utilizada é a tabela de avaliação de complexidade assistencial da Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar – ABEMID. A referida tabela (vide anexo I) possibilita pontuação (*score*) na qual classifica o grau de complexidade e conseqüente elegibilidade para ID<sup>33</sup>. Por este *score*, as ID podem ser classificadas nos níveis de baixa, média ou alta complexidade. Os níveis diferenciam-se pela crescente necessidade de profissionais, insumos e tecnologia no domicílio.

A utilização de formulários para pontuações com finalidade de verificação do grau de complexidade necessária em determinada ID, seria simplista considerando as variações



que podem estar presentes em cada indivíduo. Sendo assim, o *score* objetiva o contexto que, naturalmente é subjetivo.

O fator preponderante ligado ao usuário consiste no comprometimento da deambulação, portanto, geralmente relacionada aos idosos portadores de doenças crônicas, com alguma perda da capacidade funcional, ou seja, da autonomia.

No Brasil, tem se utilizado a terminologia de modo errôneo, sendo a ID denominada de *home care*.

### **4.3 A INTERNAÇÃO DOMICILIÁRIA NO CONTEXTO DE UMA AUTOGESTÃO DE SAÚDE**

A saúde suplementar no Brasil é predominantemente relacionada ao mundo do trabalho, onde a adesão aos planos de saúde advém da acessibilidade proporcionada na relação patronal. Conforme a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, são 47,9 milhões de usuários de planos de assistência médica no Brasil<sup>34</sup>.

A ANS, em sua Resolução de Diretoria Colegiada – RDC, N° 039/2000, define que as operadoras de Saúde são empresas que comercializam os planos de saúde e são classificadas nas modalidades de medicina e odontologia de grupo, seguradoras de saúde e administradoras que apresentam finalidade lucrativa e as cooperativas médicas e odontológicas, filantrópicas e as autogestões em saúde que não apresentam finalidade lucrativa<sup>35</sup>.

A ANS define a autogestão como entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde de seus empregados<sup>36</sup>. Malta e Jorge clarificam que as autogestões são entidades fechadas, constituídas por pessoas com vínculo laboral estável, predominantemente servidores públicos, conseqüentemente com uma carteira de beneficiária envelhecida e de baixa fecundidade. Esclarece ainda, que as autogestões em seu organograma são representadas pelo conselho de beneficiários, a fim de garantir a qualidade na assistência à saúde, e a distribuição dos recursos<sup>37</sup>. Portanto, as operadoras de autogestão em saúde, apresentam objetivos distintos da lógica capitalista do mercado, não visando lucro, uma vez que sua arrecadação é utilizada no custeio da saúde de seus beneficiários.

Esta característica não mercadológica das autogestões, conseqüentemente a distingue das operadoras de medicina de grupo, que no processo decisório da concessão da assistência domiciliária, têm como meta a redução de custos para garantia do lucro.

As operadoras de saúde comercializam seus produtos, que são os planos de saúde. Os planos de saúde apresentam formatações distintas, por isto da diferença de valores para sua contratação. A variação dos preços dos planos de saúde é baseada em conformidade a cobertura, abrangência geográfica, tipo de acomodação nas internações hospitalares, dentre outros critérios que variam o valor do plano. Porém independente do plano comercializado, todos deverão conter a cobertura mínima, divulgada periodicamente pela ANS.

Os planos disponibilizados na autogestão estudada se apresentam segmentados, ou seja, com valores diferenciados conforme sua cobertura, desde planos que oferecem internações hospitalares somente com acomodação em enfermaria, planos que cobrem internações na acomodação em apartamento e os de valores mais elevados que incluem programas de assistência domiciliária. Nos planos que oferecem acomodação em enfermaria concentram-se a população mais jovem e ao extremo, aquele que oferece internação hospitalar em apartamento e programas de assistência domiciliária, se concentra a população envelhecida.

A gestão de uma operadora da saúde na modalidade de autogestão pode ser operacionalizada pelo recurso humano da própria empresa, ou através de uma pessoa jurídica constituída à parte, onde são contratados os gestores e equipe técnica para sua operacionalização. Em ambas as formas de se constituir o corpo diretivo de uma autogestão em saúde, inclui-se a participação dos beneficiários nos conselhos, o que dá mais transparência à gestão da operadora<sup>38</sup>.

A Resolução Normativa Nº 211/2010 e 262/2012 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que atualiza o rol dos procedimentos e serviços cobertos pelos planos de saúde privados, esclarece que a ID não é de cobertura obrigatória, porém, se a operadora a disponibilizar, deverá ser em caráter substitutivo à internação hospitalar<sup>39</sup>. Portanto, quando um plano de saúde disponibilizar o serviço de ID, deverá ser realizado contemplando todos os itens que teria uma internação hospitalar, ou seja, honorários de profissionais de saúde, materiais, medicamentos, equipamentos e gases.

A ID no SUS ainda está em processo de implementação e na saúde suplementar apresenta-se com a obrigatoriedade de reproduzir uma internação hospitalar. A demanda

por parte de família de idosos que requerem cuidados por meio de ID vem motivando a judicialização na saúde suplementar.

Tem sido crescente a judicialização da saúde no Brasil que se apresentam efeitos negativos na governabilidade e gestão das políticas e ações de saúde<sup>40</sup>.

A judicialização na saúde suplementar cresce no sentido da disponibilização pelos planos de saúde de ID para idosos, que até então necessitavam de cuidados de responsabilidade familiar. Assim iniciam-se os conflitos, da necessidade social demandada pela família dos serviços de ID para cuidar de idosos autônomos, uma vez que mesmos são clinicamente estáveis, porém, requerem cuidados especiais.

As autogestões apresentam conselho deliberativo, que são representados por beneficiários, que representam os demais. Os programas assistenciais são analisados por estes representantes (conselheiros), desde sua finalidade, elegibilidade e orçamento. O viés apresentado na concessão de procedimentos e serviços de saúde, gerados pela judicialização, promove uma desigualdade nos gastos e consumo de saúde, privilegiando desigualmente a comunidade mantenedora e arriscando a sustentabilidade do plano de saúde. A judicialização vem em sua maioria, buscar serviços, medicamentos e procedimentos de saúde que ainda não apresentam indicação clínica certificada. A judicialização cresce constantemente, juntamente com os custos da assistência, fato este comum no SUS e na saúde suplementar. O maior gasto em saúde, seja no público ou privado, é relativo a materiais e equipamentos, dois itens relacionados a tecnologia que a cada dia se desenvolve e se torna necessária, porém com uma acessibilidade questionável em relação ao custo-benefício.

Os custos dos planos de saúde são elevados com a judicialização. No caso do SUS, para cumprimento do princípio da integralidade do atendimento, no caso da assistência privada à saúde, para beneficiar a parte mais fraca da relação. Têm-se muitas decisões judiciais desrespeitando contratos, regulação, e às vezes, a própria lei. A elevação destes custos deverá ser suportada pelas empresas de planos de saúde e em consequência pelos beneficiários dos planos de saúde<sup>41</sup>.

A disponibilização de ID, neste contexto, altera a distribuição de recursos, que no âmbito das autogestões, desequilibra a equidade das demais demandas de saúde dos contribuintes do plano, como também anula a autonomia do idoso, uma vez que a solicitação da ID pela família ocorre sem sua participação.

#### 4.4 CONFLITOS BIOÉTICOS NAS INTERNAÇÕES DOMICILIÁRIAS DE IDOSOS NA AUTOGESTÃO

A perspectiva bioética, neste trabalho, caminha em duas direções: a bioética clínica relacionada ao processo de envelhecimento e conseqüente necessidade de cuidados do idoso e a bioética social, pelas questões coletivas, relativas ao envelhecimento, relacionadas à saúde pública.

As diversas conceituações da bioética clínica, observadas na literatura, relacionam a assistência à saúde a questões relacionadas à humanização, ao avanço tecnológico na saúde e maior respeito à autonomia do paciente.

Segundo Lorenzo, a bioética clínica vai além da ética deontológica e do paternalismo tradicional, motivadas pelas novas tecnologias relacionadas à vida e pela evolução da sociedade<sup>42</sup>. Conforme Urban, a bioética clínica estuda conflitos relacionados desde o início e ao final da vida, no âmbito da saúde<sup>43</sup>.

O processo de envelhecimento populacional vem ocorrendo em diversos países do mundo, promovendo a necessidade de ampliar a atenção à saúde do idoso, ressurgindo assim os cuidados domiciliários. Atualmente a assistência domiciliária, se dá de modo diferente de sua prática no passado. A ID é acompanhada de tecnologias leves, ou seja, que considera o relacionamento entre os profissionais de saúde e o paciente, o acolhimento, a autonomização e a gestão<sup>44</sup>.

A elevação dos custos pela incorporação de tecnologia, a variedade de profissionais das ciências da saúde na reabilitação de idosos enfermos e a prática de assistência à saúde no ambiente do domicílio, potencializam o desenvolvimento de conflitos que permeiam a bioética clínica.

Os idosos em cuidados domiciliares podem tornar-se vulneráveis, não só pelas suas condições clínicas, por serem portadores de doenças crônicas. Por vários outros motivos, idosos em ID, podem apresentar em situação de anulação de autonomia. O comprometimento da autonomia pode decorrer de várias formas, seja pela infantilização do idoso, abandono, rejeição, violência, núcleos familiares disfuncionais até pelo não atendimento às suas escolhas relativas aos seus cuidados de saúde, como nas negociações de horários para as terapias medicamentosas e nos tratamentos seriados.

A manipulação de seu corpo, mesmo que para higienização, pela própria situação de dependência, gera redução de sua estima e, antagonicamente, o mesmo pode acontecer pela falta de carinho e ausência de contato físico com pessoas amadas.

A bioética clínica, neste contexto, por meio da reflexão da equipe multiprofissional de saúde que assistem ao idoso, pode prevenir e amenizar os conflitos, com vistas à garantia de sua autonomia.

O sofrimento pelas patologias que requeiram cuidados prolongados, não é vivenciado somente por idosos, mas também por suas famílias, e isto dentro de uma coletividade, torna-se um problema de saúde pública.

Em outro campo de atuação da bioética, a bioética social, apresenta uma visão sistêmica com base na equidade e na justiça social, que busca garantir os direitos básicos, como acesso aos cuidados e a assistência à saúde com qualidade, com vistas a uma vida digna, respeitando as especificidades em nosso mundo como a pluralidade e diversidade<sup>45</sup>.

A bioética social procura, por meio da contextualização do caso, a solução de conflitos, porém considerando a situação social e econômica dos envolvidos, se referenciando nos direitos humanos<sup>46</sup>. Pode-se inferir que foi através da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que reafirmou o campo de atuação da bioética social, onde a responsabilidade social e de saúde<sup>47</sup>, são tratadas irmãmente, contemplando assim, a realidade dos países periféricos.

Torna-se necessário ir além da ética clínica, indo à bioética social que abarca a ética das políticas de saúde, da gestão, distribuição de recursos e condições de trabalho dos profissionais de saúde<sup>48</sup>. Após a década de 70, com os gastos crescentes na saúde, torna-se preciso a racionalização dos recursos por meio de estabelecimento de critérios a fim de priorizar as ofertas de serviços de saúde em relação ao seu público alvo<sup>49</sup>.

Na saúde suplementar a distribuição do recurso da saúde é operacionalizada em segmentos, onde aquele que envolve os cuidados com idosos assume um critério exclusivamente clínico, uma vez que eles são por meio de políticas de atenção domiciliária, em que a adoção de cuidados aos idosos, por critérios sociais, poderia ascender os custos de modo se tornar inviável. No entanto, torna-se difícil dissociar as questões clínicas das questões sociais, considerando a existência concreta desta demanda de cuidados com os idosos, que passa a ser incluída numa demanda de saúde.

Conforme Fortes, quando da escassez de disponibilidade de recursos na saúde resulta a obrigatoriedade em realizar escolhas, desencadeiam-se a partir daí uma questão

ética, de como priorizar ou racionar os serviços e quem vai viver ou morrer. Na gestão em saúde, a análise do custo-benefício poderia priorizar as questões coletivas sobre as individuais, partindo do princípio da utilidade social. O princípio utilitarista tornar-se-ia soberano, tendo em vista a população de baixa renda, a qual constitui grande parcela da população brasileira, porém o que não se realizaria, para demandas de saúde que são de baixa frequência, como os transplantes, que possuem custos elevados, para uma reduzida parcela de usuários do sistema de saúde<sup>49</sup>.

São variadas as questões bioéticas que perpassam a questão do idoso neste estudo, por se tratar do envelhecimento e das enfermidades relacionadas. A abordagem deste trabalho traz conflitos bioéticos relacionados aos idosos e atores envolvidos nos seus cuidados no seu espaço de vivência.

O envelhecimento e os conflitos gerados no cuidado de idosos são situações que se consideram cotidianas no sistema de saúde brasileiro o que nos permite, conforme Garrafa, considerá-la uma questão persistente<sup>50</sup>.

O idoso normalmente requer cuidados, mesmo em condição clínica estável. Inerente ao processo de envelhecimento, o idoso torna-se vulnerável, pelos riscos iminentes de perda da estabilidade de sua saúde, requerendo cuidados preventivos para manutenção de sua condição de autônomo. A vulnerabilidade, independente da questão social ou individual, integra o contexto de vida do idoso, requerendo atenção à saúde e atenção social, seja pela família, seja pelo estado.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, registra que “a vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada”<sup>47</sup>.

Ressurgindo na modernidade, a ID atende de forma satisfatória o tratamento de pessoas que requeiram cuidados de saúde por longo período. Sendo a ID uma forma humanizada, diferente daquelas existentes nas unidades de saúde, caminha ao encontro da gradual elevação do número de idosos, enfermos e necessitados de cuidados de saúde.

O envelhecimento populacional, mesmo acontecendo de forma acelerada no Brasil, é uma questão mundial. O Conselho Presidencial de Bioética norte americano trata por meio relatório Taking Care - ethical caregiving in our aging society, as questões éticas no cuidados com a população envelhecida quanto as questões relacionadas as doenças

crônicas e contextos sociais da população quanto a necessidade de cuidadores para estes idosos. O relatório ainda trata da questão da manutenção da liberdade de escolhas do idoso enfermo, que ele teria em condições de saúde<sup>51</sup>.

A ID que apresenta indicação clínica de elegibilidade atende as necessidades de famílias para cuidados de saúde de idosos que requerem tratamento e reabilitação.

Os conflitos bioéticos na ID existem em situações onde o idoso apresenta elegibilidade para utilização deste serviço de saúde e passam a ser potencializados, nos casos de idosos, em estabilidade clínica, que requerem cuidados preventivos, que por vários motivos, não podem ser dispensados por seu núcleo familiar.

Nas internações domiciliárias onde inexistente a indicação clínica surgem os conflitos relativos à elegibilidade e conseqüente recusa pelos planos de saúde na disponibilização dos serviços solicitados pela família. Outras situações conflituosas serão presentes envolvendo o idoso, a família, os cuidadores e o provedor dos serviços, para chegar a um processo decisório<sup>52</sup>.

O almejo da ID para idoso é determinado pelo grupo familiar e perpassa a própria contemporaneidade. O aumento da expectativa de vida, a mulher no mercado de trabalho como provedora das despesas cotidianas e a ausência de pessoas no domicílio disponíveis para cuidar de um ente, faz necessário de um cuidador profissional para o idoso. O posicionamento da família neste contexto potencializa a subjetividade, com risco de desatenção ao idoso, tornando-o alheio aos processos decisórios e comprometendo sua autonomia.

Os conflitos existentes na perspectiva do idoso relacionam com o princípio da autonomia. O comprometimento da autonomia do idoso advém da necessidade de cuidados de outrem, podendo expô-lo a situações de risco de violência intrafamiliar, uma pesquisa realizada na Inglaterra, com amostra em diversos países, demonstra que existe a elevada violência contra idosos das mais diversas formas, desde a física, moral e financeira<sup>53</sup>.

Considerando a condição clínica, a perda da deambulação é uma das questões que configuram a perda da autonomia, uma vez que gera a dependência que um idoso passa a ter, de outras pessoas nos seus cuidados diários. A perda de mobilidade é uma das mais frequentes disfunções ocorridas no processo do envelhecimento, seja pelo envelhecimento em si ou ocasionada como seqüela de doenças crônicas. Não é apenas a perda da mobilidade que configura a perda da autonomia, mas o próprio contexto de decisão sobre si. Existe a tendência de associar a perda da mobilidade com a perda total da autonomia.

Porém a autonomia é a capacidade de tomar decisões, autogoverno e administrar a vida de acordo com valores próprios<sup>54</sup>.

Na perspectiva médica, temos aqui a autonomia sendo tratada como conceito e como princípio, tornando muito comum esta confusão semântica, por apresentarem proximidades em seu significado. Porém, quando tratamos do princípio da autonomia, referimos ao requisito moral do respeito a autonomia dos outros<sup>55</sup>.

Considerando o ato de decisão de um idoso sob a forma de como deseja seus cuidados. Neste contexto, se faz necessário, identificar a escolha autônoma, que se refere ao ato de governar, porém, efetivamente<sup>56</sup>.

O grau de dependência do idoso é muito variável, onde numa situação de grande dependência, o que nos instiga, é como garantir o respeito à individualidade e autonomia. É uma preocupação das pessoas idosas manterem-se autônomas e independentes<sup>57</sup>.

O envelhecimento passou a ser um fardo não só para família, mas para a própria pessoa quando percebe as alterações na sua capacidade física e cognitiva. Uma vitória de conseguirmos viver mais, mas ainda sem instaurar a qualidade de vida merecida.

Dentro de uma população é possível identificar várias situações e contextos, e torna-se comum, composições familiares complexas onde os pais apresentam-se em seu segundo casamento compartilhando a mesma casa com seus filhos e enteados. Quando analisarmos a realidade das relações familiares em seus domicílios, não se pode ignorar que as questões sociais e as novas famílias formadas apresentem conflitos naturais que podem ser fortemente potencializados quando se requer que estes viventes do mesmo espaço tenham que cuidar do outro.

Por outro lado, o processo de envelhecimento populacional, potencializado pela redução da fecundidade torna-se comum núcleos familiares restritos. Nestas modernas e pequenas famílias ainda permanece a responsabilidade dos pais nos cuidados dos filhos. Hoje temos que oportunizar o olhar nos cuidados dos filhos adultos para com seus pais idosos.

Cotidianidade interfere de forma intensa quanto à disponibilidade de um cuidar do outro, inviabilizando, aqueles que têm filhos, de serem retribuídos com cuidados em sua velhice. A tarefa de cuidar não é simples, torna-se desgastante fisicamente e até onerosa quando se deseja oferecer aos genitores, tudo aquilo que merecem e que de certa forma poder-se-ia retribuir em seu processo de envelhecimento e adoecimento.



O ato de cuidar é voluntário e complexo e apresenta sentimentos variados e distintos, muitas vezes contraditórios. O estresse, a culpa, a raiva, irritação, angústia, medo, confusão, tristeza. São sentimentos existentes entre o cuidador e o idoso, que podem culminar na violência contra o idoso e o adoecimento do cuidador. A ausência de serviços para atender os idosos e sua família, recai sobre a necessidade da institucionalização, ou seja, passar seus cuidados para unidades de saúde<sup>58</sup>.

A tarefa do cuidador familiar muitas vezes soma-se a outras atividades diárias, sobrecarregando-o e predispondo ao cansaço físico, depressão, abandono do trabalho e alterações da vida conjugal e familiar<sup>59</sup>. O idoso requer atenção, a sensação de companhia se torna terapêutica. A solidão e o isolamento podem causar a desesperança, requerendo do cuidador, uma atenção redobrada para com idoso<sup>60</sup>.

Temos ainda a considerar que no envolvimento emocional do cuidador familiar com o idoso, o mesmo pode superar suas deficiências técnicas, porém pode colaborar para sobrecarga física e emocional<sup>61</sup>.

Normalmente quando surge o momento de se cuidar do outro no domicílio, observamos na literatura que o cuidador familiar é frequentemente do sexo feminino e geralmente sendo a esposa ou filha do idoso<sup>62</sup>. Além da questão relacionada a gênero, temos ainda a predominância de idosos, como cuidadores, ou seja, idosos cuidando de idosos<sup>63</sup>.

Os contextos se apresentam complexos e variados, e mesmo quando se tem relações familiares onde o desgaste de cuidar da pessoa amada se torna um fardo, temos por outro lado, as relações conflituosas de entes que no relacionamento intrafamiliar não cultivou os valores essenciais existentes normalmente entre parentes. Temos, assim, pessoas idosas, doentes, acamadas, dependentes, que durante sua vida, não geraram relações familiares de respeito e compaixão. Cuidar do não-amado, torna-se ainda mais conflituoso, com possibilidades de desafetos, violência e até maleficência.

A autonomia, aqui, normalmente é desconsiderada. Torna-se comum o cuidador familiar resolver a melhor maneira de cuidar do idoso, conforme suas possibilidades e aquilo que julga melhor, por questões paternalistas ou até de comodidade, procurando cuidados que não o absorvam tanto.

O binômio autonomia e paternalismo, conforme Segre e Cohen oscilam entre dois extremos. Onde existir maior simetria nas relações, tem-se maior autonomia e quanto maior a assimetria tem-se mais fortemente o paternalismo. Assumir a condição paternalista

sempre se fundamenta na beneficência e não maleficência. A ação paternalista deve se dirigir ao benefício do sujeito e não para si<sup>64</sup>. O que pode em vários contextos serem utilizadas para justificar ações daquele que anula a autonomia de outrem.

A própria modernidade, traduzida pela ausência de cuidador associada às atribuições laborais dos familiares, potencializa a transferência dos cuidados do idoso a terceiros. O cuidador profissional, geralmente é técnico de enfermagem, ou realizou curso específico para desenvolver esta função. Os cuidadores formais prestam serviços de forma direta à família que o contrata, ou é empregado em empresas de assistência domiciliar. Atualmente é comum no mercado de saúde, cooperativas de cuidadores que prestam serviços.

Os conflitos morais existem para a equipe que assiste o paciente e que relacionam com os custos da assistência, além de problemas relativos à comunicação do diagnóstico e prognóstico ao paciente e a confidencialidade das informações<sup>65</sup>.

O cuidador profissional, é o que passa mais tempo junto ao idoso e que de certa forma, lida com conflitos no seu relacionamento com ele, a família e os demais membros da equipe de saúde.

Neste caso específico, que se apresenta em uma operadora de autogestão, como descrito anteriormente, não tem finalidade lucrativa, são pessoas que trabalham em uma mesma empresa e resolveram criar para si, uma operadora de saúde, que disponibiliza planos de saúde para suas necessidades. As autogestões apresentam conselho deliberativo, que são representados por beneficiários, que representam os demais.

Os programas assistenciais são analisados por estes representantes (conselheiros), desde sua finalidade, elegibilidade e orçamento. Como toda esta população mantém um plano de saúde, sem fim lucrativo, as mensalidades são de menor valor e maior cobertura assistencial quando comparado àqueles planos com finalidade do lucro.

O conflito aqui estabelecido se concentra na questão das solicitações de ID onde o beneficiário do plano, não apresenta elegibilidade, por apresentar condições clínicas estáveis. Na autogestão estudada, temos 60% de liminares judiciais advindo de negativas de ID. As negativas são relacionadas a idosos que não requerem uma estrutura hospitalar de uma ID, para seus cuidados. Entretanto, os familiares recorrem a liminar para o almejo da ID, afim de terem acesso de cuidadores profissionais diariamente.

O viés apresentado na concessão de procedimentos e serviços de saúde, gerados pela judicialização, promove uma desigualdade nos gastos e consumo de saúde,

privilegiando desigualmente a comunidade mantenedora e arriscando a sustentabilidade do plano de saúde.

Conforme Fortes, a bioética, a partir da década de 1980, vem enfocando problemas que envolvem o coletivo. Quando analisamos a questão orçamentária no custeio à saúde de um grupo de pessoas, se prevê a questão da distribuição de recursos escassos<sup>10</sup>.

Beauchamp e Childress afirmam que uma situação de justiça se apresenta quando uma determinada pessoa recebe os benefícios ou encargos devidos a ela<sup>56</sup>.

Na perspectiva do estudo de dois casos, sendo o primeiro relativo a ID de idoso concedido por meio de critério clínico de elegibilidade e o outro concedido à idoso por meio de liminar por não contemplar os critérios clínicos, viabiliza a identificação de conflitos existentes nas ID. A análise trata os conflitos na esfera individual, no campo da bioética clínica, e na esfera coletiva, no campo da bioética social. Na esfera da bioética clínica, o estudo exploratório poderá identificar os conflitos interpessoais, principalmente aqueles advindos da elegibilidade aos serviços de ID, bem como aqueles advindos entre o relacionamento dos atores envolvidos. Na esfera da bioética social, a identificação dos conflitos na esfera coletiva, possivelmente advém da necessidade de ampliar os cuidados a idosos por meio das políticas de atenção domiciliar abarcando, assim, o planejamento e gestão em saúde.

O estudo exploratório apontará caminhos para solução dos conflitos identificados, bem como a exposição de pontos, para pesquisas de maior extensão.

## 5. MATERIAL E MÉTODOS

É um estudo qualitativo de caso, baseado em dois procedimentos: 1) Observação não estruturada no domicílio dos idosos e dados do dossiê de sua história clínica; e 2) Entrevistas semi-estruturadas.

A pesquisa buscou por meio de estudo de caso identificar conflitos existentes na internação domiciliária (ID) de idosos que são beneficiários de um plano de saúde na modalidade de autogestão. Foram selecionados dois casos, sendo que o primeiro foi concedido a ID ao beneficiário pelo plano de saúde por contemplar os critérios clínicos de elegibilidade e o segundo caso foi concedido a ID pelo plano de saúde, para cumprimento de liminar judicial pelo não atendimento aos critérios clínicos de elegibilidade do beneficiário. O estudo de caso viabilizará o entendimento de como poderão ser conduzida as internações domiciliárias, em demanda crescente no Brasil pelo seu envelhecimento populacional. O estudo de caso permite ao pesquisador reter, em uma visão sistêmica, os eventos da vida real<sup>66</sup>. Deste modo poderemos conhecer e contribuir para uma assistência domiciliar com menos conflitos e maior efetividade.

Os casos foram selecionados através de informações obtidas de profissionais que prestam serviços para planos de saúde. O pesquisador não representa nenhuma empresa de Internação Domiciliária (*home care*), nem qualquer plano de saúde.

### 5.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Segundo Gil, a observação é um dos instrumentos mais utilizados em ciências sociais, pela precisão neste tipo de estudo, permitindo observar algo que acontece ou aconteceu<sup>67</sup>. A observação direta, não estruturada, foi realizada no momento das entrevistas, no domicílio do idoso, onde estava instalada a ID, viabilizando assim o conhecimento da realidade de onde ocorrem os fatos permitindo relacionar com os dados do dossiê clínico do idoso. Na observação os resultados foram descritos por meio da avaliação: 1) documental dos dados do dossiê da elegibilidade; 2) espaço físico de vivência do idoso; 3) os convivas e suas relações; 4) as impressões das relações entre os atores envolvidos.

Em nosso trabalho realizamos a análise qualitativa dos discursos, permitindo o estudo hermenêutico clássico do material textual.

As categorias são obtidas a partir de modelos teóricos e podem ser levadas ao material empírico embora seja reiteradamente avaliada em contraposição a este material, e se necessário podem ser modificadas<sup>68</sup>. As modificações realizadas consistem na descrição das categorias como núcleos de informações viabilizando, uma forma clássica de análise, previamente estabelecida, centralizada no assunto estudado.

As entrevistas foram semi-estruturadas com 4 atores envolvidos de cada caso de internação domiciliária:

1 - O idoso sob cuidado, desde que detenha grau de autonomia e condição de saúde que permita sua participação na entrevista e esteja há mais de duas semanas sob ID (critérios de inclusão). Serão excluídos os que não cumpram essas exigências, ou que tenham deficiências auditivas ou de verbalização que impeçam a entrevista.

2 - O cuidador profissional (técnico de enfermagem) da empresa prestadora de serviços de ID que esteja cuidando do idoso há mais de duas semanas;

3 - O cuidador familiar (ente que acompanha de forma mais próximo a ID do idoso).

4 - O gestor do plano de saúde responsável pela análise dos critérios de elegibilidade clínica que concedeu ou negou a ID.

A pesquisa é composta, portanto de um total de 8 informantes chaves.

As entrevistas foram gravadas, com utilização prévia dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e em concordância à Resolução 196/96 do CNS – Conselho Nacional de Saúde.

Os roteiros de entrevistas foram elaborados visando contemplar categorias ou núcleos de informações, relativas aos critérios de elegibilidade do idoso na concessão da ID, contexto familiar e conflitos em torno da ID.

A análise das entrevistas foi realizada por meio da descrição das categorias previamente estabelecidas, de modo a oferecer profundidade ao assunto pesquisado.

Os atores envolvidos nas entrevistas deste caso serão designados pela sua representatividade acrescentando numeral 1 (um), exceto os gestores, que serão nominados com 1 e 2 viabilizando assim a distinção entre eles. O gênero dos atores foram preservados, uma vez que isto não expõe a identidade dos mesmos.

As entrevistas, neste caso, foram realizadas na seguinte ordem: com o idoso 1, a cuidadora familiar 1, a cuidadora profissional 1.

Nesta pesquisa, as entrevistas com os gestores foram as últimas a serem realizadas, pelo fato de ambos gerenciarem tanto o caso 1 como o caso 2. Portanto, as entrevistas com os gestores 1 e 2 foram trabalhadas em ambos os casos.

## **5.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Nesta pesquisa foram realizados estudos prévios dos conflitos que possam existir em torno de relações entre os atores envolvidos: o idoso, a família do idoso, o plano de saúde e a empresa que operacionaliza a ID. Sendo assim, consideramos a confidencialidade e o sigilo os elementos centrais para a minimização de desconfortos e riscos. Adotamos aqui, a terminologia defendida por Schuklenk, onde substituímos o “sujeito de pesquisa” por “participante da pesquisa” por entender o papel ativo destes no processo de construção do conhecimento<sup>69</sup>.

Além do atendimento aos imperativos éticos formais para condução de pesquisa com seres humanos, estamos cientes que adentraremos nos espaços de um lar, onde poderemos ter acesso a outras informações sobre o idoso e sua família, que não dizem necessariamente respeito aos objetivos da presente pesquisa. O compromisso de confidencialidade e sigilo extrapola, portanto, as exigências formais das normativas.

O pesquisador informa que na condução desta pesquisa, não representa interesses de qualquer empresa do segmento privado, seja uma operadora de saúde ou empresa de Internação Domiciliária.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília – UNB em 12 de junho de 2012 (vide anexo II). Os questionários com os atores envolvidos neste estudo encontram-se disponíveis no apêndice A.

### **5.2.1 ATENDIMENTO ÀS NORMATIVAS NACIONAIS**

O pesquisador principal se compromete a conduzir a presente pesquisa atendendo os princípios éticos e diretrizes estabelecidas pela resolução 196/96 do CNS. Um TCLE específico para cada tipo de participante envolvido encontra-se elaborado e foi aplicado depois de uma explicação verbal de toda a pesquisa e disponibilização de tempo para

decisão (Apêndice de B). As entrevistas com os atores envolvidos encontram-se disponíveis no Apêndice C.

### **5.2.2 ANÁLISE CRÍTICA DE RISCOS E BENEFÍCIOS**

Os riscos conforme descritos também nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) se apresentam como gerais e específicos em conformidade ao ator envolvido.

No que diz respeito ao idoso e sua família, na medida em que a entrevista aborda relacionamentos familiares ou relacionamentos em torno de assistência à saúde, ela apresenta a possibilidade de causar constrangimentos por ter que emitir opiniões sobre pessoas e serviços, bem como a percepção de risco de que algumas respostas possam interferir negativamente no equilíbrio dessas relações.

O auxiliar de enfermagem pode ter ainda uma percepção de risco de que suas opiniões sobre a empresa em que trabalha possa interferir nas suas relações trabalhistas e, conseqüentemente, na segurança de seu emprego e o gestor do plano de saúde pode sentir desconforto por perceber seu trabalho e a sua empresa avaliada.

As gravações e os textos gerados das entrevistas foram analisados apenas pelo pesquisador principal e seu orientador. Nenhuma publicação ou outro tipo de material para apresentação em sessões científicas ou congressos, que tenham advindos a partir dessa pesquisa conterá dados que permitam identificar pacientes, famílias, profissionais ou empresas.

Acreditamos que as possibilidades de benefícios para os Programas de Internação Domiciliária, superam bastante os riscos e desconfortos previstos, sobretudo com os mecanismos de minimização que estão previstos.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por questões metodológicas abordaremos primeiramente, em cada caso estudado, a análise das informações obtidas por meio da observação direta não estruturada realizada no domicílio e dados do dossiê da história clínica dos idosos em ID, para seguirmos com a análise das entrevistas. As informações obtidas por meio da observação e do dossiê de saúde do idoso foram abordadas com atenção a: 1) dados do dossiê da elegibilidade; 2) espaço físico de vivência do idoso; 3) os convivas e suas relações; 4) as impressões das relações entre os atores envolvidos.

Não serão disponibilizados informações ou nomes dos atores envolvidos, afim de manutenção do sigilo dos participantes deste estudo.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos idosos, onde ocorre a ID. Os resultados serão descritos por caso. O Quadro 1 apresenta as categorias e subcategorias extraídas dos aspectos abordados, e os instrumentos através dos quais elas foram identificadas.

<b>Descrição das Categorias ou Núcleos de Informação</b>	<b>Instrumentos de Pesquisa</b>	<b>Subcategorias detectadas nos texto transcrito das entrevistas</b>
<b>1. Processo de solicitação da ID</b>	Análise das entrevistas realizadas com o idoso, cuidador familiar e gestor	Processo de solicitação e instalação de ID pela Família
		Descrição dos Serviços disponibilizados na ID
<b>2. Modificações do contexto domiciliar em torno da instalação da ID</b>	Análise das entrevistas com os atores envolvidos	Alteração das rotinas do domicílio relativa à presença do cuidador profissional
		Estabelecimento de novas relações interpessoais na família
<b>3. Conflitos em torno dos cuidados</b>	Análise das entrevistas realizadas com enfoque nos conflitos.	Conflitos entre o idoso e os cuidadores familiares e cuidadores profissionais
		Conflitos entre a família e os gestores que representam o plano de saúde

Após análise do caso 1 e caso 2, conforme o quadro anterior, foram discutidos, conjuntamente os conflitos em torno da ID. A visão destes conflitos pelo plano de saúde na modalidade em autogestão foram analisadas por meio das entrevistas com os dois gestores envolvidos na disponibilização da ID. As entrevistas com os gestores não restringiram em



específico o caso 1 ou 2, a abordagem foi relativa ao serviço ou programa de ID disponibilizado pelo plano de saúde na modalidade de autogestão, porém, relacionamos aqueles conflitos que foram comuns nas entrevistas dos demais atores envolvidos.

Em análise das entrevistas de dois gestores do serviço de ID do plano de saúde, foi possível verificar os conflitos na visão destes, ou seja, do plano de saúde. Estaremos nominando de gestor 1 o primeiro gestor entrevistado, e gestora 2 a segunda gestora entrevistada. Denominamos aqui de gestor, o profissional de saúde, empregado do plano de saúde em questão, responsável pela análise das solicitações de ID e que detenha o poder de deliberação quanto à concessão ou negativa de disponibilização deste serviço.

As entrevistas dos gestores foram realizadas na sede administrativa do plano de saúde, que é responsável pela assistência de seus beneficiários no Distrito Federal e entorno. A concessão das entrevistas foi previamente autorizada pela esfera gestora superior e foram realizadas com cada gestor em separado em uma sala reservada.

## **6.1. CASO 1 – OBSERVAÇÃO E DADOS DO DOSSIÊ DE SAÚDE DO IDOSO COM CRITÉRIOS CLÍNICOS DE ELEGIBILIDADE**

### **Dados do dossiê da elegibilidade:**

Neste primeiro caso a ser abordado se trata de um idoso do sexo masculino, por volta de seus 70 anos, de aparência robusta que nos remete a perceber o grande vigor físico até ser acometido pela doença. Portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC, enfermidade respiratória caracterizada pela limitação ao fluxo aéreo. Por apresentar DPOC grave, sua patologia principal, apresenta obstrução acentuada, acompanhada de aumento de pressão ventricular direita (*cor pulmonale*) e insuficiência respiratória. O tratamento das formas graves da doença envolve terapia medicamentosa, suporte ventilatório e oxigenoterapia de longo prazo. Os desafios no tratamento da DPOC são as comorbidades. As comorbidades no caso do idoso em questão são a Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e o Diabetes Mellitus - DM. Além das patologias mencionadas, o idoso apresentou no passado câncer de laringe e de próstata, que no momento se apresentam controlados. A patologia principal, bem como as comorbidades associadas ao uso contínuo do oxigênio, predispõem a contaminação e pneumonias recorrentes, potencializando o

*score* na tabela ABEMID, acima de 19 pontos, caracterizando assim a sua elegibilidade ao programa de ID, disponibilizado pelo seu plano de saúde.

### **Espaço físico de vivência do idoso:**

O domicílio do idoso se localiza em uma cidade do entorno do Distrito Federal, cerca de 40 quilômetros de Brasília, grande centro mais próximo, onde provê os serviços de saúde de média e alta complexidade. A casa é grande, de cômodos amplos, típico da classe média, atendendo aos requisitos quanto à estrutura e adaptação para instalação de uma ID. A casa apresenta portais largos e não apresenta desnivelamento no piso, exceto para varanda externa, onde há um degrau. A rua é tranquila e o bairro notadamente residencial. A ID foi instalada no quarto do casal, sendo amplo e arejado. O idoso apresenta mobilidade, porém restrita devido à utilização contínua do concentrador, aparelho ligado à rede de energia que lhe fornece oxigênio. Devido à utilização ininterrupta de oxigênio, restringe seu espaço físico em seu quarto, onde passa o maior tempo na sua cama de casal. Além do concentrador temos as balas de oxigênio, que não requerem rede de energia elétrica, que são usadas em breves momentos do banho, ou quando seja imperioso sair de casa para realizações de exames e consultas especializadas. Ao lado da cama, sob uma mesa, são armazenados os insumos, ou seja, os medicamentos e aparelhos para aferir a pressão e a glicose.

### **Os convivas e suas relações:**

O idoso recebe poucas visitas de familiares e amigos, sendo seu cotidiano restrito à convivência com a esposa (cuidadora familiar) e as cuidadoras profissionais. No domicílio mora além do idoso e a esposa, o filho. O filho, com pouco mais de vinte anos de idade, por ainda fazer faculdade e trabalhar, passa pouco tempo em casa. Chama a atenção as relações com o filho por se apresentarem como se não existissem ou se este fosse alheio à nova rotina existente na casa, exceto pelas vestimentas mais formais pela presença da cuidadora profissional. Pelas colocações da cuidadora familiar, deu a entender que este era o segundo casamento do idoso, e nas entre linhas, o filho não seria comum ao casal. A relação do idoso com a esposa é de dependência permeada de gratidão. Pelo próprio gerenciamento dos cuidados pela esposa, é perceptível a busca pelo idoso na manutenção

suas escolhas, principalmente em relação de como ele gostaria que fossem realizados os cuidados prescritos pela equipe de saúde. No caso em questão, não apresenta nenhuma ajudante do lar de modo diário, e as refeições realizadas pela cuidadora familiar buscam respeitar as preferências das cuidadoras profissionais.

### **As impressões das relações entre os atores envolvidos:**

As percepções quanto às relações entre os atores envolvidos são relativas aos moradores da casa com a equipe de saúde. A equipe da empresa que operacionaliza o serviço de ID se relaciona por meio das visitas que se apresentam regulares no domicílio. Dentre os profissionais, além da presença contínua das cuidadoras profissionais, a visita mais frequente, devido ao número de sessões, é da fisioterapeuta. O médico e a enfermeira apresentam menor frequência, sendo uma visita semanal, e a nutricionista, apenas uma visita mensal. O relacionamento do idoso e a cuidadora familiar com a equipe de saúde é harmônico, o que inclui as cuidadoras profissionais, que passam o maior tempo no domicílio. As relações se apresentam estáveis e quando ocorrem momentos conflituosos, são relativas aos cuidados ao idoso, quando este rejeita os horários de medicamentos e da fisioterapia. Nota-se o receio da cuidadora familiar na perda do serviço de ID ou sua redução para um nível menor de complexidade, que seria a redução da disponibilização da cuidadora profissional de 24 horas para 12 horas diárias. A cuidadora familiar apresenta uma postura rígida com vistas à manutenção da qualidade e eficácia dos tratamentos e terapêuticas a serem aplicadas em seu marido. Provavelmente, pelo receio de perda da estabilidade clínica e retorno do idoso ao ambiente hospitalar, que lhe gerou muito desgaste no passado.

#### **6.1.1. PROCESSO DE SOLICITAÇÃO DA ID**

A elegibilidade do idoso para ID se deu por contemplar os requisitos normatizados pelo plano de saúde na modalidade de autogestão, possuindo um *score* (pontuação) acima de 19, na tabela da ABEMID. Pelo seu quadro geral, apresenta recorrentes pneumonias, devido à sua baixa imunidade e utilização contínua do concentrador de oxigênio. A ID não é de cobertura obrigatória pela Agência Nacional de Saúde, porém, o plano de saúde do idoso em questão, tem cobertura conforme contratualizado.

O idoso passou mais de cem dias no hospital, até que a cuidadora familiar ficou sabendo através de uma técnica de fisioterapia do hospital a existência do serviço de ID. Ela não entendia e nem conhecia o serviço de ID, porém o que lhe atraiu seria a possibilidade de ter outras pessoas auxiliando no cuidado de seu marido. O receio de sair do hospital, lhe trazia alívio, pois foi um ambiente que lhe trouxe sofrimento, porém era grande o medo de enfrentar sozinha o que vinha pela frente. Diante disto se viu motivada a procurar o plano de saúde para solicitar os serviços:

*...eu fui até o “plano de saúde” e a menina: Não! Não é bem assim não! Tem que ver se o paciente tá em condições de entrar no home care, que não sei o quê...” Eu falei “Ó, mas acontece que meu esposo não tá andando mais....”.*

*(cuidadora familiar 1)*

O idoso perdeu a mobilidade, ou seja, a capacidade de deambulação, numa internação hospitalar prolongada, que pode também ter sido influenciada pela qualidade dos cuidados dispensados pelo hospital, que segundo a cuidadora familiar não parecia suprir suas necessidades.

No momento da solicitação de ID pela cuidadora familiar, a mesma se apresentava sob forte desgaste, comum de quem cuida de idosos. Mesmo sendo bem recebida no plano de saúde e por ser comum o familiar solicitar a ID sem indicação clínica, o plano de saúde não deu prosseguimento à sua solicitação.

A gestora do plano interpreta a questão da ânsia pela ID, pelo medo de cuidar sozinha do marido:

*...na maioria das vezes o paciente realmente precisa de um acompanhamento em casa, de uma equipe multidisciplinar... talvez a fisioterapia e da fono, mas com...raras exceções ele realmente precisa daquela instalação do ambiente hospitalar mesmo no domicílio.*

*(gestora 2)*

A esposa detalha que quando seu esposo foi internado, ele ainda andava, e ela descobriu que o mesmo perdeu a mobilidade no decorrer da internação hospitalar, provavelmente por falta de cuidados neste período:

*...eles não tem tempo pra ficar cuidando do paciente, um enfermeiro pra quinhentos pacientes lá, então eu praticamente cuidava dele. Pegava ele no colo, ele sem mobilidade, eu puxava ele pro oxigênio, pro medicamento.*

*(cuidadora familiar 1)*

A cuidadora familiar mostra claramente sua insatisfação com os cuidados dispensados durante a internação hospitalar, o que resultou assumir os cuidados do idoso, durante os meses de internação. A mesma percebeu que o idoso foi acometido de sequelas, não das doenças em tratamento, mas resultantes dos cuidados insuficientes recebidos no hospital. Acometida por sentimentos de frustração e impotência associado ao desgaste físico, ainda tinha esperança na solução de seus problemas.

O plano de saúde tem como norma, abrir processo para análise da elegibilidade, mediante a uma indicação formal pelo médico assistente do paciente.

Após nova orientação da técnica em fisioterapia, a cuidadora do idoso foi novamente ao plano de saúde levando a solicitação médica devidamente formalizada permitindo assim a abertura do processo de solicitação de ID:

*...Ó, a solicitação é essa...a gente está se acabando dentro do hospital....ele tá começando a ficar muito depressivo.*

*(cuidadora familiar 1).*

A cuidadora familiar afirma ter sido bem recebida, não somente por apresentar a solicitação médica, mas por estar visivelmente desamparada.

A operadora em questão não apresenta política de acolhimento, uma vez que os atendimentos são inicializados pelo balcão que recebem os beneficiários do plano para solucionar seus problemas.

O atendimento do balcão do plano de saúde é operacionalizado por uma equipe de pessoas com formação no ensino médio, exercendo assim, função meramente administrativa, desprovida de técnicas e instruções para o atendimento qualificado à

pessoas em momentos de vulnerabilidade. Diante de atendimentos mais complexos ou conflituosos, o beneficiário do plano de saúde é encaminhado para a gestora administrativa ou para a de assistência à saúde. Neste caso, como a cuidadora familiar apresentou a solicitação médica, a mesma foi encaminhada para a gestora de assistência à saúde das ID.

O atendimento especializado mediante a documentação apresentada pela cuidadora familiar ocorreu diferentemente do primeiro, a mesma foi acolhida e obteve acesso a um atendimento finalmente humanizado:

*...Eles me ouviram. Nossa! Assim, acho que eles olharam mais para mim, porque inicialmente eu tava tão assim né? Muito desgastada.*  
(cuidadora familiar 1)

Neste momento da entrevista, percebe-se que a cuidadora familiar se emociona, como estivesse novamente revivendo aquele dia. Salienta-se que o plano de saúde, cumpre as normatizações da Agência Nacional de Saúde adotando através de sua rede prestadora de serviços de saúde, o atendimento humanizado de seus beneficiários no parto e no acompanhamento de crianças, adolescentes e idosos. No entanto, em relação aos atendimentos prestados pelo plano de saúde, de forma direta aos seus beneficiários, pode-se concluir que ainda não se apresentam qualificados, fato este que predispõe e potencializa os conflitos.

A vulnerabilidade, não é somente conferida, neste contexto, aos longevos, mas todos aqueles que estão em situação de sofrimento, ou seja, os doentes e seus familiares.

Mesmo com meses de internação hospitalar, pode-se inferir que as doenças do idoso vieram rápidas e de forma intensa e com elas as sequelas que representam sua perda de saúde. Por outro lado, o vigor que o idoso apresentava no passado, não mais existia, e a atual situação do mesmo, ainda não havia sido interiorizada pela cuidadora familiar.

Independente dos cuidados recebidos pelo idoso na ID, os vínculos maritais da cuidadora familiar se relacionam com os deveres morais, impostos a si mesma:

*...na realidade eu não tenho mais vida né? Essa é que é a realidade. Eu não tenho mais, eu não posso mais viajar, eu não posso mais me ausentar de casa. Mesmo que tenha a uma técnica (cuidadora profissional), uma pessoa*

*aqui, eu não posso mais estar saindo. Eu não posso mais fazer nada, porque minha preocupação hoje, vinte e quatro horas, é ele.*

*...uma coisa simples que é ir ali no mercado que a gente fazia... Não pode mais nada.*

*(cuidadora familiar 1)*

O sofrimento torna-se maior para a família diante da negação da doença do ente querido. É percebida a rigorosidade em que a cuidadora familiar traz para si a privação em relação à vida. O aceite da doença do idoso poderia tornar a vida da cuidadora familiar mais leve e feliz.

Outra questão se relaciona ao fato que na internação hospitalar a cuidadora familiar operacionalizava os cuidados com o marido, o que não mais ocorre, uma vez que julga ser a obrigação exclusiva das cuidadoras profissionais:

*Como é que eu vou ficar vendo negócio de glicemia, essas coisas? Eu não sei!*

*(cuidadora familiar 1)*

Mesmo com cuidados 24 horas diárias pela cuidadora profissional, a atenção domiciliária tem como filosofia por meio de sua equipe de saúde, estimular a participação da cuidadora familiar nos cuidados do paciente, viabilizando a manutenção da saúde do cuidador profissional através da partilha das responsabilidades.

Na visão da gestora do plano de saúde, a negação da doença, o medo e a dificuldade em assumir ou compartilhar a responsabilidade dos cuidados com o paciente são percebidos neste caso, e são comuns em outros vivenciados em sua atividade profissional:

*A maioria das famílias não encara a doença do paciente, negam a doença do paciente, e como eles passam muito tempo hospitalizados, vendo o paciente cheio de dispositivos, sonda, cateter e respirador, acha que aquilo é um...monstro na frente dele...tem dois lados, tem o lado do medo, tem o lado da negação da doença do paciente e tem aquela questão social que “a gente tá pagando” a gente tem direito, então é a operadora (plano de*

*saúde) que tem que cuidar do meu familiar mesmo, não sou eu”. Não quer dividir essa responsabilidade ...*

*(gestora 2)*

O plano de saúde encaminhou um médico auditor para visitar o idoso no hospital e verificar o *score* conforme tabela da ABEMID e após poucos dias, autorizaram a ID. Em seguida foi realizada a desospitalização (alta hospitalar) e a volta pra casa, iniciando assim da Internação Domiciliária, conforme relata a esposa:

*...no dia que a gente chegou tinha médico, tava médico, a enfermeira, a técnica, a fisioterapeuta...tavam todos né, a equipe completa quando agente chegou aqui (em casa)...*

*(cuidadora familiar 1).*

A equipe de saúde recebe a família no domicílio, para as apresentações e gerar segurança diante do serviço de ID oferecido.

Não somente a recepção e organização dos profissionais da equipe de saúde, mas também a instalação de equipamentos e insumos, oferecidos pelo plano de saúde, pode conferir a cuidadora familiar maior segurança nos cuidados com o idoso, a partir daquele momento.

Pelo fato do idoso ser dependente de oxigênio, sua recepção incluía a passagem para o concentrador de oxigênio que seria pela primeira vez usada por ele no âmbito doméstico.

Os conflitos percebidos no processo de solicitação da ID, por meio da análise das entrevistas, pode-se afirmar que o conflito instalado foi relativo à falta de informação da esposa do idoso quanto ao protocolo exigido pelo plano de saúde. O plano de saúde não disponibilizou a informação para seus beneficiários quanto à cobertura do serviço de ID, bem como os critérios para sua concessão.

Outro conflito relacionado se refere à ausência de qualificação específica no atendimento aos beneficiários do plano de saúde. Fato este dissipado a partir da apresentação, pela cuidadora familiar, da solicitação médica, onde a mesma foi encaminhada para atendimento especializado. A partir deste momento os trâmites da



solicitação da cuidadora familiar foram se realizando através de análise dos critérios de elegibilidade do idoso e deliberação do serviço solicitado.

É reconhecido que o modelo de internação hospitalar, traz benefícios, porém, também podem ocorrer perdas, inclusive de saúde. A continuidade dos cuidados em casa se apresenta de forma ideal em grande parte dos casos, principalmente aqueles envolvendo idosos. Segundo Martins, culturalmente, os membros da sociedade brasileira herdaram o hospital como melhor caminho para a saúde, mesmo que, em muitas situações, o indivíduo apresente recuperação mais rápida, confortável e com maior autonomia quando atendido em seu próprio domicílio<sup>70</sup>.

No caso em questão o serviço de ID, visa atender às necessidades de saúde do idoso, compreendendo as visitas do médico, enfermeira, nutricionista e as terapias realizadas por meio de sessões de fisioterapia e fonoaudiologia.

A operacionalização da assistência da ID é gerenciada pelo médico e enfermeira que verificam periodicamente a necessidade de cuidados complementares como a disponibilização do oxigênio, pela questão do paciente ser portador de DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, que neste caso seria um enfisema pulmonar, que requer uso contínuo de oxigênio. Além da doença pulmonar, o idoso é diabético e teve câncer de próstata e de laringe, provavelmente por ter sido tabagista por muitos anos de sua vida.

Para cuidados ininterruptos, quanto à administração da medicação, controle da pressão arterial e da glicemia, foi disponibilizado as técnicas de enfermagem (cuidadora profissional) 24 horas diárias. Além da Equipe multiprofissional, o plano de saúde, através da empresa que operacionaliza a ID, disponibiliza, portanto, os equipamentos, materiais, medicamentos e insumos necessários.

Dos serviços de saúde disponibilizados, o idoso se recusou a realizar as sessões de fonoaudiologia, por rejeição pessoal a este tipo de terapia, bem como solicitou a retirada da cama hospitalar por lhe fazer lembrar-se de sua internação hospitalar.

### **6.1.2. MODIFICAÇÕES DO CONTEXTO DOMICILIAR EM TORNO DA INSTALAÇÃO DA ID**

Uma primeira mudança importante na rotina do domicílio foi relativa à necessidade de organizar um local para a cuidadora profissional (técnica de enfermagem). Uma vez que

a mesma passaria a dormir e se alimentar naquela casa, por trabalhar 24 horas seguidas e revezar alternadamente com outra que realiza as 24 seguintes.

Constatamos que não houve uma preparação do beneficiário pelo plano de saúde, sobre o impacto e os possíveis transtornos de uma instalação de ID, que poderiam ter sido discutidas e esclarecidas durante o processo de solicitação do serviço de ID.

A esposa relata em sua entrevista como a empresa de ID lhe comunicou esta necessidade:

*“Ó, tem que ter lugar pra enfermeira ficar” e eu: Aí meu Deus, como é que é esse negócio? Como é ter uma pessoa estranha dentro de nossa casa? É muito complicado!*

*(cuidadora familiar 1)*

Continuando seu relato, a esposa comentou que ela e o filho passaram a modificar suas rotinas em relação às vestimentas, uma vez que agora teriam constantemente pessoas da equipe de saúde, e continuamente a cuidadora profissional, não havendo assim liberdade como antes:

*Meu filho fica no quarto dele. Se acostumou né? Porque tem mania de passear de... cueca dentro de casa, ficar à vontade, porque é só ele... só ele e a gente. Quando você tá sozinho em casa você tem uma liberdade diferente. Tem que colocar robe, tem que colocar roupão, tem que colocar essas coisas. Mas aí eu não sei, eu tava tão cansada que pra mim eu me adaptei logo.*

*(cuidadora familiar 1)*

A cuidadora familiar justifica o fato do filho ser alheio quanto aos cuidados com o idoso:

*...ele é jovem, adolescente, e tá estudando, tá fazendo faculdade e procurando estágio, não tem tempo para ficar cuidando do pai.*

*(cuidadora familiar 1)*

Um dos principais impactos no domicílio do paciente quando da implantação da ID, são relativos a necessidade em organizar para recebimento da equipe de saúde e instalação de equipamentos e mobiliário hospitalar. Lidar com o desconhecido, seria uma nova experiência para a cuidadora familiar e demais moradores da casa. Neste primeiro caso em estudo, temos uma casa ampla, que podemos considerar grande para moradia de três pessoas: O idoso enfermo (marido), a cuidadora familiar (esposa) e o filho, que passa pouco tempo em casa, por estudar e realizar estágio.

Com o passar do tempo, as relações pessoais com a equipe de saúde, em especial com as cuidadoras profissionais foram se tornando mais próximas e cedendo um sentimento de reconhecimento. Mesmo com as questões negativas de uma “invasão domiciliar” por estranhos, o papel das cuidadoras profissionais trouxe de certa forma um descanso à cuidadora familiar e alguém que assumisse os cuidados com o idoso:

*...na hora do dia-a-dia quem vai estar aqui pra dar banho nele, cuidar dele, não é o médico, não é ninguém. São elas, as técnicas, que estão aqui no rala.*

*(cuidadora familiar 1)*

Identificamos a importância diferenciada atribuída à cuidadora profissional em relação aos demais profissionais de saúde, perante o atendimento das necessidades da família. Mesmo o beneficiário sendo dependente do médico, enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista, verificamos que na escala de valores da família, o primordial seriam as cuidadoras profissionais, o oxigênio e a medicação.

A relação da cuidadora familiar com as cuidadoras profissionais é informada no decorrer da entrevista, em determinados momentos como uma amizade familiar, e em outros momentos com relação de trabalho e subordinação:

*Elas são tranquilas. Eu posso chegar e falar.*

*...como tenho uma personalidade assim... forte. Eu chego e já falo o que eu quero: “Ó, não gostei, não tá bom...”. Porque você cria uma relação de amizade, mas antes de tudo, aqui é como se fosse patrão e empregado.*

*(cuidadora familiar)*

O idoso sente dependente tanto do cuidado familiar, como do cuidado profissional:

*Se tira um me falta o outro. Tirar o outro, vou sentir falta. Aqui dependo dos dois.*

*(idoso 1)*

O idoso, por sua lucidez, tem interiorizado o seu estado de dependência, que mesmo com a mobilidade relativa, devido ao uso do concentrador de oxigênio, se apresenta com sua capacidade cognitiva para realizar escolhas quanto aos seus desejos.

A autonomia do idoso somente não se realiza de modo pleno, quando conflita com a cuidadora profissional, em especial para com a cuidadora familiar pela existência da gratidão:

*Mais encargo para esposa né? A vez que era no hospital ela tinha que me virar, pegar no colo, me botar na cadeira pro banho. Ficou esse tempo todo no hospital. E monitorando. Ela tem me ajudado muito. Coitada, pegava pesado, eu pesava mais de 80 quilos. Ela me levantava pra levar ao banheiro....eu to muito limitado, devido a essa doença.*

*(idoso 1)*

Em outro momento a cuidadora familiar demonstra a importância da ID e da cuidadora profissional, por ter sido ela própria cuidadora de seu marido quando internado no hospital:

*Se não fosse essa internação (ID) ele podia já ter ido pro hospital. Porque ele caiu duas vezes da hipoglicemia, ele desmaiou. Se não fosse a ID ele tinha morrido....aí essa técnica chegou, fez o procedimento, mediu o açúcar né? Ele desmaiando. Aí já depois aqui em casa ele já teve duas pneumonias ainda. Depois de internado aqui.*

*(cuidadora familiar 1)*

Porém a filosofia da ID é treinar o cuidador familiar para compartilhar as responsabilidades dos cuidados, mas a cuidadora familiar, se nega a aprender qualquer

procedimento que julga ser do profissional da saúde, como a verificação da glicemia que é um procedimento simples que as pessoas diabéticas realizam em si mesmo. Percebe-se que após a internação hospitalar, que lhe gerou muito desgaste físico e principalmente emocional, a cuidadora familiar contraiu para si o gerenciamento dos cuidados, mas não os cuidados em si.

Quanto à tomada de decisões e escolhas, informa que a cuidadora familiar cuida de tudo, mas o idoso afirma que participa na escolha das terapias a serem aplicadas:

*Ah, entro na participação também. Principalmente na parte de terapia, né?  
(idoso 1)*

Relata que não chegou a realizar sessões de fonoaudiologia, por questões de rejeição pessoal:

*Não. Nunca veio. Eu antigamente tinha muito obstáculo.  
(idoso 1)*

Porém aceitou, e realiza até hoje, as sessões de fisioterapia. A questão da fisioterapia foi fundamental para volta da deambulação pelo idoso, o que tinha gerado o aceite pelos efeitos positivos da sua volta à mobilidade, mesmo que limitada devido ao uso concentrador de oxigênio.

No retorno do hospital o idoso além de ter perdido a mobilidade, ele teve diabetes diagnosticada, ao qual atribui ao próprio processo de internamento hospitalar. A diabetes como consequência das medicações utilizadas advém da visão do idoso, quando ao lado negativo da experiência vivida na internação hospitalar, deixando marcas não só em sua lembrança, mas quer acreditar no quanto também podem fazer mal à sua saúde.

As patologias e os tratamentos geraram muitas perdas ao idoso, foram várias patologias em um pequeno espaço de tempo, alterando sobremaneira a vida daquela família, que passaram a viver com sequelas de suas doenças.

A ID trouxe benefícios ao idoso e principalmente para a cuidadora familiar que somente agora, após meses exaustivos, pode descansar um pouco, pois tinha com quem dividir os cuidados a serem dispensados. Uma das primeiras ações da cuidadora familiar

após a instalação da ID em sua casa foi dormir em um quarto em separado, devido sua intensa rotina nos últimos meses vividas no quarto de hospital.

Quanto à adaptações no domicílio, relativo a adaptação de portas, instalação de apoios, remoção de tapetes, não foram necessários, pela própria estrutura já existente.

### 6.1.3. CONFLITOS EM TORNO DOS CUIDADOS

Na implantação da ID, o que mais chamou a atenção do idoso no primeiro momento, conforme relata a cuidadora familiar, foi encontrar uma cama hospitalar no quarto:

*Quando eu cheguei (em casa vindo do hospital) tava aquela cama aqui, como aqui é uma casa grande né? Tava com a cama grande, de hospital, tava tudo montado.*

*(cuidadora familiar 1)*

A esposa relata o comentário do idoso, que ainda apresentava-se deprimido pelo tempo que passou no hospital, foram mais de três meses internado, e foi numa cama de hospital que ele perdeu a mobilidade:

*Não aguento mais dormir em cama de hospital.*

*(cuidadora familiar 1)*

A cama foi utilizada apenas na primeira noite após o retorno para casa, em menos de um mês, foi solicitado pela cuidadora familiar, a devolução para empresa que presta serviços de ID.

*Vamos tirar aqui ela daqui, vamos tirar isto daqui do quarto, que é uma coisa e só lembra hospital.*

*(cuidadora familiar 1)*

Neste caso estudado, o relato vindo da família, ou seja, do idoso e de sua esposa, não retrata conflitos de elevada intensidade. Temos três conflitos identificados por meio das entrevistas.

O primeiro conflito identificado é referente ao núcleo familiar e decorre da discordância das cuidadoras profissional e familiar quanto às dificuldades do idoso em receber os cuidados, como querer alterar os horários da medicação ou se recusar a realizar a fisioterapia.

*...As vezes ele acha que a medicação tem que ser de um jeito, que num tem que ser aquilo. Eu faço a medicação conforme tá prescrito. Conforme está na prescrição.*

*(cuidadora profissional 1)*

Na formação dos cuidadores, nas publicações de referência tem-se o “guia prático do cuidador” do Ministério da Saúde e o manual “cuidar melhor e evitar violência – manual do cuidador da pessoa idosa”, da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, ambos editados em 2008, instruem, sobre a questão da rigorosidade nos horários da administração dos medicamentos, permitindo as mudanças somente pelo médico da equipe de saúde<sup>55</sup>. Normalmente, os horários das medicações são planejados, procurando-se evitar o período de sono do idoso<sup>71</sup>.

Também o conflito é identificado mais claramente com a cuidadora familiar, que torna mais claro o descrito pela cuidadora profissional:

*...as vezes ele: “Ah, eu to cansado, fala pra técnica hoje não vir fazer fisioterapia”. Não. Vai fazer! Então eu muitas vezes eu sou meio malvada assim com ele.*

*Ouvir eu ouço, né? Porque a gente sempre precisa ouvir o paciente. Mas eu acho que as decisões acabam...geralmente sou eu mesmo que dou a martelada final, sabe?...eu tenho que ver entre o que ele tá falando o que é real.*

*(cuidadora familiar 1)*

Nas terapias, neste caso em específico, o fisioterapeuta que trabalha na assistência em domicílios, tem seu trajeto pré-estabelecido, de modo a viabilizar o percurso para atendimento de suas metas diárias, muitas vezes percorre grandes distâncias, reduzindo de maneira considerável a possibilidade de alterar a sequência de suas visitas no decorrer do dia de labor.

A cuidadora familiar não demonstra possibilidades de negociação, viabilizando o exercício das escolhas do idoso, o que poderia comprometer sua autonomia.

Identificamos, em outros momentos da entrevista com a cuidadora familiar, a mudança da relação esposa e marido para mãe e filho, adulto e criança e profissional de saúde e paciente:

*...eu vejo que ele é igual criança, ele depende totalmente de mim.*

*As vezes uma mãe chama a atenção do filho pro bem dele, não é porquê ela quer brigar, então as vezes eu brigo com ele, chamo a atenção, mas sempre pro bem estar dele.*

*(cuidadora familiar 1)*

Conforme Almeida, o tratamento infantilizado do idoso pelo cuidador, desconsidera-o como pessoa adulta com vivência e suas capacidades cognitivas podendo contribuir para sua perda de autonomia e elevando sua dependência emocional, gerando o risco do idoso apresentar um comportamento infantil<sup>72</sup>.

O amor se transforma quando passa a existir a dependência de um sobre o outro. Percebe-se na expressão da cuidadora familiar, durante a entrevista, a questão da obrigatoriedade de cuidar do outro, possivelmente por ser uma questão da moralidade da própria sociedade. Onde no casamento, independente da religiosidade, os vínculos maritais relativos à união são conhecidos como na “saúde e na doença”.

Quando perguntado à cuidadora familiar se desejava comentar sobre algum outro assunto na entrevista, ela desejou falar de si:

*...na realidade não tem a ver com o paciente, tem a ver comigo, que eu na realidade de tanto cuidar dele, dos problemas dele, eu adoeci também. Essa*



*foi a realidade. Eu comecei a ficar com princípio de depressão... eu adoeci cuidando do paciente.*

*(cuidadora familiar 1)*

O segundo tipo de conflito identificado foi referente às limitações da amplitude de serviços ofertados na ID. Mesmo contando com a equipe multiprofissional, equipamentos, insumos e medicamentos, ainda assim, o idoso tem que ser removido para realização de serviços de saúde simples, tais como coletas de exames de sangue, que não são disponibilizados no domicílio, quando próximo a este domicílio, não existe laboratório conveniado que realize a coleta em casa.

*...no geral vejo que eles estão cuidando bem...eu queria que eles fizessem os exames, entendeu? Sem precisar do paciente ter que se locomover, ter que sair...aqui (onde moro), não tem isso, então eu acho que eles deveriam talvez se aperfeiçoar um pouquinho mais nisso.*

*(cuidadora familiar 1)*

A percepção da cuidadora familiar se apresenta coerente, diante a baixa complexidade técnica na realização do procedimento. A disponibilização de um técnico do laboratório ou da própria empresa de ID, para coleta do sangue, reduziria os riscos na movimentação de um paciente com restrições de mobilidade.

E outra questão se refere à tecnologia, em disponibilizar equipamentos com mobilidade para viabilizarem alguns exames de imagem, possíveis de serem realizados, no próprio domicílio, o que não iria requerer a necessidade de locomoção do idoso para clínicas especializadas.

A limitação do serviço de ID compromete sua resolutividade e a própria finalidade em estar substituindo serviços hospitalares em pacientes portadores de patologias complexas com comorbidades. O beneficiário e a família, contemplados pelo serviço de ID, são sobrecarregados pelas deficiências existentes, inexistindo canal de comunicação, ou a própria intenção na melhoria dos serviços financiados plano de saúde, possivelmente, por estes julgarem ser custosos.

Para uma empresa de assistência domiciliária ser registrada, obrigatoriamente deve possuir um serviço de UTI móvel para movimentar o paciente em casos de urgência e

emergência diante de uma possível agudização do quadro clínico, ou quanto requerer serviços de saúde que não poderão ser realizados no domicílio, realizando assim o serviço de traslado.

Entende-se o conflito advindo da necessidade, mas em um curto espaço de tempo, ainda, as empresas de ID, não apresenta viabilidade na reprodução de um hospital, no sentido amplo e tecnológico, o que não torna justificável a ocorrência rotineira de traslado diante a necessidade de realização de serviços de baixa complexidade, que sejam de possível realização no domicílio.

O terceiro conflito identificado refere-se à dispensação de medicamentos e materiais, os quais o plano de saúde sinalizava por telefone, utilização ou quantidade indevida, por meio de sua auditoria.

A cuidadora familiar informa os contatos realizados pelo plano de saúde:

*“Ah, aí tá indo esparadrapo demais” ou “Tá indo remédio não-sei-do quê que não deve”.*

*(cuidadora familiar)*

Na prática da ID, o médico prescreve medicamentos e materiais que são requeridos na terapêutica do paciente, onde os quantitativos necessários são calculados para uso semanal ou mensal, conforme a prática operacional da empresa de ID.

Conforme informações do plano de saúde, comumente, os medicamentos e materiais, no decorrer da ID, deixam de ser de uso exclusivo do paciente, tornado de uso comum aos moradores do domicílio.

Porém a cuidadora familiar relata que estas questões eram resolvidas com tranquilidade:

*...as vezes que... houve algum problema o pessoal do plano de saúde ligou... às vezes reclamava por uma coisa, coisa boba!*

*Mas aí a gente ligava, falava, e acabou que resolveu.*

*(cuidadora familiar 1)*

Nos conflitos identificados em torno dos cuidados, o primeiro, relativo ao núcleo familiar, se apresenta com maior intensidade, por envolver uma possível anulação da autonomia do idoso. Pela complexidade deste conflito, torna-se, provavelmente o de mais difícil solução, pela lucidez do idoso, neste caso, não decorre do processo natural da senilidade, mas advém de sua condição de dependência. Não identificamos a condução dos cuidados, com base nas negociações, mas sob justificativa do bem estar do idoso, na imposição e desígnios impostos, seja da cuidadora familiar, seja da cuidadora profissional.

Os demais conflitos identificados, relativo a limitações da amplitude de serviços ofertados na ID e o da dispensação medicamentos e materiais, tem viabilidade de serem amenizados, e podendo serem solucionados por completo, desde que sejam negociados entre os atores envolvidos, o plano de saúde e os prestadores de serviço.

## **6.2. CASO 2 – OBSERVAÇÃO E DADOS DO DOSSIÊ DE SAÚDE DO IDOSO SEM CRITÉRIOS CLÍNICOS DE ELEGIBILIDADE – LIMINAR JUDICIAL**

### **Dados do dossiê da elegibilidade:**

Neste segundo caso a ser abordado se trata de uma idosa, por volta de seus 80 anos, de baixa estatura, magra e aparência frágil. Mesmo apresentando mais de uma comorbidade, tem aspecto saudável e se locomove sem a ajuda de bengala ou andador. Tem relativo dinamismo, alegre e participa do gerenciamento da casa. Portadora de Mal de Parkinson em sua forma leve, não apresentando os sintomas de modo perceptível. As comorbidades da idosa em questão são a Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e a Insuficiência Cardíaca Congestiva - ICC. Em análise de suas patologias, todas se enquadram como doenças crônicas, as quais requerem controle e uso continuado de medicamentos orais. O *score* na tabela ABEMID, totalizaram 7 pontos, ou seja bem abaixo da pontuação mínima necessária de 19 pontos, caracterizando assim uma paciente sem elegibilidade ao programa de ID. Antes da instalação da ID, por meio de liminar judicial, a beneficiária do plano recebia assistência médica no domicílio, através de visitas de profissionais da equipe multiprofissional, porém, sem a permanência do cuidador profissional.

**Espaço físico de vivência do idoso:**

O domicílio da idosa se localiza em uma cidade do entorno do Distrito Federal, cerca de 45 quilômetros de Brasília, grande centro mais próximo, onde provê os serviços de saúde de média e alta complexidade. A casa é pequena de cômodos pequenos, típico da classe média baixa. Devido à condição clínica estável da idosa, não requereu instalação de mobiliário ou equipamento hospitalar pela empresa de ID. O domicílio, no entanto, requer adaptação quanto à prevenção de quedas da idosa, devido ao excesso de móveis, portais estreitos e piso desnivelado, bem como ausência de apoiadores no banheiro. Possivelmente por apresentar poucas janelas e teto baixo, a temperatura durante o dia se apresenta elevada nos dias de calor. A rua é tranquila e o bairro predominantemente residencial. O que nos torna perceptível quanto a uma ID instalada no referido domicílio é a presença das cuidadoras profissionais e a informação da ocorrência visitas do médico, enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista e a disponibilização de medicação oral e aparelho para aferir a pressão arterial.

**Os convivas e suas relações:**

A idosa tem três filhos, todos homens, no entanto vive com dois filhos, que são idosos, um deles recém aposentado e o outro com problemas psiquiátricos, porém estabilizado com medicamentos. O terceiro filho, ou seja, o cuidador familiar, não mora na mesma casa, mas é o responsável pelos cuidados de saúde da mãe. Por meio da observação e das entrevistas, identificamos nas relações dos viventes da casa, uma questão forte de gênero. Segundo Neri, a sociedade brasileira por questões culturais atribui à mulher o papel de cuidadora<sup>73</sup>. Infere-se neste contexto que os filhos sendo homens, acreditem que o melhor cuidador de uma idosa seria do gênero feminino, possivelmente por terem dificuldades em auxiliá-la nas atividades da vida diárias – AVS, como banho e higiene pessoal. Além dos filhos, existe uma ajudante para tarefa de limpar e cozinhar e quando esta falta ao trabalho, a própria idosa improvisa as refeições. O relacionamento entre os viventes é formal, chegando a frio, talvez pela própria esquizofrenia de um dos filhos, transparecendo uma casa sem felicidade. O cuidador familiar, um dos que concedeu a entrevista, é o filho mais novo, tem por volta de 45 anos, tem perfil totalmente diferente dos demais irmãos, mostra-se sensível e mesmo a distância controla o bem estar da mãe.

**As impressões das relações entre os atores envolvidos:**

As percepções quanto às relações entre os atores envolvidos são relativas aos moradores da casa com a equipe de saúde. A relação se apresenta menos intensa, pois em relação ao caso 1, este não requer as visitas da equipe multiprofissional com tanta frequência, por estar em situação clinicamente estável. A equipe multiprofissional na data da realização da entrevista era constituída pelo médico, enfermeira e fisioterapeuta. O prioritário para a idosa são os cuidados e a companhia das cuidadoras profissionais, que aparentemente se relacionam como filhas da idosa. Nota-se o receio da idosa na perda do serviço de ID, o que gerou dificuldade para que a mesma concedesse entrevista ao pesquisador, a qual julgava que o mesmo estaria ali para retirada do serviço. Apesar de ter sido esclarecida sobre os objetivos da entrevista desde os contatos iniciais e no momento da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, este receio pode ter influenciado na qualidade das informações cedidas pela idosa neste caso.

Os atores envolvidos nas entrevistas deste caso serão designados pela sua representatividade acrescentando numeral 2 (dois), exceto os gestores, que serão nominados com 1 e 2 viabilizando assim a distinção entre os mesmos. Os dois gestores entrevistados são os responsáveis, conjuntamente, pelo gerenciamento da assistência à saúde dos beneficiários em ID do plano de saúde em questão, portanto, ambos gerenciam os dois casos estudados. O gênero dos atores foi preservado, uma vez que isto não expõe a identidade dos mesmos.

Neste caso as entrevistas foram realizadas em sequência diferente em relação ao caso 1, uma vez que o cuidador familiar somente iria permitir a realização da entrevista com os demais atores envolvidos após entender a finalidade do estudo. Seguidamente à realização da entrevista, o cuidador familiar aceitou e incentivou os demais atores a participarem da pesquisa.

Portanto a sequência, neste caso foi primeiramente o cuidador familiar 2 seguindo com a idosa 2, a cuidadora profissional 2 e as entrevistas com o gestor 1 e a gestora 2.

### 6.2.1. PROCESSO DE SOLICITAÇÃO DA ID

Neste caso a ID foi solicitada por um familiar e não por um médico, pois a idosa não estava, no momento da solicitação, internada em um hospital. Portanto, verifica-se que, logo de saída, um dos critérios não satisfazia o propósito de concessão do serviço, pois este prevê uma indicação médica visando a desospitalização.

A análise do material das entrevistas mostrou um conteúdo mais conflituoso, pois partiu de uma situação litigiosa entre a família e o plano de saúde, onde as partes apresentam justificativas antagônicas e os problemas foram parcialmente resolvidos por interferência de uma liminar judicial.

O filho (cuidador familiar 2) se dirigiu ao plano de saúde para solicitar o serviço de ID, sobre o qual ele tinha buscado informações por conta própria:

*Eu conhecia, fiz pesquisa na internet, vi que em alguns países possuíam... tinha que buscar países melhores que o Brasil nesse sentido, então pesquisei países da Europa, nos Estados Unidos, e vi que existe essa forma, oferecida pelo estado, ou....pago, mas uma coisa que a família tem condições de pagar.*

*(cuidador familiar 2)*

Percebe-se que o cuidador familiar tem referências de outros países como melhores que o Brasil, que o serviço, portanto, não seria novo neste país, mas sentia a necessidade do mesmo para cuidados de sua mãe, mesmo ela não apresentando elegibilidade para uma internação, seja hospitalar ou domiciliária e refere este tipo de serviço oferecido pelo próprio Estado nesses países que toma como referência. Pela pesquisa pela *internet* e telefone, o cuidador familiar verificou que valores dos serviços de ID ou de um cuidador profissional no Distrito Federal, seriam inviáveis para serem assumidos por ele, requerendo assim outra estratégia para dispor do serviço.

Na busca pelo serviço de ID, o cuidador familiar já desgastado em dispensar os cuidados com a mãe, procurou o serviço em seu plano de saúde, o qual sua mãe é sua dependente. Pelo fato de sua mãe, não estar hospitalizada e não apresentar solicitação de seu médico assistente devidamente formalizada para o serviço de ID, o plano de saúde não abriu processo para análise do caso o que inclui a verificação da elegibilidade da idosa. A

mãe já estava inscrita em outro programa de assistência domiciliar, porém de menor complexidade, que lhe era oferecido assistência de uma equipe de saúde em seu domicílio. Assim sendo, o plano de saúde negou repetidamente a solicitação, e mesmo assim, o cuidador familiar, persistia em realizar novas visitas à sede do plano de saúde com almejo da concessão do serviço de ID. As solicitações do serviço de ID para sua mãe, não foram realizadas somente de forma direta na sede administrativa do plano de saúde, mas também por outras formas e canais de comunicação, realizando assim solicitações por carta e ouvidorias, porém as solicitações presenciais foram as mais conflituosas:

*Eu fui ao plano de saúde, diversas vezes, eu usei o termo home care, mas eu falei: “Olha, eu não preciso de um home care sofisticado, com aquela parafernália toda de equipamentos, o que eu preciso? De pessoas que possam monitorar a pressão de minha mãe o tempo todo”, porque precisa!*  
(cuidador familiar 2)

O termo *home care*, por ser genérico, não é utilizado pela equipe técnica do plano de saúde, o mesmo adota Internação Domiciliar, por ser um termo específico ao serviço de saúde domiciliário. Entretanto, no mercado dos usuários de serviços de saúde, o referido termo representa as ID.

O cuidador familiar, expressa claramente que não deseja uma ID em seu sentido literal, ou seja, uma estrutura que reproduzisse uma internação hospitalar, e deixa transparecer que sua demanda é pela concessão de alguém que cuide de sua mãe. Este posicionamento torna-se mais conflituoso sua solicitação, uma vez que as operadoras de saúde e mesmo no SUS, não apresentam programas para disponibilização e financiamento de cuidadores de idosos fora de um programa de ID.

O problema social maior neste caso é que o cuidador familiar mora em outra cidade satélite em extremo oposto. A questão da elevada distância de sua moradia com o de sua mãe era o que mais desgastava, pois teria que percorrer grande distância para lhe dar atenção e tendo que trabalhar diariamente, cada deslocamento desses significava um turno de trabalho perdido, como ficará claro em alguns trechos de fala que serão relatados mais adiante. A colocação do cuidador familiar de que sua mãe requer controle de sua pressão arterial, justifica para si mesmo, a substituição de cuidados, que não se apresentam com consistência técnica. Hoje, existem aparelhos os quais uma pessoa leiga, ou o próprio

paciente, pode aferir facilmente sua pressão arterial, e conforme o resultado, seguir as orientações de seu médico assistente.

Entretanto o cuidador profissional, que poderia suprir as necessidades de cuidados com a mãe, para o qual os filhos pareciam ter dificuldades para oferecer, somente poderiam ser disponibilizadas pelo plano de saúde por meio do serviço de ID.

Observemos o que o gestor do plano de saúde diz sobre a solicitação direta de serviço de ID, pela família:

*Se for a pedido da família a gente descarta porque a gente tem os trâmites internos da autorização aqui então eu não tenho nem como dar procedimento à abertura do processo.*

*(gestora 2)*

Na entrevista com o cuidador familiar fica evidente o impasse em que ele se encontrava e suas reais dificuldades para conciliar seu trabalho, sua vida com a mulher e filhos e os cuidados com sua mãe. A idosa tem outros dois filhos, um deles é portador de transtorno mental e o outro de mais idade que se encontra aposentado. Nada é dito sobre o grau de envolvimento desse outro filho, mas percebe-se que não existe uma participação efetiva nos cuidados, recaindo de forma intensa sobre o filho mais novo, que estamos designando como cuidador familiar, as maiores responsabilidades e o trabalho propriamente dito de assistência. Não foi possível perceber através da observação e entrevistas relações intrafamiliares de partilha na divisão das responsabilidades.

O cuidador familiar estava desgastado pelas dificuldades em lidar com a idosa. Principalmente pela grande distância de sua residência em relação à de sua mãe, comprometia suas relações no trabalho devido necessidade de ausência que requeria os cuidados, bem como na realização de traslado para leva-la ao médico e realizar exames:

*Eu nunca levei chamada do chefe, tinha que tá toda hora pedindo, pedindo, pedindo, eu ficava constrangido... eu tinha que arrumar tempo pra botar meu serviço em dia....*

*...eu tenho a impressão que isto diminuiu muito a minha possibilidade de... de crescer no trabalho.*



*(cuidador familiar 2)*

Ficou claro também que essa sobrecarga de responsabilidades causava a este cuidador familiar problemas nas relações com esposa e filhos.

*Me atrapalhou muito aqui na família né? Por que eu tenho dois filhos, tenho minha mulher... as vezes eu tinha que escolher de quem eu ia cuidar naquele momento, minha mulher, meus dois filhos. Minha mulher adoecia também, eu adoecia também, e na maioria das vezes a minha mãe, era privilegiada, entre aspas, por ser mais velha, problemas mais sérios, então já me trouxe problemas sim.*

*(cuidador familiar 2)*

Percebe-se que este cuidador familiar, traz para si a responsabilidade de monitorar as necessidades de saúde de todos familiares, mãe, irmãos, mulher e filhos. Esta característica subjetiva pode ter contribuído também para o seu esgotamento em relação aos cuidados com a mãe.

O problema parece se agravar quando após as primeiras negativas da seguradora o cuidador comprova que não teria condições de arcar com os custos de uma cuidadora profissional:

*Diante a má resposta da médica, eu fui atrás de pesquisar preço e ver se eu tinha condição de manter cuidadores, sem aquela qualificação profissional, e nem isso eu tinha condições.*

*Aí como ela me negou, o plano de saúde me negou, eu busquei a justiça.*

*(cuidador familiar 2)*

Vale notar que ao se referir aos resultados da ID, o cuidador familiar deixa perceber que os impactos vão se dar, sobretudo, na organização de sua vida social, de forma mais clara que em relação a melhorias na saúde da mãe:

*...com o home care melhorou o bastante, mas antes era tudo eu que fazia. Eu faltava ao trabalho muitíssimo.  
(cuidador familiar 2)*

Existem elementos nos dados que apontam para o fato de que a decisão da família de obter o serviço pela via judicial foi potencializada pelo modo como o cuidador familiar foi recebido no plano de saúde:

*Me causou muito sofrimento....eu adoeci. Adoeci mesmo. Minha pressão foi lá para cima, desde então tomo remédios, não deve ser só por isso, mas desde então eu tomo remédio para pressão. Aí eu pedia isto a eles: “Não isto (a ID) é por sua conta”, eu falei: “olha, se o estado brasileiro não oferece, e vocês entram no mercado, vocês tem que estar prontos pra cuidar da saúde das pessoas em todas as instâncias, de todas as maneiras. Inclusive fornecendo isso (serviço de ID). Se vocês não querem, saiam do mercado. Se vocês optaram por estar no mercado, vocês tem que oferecer isto sim!”.*

*A médica auditora falou: “Não. É obrigação sua”. Aí eu me deparei com aquela médica, que esqueci o nome dela agora, ela foi grosseira comigo, eu reagi, fui grosseiro com ela.*

*(cuidador familiar 2)*

Seguidamente, ainda nas tratativas para que o plano de saúde fizesse a concessão do serviço de ID, houve outra discussão do cuidador familiar com outra gestora do plano de saúde, porém permaneceu o embate:

*Uma gerente foi curta e grossa comigo: “Não, não fazemos, isso é problema seu”, usou termos assim mesmo, eu falei assim: “É porque não é sua mãe”, nossa, essa menina ficou braba comigo! Falou: “Claro que não! Ainda bem que não é com minha mãe, que tem que passar por isso”. Eu falei “Ah, a sua mãe você não quer que passe por isso, agora o assistido do plano você quer que passe né?”. Aí a conversa encerrou, eu tive que sair da sala dela, então nossas conversas lá foram bem...pesadas.*

*(cuidador familiar 2)*

Identificamos a dificuldade pela gestora do plano de saúde na condução do diálogo com base no acolhimento e na argumentação, uma vez que a mesma teria maior preparo para solução de conflitos. A redução do conflito possivelmente poderia ser viabilizada por meio da exposição de motivos esclarecedores ao beneficiário do plano quanto à finalidade do programa de ID e os critérios técnicos adotados, buscando estabelecimento de vínculo com o beneficiário, com vistas à solução do caso por meio de serviços alternativos. A demonstração de disposição e de interesse na solução dos problemas vividos pelo solicitante da ID, traria um diálogo racional e produtivo.

Segundo Merly, nas práticas voltadas ao usuário do sistema de saúde torna-se necessário adotar práticas de acolhimento, resolução, responsabilidade, autonomizando o indivíduo<sup>74</sup>.

Um dos gestores entrevistados reconhece que existe uma carência pelos serviços de um cuidador profissional para serviços de baixa complexidade:

*A razão clínica é a minoria dos casos, a grande maioria, em torno aí de uns setenta e cinco por cento, oitenta por cento, procura na tentativa de ter um cuidador e não uma assistência integral.*

*(gestor 1)*

A demanda por cuidadores de idosos junto ao plano de saúde se apresenta crescente, possivelmente pelo mesmo estar só no domicílio, e os demais convivas exercendo no mundo trabalho as suas atividades. Devido aos custos, os lares com o trabalhador doméstico, apresentam números decrescentes, que poderiam estar na companhia do idoso, que antes, conforme Bruschini e Lombardi as trabalhadoras domésticas representavam quase 27% em 1970, apesar de esse percentual ter sofrido considerável redução, representam em 2000, cerca de 18% de todas as trabalhadoras<sup>75</sup>.

Esse gestor faz ainda uma distinção interessante, entre as reais necessidades sociais de famílias que não dispõem de renda e uma certa atitude de rejeição da senilidade por famílias de classe média alta.

*A questão social ela é muito nas classes, digamos assim... menos favorecidas financeiramente, a classe média e a abastada ela procura pra transferir a responsabilidade do cuidado para o convênio. Essa é a verdade.*

*Pacientes que é muito idoso, que a família não quer assumir. Ela quer transferir essa responsabilidade do cuidar para o convênio. Principalmente as famílias mais abastadas elas acham que contribuíram há muitos anos e é hora do convênio assumir esse cuidado com o paciente...*

*(gestor 1)*

Os países nórdicos, desde a década de 50, instituíram os serviços de cuidados para pessoas idosas. Serviços de ajuda doméstica em domicílio são oferecidos em ampla escala, na população de baixa e média renda. Nos benefícios monetários para ajuda doméstica de idosos, são baseadas no princípio da responsabilidade do Estado. Na Europa adota o seguro dependência, com finalidade de custear as necessidades dos idosos, incluindo os cuidadores<sup>76</sup>.

Não é raro, famílias excluam de suas vidas, por se sentirem incomodadas, cuidados aos idosos<sup>77</sup>. No Brasil, ainda não temos políticas sociais e previdenciárias que garantam o custeio das necessidades de idosos em situação de dependência. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI tem entendimento que a família, por via de regra, é a executora dos cuidados ao idoso<sup>8</sup>. Portanto, no Brasil, os cuidados a serem dispensados aos idosos em situação de dependência é um conflito intenso e persistente, tanto no âmbito público como no privado.

A outra gestora entrevistada, parece se ater mais em sua análise do problema às questões mais estritamente técnicas e regimentais do plano de saúde. Ela identifica duas questões para solicitação do serviço de ID, o primeiro, o medo da família em assumir a responsabilidade do cuidado do idoso, e o segundo, a orientação médica quando o idoso está internado. O hospital prescreve a ID, em alguns casos, mesmo quando o paciente não apresenta critérios de elegibilidade:

*... se for um pedido da família a gente não aceita. A gente tem que partir do ambiente hospitalar com um relatório médico e solicitação médica. O Plano de Saúde não aceita um pedido, uma escolha da família levar o paciente, tirar ele do ambiente hospitalar pra levar pro domiciliar. Se não for um pedido médico então... quase na nossa totalidade aqui é um pedido médico. A família ela pede a ID de certa forma orientada pelo médico do hospital. Nem sempre esse paciente tem indicação... A grande maioria dos pacientes, de cada dez, pelo menos sete, a indicação é para outro programa.*  
(gestora 2)

Os critérios de prescrição de ID por médicos assistentes, não se baseiam na Tabela da ABEMID, por serem protocolos específicos da assistência domiciliária, porém tem a indicação baseada no resguardo da saúde do idoso. O conflito se instala pelos limites tênues, de quando estes cuidados à saúde do idoso devam ser familiares ou profissionais.

As liminares ocorrem nos casos de não elegibilidade para concessão da ID, onde não se tem critérios clínicos que justifiquem a instalação de uma estrutura hospitalar no domicílio. Essa mesma gestora parece compreender que a razão do conflito que culmina em um apelo ao judiciário, estabelece-se pela falta de compreensão e de aceitação pela família dos critérios de elegibilidade:

*Geralmente são pacientes que estavam em ambiente hospitalar, tiveram alta, mas infelizmente não pontuaram os critérios de admissão da casa. Então a família não compreende, não aceita o programa intermediário e aí recorre à justiça pra ter o home care completo.*  
*A falta de perfil gera cem por cento das liminares que o plano de saúde tem hoje em dia.*  
(gestora 2)

O critério familiar quanto à necessidade de uma ID e conseqüentemente de um cuidador profissional sobrepõe-se aos critérios de elegibilidade instituídos pela ABEMID e pelos planos de saúde. A visão familiar do cuidador profissional, tende a ser otimizada quanto aos seus conhecimentos no âmbito da saúde, porém os mesmos são limitados. A

disponibilização da equipe de saúde, a qual inclui o cuidador profissional, por meio de visitas, não satisfaz as necessidades de famílias, que não podem, por algum motivo, dispensar cuidados ao idoso.

A profissão de cuidador profissional apresenta-se na Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, e sua regulamentação se encontra através de Projeto de Lei, atualmente em tramitação no Senado Federal. A disponibilização de seus serviços, por serem de formação de nível médio, requer atuação monitorada por profissional da medicina e de enfermagem. Diante disto, a disponibilização de cuidadores em caráter contínuo, ou seja, por 12 ou 24 horas diárias no domicílio, pelos planos de saúde, se dá, quando incluído em uma equipe de saúde e assim em uma ID. Portanto, sua concessão, torna-se mais custosa. Conforme informações obtidas no plano de saúde de autogestão, estudos foram realizados quanto à possibilidade de reembolso às famílias dos gastos com um cuidador profissional, entretanto, a incorporação da disponibilização ou financiamento através de reembolso, de cuidadores profissionais, pode, atuarialmente, elevar os custos das mensalidades a um patamar que reduza o acesso à saúde suplementar. Os estudos realizados reforçam, assim, os parâmetros da concessão deste serviço, baseado em critérios clínicos em detrimento das questões sociais. No entanto a demanda por cuidadores de idosos existe e é crescente com o envelhecimento populacional, e conseqüentemente elevando as demandas judiciais para sua concessão, tanto na saúde pública como na saúde suplementar.

A solução deste conflito deverá partir de uma revisão da legislação, por meio da regulamentação da profissão de cuidador profissional e sua disponibilização pelo plano de saúde. Um programa de acompanhamento de idosos, sem requerer monitoramento contínuo do cuidador profissional pela equipe de saúde, se justifica nos casos que não requeiram complexidade, porém, com risco de internação, onde se concentra a maior parcela das demandas familiares.

Pelo não atendimento pelo plano de saúde quanto às necessidades do cuidador familiar quanto à idosa, por meio da defensoria pública, foi gerada a liminar determinando a obrigatoriedade ao plano de saúde em conceder o serviço de ID.

### **6.2.2. CONTEXTO EM TORNO DOS CUIDADOS**

O cuidador familiar não reside no domicílio da idosa, porém é o responsável por garantir a assistência de saúde de sua mãe, por ser sua dependente no plano de saúde e ser

afetivamente o mais preocupado com sua doença. A idosa requer monitoramento da pressão arterial e da glicemia, apresenta lesão no pé, que vem sendo tratado há mais de um ano. A idosa apresenta mobilidade, porém a casa não se apresenta adaptada, ou seja, pelo fato de ser pequena, observamos excesso de mobiliário sem utilidade, fato que não é percebido pelos filhos. Não foram removidos os tapetes nem instalados apoiadores nas paredes do quarto ou banheiro e o piso não se apresenta nivelado. No domicílio além da idosa moram mais dois filhos, sendo o mais velho, portador de transtornos psiquiátricos, e o outro recém-aposentado.

A questão da necessidade de cuidado, no âmbito do domicílio estudado, não se restringe apenas à idosa, mas também ao filho especial que mora com ela. Com a disponibilização da ID, ficou possível ao irmão que se aposentou cuidar do irmão que apresenta transtornos psiquiátricos.

Percebemos uma questão de gênero na entrevista com o cuidador familiar, considerando que os filhos da idosa, todos são homens, torna, diante a cultura daquela família, que o acompanhamento da idosa para o banho e nas trocas de roupa, seja realizado pelas técnicas de enfermagem:

*Esse cuidado assim diário, realmente tem que ser com as meninas.  
(cuidador familiar 2).*

Isto reforça a imposição do papel de cuidador à mulher, perante a dificuldade homem no cuidar. Vários autores relatam que em suas pesquisas, que os cuidadores familiares se concentram no sexo feminino. Fernandes e Garcia, em sua pesquisa tem o registro que em todos os casos estudados, os cuidadores familiares eram do sexo feminino e em sua relação com parentesco com os idosos, apresentou que 70% eram as filhas, 23,3% esposas e 6,6% eram sobrinhas ou netas<sup>78</sup>. O filho mais velho seria o eleito, por ser o mais saudável, estar aposentado e viver no mesmo domicílio que a idosa, para assumir o papel de cuidador familiar. Percebe-se neste caso, que nas relações intrafamiliares, são possivelmente, disfuncionais pelo fato de tornar o cuidador familiar, o filho mais jovem, que trabalha e que mora distante no referido domicílio. Portanto, torna-se compreensível o desgaste do cuidador familiar, no atendimento das necessidades de sua mãe, à distância.

A idosa se apresenta satisfeita com o serviço de ID e especial em relação às cuidadoras profissionais, que representam as pessoas de maior convivência:

*...eu to achando bom. Eu tenho companhia, né?*

*(idosa)*

A convivência com os dois filhos, que moram no mesmo domicílio que a idosa, parecia não existir no aspecto da interação entre os convivas. A solidão e sentir-se isolado potencializam o sofrimento e vulnerabilidade do idoso<sup>54</sup>. A ID satisfaz as necessidades não somente do cuidador familiar, mas também da idosa, na qual nos remete a perceber que somente agora tem companhia para seus dias. Este fato nos leva a refletir que a ID, não era necessária para atendimento das condições clínicas da idosa, mas efetivamente se realizou no atendimento às necessidades que existiam, mesmo aquelas que passaram despercebidas, conferindo, se assim podemos dizer, qualidade de vida, tanto para idosa, como para os convivas do domicílio e o cuidador familiar.

É possível perceber o grau de autonomia da idosa, no relato que ela faz de que ainda realiza algumas atividades domésticas:

*As vezes a empregada falta a gente acha difícil ter que...fazer né? Meu filho ajuda. Eu também faço ali uma coisinha.*

*(idosa)*

E o cuidado parece também ter influenciado na qualidade de vida do idoso, e sua disposição em enfrentar os desconfortos da senilidade:

*Eu to achando boa a minha vida... Gosto de viver. Embora eu esteja tomando remédios todos os dias, às vezes tem alguma dorzinha assim no pé.*

*(idosa)*

Quando perguntado o numero de moradores na casa, as técnicas de enfermagem foram incluídas na soma, demonstrando terem sido incorporadas por participarem no convívio diário da casa.



Conforme o cuidador familiar, a presença da equipe de saúde, apresentou desconforto diante ao movimento de pessoas estranhas no domicílio, mas por outro lado gera satisfação no atendimento das necessidades da idosa:

*O meu irmão às vezes se sente incomodado com tanta gente, mas ele acaba entendendo que é pro bem da minha mãe. Ele que mora lá acaba sentindo mais, mas ele agora tá numa fase melhor, porque é uma só pessoa por turno, então não incomoda tanto.*

*O outro irmão (o especial), ele fica....ele fica quietinho no canto dele...ele tá numa fase boa agora na vida dele, com medicação...*

*(cuidador familiar 2)*

Um dos gestores aborda a tendência de surgimento de novos serviços, em geral privados, para suprir as necessidades desses casos onde não há indicação clínica de ID, mas existe necessidade de um cuidador profissional, comentando de que teriam a vantagem de não necessitar a inclusão de novos moradores no domicílio:

*...há uma tendência do mercado estar absorvendo esses pacientes que hoje a sociedade, aqui em Brasília particularmente, tá canalizando esses pacientes pras casas de repouso. E assim, vai ser até uma prática comum, e....menos conflitante dentro da casa da família que é um problema bastante complexo. O fluxo de pessoas estranhas dentro do ambiente da família.*  
*(gestor 1)*

Atualmente no Distrito Federal, existem unidades de saúde privadas de longa permanência de idosos, disponibilizados ao mercado consumo de saúde, porém as mesmas tornam-se inacessíveis, diante dos elevados custos dos serviços, o que não seria alternativa para o caso em análise.

Mesmo o Estado brasileiro oferecendo o serviço de ID através do Programa Melhor em Casa, a idosa em questão não apresentaria elegibilidade, pelo fato dela deambular e apresentar relativa autonomia. O Programa Melhor em Casa do Sistema Único de Saúde – SUS disponibiliza atualmente, a equipe multidisciplinar, medicamentos e equipamentos,

entretanto o cuidador seria de responsabilidade da família<sup>21</sup>. No caso de cuidadores informais (familiares e leigos), os mesmos seriam treinados pela equipe multidisciplinar.

### 6.2.3. CONFLITOS EM TORNO DA ID

Os conflitos em torno dos cuidados relativos a este caso se apresentam de baixa intensidade, uma vez que são restritas às cuidadoras profissionais.

Tanto a idosa como a cuidadora profissional em suas entrevistas, não demonstram conflitos, que neste caso, eles podem inexistir ou serem inibidos, se este último estiver ocorrido, seria possivelmente pelo receio da idosa na perda do serviço de ID e pela situação de conforto da cuidadora profissional que tem um trabalho relativamente leve nos cuidados de uma idosa com autonomia.

Um dos conflitos de maior incidência relatado pelos gestores do plano de saúde se refere à pressão familiar em realizar estoques de material e medicamento no domicílio onde ocorre a ID.

*A questão mais comum... é a família fazer queixa de direito que não tem. É a grande quantidade de materiais disponíveis para o paciente.*

*A família quer estoque... grande quantidade de fralda, que a família quer que troque de duas em duas horas pra não esquentar...volumes excessivos de medicamentos...então nossa função aqui é regular essa demanda que de uma certa forma é exagerada.*

*(gestor 1)*

No imaginário da família, o estoque de materiais e medicamentos, tem por intenção a garantia da continuidade da qualidade da assistência. A mídia, frequentemente divulga em telejornais, as recusas de atendimento em planos de saúde, bem como falta de assistência à saúde e medicamentos no SUS, possivelmente isto promove sensação coletiva de descrédito quanto aos sistemas de saúde, onde o acesso aos serviços de saúde não sejam integrais ou de qualidade.

A gestão à saúde, seja pública ou privada, tem como premissa a regulação da atenção à saúde, com vistas a oferecer ao indivíduo os serviços de saúde conforme suas

necessidades, em termos de qualidade e quantidade, gerando assim maior eficiência nos tratamentos de saúde com menores dispêndios de recursos<sup>79</sup>.

Outro conflito descrito pelo Gestor diz respeito ao uso de materiais destinados ao idoso sob cuidado, por membros da família.

*... a pessoa vai pintar o cabelo, usa luva de procedimento. Tá com uma dor de cabeça e quer usar a dipirona que tá ali guardada. Então ele não entende que aquilo ali é exclusivamente do assistido.*

*(gestora 2)*

Verificou-se que neste caso, a intenção da família em englobar nos cuidados da idosa, cuidados com o filho que apresenta problemas psiquiátricos, o qual não tem o plano de saúde. Fato percebido na solicitação de medicação de uso controlado da psiquiatria e da disponibilização de visitas de psicólogos. A intenção da família foi percebida pelo plano de saúde, sendo assim negadas as solicitações devido à falta de indicação clínica e não estar relacionada na liminar judicial.

Tanto do ponto de vista legal quanto deontológico encontra-se estabelecido que os cuidados a um beneficiário são intransferíveis.

Conforme relatos dos gestores, outros conflitos também aparecem como a insatisfação com algum profissional da equipe de saúde, a exigência de atendimento domiciliar por especialistas, a disputa judicial do paciente entre a própria família. Portanto, existem situações onde a complexidade da família se apresenta maior que a complexidade clínica do idoso e a dificuldade de realizar o desmame, ou seja, dar alta ao idoso ou migrá-lo para outro programa de menor complexidade, condizente com sua condição clínica. Na experiência dos gestores, a maior parte dos conflitos se dá no relacionamento intradomiciliar em todas as direções, porém costumam ser mais estáveis nas relações entre o cuidador profissional e o idoso:

*As relações de conflito são entre profissionais, entre a família e o profissional, não entre paciente e cuidador.*

*(gestora 2)*

A ID pode em um mesmo contexto, gerar sentimentos diferentes entre os diferentes atores envolvidos, podendo ser possivelmente considerada como uma invasão do domicílio, como um auxílio primordial no cuidado com o idoso. Para o idoso, sua relação com o cuidador profissional, em muitas situações pode ser confortante por aliviar o fardo do cuidador familiar, e por este estar em situação de vulnerabilidade, pode não exteriorizar seus desconfortos.

A questão da humanização da assistência, considerada uma das qualidades da ID, pode não ocorrer. Segundo Floriani e Schramm, o que humaniza a relação terapêutica, não é a assistência ocorrer no domicílio e sim a relação de empatia entre o profissional e o paciente<sup>52</sup>.

Outra forma de conflito descrito por gestores que pode ter impacto sobre os cuidados ao idoso acontece entre o plano de saúde e a empresa que operacionaliza serviços de ID, o que algumas vezes leva esta última a estimular uma indisposição entre a família e o plano de saúde:

*...também a gente não tem aquela relação boa entre empresa e a operadora, que bota um profissional lá dentro que também joga a família contra o plano de saúde né? Então... é uma relação bem difícil. Bem complicada.*  
(gestora 2)

No presente caso, como já comentado, não foi possível perceber conflitos de maior relevância entre cuidador familiar e cuidador profissional, ou entre cuidador profissional e paciente. O cuidador familiar se mostra satisfeito com serviço de ID:

*...aquele cuidado diário, que é típico de um cuidador, precisa disso também. Uma companhia para ela, (possibilitou) condições de eu poder continuar trabalhando e sustentando, porque hoje, mesmo com home care, eu gasto em torno de quase um terço do meu salário pra manter minha mãe viva.*  
(cuidador familiar 2)

Percebe-se que a presença das cuidadoras profissionais possibilitada pelo serviço de ID, resultou em uma melhor qualidade de vida, não somente para idosa, mas também ao cuidador familiar.

Quanto à relação da idosa com a cuidadora profissional, parece ser de relativa tranquilidade:

*ela é uma ótima paciente, às vezes.... um pouco teimosa...  
(cuidadora profissional 2)*

Os conflitos são de baixa intensidade devido às solicitações da idosa de adiar a ingestão dos medicamentos e são solucionados com base na negociação.

A cuidadora sinaliza o excesso de móveis em proporção ao tamanho da casa, ela percebe a dificuldade da idosa em sua locomoção em relação ao espaço:

*É, acho muito pequeno.  
(cuidadora profissional 2)*

Em análise das falas da cuidadora quanto à necessária redução de móveis do domicílio com vistas a oferecer maior segurança na locomoção da idosa, e o respeito às solicitações da idosa, quanto aos horários de ingestão de medicamentos, baseados na negociação, pode-se inferir, que entre os convivas do domicílio, ser a cuidadora profissional, que busca a preservação da autonomia da idosa.

Na entrevista com a cuidadora profissional, percebe-se a distância entre idosa e seus filhos que vivem com ela no domicílio e diante disto, a importância da ID pela questão da companhia:

*Porque geralmente os filhos dela saem muito... a auxiliar (ajudante do lar) também tem que sair, tem que ter alguém com ela... tem que ter alguém que... conheça bem ela.  
(cuidadora profissional 2)*

A cuidadora enfatiza conhecer melhor as necessidades da idosa em relação aos filhos, fato este, observado também nas falas da idosa e pelo relacionamento distante observado entre os convivas naquele domicílio.

O cuidador familiar demonstra estar vivendo um momento de grande ansiedade em relação a liminar, uma vez que ela pode ser cassada pelo plano de saúde, por até perceber a questão da não elegibilidade de sua mãe em relação ao serviço de ID:

*...eu vivo um momento de ansiedade muito grande. Eu tô, pode até parecer que não, mas eu to num momento de ansiedade muito grande...em relação a decisão judicial.*

*(cuidador familiar 2)*

Neste caso, diferentemente do primeiro, os conflitos foram mais intensos. Os mesmos se destacaram em relação à elegibilidade da idosa, que conforme os critérios clínicos e a relativa autonomia, não requerem uma ID.

A relação do cuidador familiar com o plano de saúde foi tumultuada, o mesmo tentou a concessão em diversos momentos em visita e conversas conflituosas junto ao plano de saúde. O conflito foi o bastante para potencializar uma hipertensão no cuidador familiar. O cuidador familiar não aceitou a continuidade da idosa em outro programa oferecido pelo plano, o qual já disponibilizava visitas regulares de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista e psicólogo. No entanto, o serviço requerido de prioridade para o solicitante, era o da ID, que disponibiliza o técnico de enfermagem (cuidador profissional) não através de visitas, mas sua permanência no domicílio continuada, por 24 horas diárias.

Diante dos conflitos, o cuidador familiar, buscou o acesso ao serviço de ID por meio de liminar judicial, o que diferencia sobremaneira este caso em relação ao primeiro abordado neste estudo.

Com a liminar instaurada, foi verificado o *score* da idosa, que apresentou 7 pontos na tabela da ABEMID. Para ID com a presença do cuidador profissional por 24 horas diárias, deveria apresentar, conforme as normas do plano de saúde, 19 pontos ou mais.

A judicialização tem sido frequente no âmbito da saúde, na concessão de serviços negados, seja pelo SUS ou pelos planos de saúde<sup>41</sup>. O sistema judiciário apresenta relativa agilidade na concessão de liminares com a justificativa da garantia à vida.

Os serviços disponibilizados por meio de liminar, deste caso, foram as visitas médicas, de enfermagem, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e a permanência 24 horas diárias dos cuidadores profissionais. Não foram disponibilizados equipamentos e mobiliários hospitalares, apenas o medidor de glicose e aparelho de aferir a pressão arterial, ambos de uso doméstico, além dos medicamentos. As sessões com o fonoaudiólogo foram suspensas, por não serem necessárias.

A concessão da ID, viabilizou a melhoria da qualidade de vida do cuidador profissional que antes se preocupava, à distância, com os cuidados com a idosa, além de ter que percorrer grandes distâncias para realizar os traslados requeridos para conduzir a mesma para realização de consultas e exames. Para idosa, a concessão da ID, viabilizou a melhoria da qualidade de vida, por meio da realização de companhia pelas cuidadoras profissionais, tornando claro que os filhos convivas do domicílio, não realizavam.

Diante análise deste caso, pode-se inferir que questões sociais se misturam com outras relativas ao processo natural do envelhecimento humano e os cuidados que os idosos requerem na modernidade.

## 7. CONCLUSÃO

O estudo exploratório realizado nesta dissertação possibilitou identificar duas categorias mais gerais de conflitos éticos estabelecidos na internação domiciliária de idosos. Aqueles que decorrem das relações interpessoais em torno dos cuidados prestados ao idoso, permitindo assim uma abordagem na perspectiva da bioética clínica, e aqueles relativos às políticas de atenção à saúde do idoso e programas de atenção domiciliária, que podem ser abordados na perspectiva da Bioética Social, em especial da Bioética aplicada à Saúde Pública. A identificação destes conflitos torna possível planejar estudos mais aprofundados no sentido de encontrar as possibilidades de preveni-los ou solucioná-los.

No que se refere à perspectiva da bioética clínica, os conflitos identificados ocorreram de formas e intensidade variadas, em conformidade ao caso e ao contexto que eles se deram. O conflito identificado de maior intensidade é relativo à elegibilidade por questões exclusivamente clínicas. O estabelecimento pelo plano de saúde de avaliação de elegibilidade clínica associada às necessidades sociais poderia promover melhores efeitos, inclusive terapêuticos, no atendimento de demandas de ID. Outro conflito na esfera clínica se dá pelas relações de anulação da autonomia do idoso, pelos cuidadores profissionais e familiares, pela ausência de negociação nos horários e realização de terapêuticas medicamentosas e fisioterápicas, subdimensionando as escolhas do idoso quanto ao seu tratamento. Neste caso requer melhor diálogo entre a família, cuidadores e equipe de saúde, com vistas a conduzir a ID com base na pactuação com o idoso, em busca de prevalecer suas escolhas. Ainda temos os conflitos relativos à amplitude dos serviços oferecidos na ID que poderiam abarcar maior número de procedimentos de saúde realizados no domicílio, evitando desgastes ao idoso em sua movimentação para realização de exames e consultas especializadas. A revisão da organização dos serviços de ID com base na logística pode minimizar estas questões, que podem ser estimuladas por meio de cooperação técnica entre a operadora de saúde e a empresa que operacionaliza a ID, a fim de oferecer o maior número de serviços no âmbito domiciliar.

Na esfera da bioética social podemos identificar o conflito entre as necessidades da família estabelecidas por seus contextos de vida cotidiana e condições sociais, e os critérios estritamente clínicos utilizados pelo plano de autogestão para elegibilidade de ID. Além disso, foi percebida uma ausência de esclarecimentos para os associados do plano quanto ao serviço de ID, seja por parte da própria seguradora, seja por parte da rede credenciada.



Isto aponta para necessidade do plano de saúde em estimular política de comunicação relativa ao acesso à informação quanto aos serviços de saúde disponibilizados. Outro conflito existe relativo à solicitação de serviços de ID para idosos autônomos, oriundos de necessidades de famílias que não dispõem de possibilidade, de pessoas presentes no domicílio que acompanhem o idoso, pelas próprias questões laborais para subsistência, e, portanto, de financiamento, a qual requer o serviço de ID. No entanto tem-se ainda que verificar a questão do financiamento dos serviços de cuidadores e das responsabilidades demandadas, pela própria subjetividade das necessidades dos núcleos familiares, que são de difícil mensuração. Não seriam as tabelas de pontuações ou *scores* que vão representar a real necessidade nos cuidados de idosos. No aspecto de saúde coletiva, podemos considerar o conflito relativo à ausência de acolhimento do solicitante do serviço de ID junto ao plano de saúde, onde o ambiente do plano de saúde predispõem a ser humanizado, para viabilizar soluções racionalmente satisfatórias para quem requer os cuidados de saúde. Indica que neste contexto, ser inerente o preparo para atendimento aos beneficiários solicitantes de serviços de saúde de modo a permitir as argumentações, de modo bilateral que sejam resolutivas para os problemas apresentados.

Ainda na esfera das questões sociais os conflitos quanto à disponibilização de materiais e medicamentos que passam a ser utilizados pela família do idoso, tornando a ID mais custosa, podem ser minimizados diante da partilha das responsabilidades com a família, por meio de educação continuada através de reuniões com grupos de cuidadores familiares, que podem ser promovidas pelo plano de saúde. E por fim o conflito relativo ao financiamento do serviço de ID pelo plano de saúde, os quais restringe a elegibilidade por critérios exclusivamente baseados na condição clínica, o estabelecimento de novas políticas e novos serviços que incluam as questões sociais, permitem racionalizar os serviços de saúde. A inclusão de cuidadores de idosos com vistas à prevenção de agravos a sua saúde, caminhando além dos tratamentos curativos e reabilitadores, promove a redução das internações hospitalares, que se apresentam custosas para o plano de saúde. Diante das considerações já realizadas, podemos inferir que a revisão das políticas de atenção domiciliar de modo compartilhado entre o plano de saúde e seus beneficiários, considerando suas necessidades, compartilhando responsabilidades, poderá dimensionar os programas de ID, na direção das melhores práticas com melhor efetividade e com redução de custos.

No entanto, não se pode ainda concluir certamente, qual é o dever do segmento da saúde na disponibilização e financiamento de cuidado a idosos autônomos. Em países da Europa, conforme discutido neste estudo, os serviços de cuidadores de idosos são financiados pela previdência. No entanto, considerando a análise conceitual da saúde, certamente seria entendido mais facilmente, pela própria amplitude no que a caracteriza. A questão da boa vida ou da qualidade de vida, também auxilia neste entendimento, onde se tem grande impacto na saúde a felicidade nas pessoas. Nas autogestões da saúde suplementar, ainda fica a questão da distribuição de recursos e como os mesmos são consumidos, este ainda é um dilema que requer estudo específico. Mesmo o Sistema Único de Saúde, que apresenta uma questão abrangente no conceito de saúde, ainda não se apropriou desta necessidade de abordar este assunto para uma devida solução. Portanto, mesmo identificando os conflitos bioéticos, não se pode afirmar que isto, isoladamente, propiciará uma solução ou amenidade imediata.

A humanização, acolhimento, comprometimento, responsabilidade, integralidade, eficiência, efetividade, respeito, dentre outras palavras, que são comumente discutidas, repetidamente no discurso da saúde, na esfera pública e privada, sejam parte de ações concretas, realizando-se no relacionamento entre os convivas de uma comunidade.

Pode-se considerar que o sistema de saúde suplementar faz parte do sistema público de saúde, quando analisados sua regulação estatal e a afinidade de sua operacionalização a cada dia mais abrangente conforme as diretrizes do SUS. É clara a tendência, no decorrer da linha histórica na melhoria da atenção à saúde pelo SUS, que caminha, mesmo que devagar, na questão do melhor acesso à saúde, hoje, oferecida pela saúde suplementar.

São escassas as publicações relativas à ID com abordagem na bioética clínica e na bioética aplicada na saúde coletiva, provavelmente, pela própria característica reservada do domicílio, local este, de difícil acesso a estudos. As publicações existentes, em sua maioria, são referentes aos cuidados com o idoso por meio de cuidadores familiares. Neste estudo, procuramos adicionar outros atores, de modo poder vislumbrar de forma mais clara os conflitos existentes entre os mesmos. Entretanto, pode-se inferir que muito ainda se tem a ser explorado, pela própria questão da complexidade do assunto abordado e pelo fato das limitações de um estudo exploratório, pode-se inferir que em outras famílias, se repetiriam a maioria dos conflitos, porém outros, com certeza existem. Outra limitação do estudo refere-se à análise do relacionamento do cuidador profissional com os demais atores

envolvidos, onde os conflitos, não se apresentaram nítidos e intensos, possivelmente pelo receio da exposição na participação da pesquisa.

Este trabalho aponta para a continuidade nas pesquisas referentes aos conflitos éticos na atenção domiciliar e espera-se, que, sirva de incentivo a outros pesquisadores para explorar este assunto. Além das questões acadêmicas, motivou a implementar, como gestor de saúde, adequação das políticas de atenção domiciliar, com vistas a solução dos conflitos identificados e melhoria no acolhimento ao beneficiário no referido plano de saúde.

## 8. REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia (Brasil). Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio. 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>> Acesso em: 15/11/2010.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/com\\_sobre.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf)>. Acesso em 07/09/2009.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Síntese de Indicadores Sociais – 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1717&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1). Acesso em 01/10/2012.
4. Louvison MCP, Rosa TE da C. Envelhecimento e Políticas Públicas de Saúde da Pessoa Idosa. In: Políticas públicas para um país que envelhece. Berzins MV, Borges MC (org). São Paulo: Martinari, 2012.
5. Veras RP et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. Rev. Saúde Pública 2008, vol.42, n.3, pp. 497-502.
6. Coelho Filho JM. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 6, Dez. 2000.
7. BRASIL. Presidência da República. Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003. Institui o Estatuto do Idoso. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)> Acesso em: 28/06/2012.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006 do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>> Acesso em: 25/07/2012.
9. Goldim JR. Roteiro para abordagem de casos de bioética clínica. 2003. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/casoclin.htm>> Acesso em 19/11/2010.
10. Fortes PAC, Zoboli ELCP. Bioética e saúde pública. São Paulo: Editora Loyola, 2009.

11. Albuquerque SMRL de. Assistência domiciliar: diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica. [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/USP; 2001.
12. Duarte YA de O, Diogo MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.
13. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB and Andrade, JI de. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2004, vol.12, n.5, pp. 721-726.
14. Amaral NN, Cunha MCB, Labronici RHDD, Oliveira ASB, Gabbai AA. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. Rev. Neurociências 9(3): 111-117, 2001. Disponível em <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-5.pdf>> Acesso em 09/10/2010.
15. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.416 de 23 março de 1998. Estabelece requisitos de credenciamento de hospitais e critérios para realização de Internação Domiciliar no SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2416.html>> Acesso em 29/10/2010.
16. Araújo MR, Carneiro MLM. Saúde da família: cuidado no domicílio. R. Bras. Enf. Brasília, v. 53, n. especial, p. 117-122, dez. 2000.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS - SUS 01/2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/Gm/GM-095.htm>> Acesso em 29/10/2010.
18. BRASIL. Presidência da República. Lei 10.424 de 15 de abril de 2002. Regulamenta a assistência domiciliar no SUS. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110424.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110424.htm)> Acesso em: 29/10/2010.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2529 de 19 outubro de 2006. Institui a internação domiciliar. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2529.htm>> Acesso em 29/10/2010.
20. Ministério da Saúde (Brasil). Cartilha Melhor em casa – A segurança do hospital na segurança de sal lar. Disponível em:

[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha\\_melhor\\_em\\_casa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf). Acesso em: 12/12/2012.

21. Ministério da Saúde (Brasil). Blog da Saúde. Postado em 01/10/2012. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/melhor-em-casa-da-mais-qualidade-de-vida-ao-idoso/> Acesso em: 20/12/2012.

22. Silva KL et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev. Saúde Pública 2010, vol.44, n.1, pp. 166-176.

23. Lima CMF. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: Rouquayrol MA, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia & saúde. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 2003. p. 499-513.

24. Priberam. Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=domiciliário>, Acesso em: 09/07/2009.

25. Bellido JM. Que es la hospitalización a domicilio. In Glez MDD (org.). Hospitalización a domicilio. Hoechst Marion Roussel, Espanha, 1998. pp. 23-28.

26. Lacerda MR et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde soc., São Paulo, v. 15, n. 2, Agosto 2006.

27. Tavolari CEL, Fernandes F, Medina P. O desenvolvimento do home health care no Brasil. Rev ADM em Saúde, 9(3), 2000.

28. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde. Org. por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

29. Machado ALG, Freitas CHA de and Jorge MSB. O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. Rev. bras. enferm. 2007, vol.60, n.5, pp. 530-534.

30. Albuquerque ACL, Souza MC de PS, Valente GSC e Viana L de O. A formação do enfermeiro para a assistência de portadores de necessidades especiais, com paralisia cerebral, submetidos à internação domiciliar. Enferm. glob. 2009, n.16, pp. 0-0.

31. Mazza MMPR. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/MAZZA.HTM>>. Acesso em: 10 out. 2010.

32. Barros SRTP de, Braz MG, Cruz ICF. Pós-graduação em Home Care: uma exigência pela qualidade – Parte I. Revista Brasileira de Home Care, dezembro, 1999. pp. 34-36

33. Dal Ben LWD, Gaidiznski RR. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a16v19n1.pdf>> Acesso em 09/10/2010
34. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Foco saúde suplementar. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/Foco/20120816\\_web\\_foco\\_junho\\_2012.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Foco/20120816_web_foco_junho_2012.pdf) Acesso em: 05/12/2012.
35. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 39, de 27 de outubro de 2000. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/texto\\_lei.php?id=380](http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=380). Acesso em 03/11/2010.
36. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa – RN N° 148, de 3 de março de 2007. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/texto\\_lei.php?id=843](http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=843). Acesso em: 03/11/2010.
37. Malta DC e Jorge A de D. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. Ciênc. saúde coletiva 2008, vol.13, n.5, pp. 1535-1542.
38. Picchiai D. Estratégia e estrutura: uma operadora de plano de assistência à saúde de pequeno porte. Disponível em: [http://www.google.com.br/search?q=como+%C3%A9+a+estrutura+de+gest%C3%A3o+de+uma+auto+gest%C3%A3o+em+sa%C3%BAde&rls=com.microsoft:pt-br:IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=1I7PRFA\\_pt-BRBR463&redir\\_esc=&ei=ms4uT9O1GM vLtgfU0N3WDw](http://www.google.com.br/search?q=como+%C3%A9+a+estrutura+de+gest%C3%A3o+de+uma+auto+gest%C3%A3o+em+sa%C3%BAde&rls=com.microsoft:pt-br:IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=1I7PRFA_pt-BRBR463&redir_esc=&ei=ms4uT9O1GM vLtgfU0N3WDw). Acesso em: 05/01/2012.
39. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). RN N° 211 de 2010. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde. Disponível em:<<http://www.ans.gov.br/data/files/8A958865278C C77601279 6C9838A1543/RN211.pdf>> Acesso em 10/10/2010.
40. Ventura M, Simas L, Pepe VLE e Schramm FR. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis 2010, vol.20, n.1, pp. 77-100.
41. Cechin J. A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva, 2008. 302 p.
42. Lorenzo, CFG. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/631/658](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/631/658). Acesso em 15/01/2013.

43. Urban C de A. A bioética e a prática médica. Disponível em: <http://www.jvascbr.com.br/03-02-03/simposio/03-02-03-275.pdf> Acesso em> 13/01/2013.
44. Merhy, EE (org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. 388 p.
45. Alya S. Dicionario latinoamericano de bioética. Prólogo. Disponível em: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/DicoParteI.pdf> Acesso em 10/01/2013.
46. Jucá RLC, Andrade DA de. Da bioética principialista à bioética social: estudo de cases da prática da eutanásia no Brasil. Disponível em: [http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/Anais/sao\\_paulo/2923.pdf](http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/Anais/sao_paulo/2923.pdf). Acesso em: 15/01/2013.
47. UNESCO - Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf), Acesso em: 10/05/2011.
48. León CFJ. De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2008 Ago [citado 2013 Feb 04] ; 136(8): 1078-1082. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008000800018&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000800018&lng=es). doi: 10.4067/S0034-98872008000800018.
49. Fortes PA de C. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, Mar. 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000300024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300024&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 Feb. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300024>.
50. Garrafa V. Bioética saúde e cidadania. In Barchifontaine C de P de; Pessini L. (Orgs). Bioética: Alguns desafios. 2ª. Ed. São Paulo: Loyola, 2002. 347 p.
51. The President's Council on Bioethics (USA) - taking care - ethical caregiving in our aging society. Disponível em: [http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/taking\\_care/taking\\_care.pdf](http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/taking_care/taking_care.pdf). Acesso em: 21/12/2012.
52. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2004 .



53. Cooper C, Selwood A. Livingston - The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/37/2/151.full> Acesso em 05/01/2013.
54. Sanchez MAS. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. *Textos Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, fev. 2000 . Disponível em <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282000000100004&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000100004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 dez. 2012.
55. Almeida M de. Comentários sobre os princípios fundamentais da bioética – perspectiva médica. In: Pessini L, Barchifontaine C de P. (Orgs.). *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Paulus, 1996. 241 p.
56. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo: Loyola, 2002.
57. Paschoal SMP. Desafios da longevidade: qualidade de vida. In: Pessini L, Barchifontaine C de P. (Orgs.). *Bioética e longevidade humana*. São Paulo: Loyola, 2006. 535 p.
58. Ministério da Saúde (Brasil). *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de atenção básica nº 19*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.
59. Ministério da Saúde (Brasil). *Guia Prático do Cuidador. Serie A. Normas e manuais técnicos*. 2008. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf)> Acesso em 05/07/2012.
60. Ministério da Saúde (Brasil). *Cuidar melhor e evitar violência*. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/manual/12.pdf>. Acesso em 17/10/2012.
61. Garbin CAS et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciênc. saúde coletiva* 2010, vol.15, n.6, pp. 2941-2948.
62. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15890.pdf> Acesso em: 05/01/2013.
63. Thober E, Creutzberg M, Viegas K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. *Rev. bras. enferm.* [serial on the Internet]. 2005 Aug [cited 2013 Jan 18] ; 58(4): 438-443. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000400011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000400011&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000400011>.

64. Segre M, Cohen C. Bioética. 2ª Ed. São Paulo: Edusp, 2002. 218 p.
65. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. Cad. Saúde 2007, vol.23, n.9, pp. 2072-2080.
66. Yin RK. Estudo de caso – Planejamento e métodos. 4ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248 p.
67. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: 6. Ed. Atlas; 2010.
68. Flyk U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: 3.ed. Artmed; 2009.
69. Schuklent U. Introdução à ética na pesquisa. In Diniz D, Guilhem D. Ed(s). Ética na Pesquisa – Experiência de treinamento em países sul-africanos. Brasília: UNB, 2005. P. 31-44.
70. Martins ASK. Diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde: contribuições da enfermeira - Dissertação de Mestrado. Curitiba: 2006. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oSorianeMartins.pdf>. Acesso em 14/10/2012.
71. Ministério da Saúde (Brasil). Guia prático do cuidador. 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf). Acesso em: 17/10/2012.
72. Almeida L, Azevedo RC de S, Reiners AAO and Sudre MRS. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. Texto contexto - enferm. [online]. 2012, vol.21, n.3 [cited 2013-01-22], pp. 543-548 . Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300008&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300008>.
73. Neri AL. Qualidade de Vida e Idade Madura. Campinas: Papirus. 1993
74. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde - uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, (org). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público. São Paulo: Editora Xamã; 1998.
75. Bruschini C, Lombardi MR. A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. Cad. Pesqui., São Paulo, n. 110, July 2000 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-15742000000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742000000200003&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 Jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742000000200003>.

76. Ministério da Previdência Social (Brasil). Envelhecimento e dependência: Desafios para a organização da proteção social. Disponível em: [http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3\\_081208-173354-810.pdf](http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081208-173354-810.pdf). Acesso em: 05/01/2013.

77. Herédia VBM, Cortelletti IA, Casara MB. Abandono na velhice. Textos Envelhecimento [periódico na Internet]. 2005 [citado 2013 Jan 25] ; 8(3): 307-319. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282005000300002&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000300002&lng=pt).

78. Fernandes M das GM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Rev. bras. enferm. [serial on the Internet]. 2009 Feb [cited 2013 Jan 25] ; 62(1): 57-63. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000100009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100009>.

79. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria N° 1.559 de 1 de agosto de 2008 que institui a política de regulação do sistema único de saúde – SUS. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html). Acesso em 07/01/2013.

**APÊNDICE A**  
**Questionários das Entrevistas**

## **ENTREVISTA 1 – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA DO IDOSO EM REGIME DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

### **1. INFORMAÇÕES SOBRE A ENTREVISTA E O ENTREVISTADO**

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Duração da entrevista:

Entrevistador:

Identificador para o entrevistado:

Gênero do entrevistado:

Idade do entrevistado:

Profissão do entrevistado:

Numero de filhos:

### **2. APRESENTAÇÃO**

1.1 Apresentação do entrevistador;

1.2 Reapresentação da Pesquisa, ressaltando alguns tópicos presentes no TCLE já assinado (objetivos da pesquisa, benefícios, riscos e incômodos, garantia de confidencialidade em reação à família e profissionais envolvidos, garantia de sigilo em relação ao seu nome e de sua família em possíveis publicações, liberdade para não responder uma ou mais questões).

### **3. ENTREVISTA**

3.1 Como o(a) senhor (a) vê este momento de sua vida?

3.2 Quais as maiores dificuldades enfrentadas pelo (a) senhor (a) em seu dia-a-dia?

3.3 3.3 Como o(a) senhor(a) acha que sua atual condição de saúde interfere na vida cotidiana de sua família?

3.4 Como o senhor acha que sua família vem lidando com as necessidades diárias de cuidado que sua situação de saúde impõem? 3.4.1) Quem dentro de sua família é o principal responsável pelos cuidados diretos oferecidos a(o) senhor(a)? 3.4.2) Quem dentro de sua família é o principal responsável pelas decisões em torno de sua saúde (escolha de médicos, planos de saúde, marcação de consultas e exames e etc?)

3.5 Gostaria que o(a) senhor(a) falasse sobre como vê os cuidados oferecidos diretamente por sua família.

3.6 Gostaria que o(a) senhor(a) falasse sobre como se dá a sua participação nas decisões sobre sua saúde.

3.7 Gostaria que o(a) senhor(a) falasse sobre como avalia os cuidados que recebe do cuidador profissional. O senhor considera sua internação domiciliar necessária?

3.8 Se o(a) senhor(a) pudesse modificar a forma como a sua saúde tem sido cuidada, o que e como modificaria?

3.9 Há algo mais que o (a) senhor(a) gostaria de comentar e que não foi abordado nesta entrevista?

## ENTREVISTA 2 – CUIDADOR FAMILIAR (FAMILIAR QUE PASSA MAIS TEMPO COM O INTERNO)

### 1. INFORMAÇÕES SOBRE A ENTREVISTA E O ENTREVISTADO

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Duração da entrevista:

Entrevistador:

Identificador para o entrevistado:

Gênero do entrevistado:

Idade do entrevistado e grau de parentesco com o idoso:

Profissão do entrevistado:

Numero de filhos:

### 2. APRESENTAÇÃO

- a. Apresentação do entrevistador;
- b. Reapresentação da Pesquisa, ressaltando alguns tópicos presentes no TCLE já assinado (objetivos da pesquisa, benefícios, riscos e incômodos, garantia de confidencialidade em reação à família e profissionais envolvidos, garantia de sigilo em relação ao seu nome e de sua família em possíveis publicações, liberdade para não responder uma ou mais questões).

### 3. ENTREVISTA

3.1. Quantas pessoas moram nesta residência e quais se envolvem com os cuidados dedicados a(o) Senhor(a) (Nome do Idoso)?

3.2. Quais as maiores dificuldades enfrentadas pelo(a) Senhor(a) (Nome do Idoso) em seu dia-a-dia?

3.3. De que maneira a situação de saúde do(a) Senhor(a) (Nome do Idoso) interfere na vida cotidiana da família?

3.4. Como você acha que sua família vem lidando com as necessidades diárias de cuidado que a situação de saúde do(a) senhor(a) (Nome do Idoso) impõem? 3.4.1. Quem dentro de sua família é o principal responsável pelas decisões em torno da saúde do (a) senhor(a) (Nome do Idoso) (escolha de médicos, planos de saúde, marcação de consultas e exames e etc)?

3.5. O (a) senhor (a) (Nome do Idoso) participa das decisões em torno dos cuidados de sua saúde? Em caso positivo, como se dá essa participação?

3.6. Como se deu o processo de escolha e implantação da Internação Domiciliar? 3.6.1.

Quais as principais razões da família para solicitar a Internação Domiciliar (ID)? 3.6.2.

Qual a sua participação nesta escolha e implantação? 3.6.3. Como se deu o processo de solicitação de ID junto ao plano de saúde? 3.6.4. Qual a sua participação neste processo?

3.7. Como você avalia os cuidados oferecidos pela equipe de saúde responsável pela ID?

3.7.1 Qual o membro da Equipe de Saúde você julga mais importante? 3.7.2 Como você avalia especificamente os cuidados oferecidos pelo cuidador profissional diariamente em contato com (a)o senhor(a) (Nome do Idoso)?

3.8. Como é a relação dos moradores da casa com o cuidador profissional e com os demais integrantes da Equipe de Saúde?

3.9. Quais são os pontos positivos e negativos da ID?

3.10. Na sua visão existe expectativa de melhoria e até alta da ID?

3.11. Há algo mais que você gostaria de comentar e que não foi abordado nesta entrevista?

## **ENTREVISTA 3 – CUIDADOR DE PROFISSIONAL (TÉCNICO DE ENFERMAGEM QUE PASSA MAIOR TEMPO COM O INTERNO)**

### **1. INFORMAÇÕES SOBRE A ENTREVISTA E O ENTREVISTADO**

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Duração da entrevista:

Entrevistador:

Identificador para o entrevistado:

Gênero do entrevistado:

Idade do entrevistado:

Profissão do entrevistado e tempo de trabalho em ID:

### **2. APRESENTAÇÃO**

- a. Apresentação do entrevistador;
- b. Reapresentação da Pesquisa, ressaltando alguns tópicos presentes no TCLE já assinado (objetivos da pesquisa, benefícios, riscos e incômodos, garantia de confidencialidade em reação à família, profissionais envolvidos, e empresa, garantia de sigilo em relação ao seu nome nas publicações, liberdade para não responder uma ou mais questões).

### **3. ENTREVISTA**

3.1. Como você descreveria sua relação com Senhor(a) (Nome do Idoso)? Em que medida as vontades dele entra em conflito com os cuidados profissionais dispensados por você?

3.2. Como você descreveria sua relação com a família do Senhor(a) (Nome do Idoso)? Em que medida as vontades da família em relação aos cuidados com o idoso entra em conflito com os cuidados profissionais dispensados por você?

3.3. Quais as maiores dificuldades enfrentadas pelo(a) Senhor(a) (Nome do Idoso) em seu dia-a-dia?

3.4. De que maneira você percebe que a situação de saúde do(a) Senhor(a) (Nome do Idoso) interfere na vida cotidiana da família?

3.5. Como você acha que a família vem lidando com as necessidades diárias de cuidado que a situação de saúde do(a) senhor(a) (Nome do Idoso) impõem? Quem dentro da família é o principal responsável pelas decisões em torno da saúde do(a) senhor(a) (Nome do Idoso) (orientação ao seu trabalho, escolha de médicos, planos de saúde, marcação de consultas e exames e etc?)

3.6. O(a) senhor (a) (Nome do Idoso) participa das decisões em torno dos cuidados de sua saúde? Em caso positivo, como se dá essa participação?

3.7. Você percebe conflitos ou desconfortos do idoso com a ID? Se sim, poderia descrevê-los?

3.8. Você percebe conflitos ou desconfortos da família com a ID? Se sim, poderia descrevê-los?

3.9. Como você descreveria a relação entre os diversos profissionais da saúde envolvidos com a ID?

3.10. Orientações de conduta por parte de outros profissionais da Equipe de Saúde, como médicos e enfermeiros, podem às vezes entrar em desacordo com aquilo que o cuidador profissional diário considera melhor para o idoso? Quando isso acontece, como o problema se resolve?

3.11. Como você avaliaria o Programa de Internação Domiciliar? Você acha que o(a) senhor(a) (Nome do Idoso) poderia ficar sem ele? O que seria necessário para isso e como seria em sua opinião a qualidade de vida dele?

3.12. Há algo mais que você gostaria de comentar e que não foi abordado nesta entrevista?

## **ENTREVISTA 4 – GESTOR DA AUTOGESTÃO EM SAÚDE**

### **1. INFORMAÇÕES SOBRE A ENTREVISTA E O ENTREVISTADO**

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Duração da entrevista:

Entrevistador:

Identificador para o entrevistado:

Gênero do entrevistado:

Idade do entrevistado:

Profissão e Cargo na Empresa do entrevistado:

### **2. APRESENTAÇÃO**

- a. Apresentação do entrevistador;
- b. Reapresentação da Pesquisa, ressaltando alguns tópicos presentes no TCLE já assinado (objetivos da pesquisa, benefícios, riscos e incômodos, garantia de confidencialidade em relação à família, profissionais envolvidos, e empresa, garantia de sigilo em relação ao nome do entrevistado e da empresa nas publicações, liberdade para não responder uma ou mais questões).

### **3. ENTREVISTA**

3.1. A partir de sua experiência quais as principais motivações que levam uma família a solicitar uma ID?

3.2. Como é feita pela empresa seguradora a elegibilidade das solicitações de ID feitas por médicos ou famílias?

3.3. Como você entende a relação entre razões clínicas e razões sociais interferindo na solicitação e implantação de uma ID?

3.4. Quem mais frequentemente costuma ser o solicitante principal da ID, a família ou o médico? E em que medida a origem da solicitação pode influenciar na decisão?

3.5. Quais costumam ser os conflitos mais comuns que ocorrem no processo de solicitação e implantação das ID?

3.6. Quais as queixas mais comuns das famílias em relação à ID?

3.7. Como e que tipo de informações chegam à gestão sobre as relações entre o idoso (e seus familiares) com os profissionais envolvidos na ID, e o que essas informações indicam?

3.8. Ao seu ver qual a importância para os segurados e para empresa do programa de ID?

3.9. O Programa de ID, costuma ter uma relação custo/benefício favorável à empresa seguradora?

3.10. Há algo mais que você gostaria de comentar e que não foi abordado nesta entrevista?



**APÊNDICE B**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

#### **IDOSO(A) EM REGIME DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

O senhor (a senhora) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que pretende identificar conflitos e problemas existentes em torno da oferta e prestação de serviços de Internação Domiciliar por seguros de saúde. A pesquisa está sendo realizada dentro de um Programa da Universidade de Brasília (UnB) que forma mestres e doutores em Bioética (disciplina que investiga problemas éticos relacionados com as ciências da vida e da saúde). O pesquisador principal é o yyyyyy e mestrando xxxxx xxxxx sob a orientação de pesquisa do Professor do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB, Dr. xxxxx xxxxx.

O objetivo da pesquisa é compreender em maior profundidade dois tipos de conflitos ou problemas: aqueles existentes entre a família do idoso e as empresas seguradoras em torno das indicações e tipos de serviços prestados na Internação Domiciliar; e aqueles que surgem das relações estabelecidas entre as diversas pessoas envolvidas nos cuidados ao idoso. Assim sendo a pesquisa pretende entrevistar quatro categorias de sujeitos: 1. O próprio idoso sob cuidados, 2. O cuidador familiar (ente da família que se ocupa mais frequentemente com prestação de cuidados ao idoso), 3. O técnico de enfermagem responsável pelos cuidados profissionais diários, 4. O profissional de administração da empresa seguradora que examina os critérios de concessão da Internação Domiciliar e a concede. O convite à sua participação dá-se pelo fato do (a) senhor (a) se enquadrar na Categoria 1 de sujeitos: idoso sob cuidados e pelo fato de se encontrar lúcido e com grau de autonomia suficiente para a entrevista.

O seu envolvimento na pesquisa será por meio de uma entrevista, que conterà perguntas em torno de temas tais como: seu estado de saúde, sua autonomia para cuidar de si mesmo, sua opinião sobre a necessidade ou não desse internamento domiciliar, a relação com sua família e em especial com o cuidador familiar, sua relação com o técnico de enfermagem e sua opinião sobre os serviços prestados por ele. A entrevista tem duração prevista entre quarenta minutos e uma hora, ela será gravada e depois passada para a forma escrita a partir de onde suas respostas serão analisadas.

A duração dessa entrevista pode representar algum desconforto para o(a) senhor (a), para diminuir esse possível desconforto, ela será conduzida em sua residência, em dia e horário de sua preferência, podendo ser interrompida a qualquer momento para continuidade posterior em conformidade com sua melhor disponibilidade e seu melhor conforto.

Toda entrevista que aborde relacionamentos familiares ou relacionamentos em torno de assistência à saúde, como a de nossa pesquisa, apresenta a possibilidade de constrangimentos por ter que emitir opiniões sobre pessoas e serviços, bem como o risco de que algumas respostas possam interferir negativamente no equilíbrio dessas relações. Para evitar esses riscos sua entrevista será feita em particular, em condições que permitam

total sigilo. Nenhum outro membro da sua família ou profissional terá acesso às suas respostas. As gravações e o texto gerado da sua entrevista serão analisados apenas pelo pesquisador principal e seu orientador. Nenhuma publicação ou outro tipo de material para apresentação em sessões científicas ou congressos, que tenham sido gerados a partir dessa pesquisa conterá dados que permitam identificar pacientes, famílias ou profissionais.

Espera-se que essa pesquisa possa gerar diversos benefícios para os Programas de Internação Domiciliar, pois a identificação de problemas e conflitos a partir da visão das pessoas diretamente envolvidas pode ajudar a melhorar esses serviços, tanto para pacientes e seus familiares, quanto para profissionais e administradores de seguros de saúde, uma vez que permite o planejamento de ações com o objetivo de solucionar ou prevenir a ocorrência desses conflitos e problemas. Ela também pode indicar a direção para outras pesquisas, que como esta, busquem a melhoria da modalidade de assistência de Internação Domiciliar, tão importante para uma população como a Brasileira, com número crescente de idosos. Entretanto, essa pesquisa não prevê benefícios diretos para o(a) senhor(a) em curto prazo.

Essa pesquisa não tem qualquer fim lucrativo, não conta com patrocinadores externos e o pesquisador não representa nenhuma empresa para o estudo em questão. O (a) senhor (a) não é obrigado (a) a participar dela e caso não deseje participar isto não trará qualquer prejuízo aos serviços de saúde prestados. Ela não causará despesas pessoais ao (à) senhor (a) ou à sua família e não há qualquer remuneração prevista para a sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) poderá desistir de participar da pesquisa, ou deixar de responder a alguma pergunta da entrevista sem quaisquer prejuízo ao seu tratamento. Poderá, ainda solicitar qualquer esclarecimento sobre a mesma em qualquer momento de seu envolvimento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido se encontra redigido em duas vias, sendo uma para o (a) senhor (a) e outra para o pesquisador. Ao assiná-lo o (a) senhor (a) estará afirmando que se sente esclarecido sobre os objetivos, benefícios e riscos envolvidos e que concorda em participar. O (a) senhor (a) dará também o seu consentimento oral na gravação antes de começar a entrevista.

O pesquisador principal poderá ser contatado a qualquer momento para esclarecimentos pelo telefone celular: (xx) xxxx-xxxx ou email: [xxxxx@gmail.com](mailto:xxxxx@gmail.com). Caso você tenha qualquer dúvida ou reclamação sobre os seus direitos como sujeito de pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, Tel.: (61) 3107-1947; e-mail: [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br); site: [www.unb.br/fs/cep](http://www.unb.br/fs/cep)

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

---

Nome do Participante

---

Assinatura do Participante

---

Nome do Pesquisador

---

Assinatura do Pesquisador



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

#### **CUIDADOR FAMILIAR**

O senhor (a senhora) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que pretende identificar conflitos e problemas existentes em torno da oferta e prestação de serviços de Internação Domiciliar por seguros de saúde. A pesquisa está sendo realizada dentro de um Programa da Universidade de Brasília (UnB) que forma mestres e doutores em Bioética, disciplina que investiga problemas éticos relacionados com as ciências da vida e da saúde. O pesquisador principal é o yyyyyy e mestrando xxxxx xxxxx sob a orientação de pesquisa do Professor do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB, Dr. xxxxx xxxxx.

Assim sendo a pesquisa pretende entrevistar quatro categorias de sujeitos: 1. O próprio idoso sob cuidados, 2. O cuidador familiar (ente da família que se ocupa mais frequentemente com prestação de cuidados ao idoso), 3. O técnico de enfermagem responsável pelos cuidados profissionais diários, 4. O profissional de administração da empresa seguradora que examina os critérios de concessão da Internação Domiciliar e a concede. O convite à sua participação dá-se pelo fato do (a) senhor (a) se enquadrar na Categoria 2 de sujeitos: O cuidador familiar do idoso.

O seu envolvimento na pesquisa será por meio de uma entrevista, que conterà perguntas em torno de temas tais como: sua relação com o idoso, sua opinião sobre a necessidade ou não desse internamento domiciliar, sua relação com o técnico de enfermagem e sua opinião sobre os serviços prestados por ele e suas considerações sobre a concessão da internação domiciliar pelo seguro saúde. A entrevista tem duração prevista entre quarenta minutos e uma hora, ela será gravada e depois passada para a forma escrita a partir de onde suas respostas serão analisadas.

A duração dessa entrevista pode representar algum desconforto para o(a) senhor (a), para diminuir esse possível desconforto, ela será conduzida em sua residência ou local que sugerir, em dia e horário de sua preferência, podendo ser interrompida a qualquer momento para continuidade posterior em conformidade com sua melhor disponibilidade.

Toda entrevista que aborde relacionamentos familiares ou relacionamentos em torno de assistência à saúde, como a nossa, apresenta o risco de constrangimentos em relação a opiniões sobre pessoas e serviços, bem como de que algumas respostas possam interferir negativamente no equilíbrio dessas relações. Para evitar esses riscos sua entrevista será feita em particular, em condições que permitam total sigilo. Nem o seu familiar idoso sob cuidados, nem qualquer outro membro de sua família, ou profissional envolvido terá acesso às suas respostas. As gravações e o texto gerado da sua entrevista serão analisados apenas pelo pesquisador principal e seu orientador. Nenhuma publicação ou outro tipo de material para apresentação em sessões científicas ou congressos, que tenham sido gerados a partir dessa pesquisa conterà dados que permitam identificar pacientes, famílias ou profissionais.

Espera-se que essa pesquisa possa gerar diversos benefícios para os Programas de Internação Domiciliar, pois a identificação de problemas e conflitos a partir da visão das pessoas diretamente envolvidas pode ajudar a melhorar esses serviços, tanto para pacientes e seus familiares, quanto para profissionais e administradores de seguros de saúde, uma vez que permite o planejamento de ações com o objetivo de solucionar ou prevenir a ocorrência desses conflitos e problemas. Ela também pode indicar a direção para outras pesquisas, que como esta, busque a melhoria da modalidade de assistência de Internação Domiciliar, tão importante para uma população como a Brasileira, com número crescente de idosos. Entretanto, essa pesquisa não prevê benefícios diretos para o(a) senhor(a) em curto prazo.

Essa pesquisa não tem qualquer fim lucrativo, não conta com patrocinadores externos e o pesquisador não representa nenhuma empresa para o estudo em questão. O (a) senhor (a) não é obrigado (a) a participar dela e caso não deseje participar isto não trará qualquer prejuízo aos serviços de saúde prestados. Ela não causará despesas pessoais ao (à) senhor (a) ou à sua família e não há qualquer remuneração para a sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) poderá desistir de participar da pesquisa sem quaisquer riscos de ser penalizado (a). Poderá, ainda solicitar qualquer esclarecimento sobre a mesma em qualquer momento de seu envolvimento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido se encontra redigido em duas vias, sendo uma para o (a) senhor (a) e outra para o pesquisador. Ao assiná-lo o (a) senhor (a) estará afirmando que se sente esclarecido sobre os objetivos, benefícios e riscos envolvidos e que concorda em participar. O (a) senhor (a) dará também o seu consentimento oral na gravação antes de começar a entrevista.

O pesquisador principal poderá ser contatado a qualquer momento para esclarecimentos pelo telefone celular: (xx) xxxx-xxxx ou email: [xxxxxx@gmail.com](mailto:xxxxxx@gmail.com) . Caso você tenha qualquer dúvida ou reclamação sobre os seus direitos como sujeito de pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, Tel.: (61) 3107-1947; e-mail: [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br); site: [www.unb.br/fs/cep](http://www.unb.br/fs/cep)

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

---

Nome do Participante

---

Assinatura do Participante

---

Nome do Pesquisador

---

Assinatura do Pesquisador



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

#### **TÉCNICO DE ENFERMAGEM - CUIDADOR PROFISSIONAL**

O senhor (a senhora) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que pretende identificar conflitos e problemas existentes em torno da oferta e prestação de serviços de Internação Domiciliar por seguros de saúde. A pesquisa está sendo realizada dentro de um Programa da Universidade de Brasília (UnB) que forma mestres e doutores em Bioética, disciplina que investiga problemas éticos relacionados com as ciências da vida e da saúde. O pesquisador principal é yyyyyy e mestrando xxxxx xxxxx sob a orientação de pesquisa do Professor do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB, Dr. xxxxx xxxxx.

O objetivo da pesquisa é compreender em maior profundidade dois tipos de conflitos ou problemas: aqueles existentes entre a família do idoso e as empresas seguradoras em torno das indicações e tipos de serviços prestados na Internação Domiciliar; e aqueles que surgem das relações estabelecidas entre as diversas pessoas envolvidas nos cuidados ao idoso. Assim sendo a pesquisa pretende entrevistar quatro categorias de sujeitos: 1. O próprio idoso sob cuidados, 2. O cuidador familiar (ente da família que se ocupa mais frequentemente com prestação de cuidados ao idoso), 3. O técnico de enfermagem responsável pelos cuidados profissionais diários, 4. O profissional de administração da empresa seguradora que examina os critérios de concessão da Internação Domiciliar e a concede. O convite à sua participação dá-se pelo fato do (a) senhor (a) se enquadrar na Categoria 3 de sujeitos: O técnico de enfermagem (cuidador profissional) do idoso.

O seu envolvimento na pesquisa será por meio de uma entrevista, que conterà perguntas em torno de temas tais como: sua relação com o idoso, sua opinião sobre a necessidade ou não desse internamento domiciliar, sua relação com os familiares. A entrevista tem duração prevista entre quarenta minutos e uma hora, ela será gravada e depois passada para a forma escrita a partir de onde suas respostas serão analisadas. A duração dessa entrevista pode representar algum desconforto para o(a) senhor (a), para diminuir esse possível desconforto, ela será conduzida em sua no local onde desenvolve o seu trabalho ou local que sugerir, em dia e horário de sua preferência, podendo ser interrompida a qualquer momento para continuidade posterior em conformidade com sua melhor disponibilidade.

Toda entrevista que aborde relacionamentos familiares, processos de trabalho, ou relações em torno de assistência à saúde, como a nossa, podem apresentar o desconforto de constrangimentos em relação a opiniões sobre pessoas e serviços, bem como o risco de que algumas respostas possam interferir negativamente no equilíbrio dessas relações. Você poderá também perceber algum risco de que suas opiniões sobre a empresa em que trabalha, possa interferir nas suas relações trabalhistas e segurança de seu emprego. Para evitar esses riscos sua entrevista será feita em particular, em condições que permitam total sigilo. Nenhum membro da família do idoso, o próprio idoso, outro profissional da equipe de saúde, ou qualquer funcionário da empresa em que você trabalha terá acesso às suas respostas. As gravações e o texto gerado da sua entrevista serão analisados apenas pelo

pesquisador principal e seu orientador. Nenhuma publicação ou outro tipo de material para apresentação em sessões científicas ou congressos, que tenham sido gerados a partir dessa pesquisa conterá dados que permitam identificar pacientes, famílias, profissionais ou empresas.

Espera-se que essa pesquisa possa gerar diversos benefícios para os Programas de Internação Domiciliar, pois a identificação de problemas e conflitos a partir da visão das pessoas diretamente envolvidas pode ajudar a melhorar esses serviços, tanto para pacientes e seus familiares, quanto para profissionais e administradores de seguros de saúde, uma vez que permite o planejamento de ações com o objetivo de solucionar ou prevenir a ocorrência desses conflitos e problemas. Ela também pode indicar a direção para outras pesquisas, que como esta, busque a melhoria da modalidade de assistência de Internação Domiciliar, tão importante para uma população como a Brasileira, com número crescente de idosos. Entretanto, essa pesquisa não prevê benefícios diretos para o(a) senhor(a) em curto prazo.

Essa pesquisa não tem qualquer fim lucrativo, não conta com patrocinadores externos e o pesquisador não representa nenhuma empresa para o estudo em questão. O (a) senhor (a) não é obrigado (a) a participar dela e caso não deseje participar isto não trará qualquer prejuízo ao desenvolvimento de seu trabalho. Ela não causará despesas pessoais ao (à) senhor (a) ou à sua família e não há qualquer remuneração para a sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) poderá desistir de participar da pesquisa sem quaisquer riscos de ser penalizado (a). Poderá, ainda solicitar qualquer esclarecimento sobre a mesma em qualquer momento de seu envolvimento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido se encontra redigido em duas vias, sendo uma para o (a) senhor (a) e outra para o pesquisador. Ao assiná-lo o (a) senhor (a) estará afirmando que se sente esclarecido sobre os objetivos, benefícios e riscos envolvidos e que concorda em participar. O (a) senhor (a) dará também o seu consentimento oral na gravação antes de começar a entrevista.

O pesquisador principal poderá ser contatado a qualquer momento para esclarecimentos pelo telefone celular: (xx) xxxx-xxxx ou email: [xxxxxx@gmail.com](mailto:xxxxxx@gmail.com) . Caso você tenha qualquer dúvida ou reclamação sobre os seus direitos como sujeito de pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, Tel.: (61) 3107-1947; e-mail: cepfs@unb.br.; site: [www.unb.br/fs/cep](http://www.unb.br/fs/cep)

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

---

Nome do Participante

---

Assinatura do Participante

---

Nome do Pesquisador

---

Assinatura do Pesquisador



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

#### **O PROFISSIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DA EMPRESA SEGURADORA**

O senhor (a senhora) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que pretende identificar conflitos e problemas existentes em torno da oferta e prestação de serviços de Internação Domiciliar (ID) por seguros de saúde. A pesquisa está sendo realizada dentro de um Programa da Universidade de Brasília (UnB) que forma mestres e doutores em Bioética, disciplina que investiga problemas éticos relacionados com as ciências da vida e da saúde. O pesquisador principal é o yyyyyy e mestrando xxxxx xxxxx sob a orientação de pesquisa do Professor do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB, Dr. xxxxx xxxxx.

O objetivo da pesquisa é compreender em maior profundidade dois tipos de conflitos ou problemas: aqueles existentes entre a família do idoso e as empresas seguradoras em torno das indicações e tipos de serviços prestados na Internação Domiciliar; e aqueles que surgem das relações estabelecidas entre as diversas pessoas envolvidas nos cuidados ao idoso. Assim sendo a pesquisa pretende entrevistar quatro categorias de sujeitos: 1. O próprio idoso sob cuidados, 2. O cuidador familiar (ente da família que se ocupa mais frequentemente com prestação de cuidados ao idoso), 3. O técnico de enfermagem responsável pelos cuidados profissionais diários, 4. O profissional de administração da empresa seguradora que examina os critérios de concessão da ID e a concede. O convite à sua participação dá-se pelo fato do (a) senhor (a) se enquadrar na Categoria 4 de sujeitos: O profissional de administração da empresa seguradora.

O seu envolvimento na pesquisa será por meio de uma entrevista, que conterà perguntas em torno de temas tais como: sua relação com os demandantes da Internação Domiciliar, sua opinião sobre a necessidade ou não desse internamento domiciliar, sua relação com os familiares, a importância do programa de ID para segurados e empresa seguradora. A entrevista tem duração prevista entre quarenta minutos e uma hora, ela será gravada e depois passada para a forma escrita a partir de onde suas respostas serão analisadas. A duração dessa entrevista pode representar algum desconforto para o(a) senhor (a), para diminuir esse possível desconforto, ela poderá ser conduzida no local onde desenvolve o seu trabalho ou em outro local que sugerir, em dia e horário de sua preferência, podendo ser interrompida a qualquer momento para continuidade posterior em conformidade com sua melhor disponibilidade.

Toda entrevista sob processos de trabalho, como o nosso, pode provocar desconforto no entrevistado por sentir o seu trabalho e a sua empresa avaliados. Além disso, pode causar constrangimento em emitir opiniões sobre os relacionamentos entre pessoas e serviços e percepção de risco de que algumas respostas possam interferir negativamente no equilíbrio dessas relações. Para evitar esses riscos sua entrevista será feita em particular, em condições que permitam total sigilo. Nenhum paciente, familiar ou outro profissional envolvido terá acesso às suas respostas. As gravações e o texto gerado da sua entrevista



serão analisados apenas pelo pesquisador principal e seu orientador. Nenhuma publicação ou outro tipo de material para apresentação em sessões científicas ou congressos, que tenham sido gerados a partir dessa pesquisa conterá dados que permitam identificar pacientes, famílias, profissionais ou empresas.

Espera-se que essa pesquisa possa gerar diversos benefícios para os Programas de Internação Domiciliar, pois a identificação de problemas e conflitos a partir da visão das pessoas diretamente envolvidas pode ajudar a melhorar esses serviços, tanto para pacientes e seus familiares, quanto para profissionais e administradores de seguros de saúde, uma vez que permite o planejamento de ações com o objetivo de solucionar ou prevenir a ocorrência desses conflitos e problemas. Ela também pode indicar a direção para outras pesquisas, que como esta, busque a melhoria da modalidade de assistência de Internação Domiciliar, tão importante para uma população como a Brasileira, com número crescente de idosos. Entretanto, essa pesquisa não prevê benefícios diretos para o(a) senhor(a) em curto prazo.

Essa pesquisa não tem qualquer fim lucrativo, não conta com patrocinadores externos e o pesquisador não representa nenhuma empresa para o estudo em questão. O (a) senhor (a) não é obrigado (a) a participar dela e caso não deseje participar isto não trará qualquer prejuízo ao desenvolvimento de seu trabalho. Ela não causará despesas pessoais ao (à) senhor (a) ou à sua família e não há qualquer remuneração para a sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) poderá desistir de participar da pesquisa sem quaisquer riscos de ser penalizado (a). Poderá, ainda solicitar qualquer esclarecimento sobre a mesma em qualquer momento de seu envolvimento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido se encontra redigido em duas vias, sendo uma para o (a) senhor (a) e outra para o pesquisador. Ao assiná-lo o (a) senhor (a) estará afirmando que se sente esclarecido sobre os objetivos, benefícios e riscos envolvidos e que concorda em participar. O (a) senhor (a) dará também o seu consentimento oral na gravação antes de começar a entrevista.

O pesquisador principal poderá ser contatado a qualquer momento para esclarecimentos pelo telefone celular: (xx) xxxx-xxxx ou email: [xxxxxx@gmail.com](mailto:xxxxxx@gmail.com) . Caso você tenha qualquer dúvida ou reclamação sobre os seus direitos como sujeito de pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, Tel.: (61) 3107-1947; e-mail: cepfs@unb.br.; site: [www.unb.br/fs/cep](http://www.unb.br/fs/cep)

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

---

Nome do Participante

---

Assinatura do Participante

---

Nome do Pesquisador

---

Assinatura do Pesquisador

**APÊNDICE C**  
**Entrevistas**

## IDOSO 1

Legenda:

-[P] – Pesquisador

-[I 1] – Idoso 1

-[P] Qual o nome completo do senhor?

-[I 1] [*nome do idoso*].

-[P] [*nome do idoso*].?

-[I 1] [*sobrenome do idoso*]. Se escreve com “g”. [*sobrenome do idoso*].

-[P] Seu [*nome do idoso*]?, err... meu nome é Xxxxx, sou pesquisador da UNB, junto com a cátedra da UNESCO, de bioética, aí eu trabalho sobre assistência domiciliar. Então a gente tá fazendo uma pesquisa pra ver como é que tá a satisfação do senhor.

-[I 1] O senhor faz parte do *Plano de Saúde*, não?

-[P] Não. Faço parte da UNB.

-[I 1] A, tá.

-[P] Por isso não precisa se preocupar, pode falar à vontade, não/ se tiver reclamação pode falar que a gente / a proposta é o quê? Fazer um trabalho pra gerar subsídio pra tanto o sistema público quanto o sistema privado melhorarem a assistência domiciliar. Porque eu trabalho na verdade o envelhecimento da população. Que hoje as pessoas não tão tendo filhos né? E tão vivendo mais tempo. Então vai ter mais idoso e menos criança né? Então vai ter que ter mais estrutura hospitalar pra atender as pessoas. E a gente acredita que o melhor caminho seja a/ o home care né? Então como o senhor vê esse momento da vida do senhor? Como o senhor vê esse momento que o senhor tá vivendo?

-[I 1] Com relação aqui à doença?

-[P] É.

-[I 1] Isso aí é por causa que eu/ há muito tempo eu fumei. Cigarro.

-[P] Quantos anos, mais ou menos?

-[I 1] Ah, fumei uns trinta e cinco a quarenta anos. Tem uns mais de dez que eu parei.

-[P] E o senhor começou a ter problema respiratório com quantos anos? Quantos anos atrás?

-[I 1] Foi mais ou menos em dois mil e seis. Dois mil e cinco, dois mil e seis, eu sentia um pouco de cansaço. Aí me veio um câncer de garganta. Aí foi feito uma cordectomia, que é a retirada parcial de uma corda vocal.

-[P] O senhor percebeu que a voz começou a//

-[I 1] Ah, começou a ficar assim. Aí eu fui pro hospital, aí foi feita a biopsia, os exames, e constatou que era câncer de laringe. Aí fui operado por excelentes médicos, que é o doutor Gérson. E aqui mesmo não apareceu mais nada.

-[P] Mas o senhor é dependente do oxigênio?

-[I 1] Ah, direto. Direto.

-[P] O senhor não pode ficar sem ele. O senhor não sai um pouco sem ele/

-[I 1] Não saio não, direto.

-[P] Mesmo/ até durante o banho o senhor tá usando/

-[I 1] Tem. Eu saio daqui vou pro outro. E meu banheiro/ meu banheiro//

-[Terceira pessoa na sala] Ele tá com uns trinta por cento só né?

-[I 1] Menos de trinta por cento. Você vê o que é a medicina. E o banheiro usa/ mais oxigênio quando eu vou ao banheiro.

-[P] E o que é mais difícil pro senhor no dia-a-dia?

-[I 1] No dia-a-dia a dificuldade maior é me locomover. Ficar com o ...inserido na veia, dentro de casa. Não pode sair.

- [P] O senhor não chega a sair pra algum lugar, mesmo levando a base?
- [I 1] Não, não.
- [Terceira pessoa na sala] Ele agora tá começando agora já... ele dá uma voltinha//
- [I 1] Aqui dentro de casa.
- [P] Aqui só mesmo, mas sair de casa não?
- [I 1] Não. Só se for no carro, outra pessoa dirigindo//
- [Terceira pessoa na sala] Ele foi/ ele/ a gente foi levar/ levou ele pra cortar o cabelo né? Aí ele foi cortar o cabelo, mas com a mala.
- [P] E assim, o senhor sente que isso mudou a rotina da casa, o cotidiano da casa?
- [I 1] Mudou. Mudou muito.
- [P] Quem mora aqui é?//
- [I 1]...devido à minha doença. Mudou muito.
- [P] E moram vocês dois ou tem mais filho que mora//
- [I 1] Tem.
- [P] Então são três que moram na casa.
- [I 1] É.
- [P] (...) E como o senhor vê assim, a situação da família em relação ao senhor? Nesse momento assim/ que é diferente né? O senhor nunca imaginava que ia chegar ao ponto de ter esse cuidado.//
- [I 1] Muita diferença. Inclusive mais encargo pra esposa né? A vez que era no hospital ela tinha que me virar, pegar no colo, me botar na cadeira pro banho, pra tirar. Ficou esse tempo todo no hospital. E monitorando. Ela tem me ajudado muito. Coitada, pegava pesado, que eu pegava mais de oitenta quilos. Ela me levantava pra levar ao banheiro. Mas aí normal... mas eu to muito limitado né? Devido a essa doença.
- [P] Da família o senhor/ quem dentro da família é o principal responsável pelos cuidados diretos oferecidos ao senhor?
- [I 1] Família? Ela.
- [P] A esposa mesmo né?
- [I 1] A esposa.
- [P] E quem/ e ela também que resolve a relação dos cuidados/ a relação dos médicos também, enfermeiro...
- [I 1] Ela, é. Consulta médica, chamar médico, tudo com ela.
- [P] (...) E entre os cuidados familiares e do home care, qual a diferença entre eles? O senhor se sente melhor com a/ cuidado de sua esposa, ou com//
- [I 1] Eu, eu achei... tá balanceado. Tanto um como outro. Se tira um me falta o outro. Tirar outro, vou sentir falta. Aqui eu dependo dos dois.
- [P] E o senhor entra na/ quando vai resolver alguma coisa, os médicos resolvem tudo, sua esposa resolve tudo, ou o senhor entra na participação de como resolver também?
- [I 1] Ah, entro na participação também. Principalmente na parte de terapia né?
- [P] É, tem coisas que o senhor não quer fazer, ou quer fazer...?
- [I 1] Não, ela passa eu continuo depois que ela... vai embo/ vinte e quatro horas/ eu mesmo faço. Procuo andar, procuro exercitar pra melhorar. Que eu saí do hospital pro apartamento paralítico. Da cintura pra baixo. E com essa terapia com a fisioterapeuta eu voltei a andar.
- [P] E fono, o senhor tá fazendo fono também?
- [I 1] Não.
- [P] Mas fez no começo?
- [I 1] Não. Nunca veio. Eu antigamente tinha muito obstáculo.
- [P] Então é mais fisio e... é mais fisio né?

- [I 1] É mais fisio, é. A fisioterapia.
- [P] A terapêutica hoje tem medicamentosa né, deve ser pra/ o senhor tem enfizema também? Além do câncer?
- [I 1] Tenho enfizema pulmonar. Grave.
- [P] E o senhor tá tomando cortizona, alguma medicação?
- [I 1] Tô. Tomo aquela... uma aspirina e o seretite. E eu faço alternância. Quando começa a querer diminuir o efeito, que o organismo acostuma, aí eu volto pro/ pro foraseq. E já corticoide.
- [P] E o senhor sente a melhora com a medicação?
- [I 1] Como?
- [P] O senhor sente a melhora com a medicação?
- [I 1] Sim.
- [P] (...) E em relação à menina, à técnica de enfermagem? //
- [I 1] Ah, tudo bem. Tudo bem. Muito atenciosa.  
(Terceira pessoa fala ao fundo. Muito baixo. Parece ser a mulher falando que não tinha dado certo com anteriores e que agora está ok)
- [P] Aqui ela fica quantas horas, é de doze ou vinte e quatro?
- [I 1] Vinte e quatro.
- [Terceira pessoa na sala] É de doz/ vinte e quatro//
- [P] É vinte e quatro e doze então? Revezam?
- [I 1] É, é. Dois turnos, vinte e quatro. Agora tá bem adaptado, tá tudo certinho. Com essa. Tudo bem.
- [P] Então assim, a internação familiar É necessária, o senhor sente a necessidade?//
- [I 1] A sim! Com certeza!
- [Terceira pessoa na sala] É porque ele tem... se não fosse por essa internação ele podia já ter ido pro hospital. Porque ele caiu duas vezes da hipoglicemia, ele desmaiou. Se não fosse a inter/ ele tinha morrido. Aí a técnica/ até chegar alguém/ aí essa técnica chegou, fez o procedimento, mediu o... o açúcar né? Ele desmaiando. Aí já depois aqui em casa ele já teve duas pneumonias ainda. Depois de internado aqui.
- [P] É, porque fica no oxigênio direto né? Além do D.P.O.C. e do câncer que o senhor teve, o senhor tem diabetes, hipertensão...//
- [I 1] Diabetes.
- [P] Diabetes?!
- [Terceira pessoa na sala] Depois do... depois do//
- [I 1] Do internamento no hospital, eu fiquei diabético. Acho que excesso de antibiótico. Isso ataca o pâncreas né?
- [P] O senhor fez quimio, radio?
- [I 1] Não. Eu fiz radioterapia, mas na próstata. O resto foi//
- [Terceira pessoa na sala] Ele teve um câncer de próstata também.
- [P] Mas aí foi tranquilo na época?//
- [I 1] Foi, foi tranquilo.
- [Terceira pessoa na sala] Mas na época ele se locomovia, a gente saia...
- [P] Já era mais fácil//
- [I 1] Tinha mais resistência.
- [Terceira pessoa na sala] Ele chegava a andar, era pouco mas assim...
- [I 1] Andava, dirigia ainda.
- [Terceira pessoa na sala] Ele era independente, entendeu?
- [P] Hoje o senhor anda mas//
- [I 1] Ah, devagarzinho.

-[P] Mas o senhor tem um andador? Porque é perigoso o senhor cair também né?! É perigoso! Porque se cair, quebrar uma perna//

-[I 1] O andador tá até ali, eu... depois que comecei criei firmeza nas pernas//

-[P] Mas depende do dia. O senhor sente que tem segurança o senhor anda né?

-[I 1] É, é.

-[P] Mas não arrisca não viu seu [nome do idoso]? Tem que ter/ porque o senhor sabe que é perigoso a queda né?

-[I 1] Teve um dia que eu fui ter confiança, eu caí. (Ri)

-[P] Não, porque hoje fratura é muito... complicado pra... / Se o senhor pudesse modificar a forma como sua saúde tem sido cuidada, o que o senhor modificaria? Do jeito que o senhor tá vivendo hoje. Pra melhorar o senhor mudaria alguma coisa?

-[I 1] Ah, só um pulmão novo. Aí ficava bom.

-[P] Mas em relação aos cuidados que o senhor recebe?

-[I 1] Ah, com relação aos cuidados? Não, eu acho que tá bem.

-[P] O senhor sente falta de alguma coisa assim, que o senhor não tem no cuidado e poderia ter?

-[Terceira pessoa na sala] Eu por exemplo, eu acho assim, por exemplo amanhã a gente vai pro oftalmologista. Aí acaba que vai, tem que chamar a [nome da empresa de UTI móvel] pra levar ele. Aí precisa de uma radiografia. Eles não tem como fazer.

-[P] Nada móvel né, que possa//

-[Terceira pessoa na sala] Aí a gente tem que sair né, pra fazer. Eu acho que talvez algumas coisinhas... devia poder ter um oftalmologista... não só o médico clínico//

-[P] É, a tendência hoje é assim, esses equipamentos virarem/ porque como tá aumentando muito a assistência domiciliar, é de ter esses equipamentos moveis né? Porque na verdade é/ pelo tamanho do equipamento você tem que ir até ele né?

-[Terceira pessoa na sala] Pelo menos assim, eu acho que uma radiografia, alguma coisa móvel, sem precisar/ às vezes até um próprio caminhão móvel, alguma coisa assim, sem precisar que o paciente vá lá...

-[P] Hoje já tá fazendo hemodiálise. Começou agora domiciliar né?

-[I 1] A é?!

-[P] Mas mesmo assim é.../ já é um avanço né? Porque na verdade tinham que ter todos esses equipamentos móveis//

-[Terceira pessoa na sala] Porque tem que ir ao médico, aí tem que avisar, tem que às vezes... / é meio complicado, por exemplo pra fazer exame da... pelo... o Sabin, ele... por exemplo o home care não colhe. Eles não tem um laboratório próprio. ((0:12:12.4 // 0:12:15.5)) Eles não vêm em casa, então coletada domiciliar, o que é que eu tenho que fazer? Eu tenho que ir lá no Sabin pegar a pessoa, trazer a pessoa, a pessoa vem, e levar ela de volta. Aqui... Aí por exemplo, tem exame lá / é só o hospital que faz.

-[I 1] Gasometria. E aquele outro lá, só lá no plano.

-[P] o senhor tá fazendo de quanto em quanto tempo?

-[I 1] Trinta em trinta dias.

-[P] Então uma vez por mês tem que fazer né?

-[I 1] É.

-[P] E tem mais alguma coisa que eu não perguntei que o senhor gostaria de falar?

-[I 1] Não, acho que não. Tem alguma coisa a acrescentar? (Perguntando pra terceira pessoa na sala).

-[P] Não o dela eu vou perguntar o dela depois, já tenho uma listinha de pergunta pra ela. Mas o senhor não tem não?

-[I 1] Não.

- [P] Quem vem visitar o senhor é o médico, a enfermeira, o fisio e as técnicas?
- [I 1] Técnicos, fiso, de vez em quando vem a... aquela lá da gerência lá da/ ela vem aqui me visitar, vem como é que tá com medicamento.
- [P] E nutricionista tem? Tem também?
- [Terceira pessoa na sala] Uma vez por mês.
- [P] Uma vez por mês, só pra ver a dieta. Só pra ver como é que tá o/ e o senhor/ cês tão satisfeitos com a interlar? É [nome da empresa de ID] né, que o senhor falou?
- [I 1] É [nome da empresa de ID] . Tô satisfeito. Tô usando a BiPAP também.
- [P] Pra dormir?
- [Terceira pessoa na sala] Não, fica uma hora, uma hora e pouco.
- [P] Depois volta pro/
- [I 1] É. É pra ajudar a eliminar o gás carbônico.
- [Terceira pessoa da sala] Eu sei que sem essa assistência aqui eu não teria condições de cuidar dele. Isso é um fato.
- [P] Pesado né?
- [I 1] Porque... ele hoje infelizmente/ meu marido é um homem que trabalhou muito, era muito trabalhador, muito/ e hoje ele tá muito dependente das pessoas. Eu acho isso muito/
- [P] O senhor perdeu autonomia né? Só de não poder locomover, porque/ não pela questão das pernas, mas pela questão da / questão do oxigênio.
- [I 1] A respiração é complicado. Meu combustível é aquele oxigênio. Porque o oxigênio é o combustível, ele faltando... o motor humano falha.
- (Agradecimentos e fim da entrevista).

### Cuidadora Familiar 1

Legenda

[CF 1] – Cuidador Familiar

[P] – Pesquisador

- [P] Qual o nome completo da senhora?
- [CF 1] [nome completo].
- [P] Quantas pessoas moram dona [nome da cuidadora familiar], aqui na casa?
- [CF 1] É eu, meu marido, meu filho e a técnica.
- [P] Mas em relação aos cuidados com seu [nome do idoso] é só a senhora ou todos ajudam, como é que é?
- [CF 1] Ah, é praticamente eu mesmo, que é jovem, adolescente, e tá estudando, e tentando fazer... faculdade/ tá fazendo faculdade e procurando estágio, não tem tempo pra estar cuidando do pai.
- [P] E quais as maiores dificuldades enfrentadas pela senhora né, com o seu [nome do idoso], no dia-a-dia?
- [CF 1] Hoje já melhorou muito né, que tem muitos meses que ele tá aqui. Hoje, graças a deus ele já anda daqui pra cozinha, dali pra sala, é.../ é questão de locomoção/ na realidade eu não tenho mais vida né? Essa que é a realidade. Eu não tenho mais, eu não posso mais viajar, eu não posso mais... me ausentar de casa. Mesmo que tenha uma técnica, uma pessoa aqui, eu não posso mais estar saindo. Eu não posso mais fazer nada, porque minha preocupação hoje, vinte e quatro horas é ele.
- [P] É, eu ia perguntar a senhora de que maneira a situação né, da saúde de senhor [nome do idoso], interfere na vida cotidiana da família?

[CF 1] É só nisso/ é na questão de... da gente não poder fazer mais nada, não poder viajar, não poder sair, sabe? Não pode/ é uma coisa simples que é ir ali no mercado que a gente fazia né? Não pode mais nada. Né?

-[P] A ultima vez que vocês fize/ saíram juntos, foram ao supermercado, a senhora lembra?

[CF 1] Ah tem um ano. Tem um ano meu amor, um pouco antes de você adoecer, aí...

-[P] Isso tudo aconteceu no prazo de um ano? Assim, de piorar, perder a mobilidade...//

[CF 1] Assim de perder essa mobilidade total foi um ano. Mas na realidade tem cinco anos que a gente/ que as coisas começaram a acontecer. Desde o câncer de garganta que começou, e a gente sentia já... ele já não muito bom... já nesses cinco anos tava meio difícil a questão respiratória, e só foi aumentando e piorando até culminar há um ano atrás que foi realmente quase a morte dele. Trinta dias de UTI onde eu quase me acabei, porque quando ele saiu do... / da UTI, ele ficou no apartamento e eu realmente me mudei pro hospital.

-[P] Qual hospital ele ficou?

[CF 1] Ficou no... [*nome do hospital*].

-[P] Vocês assim/ eu sei que foi ruim, um momento ruim da senhora, mas lá como é que foi o atendimento lá?

[CF 1] Olha, o médico, o enfermeiro, eu não tenho do que reclamar não. Mas a própria estrutura do hospital em termos de / a comida era péssima né? Porque a gente já foi em outro hospital... a comida muito ruim, entendeu?

-[P] Ele ficou trinta e um dias?

[CF 1] Ele ficou uns trinta dias na UTI. E mais uns trinta e tantos... / porque foram quase noventa dias em que ele veio pra casa, voltou, aí foi pra lá de volta, aí ficou uns dias mas aí voltou, nesse espaço que acho que foi de quinze dias mais ou menos que ele sentiu que a pneumonia/ na realidade eu acho que eles soltaram meu esposo sem estar completamente bom. Essa que é a realidade. Deram alta sem ele estar realmente bem. Entendeu? Foi quando ele //

-[P] Mas a pneumonia ela foi logo depois que ele saiu do hospital ou...?

[CF 1] Não, ele teve a pneumonia, essa pneumonia que levou ele ao hospital. À internação. Essa pneumonia que foi crucial pra ele piorar. Porque cada vez que tem essa pneumonia é como se comesse um pedaço do pulmão. Eu acho que ela não foi bem tratada quando... liberaram ele e já/ quando voltou já voltou / ficou lá de volta no quarto, não deu, aí foi quando ele desceu pra UTI de novo. Eu acho que eles não deixaram ele sair bem.

-[P] A dependência do oxigênio foi depois da... da saída do hospital?

-[P] Mas depois que entrou no hospital que começou o oxigênio? Ou antes?

[CF 1] Não, de antes/ antes dessa primeira vez não. Dessa vez de um ano que ele piorou muito, ele usava o concentrador mas não era assim, vinte e quatro horas. Ele não dormia e acordava, era em algum momento que ele tava mais cansado, algum momento que ele sentia que ele não tava... muito bem, que ele usava. Entendeu?

-[P] (...) Então a senhora / voltando à pergunta aqui que eu já sei a resposta mas tem que perguntar: quem dentro da sua família é o principal responsável pelas decisões em torno da saúde do seu [*nome do idoso*]? Err, em relação à escolha de médico, plano de saúde, marcação de consultas e exames.

[CF 1] Tudo sou eu. Eu nem deixo muito ele porque às vezes ele: “Ah, eu to cansado, fala pra técnica hoje não vir fazer fisioterapia”. Não, vai fazer. Então eu muitas vezes eu sou meio malvada assim com ele //

-[P] Sargentona né? (Ri).

[CF 1] É, pra poder o bem estar dele, entendeu? Mas sempre sou eu. Tudo aqui eu acho que... é cem por cento eu. Ele não tem nem um por cento, coitado. Porque realmente ele fica assim... eu hoje eu vejo que ele é igual a criança, ele depende totalmente de mim **35**.



Se eu errar nas decisões / às vezes uma mãe chama a atenção do filho pro bem dele, não é porque ela quer brigar, então às vezes eu brigo com ele, chamo a atenção, mas sempre pro bem estar dele.

-[P] Mas assim, tem outra pergunta agora, a três ponto cinco, fala assim que... mas ao mesmo tempo a senhora ouve o que ele quer, o que ele não quer, ele participa um pouco?

[CF 1] Ouvir eu ouço, né? Porque a gente precisa ouvir o paciente. Mas eu acho que as decisões acabam / geralmente sou eu mesmo que... que dou a martelada final sabe? De... / eu ouço bem ele né, mas eu como sempre em casa eu procuro ponderar as coisas, eu tenho que ver entre o que ele tá falando o que é real. Porque às vezes a pessoa fala uma coisa, e não que ela esteja mentindo mas porque ela vai muito pelo emocional. Como ele é muito emocional, e eu sou mais razão nas coisas, entendeu? Então eu tenho que tomar decisões referentes à razão.

-[P] E como se deu o processo de escolha e implantação da internação domiciliar? Do home care?

[CF 1] Olha, graças a deus//

-[P] A senhora nem sabia que existia isso né?!

[CF 1] Eu nem sabia que existia. Eu nem sabia. Sofri nesse hospital igual a num sei quê, porque o senhor sabe, hospital eles não têm tempo pra ficar cuidando de paciente, um enfermeiro pra quinhentos pacientes lá, então praticamente eu cuidava dele. Pegava ele no colo, ele sem mobilidade, eu puxava ele pro oxigênio, pro medicamento **28**. Eu que dava banho nele de madrugada, cuidava, limpava, Praticamente fui eu. Eu cheguei / isso me esgotou muito. Aí um belo dia teve uma técnica de... fisioterapia, ela falou assim: “Ah, por quê você não consegue esse negócio de home care?” Eu falei: “O que é que é home care?”. Ela falou por alto. Aí eu fui lá no *Plano de Saúde*, a menina: “Não! Não é bem assim não! Tem que ver se o paciente tá em condições de entrar no home care, que não sei o quê...” Eu falei: “Ó, mas acontece que meu esposo não tá andando mais”/ eu não sabia que meu esposo não tava andando. Porque chegavam no hospital e diziam assim: “Ó, ele tomou banho!”. Eu ligava, quando ele tava na UTI, “Ah, ele tá tomando banho”. E eu: “Opa, que ótimo! Meu marido tá tomando banho”. Mas ele não tomou banho, ele tomava banho de gato. Entendeu? Aí quando eu entrei nesse desespero aí essa amiga me orientou. Eu peguei, eu fui lá de novo, ela falou: “Não, não é assim não, procure direito lá que”/ aí eu cheguei na moça lá na *Plano de Saúde* e falei: “Ó, a solicitação é essa, é essa, essa, meu marido assim/ a gente tá se acabando dentro do hospital. Tá muito difícil pra ele, ele tá começando a ficar muito depressivo.” / Tanto que ele fala que ele não lembra desses dias assim, ele falou que tava tão fora da/ da... coisa, que ele não lembra.

-[P] E esse/ esse/ esse/ exigiram alguma coisa? Por exemplo, o plano de saúde em relação a//

[CF 1] Não, não. Não, eles foram lá. Eles foram lá, falaram que iam ver, aí eles foram lá, verificaram//

-[P] Ele tava no hospital ainda?

[CF 1] Tava. Eu tava com ele lá. Dei aquelas fugidinhas porque quem cuidava era eu, era só uma vez que ficou o filho dele mas... pouco, foi três dias num mês mas o resto era tudo eu mesmo. Mas quando eu fui na *Plano de Saúde*, conversei, expliquei, e elas mandaram alguém lá, pra realmente saber da situação dele.

-[P] Mandaram um médico auditor lá, deve ser.

[CF 1] É. Pra ver como é que tava realmente a situação dele. Entendeu? Aí foi aí/ aí depois, poucos dias depois eles autorizaram. Não falaram nada com a gente, só: “Ó, já foi autorizado”. E pronto. Quando eu cheguei tava aquela cama/ aqui, como aqui é uma casa grande né? Tava com a cama grande, de hospital, tava... tudo montado //

-[P] Tipo um mobiliário de hospital.

[CF 1] Tudo. Só que ele só dormiu um dia, que ele falou: “Não aguento mais dormir em cama de hospital”. Ele tava muito... muito deprimido. Que ele ficou depressivo na realidade, por causa do tempo que ele ficou no hospital.

-[P] É, aquele ambiente...

[CF 1] É, aí depois de quase um mês né, peguei: “Ó, cê não vai usar mesmo... vamos tirar ela/ vamos tirar isso aqui do quarto, que é menos uma coisa e só lembra hospital”. Mas tava tudo pronto, no dia que a gente chegou tinha médico, tava o médico, a enfermeira, a técnica, a fisioterapeuta... tavam todos né, a equipe completa quando a gente chegou aqui. (...) É claro que no início/ hoje não né, a gente já se adaptou//

-[P] Então assim, a pergunta agora é assim: quais as principais razões da família pra solicitar a internação domiciliar? Mas a senhora nem sabia direito o quê que era o serviço//

[CF 1] Eu não sei, eu nem sabia o quê que era, eu nem sabia que existia isso!

-[P] A senhora foi aprendendo com o tempo, vendo eles trabalharem, porque assim, quando cês falam que/ quando explicam é uma coisa, quando você vê funcionar, é outra né?

[CF 1] É, eu nem sabia como é que era. Eles só falavam: “Ó, tem que ter lugar pra enfermeira ficar”. Eu: “Ai meu deus, como é que é esse negócio? Como é que é ter uma pessoa estranha dentro da nossa casa?” É, é muito complicado. Só que eu vejo assim, com o tempo/ igual eu falou hoje com os técnicos: “Gente, as pessoas mais próximas da minha família são vocês”. Porque ficam vinte e quatro horas, elas sabem minha vida melhor do que a minha família! Porque às vezes sua família não sabe de suas coisas, mas uma pessoa o dia inteiro, dentro da sua casa, ela sabe de tudo!

-[P] A senhora estranhou no início mas depois...

[CF 1] É, no início foi meio/ é um pouco assim, difícil né? Mas eu tava tão cansada, porque sem querer, nesse período, eu comecei a pegar um pouco de depressão. Eu tava muito cansada porque eu quase perdi meu marido. Entendeu? Não é só o hospital, ele quase morreu mesmo. O médico mesmo que tava/ tomou conta dele lá, doutor William, uma pessoa maravilhosa, mas assim... quando ele tava na UTI o pessoal achava que ele não ia sair da UTI.

-[P] E seus meninos, estranharam muito?

[CF 1] Não, meu menino/ meu menino//

-[P] É um só? Que mora aqui?

[CF 1] Meu filho/ é porque o outro tá casado né? Meu filho fica no quarto dele. Se acostumou né? Porque tem mania de passear de... cueca dentro de casa, ficar à vontade, porque é só ele... só ele e a gente. Quando cê tá sozinho em casa você tem uma liberdade diferente. Tem que colocar robe, tem que colocar roupão, tem que colocar essas coisas. Mas aí eu não sei, eu tava tão cansada que pra mim eu me adaptei logo. Né meu bem? Acho que ele tava precisando. Ele tava precisando da ajuda de caminhar. Aí eu fiquei/ então pra mim foi ótimo, não foi só pra ele, foi pra mim também. Porque nesse período eu, eu//

-[P] O seu menino acostumou com isso, não tem nenhuma rejeição com//

[CF 1] Não, não não! A vida dele não mudou nada.

-[P] É porque ele fica pouco em casa né?

[CF 1] É, fica pouco em casa. Pra ele tá tudo bem.

-[P] Então assim, a senhora nem escolheu a empresa, nada.

[CF 1] Não, foi o próprio *Plano de Saúde* que escolheu. Eu nem sabia que tinha empresa pra escolher nem nada.

-[P] Então a solicitação/ a senhora já falou mas eu gostaria que falasse de novo, como se deu o processo de solicitação de internação domiciliar junto ao plano de saúde. E qual a sua participação nesse processo?

[CF 1] Eu fui na *Plano de Saúde*, eu fui pessoalmente na *Plano de Saúde*, porque essa moça falou: “Olha, cê consegue com tudo lá”. Aí eu falei assim/ aí eu fui tentar de novo.

-[P] A senhora foi bem recebida?

[CF 1] Fui. Fui.

-[P] Eles ouviram a senhora direitinho?

[CF 1] Eles ouviram. Nossa! Assim, acho que eles olharam mais pra mim, porque inicialmente eu tava tão assim né? Muito desgastada. Porque eram meses que eu estava assim. Você vê, três meses quase! Então entre ficar no hospital/ eu dentro do hospital eu entendi a rotina do hospital. Porque um mês e pouco, que eu fiquei. Meu filho tinha/ da outra vez tinha ficado uns quinze dias... mas como era perto da faculdade dele tava tudo bem, mas pra mim não, eu me internei também. Eu fiquei lá.

-[P] E como a senhora avalia o ser/ os cuidados oferecidos pela equipe que atende seu [nome do idoso]?

[CF 1] Olha, eu acho que eles tão bem, graças a deus. Eu assim, eles mandaram umas técnicas assim/ teve uma semana que mandou umas técnicas assim meio... não essas daí, mas uma outra/ uma semana ficou sem//

-[P] Mas no todo assim, não só das técnicas, mas também do médico que vinha, da enfermeira, da fisioterapeuta...

[CF 1] Não, eu falo dessa equipe porque é a pessoa com que a gente mais convive, é com as técnicas.

-[P] Eles vêm e fazem a visita, só, né?

[CF 1] É. Mas assim, no geral eu vejo que eles estão cuidando bem né? Sendo que eu acho que deveria, como eu já te falei, ter alguns... formas dele de talvez/ eu queria que eles já fizessem os exames, entendeu? Sem precisar do paciente ter que se locomover, ter que sair pra poder/ porque aqui em Valparaíso não tem isso, então eu acho que eles deveriam talvez se aperfeiçoar um pouquinho mais nisso. Mas o resto eu não tenho o que dizer, porque as vezes que... houve algum problema o pessoal da *Plano de Saúde* ligou... às vezes reclamava por uma coisa, coisa boba! “Ah, aí tá indo esparadrapo demais”, ou “Tá indo remédio não-sei-quê que não deve”, essas coisas assim né? Mas aí a gente ligava, falava, e acabou que resolveu.

-[P] Então em relação a quem passa mais tempo, que é a técnica, tá tudo bem, satisfeita né?

[CF 1] Médico também. Toda segunda-feira o médico vem visitar.

-[P] E assim, os horários que eles chegam, é tranquilo ou atrapalha a rotina da casa?

[CF 1] Não, não, como a gente já tinha uma vida tranquila, então pra gente não atrapalha não.

-[P] Como é a relação dos moradores da casa com o cuidador profissional? Então você já respondeu isso também né? E com os demais integrantes da equipe de saúde?

[CF 1] Ó, na realidade a gente tem uma relação, eu acho, de... de carinho né? Porque antes de tudo são pessoa que tão nos prestando/ cuidando das pessoas que nós amamos né?

-[P] E não tá alterando, mudando toda hora, tipo assim: “Muda o médico, muda isso, muda aquilo”//

[CF 1] Não, não, não. Agora/ só foi uma semana que mudou muito de técnica, colocaram umas técnicas meio... meio assim que eu não gostei. Mas depois acertou. A equipe que tem/ por exemplo, dona Zilda tá desde janeiro, a outra tá desde abril. Aí estabilizou, tá tudo ok. Elas são tranquilas. Eu posso chegar e falar/ eu também/ eu como tenho uma personalidade assim... assim, eu sou muito aberta e com uma personalidade forte. Eu

chego e já falo o que eu quero: “Ó, não gostei, não tá bom...”. Porque cê cria uma relação de amizade mas antes de tudo aqui é como se fosse patrão e empregado.

-[P] E cuidado né?

[CF 1] E cuidado, porque eu tenho que por exemplo, se precisar chamar a atenção eu chamo. Eu não tenho essa coisa não. Claro, evidentemente que eu não tenho que chamar na frente de ninguém, na frente dos outros. Chega num canto e: “Ó...”/ quase isso nem há. Mas eu to falando/ quando/ às vezes até com relação a ele, alguma coisa, que às vezes ele nem percebe, ou elas, mas eu to do lado de fora, eu consigo ver.

-[P] Porque assim, ver o cuidado ideal/ cê quer o cuidado ideal pra ele. Então se alguma coisa foge, a senhora sinaliza.

[CF 1] É, quando chega a hora do banho, ele: “Ah, eu não quero tal hora”, aí elas: “Ah, mas ele quer tal hora, não mas não sei quê”. Aí eu chego falo: “Ó, quando for ver alguma coisa sou eu que tenho que resolver. Não deixa não. Eu tenho que ver, porque às vezes ele não quer tal coisa mas eu vejo que é o melhor pra ele entendeu?”

-[P] E quais os pontos positivos e negativos da internação domiciliar?

[CF 1] Positivo é ele estar em casa, com a família dele, comendo, vendo a televisão dele, vendo as coisinhas dele... as pessoas, sabe, podem vir vê-lo, visitar. Ter as pessoas da família, chegar e vir ver. O negativo... não tem negativo não. Eu não vejo nenhum negativo não. O que talvez no início foi assim estranho, uma pessoa dentro da minha casa, err... hoje eu não acho que foi/ nem é ruim, é bom você conviver com pessoas diferentes...

-[P] Se resolveu com o tempo, na verdade.

[CF 1] É as coisas se encaixaram, não foi difícil/ na realidade como eu te falei, nunca foi difícil. Porque assim né, quando acertou a equipe, que eu vejo que foi o ideal/ não que a outra fosse tão difícil, mas tem pessoas que cê tem mais empatia entendeu? Essa é que é a realidade. Você tem mais em comum. Então quando isso se encaixa pronto! Aí não tem mais problema. Eu procuro da minha parte fazer o que eu acho que é melhor pra elas. Uma gosta de peixe, outra não gosta. Uma gosta de camarão, a outra não pode comer. Então eu procuro no dia que é uma não fazer aquilo, porque você procura agradar também essas pessoas que estão te servindo. É importante o profissional trabalhar com alegria. Eu acho que isso a gente tem que fazer, tem que respeitar. Porque na hora... do dia-a-dia quem vai estar aqui pra dar banho nele, cuidar dele, não é o médico, não é ninguém. São elas, as técnicas, que estão aqui no rala né? Então é isso, eu não tenho o que falar não.

-[P] E na sua visão existe expectativa de melhoria e até alta da internação domiciliar? A senhora acha que vai chegar um momento que seu [nome do idoso] vai melhorar e não vai precisar mais? Ou já foi?

[CF 1] Ó, na realidade eu num sei, porque no caso dele só um milagre.

-[P] Mas já melhor/ assim, já melhorou bastante já.

[CF 1] Ah sim, porque ele não andava, ele/ na realidade o que melhorou do que ele chegou, é que hoje ele anda. A fisioterapeuta//

-[P] Anda, mas carregando, né?

[CF 1] É, mas ele vai/ por exemplo, ele tá indo pra sala devagarzinho, a gente vai levando o... / ou ele vai andando, porque até lá ele dá conta de chegar. Mas aí já tem que levar correndo entendeu? O concentrador. Eu não sei como é que vai ser, porque... eu fico com medo porque na realidade/ por exemplo, tem vinte dias que ele teve outra pneumonia. É muito complicado! Eu falei: “Como é que eu vou ficar vendo negócio de glicemia, essas coisas?”. Eu não sei! Porque eu não vejo melhora/ talvez, porque tudo é possível, talvez uma hora possa vir a acontecer isso, não sei.

-[P] Aparecer uma medicação melhor que, né? Que resolva.

[CF 1] É, eu não sei como é que vai ser.

-[P] E há algo mais que a senhora queria comentar? Que eu não perguntei?

[CF 1] Na realidade não tem nem a ver com o paciente, tem a ver comigo, que eu na realidade de tanto cuidar dele, dos problemas dele, eu adoeci também. Essa que foi a realidade. Eu comecei a ficar com princípio de depressão... me deu um monte de problema, engordei demais... eu adoeci cuidando do paciente. De ver a situação que meu marido tá. Porque nos primeiros dias/ tanto que eu deixava por conta só da enfermeira dormir em outro quarto. Por quê? Por que eu tava muito exausta, muito desgastada. Então eu tive que adoecer, tive que começar a tentar cuidar/ já agora de um mês pra cá comecei a cuidar um pouquinho de mim também, porque eu já não tava muito bem de saúde. Da situação toda que se passou né? Você ver a eminência da pessoa morrer... duma pessoa que cê ama, que cê quer bem, é diferente.

-[P] Passa por um susto e cê não sabe o que vai resultar aquilo.

[CF 1] É. Então vai e/ ele teve pneumonia de novo, então você começa tudo de novo, “Ai! Agora que já tava meio que estabilizando”. Aí começa tudo de novo. É muito complicado.

-[P] Uma coisa que eu vou perguntar pra senhora: conservador gasta muita energia. Mudou também essa questão da energia da casa? Hoje a conta é mais alta?

[CF 1] Ah! Hoje, nossa! É, cê gasta mais né? Queira ou não queira é mais uma pessoa dentro de casa em termos de água, de luz...//

-[P] É, conservador gasta muita energia, por isso que eu to perguntando.

[CF 1] Concentrador é direto né? Vinte e quatro horas, cê imagina isso. O gasto de luz é muito grande. Mas só isso, não tenho nada que reclamar. Pra mim e pra ele só foi/ eu só vejo a parte positiva que houve disso aí.

(Agradecimentos e fim da entrevista).

### Cuidadora Profissional 1

Legenda

-[P] – Pesquisador

-[CP 1] – Cuidadora Profissional 1

-[P] Qual o seu nome completo?

-[CP 1] [*Nome da CF 1*].

-[P] [*Nome da CF 1*], meu nome é Xxxxxx, to fazendo a entrevista ora UNB e pra UNESCO, e já pesquiso há muitos anos assistência domiciliar. Então a primeira pergunta que eu tenho pra te fazer é: como você descreveria sua relação com seu [nome do idoso].

-[CP 1] Maravilhoso. Ótima.

-[P] Em que medida as vontades dele entram em conflito com seus cuidados profissionais? Porque às vezes a vontade é diferente do que você deve fazer.

-[CP 1] Na medicação.

-[P] Na medicação?

-[CP 1] A gente sempre tem que estar... / que às vezes ele acha que a medicação tem que ser de um jeito, que num tem que ser aquilo. Eu faço a medicação conforme tá prescrito. Conforme está na prescrição.

-[P] Certo. Só medicação ou tem alguma coisa que ele entra em conflito com você assim?

-[CP 1] Não, não! Graças a deus, tudo tranquilo.

-[P] Como você descreveria sua relação com a família como um todo, de seu [nome do idoso]?

-[CP 1] Não, com a família tudo bem. Tudo tranquilo. Tudo calmo, não tem nenhum problema...

- [P] E às vezes/ tem algum conflito? Por exemplo assim, às vezes cê tem um cuidado técnico, né, e a família pensa outra maneira. Existe esse conflito?
- [CP 1] Não, não, é só medicação. Só medicação.
- [P] Isso tanto o seu [nome do idoso] quanto o restante da família?
- [CP 1] É.
- [P] E quais são as maiores dificuldades enfrentadas pela senhora no cuidado né, do seu [nome do idoso], no dia-a-dia? Existe alguma dificuldade que a senhora encontra no dia-a-dia?
- [CP 1] Não, às vezes/ eu fico muito de olho porque às vezes ele dá uma saidinha, eu tenho que ter cuidado pra que ele não venha a cair né? Não tenha a queda.
- [P] Mas saidinha do quarto ou da casa?
- [CP 1] É, da casa, assim, pra fora.
- [P] Aí ele vai pra varanda, chega na calçada?
- [CP 1] É, sai aqui, aqui como tem um batente alto né, eu fico preocupada.
- [P] E ele leva o concentrador ou a base?
- [CP 1] Então a gente/ a gente tem que ter aquele cuidado né? E assim, como ele... tem que ter cuidado com a saturação dele né?
- [P] E ele sempre vai com o concentrador?
- [CP 1] Não, às vezes ele sai sozinho, sem o concentrador. Aí eu tenho que ficar de olho, “Olha, cuidado pra não ficar muito tempo sem o concentrador.”
- [P] Quanto tempo cê acha que ele pode ficar sem ele? Cê já sabe, percebeu quanto tempo ele fica//
- [CP 1] Já! Já! Se ele tiver tranquilo ele pode ficar até quinze, vinte minutos, sem o concentrador. Sentadinho, deitado...//
- [P] Sem andar.
- [CP 1] Sem andar né? Agora, pra andar não. Tem que estar com o concentrador.
- [P] E de que maneira você... de que maneira você percebe que a situação de saúde né, de seu [nome do idoso], interfere na vida / no dia-a-dia da casa?
- [CP 1] Olha, se ele ficar agitado.
- [P] Se ele ficar agitado?
- [CP 1] É. Se ele ficar/ baqueia um pouquinho, mas tirando isso ele fica mais tranquilo.
- [P] E como você acha que a família vem lidando com as necessidades diárias, né, do seu [nome do idoso]? Porque a situação de saúde, né, dele, impõe. A família toda colabora? Como funciona?
- [CP 1] A esposa. A esposa sempre procura, sabe? Ficar tranquila... ela procura sempre... ter um... eu to sem a palavra no momento... ela sempre procura passar o melhor pra ele sabe? Ela sempre faz isso.
- [P] Então ela é a principal responsável pelas decisões, em torno da saúde//
- [CP 1] Sim, sim. Todas as decisões é ela que toma.
- [P] Até assim, a orientação do seu trabalho, de marcar médico, tudo é ela?
- [CP 1] Tudo é ela.
- [P] E o seu [nome do idoso] participa das decisões de alguma forma ou não? Ele consegue influenciar quando ele quer alguma coisa diferente do que tá programado?
- [CP 1] Não, sempre ela... ela conversa com ele antes, mas as decisões são dela.
- [P] Certo. E você percebe conflitos/ outros conflitos, desconfortos? Ele é uma pessoa idosa né? Com a internação domiciliar, ele se sente desconfortável com isso?
- [CP 1] Não, de maneira alguma. Ele... ele passa uma tranquilidade. Ele não se sente desconfortável. A gente procura sempre deixar a privacidade dele né? Porque quando o paciente ele é lúcido, a gente sempre procura deixar um pouco//

- [P] Tá ali de olho mas com uma certa distância né?
- [CP 1] Não ficar ali muito em cima. Porque isso que cansa o paciente. É isso.
- [P] E como você descreveria a relação entre os diversos profissionais de saúde da internação domiciliar? Todos vocês se dão bem entre si? Como é a relação de você com os demais, com médico, enfermeira, fisioterapeuta? Porque é uma equipe, você é a pessoa que fica mais tempo. Mas a relação com os demais, como é que acontece?
- [CP 1] Olha, isso aí eu sei falar de mim! Eu sempre procuro tá, ser amiga da minha equipe. Eu sempre procuro ter um bom convívio. Mas cê sabe que cada um é cada um. Eu... eu nunca tive dificuldade com nenhuma equipe de profissão.
- [P] Atualmente, com essa equipe que tá não tem nenhum conflito?
- [CP 1] Ótimo. Nenhum conflito.
- [P] Quando muda assim às vezes, alguém, até dá pra / altera alguma coisa.
- [CP 1] Aqui não. Aqui... ainda não tive esse problema.
- [P] E as orientações de conduta por parte de outros profissionais da equipe de saúde, como médicos, enfermeiros, podem às vezes entrar em desacordo com aquilo que o cuidador profissional diário considera melhor pro idoso. Já aconteceu isso?
- [CP 1] Aqui não.
- [P] Na verdade tem harmonia a equipe atual né?
- [CP 1] É, eu por exemplo né? Eu sempre procuro falar com meu... com meu chefe de enfermagem. Passo pra ele, //
- [P] Quem gerencia toda a assistência domiciliar aqui é um enfermeiro? Da equipe toda né?
- [CP 1] Sim.
- [P] É uma pessoa de bom relacionamento? Se relaciona bem com ele?
- [CP 1] Tem! Tem!
- [P] Quando isso acontece, algum problema, se resolve? Quando tem algum conflito cê conversa com ele, ele resolve?
- [CP 1] Resolve. Ele chama a gente né, chama a gente no escritório e conversa.
- [P] E como você avalia o programa de internação domiciliar? Você acha que seu [nome do idoso] poderia ficar sem ele? Cê acha que hoje a internação domiciliar pra ele é obrigatória ou ele poderia //
- [CP 1] É obrigatória. No caso dele é obrigatória.
- [P] É, quer dizer, ele é dependente da //
- [CP 1] Completamente.
- [P] E o que seria necessário pra que isso/ e como seria na sua opinião, a qualidade de vida dele? Quer dizer, existe alguma situação que ele poderia ficar sem essa internação domiciliar?
- [CP 1] No momento não.
- [P] Só se fosse pro hospital né? Que é pior.
- [CP 1] No momento/ no momento só hospital. Pelo contrário...
- [P] E a qualidade de vida dele, cê acha que é melhor aqui ou no hospital?
- [CP 1] Com certeza aqui. Com certeza! Ele passou oitenta/ ele passou acho que foi quase cento e poucos dias no hospital. Com oito dias, dez dias que ele chegou aqui, a pneumonia dele estava... controlada.
- [P] E há algo mais que você gostaria de falar que eu não perguntei?
- [CP 1] Não... nada.
- [P] Ah, outra coisa que eu ia te perguntar, é... no caso você reveza com outra pessoa né?
- [CP 1] Revezo. Eu faço vinte e quatro, vinte e quatro.
- [P] Ah, cê fica vinte e quatro horas, depois folga vinte e quatro, aí outra pessoa vem?

- [CP 1] Sim.  
 -[P] A senhora/ qual a empresa mesmo que tá aqui?  
 -[M] [*Nome da empresa de ID*].  
 -[CP 1] [*Nome da empresa de ID*]. A senhora trabalha diretamente pra interlar ou pra outra cooperativa ou alguma coisa assim?  
 -[CP 1] A [*Nome da empresa de ID*]. ela tem a... é por ela mesma.  
 -[P] A senhora não/ porque tem algumas empresas//  
 -[CP 1] Não, tem a cooperativa. Me fugiu agora, me fugiu//  
 -[P] Não, porque a última entrevista que eu fiz em Curitiba, lá é assim. Os técnicos trabalham com a cooperativa e a cooperativa trabalha pro/ pra empresa domiciliar. De home care né? Aqui é assim também?  
 -[CP 1] É. É desse mesmo jeito.  
 -[P] Então seu vínculo é com a cooperativa?  
 -[CP 1] É com a cooperativa.  
 -[P] Mas aí cê presta serviço pra//  
 -[CP 1] Pra [*Nome da empresa de ID*].  
 (Agradecimentos e fim da entrevista.)

## IDOSA 2

### Legenda

- [P] – Pesquisador  
 -[I 2] – Idosa 2
- [P] Dona [*primeiro nome da idosa*], qual que é o nome da senhora, completo?  
 -[I 2] [*nome completo da idosa*].  
 -[P] E [*primeiro nome da idosa*], como a senhora vê esse momento da sua vida? A senhora conhecia essa assistência domiciliar, a senhora tá sendo bem ate//  
 -[I 2] Não, eu não conhecia, mas eu tô achando bom. Eu tenho companhia né?  
 -[P] E quais as/err... quais as maiores dificuldades que a senhora encontra no dia-a-dia?  
 -[I 2] No dia-a-dia? (...) Às vezes a empregada falta a gente acha... difícil ter que... fazer né? Meu filho ajuda. E eu também faço ali uma coisinha.  
 -[P] É bom que refresca um pouco. E a senhora sai um pouquinho pra andar pra ver se melhora?  
 -[I 2] Num saio. Eu não saio porque eu tenho que andar ou pegando na mão delas ou então...//  
 -[P] Mesmo com o andador tem que ter alguém com a senhora? A senhora usa andador?  
 -[I 2] Uso o andador. É, às vezes eu ando no andador. Mas elas sempre perto de mim. Eu já levei três quedas. Engraçado é que não quebrou nada.  
 -[P] E a senhora, assim, como a senhora vê a situação hoje da senhora, no dia-a-dia, no cotidiano, e da sua família? A senhora acha que mudou alguma rotina da casa?  
 -[I 2] Eu to achando/ achando boa minha vida né? Se ainda ((0:01:32.4 durasse\*)) mais, (ri), eu gosto de viver. Embora eu esteja tomando remédio todos os dias, às vezes tem alguma dorzinha assim no pé, e eu não possa comer muita proteína né? Que dói as pernas.//  
 -[P] Ah, a senhora tem ácido úrico alto?  
 -[I 2] É. Eu tirei/ eu fiz os exames tudo. Hoje a nutricionista teve aqui, ela falou que... que tá tudo bem, só um pouquinho alto o//  
 -[P] Tirar um pouco a carne vermelha?  
 -[I 2] É, tirar um pouco de carne vermelha.  
 -[P] E é tão bom. (Ri)



-[I 2] Eu não gosto muito de carne.

-[P] Eu gosto da vermelha, eu não gosto da branca. Mas... E como a senhora acha que a sua família vem lidando com as necessidades diárias do cuidado que a sua situação impõe? A senhora, assim, todo mundo ajuda ou só as meninas que tão... como é que tá o dia-a-dia?

-[I 2] Vem médico a cada quinze dias, ai vem a enfermeira, todo mês a nutricionista, só a... fono que deixou de vir. A fono deixou de vir.

-[Terceira pessoa no quarto] Se quiser repetir a pergunta pra ela pra ver se ela entende melhor...

-[P] É, como a senhora acha que a sua família vem lidando com as necessidades diárias de cuidado que a sua situação de saúde impõe? Além das meninas precisa da ajuda dos meninos?

-[I 2] Precisa pra me levar assim né a//

-[P] Mais pra locomoção.

-[I 2] Pra fazer um exame. E elas vão/ quem tiver aqui, ela vai comigo.

-[P] E quem dentro da sua família é o principal responsável pelos cuidados diretos oferecidos pra senhora? Dos filhos quem é mais que...//

-[I 2] É igual, eles dividem o trabalho. E dividem a despesa também. São dois, porque um num...//

-[P] Mas é mais o [*nome do cuidador familiar*]... é mais o [*outro filho*]?

-[I 2] É tudo igual.

-[P] Tudo igual? Mãe é suspeita viu?! (Ri.)

-[I 2] Eles se conversam lá e dividem.

-[P] E em relação a decidir alguma coisa? Às vezes a senhora tem que fazer um tratamento, ou uma medicação, quem que ajuda a senhora a resolver? Tem algum dos filhos que ajuda a senhora?

-[I 2] Eles dois.

-[P] A senhora gostaria... (...) eu gostaria que a senhora falasse sobre como vê os cuidados da família em relação à senhora. Por exemplo, os meninos dão conta de fazer tudo que a senhora precisa?

-[I 2] Não. É meio apertado às vezes, né, o [*nome do cuidador familiar*] às vezes precisa viajar.

-[P] E é longe né, o [*nome do cuidador familiar*] mora lá do outro lado da cidade.//

-[I 2] Ele nem fala o dia que vai viajar pra não me deixar preocupada. Ele viaja quietinho, no dia seguinte o outro que fala pra mim, que viajou.

-[P] Mas ele já tá voltando! (Sorri). Err... eu gostaria que a senhora falasse sobre como se dá a sua participação nas decisões sobre sua saúde. Por exemplo, o médico passa um exame que a senhora não quer fazer. A senhora reclama, fala que não vai fazer, ou a senhora acata tudo? Como é que é?

-[I 2] Eu tenho feito tudo, só tem um que eu não quero mais fazer, porque já é duas vezes que faz e dá normal. É um que penetra a agulha lá no fundo... mas dói. É ruim. E o médico//

-[P] E não deu nada também//

-[I 2] ...pediu duas vezes já.

-[P] E tem algum remédio que eles passam que a senhora não quer tomar, por exemplo?

-[I 2] Não, eu tomo todos.

-[P] A senhora tem a liberdade de negociar com eles: “Ah, eu não gosto de tomar esse remédio porque ele me dá sono, porque ele me passa mal”?

-[I 2] Não, não reclamo não.

-[P] A senhora acata tudo que eles falam?

- [I 2] Acato tudo.
- [Terceira pessoa na sala] É porque é um efeito co/ colateral.
- [I 2] Hã?
- [Terceira pessoa na sala] Um efeito, uma reação que... //
- [P] Mas aí aconteceu dela ter reação a algum medicamento?
- [Terceira pessoa na sala] Já.//
- [I 2] Eu achei/ o doutor Tiago me receitou...
- [P] Ah! O [*nome do cuidador familiar*] falou que deu um remédio pra senhora/ agora que eu lembrei, um antibiótico que a senhora afetou um pouco né, o equilíbrio, essas coisas?
- [I 2] É. Tomei muito antibiótico que eu tinha uma úlcera no pé, fazia seis anos que não fechava. Aí eu tomei antibiótico seis meses.
- [P] Muito tempo né? Gostaria que a senhora falasse como avalia os cuidados que recebe, né, da [*cuidadora profissional*] e da?
- [I 2] São ótimas.
- [P] Né porque elas estão na frente aqui da senhoras não, né? É só falar.
- [I 2] Eu mal me mecho na cama, ela já pula logo. (Ri).
- [P] Então a senhora tá sendo bem cuidada?
- [I 2] Bem cuidada.
- [P] E hoje a senhora acha esse serviço importante?
- [I 2] Importantíssimo!
- [P] Como é que era antes?
- [I 2] Antes?
- [P] Porque tem um ano mais ou menos que a senhora tem né? Já dois anos?
- [I 2] Já dois anos.
- [P] Como é que era antes?
- [I 2] Antes era, meus filhos me pegavam no médico, ele/ às vezes ele/ eu fiquei um mês na casa dele mas o apartamento dele é muito apertadinho. Atrapalhei um pouco. E ele que dava os remédios, tudo. Esse de sobradinho.
- [P] Certo. [*nome do cuidador familiar*] né?
- [I 2] Eu fiquei um mês na casa dele mas eu notei que tava apertado. Todo dia tinha que arrumar colchão no chão pras meninas...
- [P] É, até quando eu cheguei aqui eu falei assim/ pensei: “Casa é tão bom que mesmo pequena parece grande perto de apartamento”. Né?
- [I 2] É.
- [P] Apartamento sempre é pequeno. É, o senhor/ se a senhora pudesse modificar a forma como a sua saúde tem sido cuidada, como modificaria? A senhora não imagina outro jeito que a senhora podia ser cuidada de uma forma melhor?
- [I 2] Não, eu acho que tá tudo bem assim.
- [P] Tá ciente que, que tá bem, que não tem alguma coisa a mais que a senhora queria, que não tem?
- [I 2] Não, tá/ tá ótimo assim.
- [P] Tem alguma coisa que a senhora queria falar da/ da internação domiciliar, desse serviço que é feito pra senhora?
- [P] Não, não tenho nada pra falar.
- [Terceira pessoa na sala] Sugestão, reclamação?
- [P] É!
- [I 2] Não tenho nada a falar, acho eles todos muito atenciosos.
- [P] A tá, e é bom a senhora falar também, porque por exemplo, tem o médico que a senhora falou, né? A enfermeira que vem, a nutricionista, fisioterapeuta vem?

- [Terceira pessoa na sala] Vem.
- [P] E a fono que não vem mais né?
- [Terceira pessoa no quarto] A fono não está vindo mais.
- [P] De todos que vem a senhora gosta de todos//
- [I 2] Gosto de todos.
- [P] Tá. Certo. Então tá bom! É só isso que eu queria perguntar, cê vê que não é nada muito... grande a entrevista não.
- (Agradecimentos e fim da entrevista).

## CUIDADOR FAMILIAR 2

### Legenda

- [P] – Pesquisador
- [CF 2] – Cuidador Familiar 2

- [P] A primeira pergunta senhor [*primeiro nome do CF 2*], é: quantas pessoas moram na casa da sua mãe?
- [CF 2] A, são... na verdade agora são quatro né, porque/ minha mãe, meu irmão, que é especial, e meu outro irmão que se aposentou faz pouco tempo, e a técnica de enfermagem, que ela permanece lá, então eu considero que agora são quatro pessoas.
- [P] Seu irmão especial, qual a idade dele?
- [CF 2] Ele tá com...
- [P] Ele é o mais novo?
- [CF 2] Não, ele é o mais velho. Acho que ele tá com cinquenta e sete anos. Ele tem esquizofrenia.
- [P] E o outro tá com quantos anos mais ou menos?
- [CF 2] O outro tá com cinquenta e cinco.
- [P] Tá bem próximo né, a idade dos dois?
- [CF 2] É, dos dois sim. Tem uma diferença um pouquinho maior comigo.
- [P] E algum deles ajuda no cuidado da sua mãe? Participa de alguma forma? Porque mesmo com as pessoas profissionais ainda requer às vezes alguma coisa//
- [CF 2] Principalmente o meu irmão né? Que é o do meio. Porque ele agora/ como ele se aposentou ele tem condições de dar um auxílio maior. Mas é principalmente levar pra médico, levar pra tratamento fora de casa. Né? Esse cuidado assim diário, realmente tem que ser com as meninas.
- [P] É, hoje a empresa que tá lá tenta absorver o máximo, eu acredito, mas assim, mui/ requer com frequência ter que sair pra fazer um serviço fora?
- [CF 2] Sim, ela ainda precisa sair muitas vezes, o.../ ela acaba sendo avaliada lá pelo médico né, da/ do home care, e ele pede exames, ele pede que procure um especialista, então ela ainda... ela precisa sim.
- [P] E esses especialistas não conseguem atender ela no domicilio?
- [CF 2] Se pudesse seria o ideal! Se pudesse seria o ideal.
- [P] Hoje não. Não tá acontecendo isso?
- [CF 2] Não.
- [P] O atendimento especializado então ela tem que ir até onde o médico está?
- [CF 2] Tem que ir até//
- [P] E exame por exemplo de sangue assim básico, tá conseguindo/ por exemplo o Sabin vai lá recolher o material dela? O senhor sabe?

-[CF 2] Não, não tem ido. Não tem ido. Eu já pedi pra meu irmão tentar isso, eu realmente não lembro se ele tentou e não conseguiu ou se ele deixou de tentar, mas eu sempre peço, “conversa com o pessoal do Sabin”.

-[P] É, porque eu sei que em alguns lugares eles fazem essa//

-[CF 2] Alguns lugares. Exatamente.

-[P] Eu vou até verificar lá depois.

-[CF 2] Eu já tive assim, err... ela tá tão/ com tanta dificuldade de mobilidade que foram atender no carro. Mas em casa não. E ela cada vez mais tem/ tem/ ela tem cada vez mais dificuldade pra sair de casa.

-[P] Ela mora em casa?

-[CF 2] Mora numa casa, só que é uma casa pequena, antiga né, aqueles modelos... casinha de pombo, né? E não é adequado pra ela.

-[P] Ela tem degrau, escada, essas coisas?

-[CF 2] Não. Não tem, mas são pisos irregulares, tá longe do ideal.

-[P] Err, e quais as maiores dificuldades enfrentadas pelo senhor no dia-a-dia assim, em relação à sua mãe? Quê que é mais difícil?

-[CF 2] Hoje com esse acompanhamento do home care... eu ainda preciso muitas vezes né, faltar o serviço, err... deixar de fazer/ cuidar de outras coisas pra cuidar dela né? Porque ela tem uma confiança muito grande em mim, eu sou a pessoa da família que realmente ela assim, deposita mais confiança.//

-[P] Mesmo tendo os irmãos lá o senhor é o que//

-[CF 2] É. O meu irmão especial na verdade ele... ele não ajuda, ele acaba dando bastante trabalho.

-[P] Cuidam dele também.

-[CF 2] É, a gente tem que cuidar dele. O meu outro irmão agoooora que tá com a aposentadoria ele tá pegando um pouquinho mais de jeito pra lidar com minha mãe. Ele/ele/ele... falta muito jeito pra ele. Mas ele tá melhorando nesse sentido, né? E pelo menos as idas por exemplo a médico, que era tudo eu que fazia, ele agora já me ajuda bastante. Mas eu ainda tenho que muitas vezes sair, levar... marcar consulta, procurar o profissional especializado, procurar o profissional que aceita plano de saúde... né? E eu também sou aquela pessoa que tem que... err, procurar acalmá-la, porque ela/ essa parte emocional dela parece que tá ficando pior também a cada momento né? Então sou eu que converso com ela, procuro acalmar, que também DOU um puxão de orelha nela. Só que agora eu puxo a orelha dela bem menos né, que ela já tá bem mais velhinha então eu n/ eu tenho que manejar. Mas eu tenho que fazer isso porque senão ela.../ mesmo com toda a dificuldade dela ela ainda faz coisa errada.

-[P] E ela tem mais/ você é a referência dela?

-[CF 2] Sim.

-[P] É, de que maneira a situação de saúde né, de [nome das idosa], interfere na vida cotidiana da família? Porque assim, muda toda a estrutura.

-[CF 2] Tudo. Toda a estrutura. Bom, lá com meu irmão ele poderia/ trabalhou já tantos anos, ele poderia se dedicar um pouquinho mais a ele, mas então agora esse tempo livre, ele tem que dedicar muito a ela, ele agora cuida muito do meu irmão, que meu irmão ficava muito solto, né, esse meu irmão esquizofrênico ficava muito solto... e... a minha vida, assim, a minha altera muito. muito, muito, muito, muito mesmo. Porque/ com a home care como eu disse já melhorou bastante mas antes né, era tudo eu que fazia. Eu faltava ao trabalho muitíssimo, err... coisas que às vezes//

-[P] Isso já chegou a te... prejudicar no trabalho? Porque às vezes o chefe//

-[CF 2] Sim! Sim!

-[P] Se você é chefe o pessoal diz “Nossa o chefe pode tudo, pode até”//

-[CF 2] Não, é! Já me prejudicou sim! Eu nunca levei uma chamada de um chefe mas eu... eu tenho que tá toda hora/ tinha que tá toda hora pedindo, pedindo, pedindo, eu ficava constrangido... eu tinha que depois arrumar tempo pra botar meu serviço em dia, graças a deus eu sempre consegui. Né? Mas é uma coisa extremamente constrangedora, e eu tenho a impressão que isso diminui muito a minha possibilidade de... de crescer no trabalho. Porque eu tenho que/ pra você crescer você tem que ter um nível de dedicação maior. E eu não, eu tenho que me dedicar, e tinha que me dedicar e muito à minha mãe. Agora diminuiu um pouco mas ainda é bastante. Né? Então me atrapalhou o serviço, me atrapalhou aqui na família né? Porque eu tenho dois filhos, tenho minha mulher, eu tinha que cuidar/ às vezes eu tinha que escolher quem eu ia cuidar naquele momento, minha mulher, meus dois filhos/ minha mulher adoecia também, eu adoecia, e na maioria das vezes a minha mãe era privilegiada, entre aspas, porque mais velha né, problemas mais sérios, então já trouxe bastante problema sim.

-[P] E... as pessoas que moram que sua mãe, que são seus irmãos e a cuidadora, de que maneira é... elas vem lidando com a situação de sua mãe? Isso afeta muito elas também? Assim, o senhor já falou mas assim, como tem uma sequência de pergunta//

-[CF 2] Afeta, afeta, afeta sim. O meu irmão, né, o especial, ele... ele tem muita dificuldade de lidar com a velhice e com as doenças da minha mãe. Então a gente tem que estar sempre cuidando disso também. Né? O meu outro irmão, ele também, a gente percebe que ele às vezes fica mal emocionalmente por causa daquela coisa, é doença vinte e quatro horas por dia né?

-[P] Ainda mais quando se aposenta achando que vai descansar né?

-[CF 2] Exatamente. Mexe bastante. A/ as próprias, err... técnicas de enfermagem lá/ se você puder não usar esse termo “cuidador” eu lhe peço, sabe por quê? Porque esse foi um dos motivos do meu grande conflito com a [*nome do plano de saúde*]. Certo? Tem algum problema?

-[P] Não, tem não. É porque assim, na literatura//

-[CF 2] Cuidador?

-[P] É, cuidador. Profissional é o técnico de enfermagem. Cuidador familiar é aquele que é o responsável pelo/ que tá mais próximo. Porque assim, você, dos filhos, é aquele que acho que monitora mais o que tá acontecendo.

-[CF 2] Exato. Mesmo estando distante dela sou eu quem monitoro. Então tudo bem, pode//

-[P] Mas não tem importância, a gente pode mudar também, não tem importância. Não é importante essa terminologia.

-[CF 2] Tá bom, então / as próprias cuidad/ as próprias técnicas lá elas também.../ mesmo sendo profissionais elas de vez em quando ligam pra mim então assim: “Nossa [*nome do cuidador familiar*]! Sua mãe tá dando muito trabalho, o quê que eu faço...?” Aí eu tenho que explicar pra elas, pedir calma, dizer, “Olha, se você for trabalhar nessa profissão a vida inteira, ou muito tempo, cê se prepare que minha mãe dá trabalho mas tem velhinhas que dão muito mais trabalho que minha mãe”. Né? Ela... ela recusa, acaba recusando algumas coisas que não pode, tem que/ algum tratamento que tem que fazer, ela quer interferir no horário de remédio, no remédio que vai tomar, tudo isso, aí as meninas acabam/ às vezes ela fala uma coisa assim, que magoa um pouquinho as meninas, né? E eu tenho que estar toda hora: “Pode deixar que eu sei selecionar o que minha mãe fala que é verdade, o que não corresponde à realidade, pode deixar que”//

-[P] E essas técnicas de enfermagem quando iniciou a empresa de home care na casa de sua mãe, err... teve que trocar, se adaptou com a primeira? Como é que foi assim a... empática com elas?

-[CF 2] Foi/ foi/ foi/ foi boa. Foi boa. Minha mãe não teve problemas com elas não, de maneira geral. Tem esses probleminhas mas de uma maneira geral a empatia foi grande. Só uma que trocou porque conseguiu um trabalho melhor. As outras tem mantido, né//

-[P] E elas são assim, err... vinte e quatro, vinte e quatro ou é doze, doze?

-[CF 2] Não, não. Elas trabalham em geral... doze, doze. Mas acontece muito de ficar períodos de vinte e quatro horas lá.

-[P] É porque depende do que é combinado, então uma pega vinte e quatro, folga um dia e volta no outro//

-[CF 2] Iiiiiisso, exato, exato.

-[P] E tem umas que são doze...

-[CF 2] Em geral é doze, doze. Mas muitas vezes já aconteceu de ligar pra lá e: “Ó [*nome do cuidador familiar*], hoje eu vou ficar vinte e quatro horas porque ela não pôde, a empresa falou que eu posso ficar, tal, coisas assim.

-[P] É que mora lá até porque o tempo é tanto né?

-[CF 2] Fica lá bastante tempo (Sorri).

-[P] Err... quem dentro da sua família é o principal responsável em torno da saúde da sua mãe?

-[CF 2] Sou eu.

-[P] Então qualquer coisa vão ligar/ às vezes não vão resolver com seus irmãos, vão resolver com você. A própria empresa. Então você é a referência né?

-[CF 2] Sou a referência.

-[P] Em relação/ o senhor participa das decisões entorno dos cuidados de saúde? Por exemplo, no caso de sua mãe quando quer mudar o horário de medicação, só a técnica resolve ou ela participa pra você ajudar a resolver esse//

-[CF 2] Não, em geral elas conseguem, mas... é relativamente comum elas me ligarem pra eu... pra eu...//

-[P] Interceder junto a sua mãe.

-[CF 2] Interceder.

-[P] E como se deu o processo de escolha da implantação da internação familiar? Da onde é que/ o senhor conhecia esse serviço?

-[CF 2] Eu conhecia, fiz pesquisa na internet, vi que em alguns países/ tinha que buscar países melhores do que o Brasil nesse sentido, então pesquisei países na Europa, nos Estados Unidos, e vi que existe essa forma né, oferecida pelo estado ou... pago, mas uma coisa que a família tem condições de pagar. Né? Eu busquei junto á [*nome do plano de saúde*], diversas vezes, eu usei o termo home care, mas eu falei: “Olha, eu não preciso de um home care sofisticado, com aquela parafernália toda de equipamentos, o que eu preciso? De pessoas que possam monitorar a pressão de minha mãe o tempo todo”, porque precisa! Ainda mais agora. Tá alterando bastante. Eu levei no médico, o médico tranquilizou mas tem que ficar de olho. Pra monitorar a glicemia dela porque ela é diabética né? E tudo, e as intercorrências, e... me comunicar, e quando não pudesse se comunicar comigo tomasse providências, né, pra que ela tenha um final de vida/ final que eu digo assim, eu acredito que ela ainda vai viver muitos anos, mas é a parte final da vida né?

-[P] É qualidade de vida.

-[CF 2] E eu pedi isso várias vezes na/ na/ na/ na... [*nome do plano de saúde*] e infelizmente eu me deparei com algumas pessoas lá que... bateram o martelo, e além de baterem o martelo faltou tato no/ no...//

-[P] No relacionamento.

-[CF 2] Comigo. Né? Me causou muito sofrimento, à minha mãe, eu adoeci. Adoeci mesmo. Minha pressão foi lá pra cima, desde então eu tomo reméd/ não deve ser só isso mas desde então eu tomo remédio pra pressão. Né? Aí eu pedia isso, eles: “Não, não, isso é por sua conta”, eu falei: “Olha, se o Estado brasileiro não oferece, e vocês entram no mercado, vocês tem que estar prontos pra cuidar da saúde das pessoas em todas as instâncias, de todas as maneiras. Inclusive fornecendo isso. Se vocês não querem, saiam do mercado. Se vocês optaram por estar no mercado, vocês têm que oferecer isso sim!”, “Não, você/ é obrigação sua”. Aí eu me deparei com aquela médica, que eu esqueci o nome dela agora, ela foi grosseira comigo, eu reagi, fui grosseiro com ela. //

-[P] A médica da [*nome do plano de saúde*]

-[CF 2] Da [*nome do plano de saúde*], daquela/ ela é uma espécie de fiscal, uma//

-[P] Auditora.

-[CF 2] Uma auditora. Ela foi bastante rude comigo, e eu reagi. E por pouco nós não chegamos às vias de fato. Né? Sem querer ser machão, mas eu tenho a impressão que a gente não chegou às vias de fato porque eu avalei que ela é mulher, eu teria mais força física, e também eu pensei nas consequências que isso poderia trazer pra mim. Mas pelo desrespeito que ela teve comigo, foi por pouco viu? E aí como ela me negou, a [*nome do plano de saúde*] me negou, eu busquei... a justiça.

-[P] E foi aten/e quando o senhor solicitou via judicial foi rápido?

-[CF 2] Foi. Foi rápido. Foi rápido sim.

-[P] E o trâmite do senhor solicitar? O senhor foi bem recebido no meio jurídico? O senhor foi no fórum, né?

-[CF 2] Fui no fórum.

-[P] Aí o senhor fez a solicitação, foi ágil?

-[CF 2] Foi. Apesar de ser defensoria pública né, porque eu não tinha como pagar advogado.

-[P] E foi, assim, bem recebido lá?

-[CF 2] Bem recebido.

-[P] Deram agilidade no processo?

-[CF 2] Deram agilidade sim. Mantinham contato comigo... é lógico que esses defensores eles são sobrecarregados né? Então a gente tem que também estar atrás dele. Então eu faltava ao trabalho, ia atrás, conversava//

-[P] Depois que o senhor solicitou lá, quantos dias mais ou menos demorou pra o senhor ter a visita, assim, de implantação da...

-[CF 2] Puxa vida, eu já não me lembro mais, mas eu acredito que foi coisa de, sei lá, um mês a dois meses, foi rápido.

-[P] Muito! Eu achei muito! Um mês/ foi mais de um mês, o senhor acha?

-[CF 2] Eu acho que foi. Pra decisão da justiça foi.

-[P] Porque foi como liminar né?

-[CF 2] É, tá como liminar ainda.

-[P] Porque liminar normalmente é rápido, tem que cumprir né?

-[CF 2] Exatamente. Mas eu acho que demorou isso sim.

-[P] Pode ter demorado então.

-[CF 2] Mas não tenho certeza, tá? Eu já não me recordo bem.

-[P] Certo. Então assim, a principal razão pro senhor solicitar era mais... seria o quê? Assim, quando o senhor pensou em home care, pesquisou sobre ele, quando o senhor solicitou, o quê que o senhor queria objetivamente?

-[CF 2] Bom, eu fiquei/ diante daquela má resposta da médica eu fui atrás de pesquisar preço e ver se eu tinha condição de manter cuidadores, sem aquela qualificação profissional de / nem isso eu tinha condições.

-[P] Então assim, o mais importante seria monitorar a saúde da sua mãe porque ela altera muito durante o mesmo dia.

-[CF 2] Exatamente. Esse monitoramento, aquele cuidado diário também, que é típico de um cuidador, precisa disso também, disso também. Uma companhia pra ela, err... condições deu poder continuar trabalhando e sustentando / porque hoje, mesmo com o home care, eu gasto em torno de / quase um terço/ um terço do meu salário pra manter a minha mãe viva.

-[P] Ela é sua dependente?

-[CF 2] É minha dependente.

-[P] Você tem o plano?

-[CF 2] Eu que tenho o plano de saúde. Né? Então foi isso. Dar dignidade pra ela nesse trecho final da vida dela, garantir que ela possa viver com essa dignidade, bem, e que eu tenha condições de trabalhar e poder sustentar. Porque eu faltava ao trabalho demais. Demais mas demais mesmo! Sabe? Sempre com a compreensão dos chefes mas tava demais. Né? E eu não conseguia dar o atendimento que minha mãe necessitava. Eu não tinha! Eu teria que ficar com ela vinte e quatro horas.

-[P] Assim, o senhor já falou mas eu gostaria que o senhor repetisse, err... qual sua participação na escolha e implantação? A empresa o senhor não escolheu.

-[CF 2] Não, não escolhi. Foi a [*nome do plano de saúde*] através/ ela deve fazer uma pesquisa de preço né, e escolher dentro da//

-[P] Mas a empresa que tá hoje, o senhor tá satisfeito com eles?

-[CF 2] Tô. Tô

-[P] E como se deu o processo de solicitação junto ao plano de saúde? O senhor falou que foi conflituoso mas assim, tenta relatar como foi sua chegada, a sua discussão com quem negou.

-[CF 2] Sempre foi/ não, eu acho que eu fiz por escr/ eu fiz por escrito também. Fiz pessoalmente, verbalmente, algumas vezes, fiz por escrito//

-[P] Aí o senhor teve negativo dessas//

-[CF 2] Sempre negativo.

-[P] E era de imediato a resposta?

-[CF 2] De imediato! De imediato! A doutora chegou a falar assim: “Isso é problema seu!” Quando ela falou isso aí o sangue subiu. “Isso é problema SEU!”

-[P] Esse é o termo que ela usou.

-[CF 2] Sim! “Isso é problema seu, você tem que se virar pra fazer isso”, eu falei: “Não doutora, não é não! Tá? Eu tenho que me virar até onde eu posso, se vocês tão no mercado vocês também tem que se virar”. E... falei outras coisas já que não me recordo mas basicamente foi isso.

-[P] E como você avalia os cuidados oferecidos pela equipe de hoje, que tá prestando assistência pra sua mãe? Dessa empresa?

-[CF 2] Eles tão atendendo bem. Eu já tive que//

-[P] Mas assim, o técnico é muito importante, eu acho que é o que chama mais atenção, mas o restante? Eu não sei se ela faz fisioterapia...

-[CF 2] Faz, faz, faz.



-[P] O médico...

-[CF 2] Faz, faz sim, faz fisioterapia, ela tem atendimento do fisioterapeuta, das técnicas de enfermagem da//

-[P] Nutricionista tem?

-[CF 2] Nutricionista, fono... e ela tá necessitando muito de um acompanhamento psicológico. Porque... eu tô só esperando uma decisão pra ver o quê que eu faço. Se eu posso requerer ou não, porque minha mãe... tem uns problemas nesse sentido que eu infelizmente não tive condições de cuidar dela no passado né? E agora com a velhice tá se agravando. Então ela tá precisando de um acompanhamento psicológico também. Além de eu perceber que ela fica deprimida com aquela situação dela, né, de não poder trabalhar, não poder fazer quase nada, estar limitada. Né?

-[P] (...) Então assim, todos que estão atendendo o senhor está satisfeito?

-[CF 2] Sim.

-[P] Fisio, fono, médico...

-[CF 2] Sim. Eu já tive que conversar com eles, pedir um... eu já pedi pra melhorar em alguma coisa mas são coisas assim tão... foram fáceis de resolver que eu nem me lembro mais dos detalhes, mas foram coisas assim, conversando, a gente se entendeu.

-[P] Então o pessoal de bom trato.//

-[CF 2] Bom trato, com certeza.

-[P] Então não tem aquela coisa que persiste, algum desconforto?

-[CF 2] Não, não... não, não.

-[P] Qual membro da equipe de saúde você julga mais importante? De todos esses profissionais que atendem a sua mãe.

-[CF 2] Ah, as técnicas de enfermagem.

-[P] E como você avalia, especificamente os cuidados oferecidos por elas né, as técnicas, diariamente em contato com a sua mãe? O senhor confia?

-[CF 2] Confio.

-[P] Quando eu falo err//

-[CF 2] Confio mas com um pé atrás. Ah, eu to sempre consultando minha mãe: “Mãe, tá tudo bem? Algum destrato com a senhora, algum”/ “Não meu filho, tá tudo bem, não... não teve problema”, aí eu ainda insisto, eu converso com meu outro irmão, falo: “Tá tudo bem?”, “Tá, tá tudo bem”. Porque se não tivesse, na mesma hora eu pediria pra substituir.//

-[P] Já tão há algum tempo, então já existe um vínculo, quer dizer, já//

-[CF 2] Mais de um ano! Acho que um ano e meio.

-[P] Eu acho que já existe/ assim, a família já conhece também//

-[CF 2] Já, já, já, já! Mais tranquilo, com certeza.

-[P] Difícil é quando for ter que mudar né? Por algum motivo.

-[CF 2] Exato.

-[P] E qual a relação dos moradores da casa com a técnica? E com os demais integrantes da equipe? Porque por exemplo, é uma casa que mudou. Né? A rotina dela, a dinâmica dela. Então assim, a sua mãe precisa desses / mas os seus irmãos já é uma relação diferente. Como é a relação deles com essa equipe toda que tá lá dentro?

-[CF 2] O meu irmão Marcos, que é especial, ele fica... ele fica quietinho no canto dele né?

-[P] Fica incomodado.

-[CF 2] Não, de forma alguma, pelo contrário. Ele... tá numa fase boa agora da vida dele, com medicação, tal, e eu acho que ele acaba gostando de ver a minha mãe sendo cuidada né?

-[P] E existe um movimento também na casa, que às vezes é bom.//

-[CF 2] Exato. É, eu tinha essa preocupação de que poderia / mas não, tá? E as meninas têm bom trato com ele também. O meu irmão às vezes se sente incomodado com tanta gente, mas ela acaba entendendo porque é pro bem da minha mãe, né? Ele que mora lá acaba se sentido mais, mas ele agora tá/ tá/ tá numa fase melhor, porque é uma pessoa só por turno né, então não incomoda tanto.

-[P] É, às vezes acontece de encontrar mais profissionais, às vezes tem o horário do fisioterapeuta, deve... //

-[CF 2] Acontece. Já aconteceu isso.

-[P] Porque geralmente assim, tem pessoas que veem como uma invasão. Domiciliar. E pessoas que ao contrário, se apegam e passam a fazer parte da família, então existem essas duas diferenças né, que varia muito né? Às vezes a presença da auxiliar/ é diferente do seu caso, às vezes ela é imposta. É o contrário. Né? Porque às vezes a operadora quer o quê? Desospitalizar o paciente. Tá no hospital, a conta hospitalar é mais cara, quer passar pro... home care e impõe à família. É uma invasão também. (Ri)

-[CF 2] Posso/ posso interromper um pouquinho e falar uma coisa? Isso é até uma das minhas argumentações. Eu falei pra [*nome do plano de saúde*] assim: “[*nome do plano de saúde*], avalia bem, olha só, antes do home care o tanto que minha mãe ficava internada.”

-[P] Ela internava com frequência?

-[CF 2] Com frequência. Quinze, vinte, trinta dias. Eu falei: “[*nome do plano de saúde*], avalia direitinho, olha só, cês tão causando sofrimento pra minha mãe, pra mim, e vocês tão tendo uma despesa muito maior. A minha mãe/ se minha mãe amputar esse pé vocês vão ter que se virar pra me ajudar”. Tá? Eu também acabei usando termos assim, porque eu falei, eu não vou ficar só ouvindo aqui não. Mas também não surtiu efeito. Eu tive uma vez lá, conversando não com essa médica que me tratou mal, uma gerente que teve lá, que ela também foi curta e grossa comigo: “Não, não fazemos, isso é problema seu”, usou termos assim mesmo, eu falei assim: “É porque não é sua mãe”, nossa, essa menina ficou braba comigo! Falou “Claro que não! Ainda bem que não é com minha mãe, que tem que passar por isso”. Eu falei: “Ah, a sua mãe você não quer que passe por isso, agora do assistido da [*nome do plano de saúde*] cê quer que passe né?”. Aí a conversa encerrou, eu tive que sair da sala dela, né, então nossas conversas lá foram BEM... pesadas.

-[P] Err, e com relação... a não, essa eu já perguntei. (...) Então assim, quais são os pontos positivos e negativos da internação domiciliar?

-[CF 2] Olha, a minha mãe hoje tá com a saúde melhor, porque elas tomam as medidas necessárias em qualquer intercorrência. Né? Isso é um ponto positivo.//

-[P] Já chegaram a chamar a [*nome da empresa de UTI móvel*] pra atendimento?

-[CF 2] Já. Já. Já sim. Já chegaram a chamar a [*nome da empresa de UTI móvel*]. Eu tenho condições de trabalhar com um pouco mais de tranquilidade, cumprir com minhas obrigações, e poder receber meu salário e manter. Tudo isso. Um pouco mais de tranquilidade também pra meus irmãos. Meu irmão agora pode se dedicar ao meu irmão especial, cuidar dele, dá muita trabalho também, né? Teve uma época inclusive que ele sofreu uma queda, fraturou a coluna, por pouco não ficou paralítico. Então quer dizer, tem dado força pra gente pra gente continuar levando as coisas. Sem esse apoio delas eu não sa/ não/ não saberia como tocar minha vida mais. Né? Inclusive eu vivo um momento de ansiedade muito grande. Eu to/ pode até parecer que não mas eu tô num momento de ansiedade muito grande.

-[P] Em relação//

-[CF 2] À decisão judicial. Né? Tô vivendo um momento de grande ansiedade. Tá? E é isso! Eu posso cuidar mais da minha família aqui, né? Posso me dedicar mais a eles. Saúde, educação, cuidar do que a gente tem que cuidar dos filhos da gente. Agora eu tenho

condições de cuidar um pouco lá e cuidar um pouco aqui. Tava muito centrado na minha mãe.

-[P] E cê acha que.../ cê falou que sua mãe melhorou, né?

-[CF 2] Sim.

-[P] Mas na sua visão existe uma melhoria que ela um dia poderia ter alta, pela patologia que ela tem, ou cê acha que isso não aconteceria.

-[CF 2] Não, eu acredito que não. Que a gente percebe evoluindo tu//

-[P] Tá melhorando mas ela também tá envelhecendo.

-[CF 2] Exatamente, ela tá cada dia mais fraca, o coração funcionando um pouquinho mais fraco, ela agora tá/ ela agora é cem por cento dependente de alguém pra levantar. Pra caminhar. Se botar ela no andador ela até anda, mas ela não consegue ficar lá, ela precisa de alguém do lado dela.

-[P] É, não pode deixar sozinha, né, porque se cair//

-[CF 2] Exato. A pressão dela agora sofre alterações constantemente. A glicose dela tem que ser monitorada, aí tem que chegar lá e falar assim: “Ó dona [*primeiro nome da idosa*], agora nós vamos baixar, a senhora já comeu doce demais, vamos cuidar”. Tem o pé diabético dela, que deis que as meninas tão lá... e também a gente conseguiu fechar a última ferida dela. Que a última ferida dela demorou uns cinco anos pra ser fechada, ela teve indicação de amputação, mas eu não/ fui atrás de outros médicos, encontrei uma infectologista que passou um tratamento muito sofrido pra minha mãe, né, porque teve que colocar um cateter e subir ((0:26:59.6)). E ela tomou seis meses seguido medicação pra evitar amputação. Dois antibióticos muito caros, não são desses tradicionais, que tiveram reações adversas. Nunca tinha visto isso, antibiótico dar//

-[P] Reação. Alteração de humor, de?//

-[CF 2] De humor e de percepção, como é que eu falo? Ela delirava! Aí teve que fazer readequação, mas com isso a gente evitou a amputação. Só que... ela ainda tem um pé pré-amputável. Porque a ostiomielite dela tá lá!

-[P] Tem que monitorar o tempo todo.

-[CF 2] Monitorar. Então as meninas cuidam disso, das feridinhas que vão surgindo, elas cuidam da feridinha, né, ajudam, fazem a limpeza, o curativo, evitam que a sandália fique (faz som de sandália arrastando no chão) né, e que evolua pra outra ferida né aí ela tenha que perder o pé. Então... poxa, tá sendo...

-[P] (...) O pai do senhor, o senhor tem pai ainda?

-[CF 2] Meu pai já morreu.

-[P] Morreu de quê?

-[CF 2] Coração. Ele fez uma re-troca da válvula e não suportou o pós-operatório.

-[P] Eu estudo gênero também, eu falo que o homem morre cedo, que o homem é muito frágil perto da mulher. (Riem). Se pegar gripe, eu falo que bate um vento, pega pneumonia e morre! A mulher é muito forte. Cê vê que no caso da sua mãe, ela pode ter várias patologias, ela tem várias patologias né? Mas mesmo assim ela é mais resistente.

-[CF 2] Eu falei um dia desses: “A senhora é uma heroína, a senhora tá tomando, se não me engano são treze ou catorze remédios”. Nossa! Eu falei assim: “Olha, um dia desses eu precisei tomar três e tava passando mal”. Sua mãe também toma esse tanto de remédios?

-[P] Toma, e meu pai faleceu meu pai era jovem, bonito. Teve um infarto e morreu. Ela tem várias doenças mas eu falo: “Mãe a senhora num se preocupa, a senhora não vai morrer!” (Ri). Porque na verdade essa nova/ hoje se vive mais, mas ao mesmo tempo cê tem qualidade de vida né? Então é isso que a gente tem que procurar oferecer né? A gente tem que mudar a forma de assistência à saúde hoje pra//

-[CF 2] É isso que eu quero pra ela.

- [P] E tem mais alguma coisa que eu não perguntei que o senhor queria falar?  
 -[CF 2] Não. Por enquanto eu não tenho nada assim...  
 (Agradecimentos e fim da entrevista)

## CUIDADORA PROFISSIONAL 2

### Legenda

- [P] – Pesquisador  
 -[CP 2] – Cuidador Profissional 2

- [P] Qual o seu nome completo [*primeiro nome*]?  
 -[CP 2] [*nome completo*]?.  
 -[P] Certo. [*primeiro nome*]?, como você descreveria sua relação com a [*primeiro nome da idosa*]?  
 -[CP 2] Ah, com dona [*primeiro nome da idosa*] é... ela é uma ótima paciente, às vezes a gente né/ um pouco teimosa...  
 -[P] Pra tomar remédio, pra quê?  
 -[CP 2] Ah, assim, às vezes a gente pede pra ela estar repousando, ela não quer... mas acaba, né/ ela acaba indo né? Que ela não gosta muito da.../ de estar com... ((0:00:38.0)). Mas em relação ao resto é/ a gente conversa bastante, se dá muito/ ela se dá bem com todas as técnicas.//  
 -[P] E tem alguma situação que entra em conflito? Igual por exemplo, “Ah vamos fazer o exame hoje, ou o exame amanhã, ou tomar o remédio a essa hora, ou aquela hora”, existe esse conflito com alguma coisa assim?  
 -[CP 2] (...) Não. Não existe. Então assim: “Ah, posso / como eu acabei de comer né, daqui a quinze minutinhos”, a gente sempre respeita o lado uma da outra.  
 -[P] E por exemplo, em relação à família, quando você vai ter seus cuidados/ porque existem os seus cuidados e existem os cuidados dos filhos também né? E entra em conflito seus cuidados com os deles?  
 -[CP 2] Nunca. Nunca houve.  
 -[P] Nunca houve conflito//  
 -[CP 2] A, a gente só pede pra avisar quando é q eu vai ser exame né?  
 -[P] Só pra ver as agendas.  
 -[CP 2] É, só pra... horário, pra estar arrumando a medicação, essas coisas assim. Que precisa.  
 -[P] E quais as maiores dificuldades enfrentadas err... pela [*primeiro nome da idosa*] assim, no dia-a-dia, que cê sente que ela tem mais dificuldade.  
 -[CP 2] Espaço.  
 -[P] Ah, de locomoção.  
 -[CP 2] É, acho muito pequeno.  
 -[P] Tinha que diminuir um pouco a quantidade de móveis né, pra ficar mais fácil talvez?//  
 -[CP 2] Também acho.  
 -[P] É, de que maneira você percebe que a situação de saúde da [*primeiro nome da idosa*] interfere na vida cotidiana da família?  
 -[CP 2] Acho que nem teve assim, até hoje. Hmm-Hmm, não...  
 -[P] E como você acha que a família vem lidando com as necessidades diárias de cuidado que a situação da [*primeiro nome da idosa*] impõe?  
 -[CP 2] Eles regem bem... aceitam... tudo direitinho, entendeu? Quando acontece da pressão/ que é mais frequente né, a pressão dela estar... //

- [P] Sobe a pressão?
- [CP 2] Sobe, abaixa...
- [P] Cê tá aqui desde o início?
- [CP 2] Não, vai fazer um ano. Aí eles ficam né, tem mais um ensaio de preocupação, mas tirando isso a rotina é bem calma.
- [P] É, quem dentro da família é o principal responsável pelas decisões de saúde da [primeiro nome da idosa]? Na sua visão?
- [CP 2] Eu acho como [primeiro nome da idosa] falou, que é dividido entre [meus filhos]. Entendeu? Porque seu [nome do cuidador familiar] entra com uma parte, seu [filho aposentado] entra com uma par//
- [P] É meio dividido?//
- [CP 2] É meio dividido//
- [P] Dependendo do assunto é mais um, é mais outro.
- [CP 2] É, porque seu [nome do cuidador familiar] marca consulta, quem tem que levar é seu [filho aposentado], então é bem dividido mesmo. Num tem... né, um mais ou outro menos.
- [P] E a dona [primeiro nome da idosa] participa das decisões em torno dos cuidados de saúde?
- [CP 2] Participa.
- [P] Em caso assim, o dia que ela não quer ir pra/ tipo: “ Vamos marcar outro dia pra isso.”, eles respeitam isso?
- [CP 2] Geralmente ela não/ se tem que ir ela vai, só quando realmente ela não tá se sentindo bem//
- [P] Ela é tranqüilinha né?
- [CP 2] Ela é. Quando a gente vê que ela não tá se sentindo bem a gente já tem todo o cuidado, e acha melhor não sair.
- [P] Desmarcar//
- [CP 2] É, desmarcar, estar informando né? Pra tar marcando outro dia.
- [P] Você percebe conflitos ou desconfortos err, d[primeiro nome da idosa], com a internação domiciliar?
- [CP 2] Não...
- [P] Não, né?
- [CP 2] Hmm-Hmm (negação).
- [P] Nem da dona [primeiro nome da idosa] nem dos familiares né?
- [CP 2] Não, não...
- [P] E você percebe conflitos/ não/ como você descreveria a relação entre os diversos profissionais de saúde envolvidos com a internação domiciliar? Todos que trabalham aqui atendem ela de forma adequada ou cê acha que alguém podia atender melhor, alguma coisa assim?
- [CP 2] Não, acho que todos/ tipo, a gente já tem uma rotina né? Então o médico vem, já tem a rotina dele//
- [P] Ele já tá acostumado. Eles não tão trocando de médico toda hora não, assim, não é gente desconhecida que vem não.
- [CP 2] Não, não. Acho que a fisio também já tem um certo/ quase um ano que vem né, a Ana Paula. Já tem um ano, o doutor Tiago também...
- [P] Então existe assim, uma harmonia né, entre todos os//
- [CP 2] Existe! Isso.
- [P] As orientações de conduta por parte de outros profissionais da equipe né, como médicos enfermeiros, podem às vezes entrar em desacordo com aquilo que o que você né,

err... acha que é melhor pra ele, já aconteceu Isso? Pra dona [*primeiro nome da idosa*]. Deles sugerirem alguma coisa, um tratamento ou uma terapêutica que você acha que não seria bom? Você, na sua visão. Porque você é a pessoa mais próxima da dona [*primeiro nome da idosa*]. Né? Então assim, às vezes o médico passa alguma coisa pra ela fazer, o fisioterapeuta com exercício ou seja o que for, que você, na sua visão, acha que não seria bom pra ela. Já aconteceu?

-[CP 2] Assim, a gente... não, mas eu acho que eu teria a conduta/ tipo, poderia até acatar né? Se a gente visse que isso tava dando resultado continuaria mas se não tivesse a gente tava né//

-[P] Comunicando//

-[CP 2] Informando né? “Ó, não deu resultado então tamo encerrando”.

-[P] Certo. Como você avalia o programa de internação domiciliar? Você acha que... no caso da dona [*primeiro nome da idosa*], ela é dependente dele? Podia ficar sem ele?

-[CP 2] É dependente.

-[P] Cê acha que tá sendo bom pra ela?

-[CP 2] Com certeza eu acho que tá. Porque geralmente os filhos dela saem muito... a auxiliar também tem que sair, tem que ter alguém com ela... tem que ter alguém que... conheça bem ela.

-[P] Então assim, hoje ela não pode ficar sem a internação domiciliar. Né?

-[CP 2] Hum-hum (concordando com o pesquisador).

-[P] E o que seria necessário... / err, assim, quando fala em qualidade de vida, cê acha que tá/ a qualidade de vida tá melhorando, da dona [*primeiro nome da idosa*], com essa assistência toda?

-[CP 2] Bom, de um modo/ eu fiquei sabendo já que ela já esteve bem pior, não é dona [*primeiro nome da idosa*]? Já teve pior, ela já teve um acesso. Então, assim... eu não tenho como informar, mas... é normal... não sei como é que seria.

-[P] E há algo que você gostaria de comentar, que eu não perguntei?

-[CP 2] Não... eu também não... não.

(Agradecimentos e fim da entrevista)

## GESTOR 1

### Legenda

-[P] – Pesquisador

-[G 1] – Gestor 1

-[P] [*nome do gestor 1*], me fala só o seu nome e sobre seu trabalho aqui.

-[G 1] Isso, éeeee, meu nome é [*nome do gestor 1*] Profeta, eu sou enfermeiro auditor aqui na [*nome do plano de saúde*], eu sou responsável pela parte de home care, é... internação domiciliar, tanto do ponto de vista da desospitalização, quanto à internação no domicílio propriamente dito. Além da liberação e avaliação de... orçamentos e aditivos, para os pacientes que estão em internação no domicílio.

-[P] Minha primeira pergunta [*nome do gestor 1*] é: a partir de sua experiência, quais as principais motivações que levam a família a solicitar uma internação domiciliar?

-[G 1] (...) Entre muitas, principalmente (...) a família procura o home care pra transferir a despesa para o convênio. E o segundo item é a falta de habilidade de lidar com o paciente acamado, principalmente o idoso e o de alta complexidade.

-[P] A maioria dos pacientes são idosos?

-[G 1] É, o [*nome do plano de saúde*] tem uma carteira bastante idosa mas... no home care o paciente é de meia-idade pra idoso. Caso de criança é... mínimo. É um caso ou outro.

-[P] E como é feito pela empr/ pelo plano de saúde, a elegibilidade, aqui na [nome do plano de saúde] no caso, a elegibilidade das solicitações de internação domiciliar feitas por médico ou famílias?

-[G 1] O processo ele se dá seguindo todo um trâmite. A família lá no hospital identifica junto com o médico que esse paciente tem uma característica para o home care. É... ela se dirige até a [nome do plano de saúde] , aqui recebem as orientações e instruções e documentos a serem preenchidos por parte da família e por parte dos médicos assistentes no hospital. Traz de volta junto esse documento, dá entrada no protocolo, é considerado aberto o processo. A partir de então se estabelece um prazo pra perícia médica ir ao local onde esse paciente está e é feito todo um levantamento do estado físico-clínico do paciente. Ele segue um critério das normas da [nome do plano de saúde] , esse critério a gente chama ele de score, esse score ele tem que pontuar dentro desse, desse perfil do paciente, com dezenove pontos. Tem que ser igual ou superior a dezenove. Para um atendimento de alta complexidade com internação domiciliar, com equipe multidisciplinar. Dentro desse prazo de dez dias a gente vai estar solicitando orçamento das empresas de home care, identificando custos desse orçamento, avaliando, liberando, informando à família e montando a estrutura através do, das empresas prestadoras, pra fazer agendamento pra desospitalização desse paciente.

-[P] E como você entende a relação entre as razões clínicas e as razões sociais interferindo na solicitação, err... e implantação da internação domiciliar?

-[G 1] Existem dois fatores que é comum acontecer. Na tentativa do médico lá no hospital liberar o paciente por conta da... da ansiedade da família de levar seu paciente logo pra casa, todos os pacientes, todos os pacientes para o hospital ele tem indicação de home care que não/ não/ não tem um critério definido pelo hospital. E sim, esse paciente tem que ser submetido aos critérios da [nome do plano de saúde] conforme as normas.

-[P] Então é mais a necessidade de cuidado do que uma razão clínica mesmo?

-[G 1] A razão clínica é a minoria dos casos, a grande maioria, em torno aí de uns setenta e cinco, oitenta por cento, procura na tentativa de ter um cuidador e não uma assistência integral.

-[P] Aí já entra a questão social né?

-[G 1] É, a questão social ela é muito... comum nas classes digamos assim... menos favorecidas financeiramente, a classe média e... e a abastada ela procura pra transferir a responsabilidade do cuidado para o, o... convênio. Essa é a verdade.

-[P] Como você entende a/ a, não, peraí... quem mais frequentemente costuma ser o solicitante principal da internação domiciliar? A família ou o médico? Qual a mais comum de pedir?

-[G 1] A família ela pede essa internação domiciliar de uma certa forma já orientada pelo médico do hospital. Nem sempre esse paciente ele tem indicação pra internação. A grande maioria dos pacientes, de cada dez pelo menos sete, a indicação é pra programa de gerenciamento de caso ou outros. Né? Os três restantes, mesmo com indicação pra internação, não atinge a pontuação e não tem o critério de elegibilidade pras vinte e quatro horas. Né?

-[P] Só explicando, vinte e quatro horas é quando vinte e quatro horas de//

-[G 1] De assistência integral, de equipe multidisciplinar. É o que a gente chama de, de atendimento em domicílio de alta complexidade. O de doze horas seria o paciente que tem uma assistência com uma complexidade mais... menos complexa. E de seis horas pra algum procedimento. Esse tipo de atendimento ainda não está comum embora a gente esteja abrindo essas diárias, tá previamente autorizada mas ainda não é uma prática comum.

-[P] Então o... na verdade a solicitação no final sempre vem do médico, chega o pedido médico.

-[G 1] É, porque a família ela, ela acha que o... o convenio vai disponibilizar de cuidador. E médico já tem o/ todo um... uma instrução, uma... uma visão do home care. Só que ele não separa esses graus de complexidade. Para o médico no hospital tudo é home care.

-[P] E em que medida a origem da solicitação pode influenciar na decisão? É por exemplo, se é da família é de uma maneira, se é do médico é de outra né?

-[G 1] A decisão ela é fundamentada na avaliação técnica do médico perito da [nome do plano de saúde] que vai ao hospital, visita o paciente e faz todo um levantamento físico-clínico, e é submetido a esse score de pontuação.

-[P] E quais costumam ser os conflitos mais comuns que ocorrem no processo de solicitação de implantação das internações domiciliares?

-[G 1] Pacientes que é muito idoso, que a família não/ não quer assumir. Ela quer transferir essa responsabilidade do cuidar para o convênio. Principalmente as famílias mais abastadas elas acham que contribuiriam há muitos anos e é hora de o convênio assumir esse... esse cuidado com o paciente que ele ao longo de muitos anos contribuiu e seria a contrapartida. Essa é a visão da família, principalmente a família que tem bastante dinheiro.

-[P] É, porque... se é idoso precisa de cuidado normalmente. Então poderia ter o cuidado só familiar, sem a internação//

-[G 1] A grande maioria. Não/ não/ não há necessidade de home care, há uma tendência, né, do mercado estar absorvendo esses pacientes que hoje a sociedade, aqui em Brasília particularmente, tá canalizando esses pacientes pras casas de repouso de idoso. E assim, vai ser até uma/ uma prática, err, comum, e... menos conflitante dentro da casa da família que é um problema também bastante complexo. O fluxo de pessoas estranhas dentro do ambiente da família.

-[P] Quais as queixas mais comuns das famílias em relação à internação domiciliar?

-[G 1] A questão mais comum... (sorri) é a família fazer queixa de direito que ela não tem. Err... grande quantidade de materiais disponíveis pro paciente. Essa é a queixa maior.

-[P] Eles querem o quê, estoque?

-[G 1] Estoque. A família quer estoque e... às vezes vale o que o médico assistente fala. Né? Grande quantidade de fralda, que a família às vezes quer que troque de duas em duas horas pra não esquentar... volumes excessivos de medicamentos... então a nossa função aqui é justamente regular essa... essa demanda de uma certa forma até exagerada, quandoacontece.

-[P] E como e que tipo de informações chegam à gestão sobre as relações entre idoso né, e seus familiares, e com os profissionais envolvidos na internação domiciliar? (...) E o que essas informações indicam?

-[G 1] Assim, as famílias de um modo geral nunca estão satisfeitas com o perfil do profissional que atende o seu familiar enquanto paciente né? Quando a família ela é tranquila do ponto de vista da aceitação da doença do paciente é mais fácil pra equipe multidisciplinar. Quando a família ela tem um conteúdo de complexidade que afeta essa família do ponto de vista social, esse conflito interno, isso reflete no atendimento do paciente, na equipe multidisciplinar também. Além dos conflitos judiciais que é muito comum ter a disputa do paciente entre a própria família.

-[P] Como assim?

-[G 1] Tem familiar que ele não pode visitar o paciente porque tá na casa de um irmão ou de um filho e o outro está impedido judicialmente de visitar. Aí existe esse conflito dentro da família que de uma certa forma ele chega pra cá.

-[P] Eu não sabia que isso acontecia.



-[G 1] É comum. (Os dois riem).

-[P] É... mas assim, o conflito com a equipe?

-[G 1] O conflito com a equipe é/ é... o excesso às vezes de exigência que a família quer exercer sobre a equipe, que ela não... não... digamos assim, ela não tem direito. A exigência de especialistas... de//

-[P] Ela passa mais tempo com o técnico, não é isso?

-[G 1] É, mas assim, além da exigência de diversos especialistas pra tá... frequentando a casa pra atender esse paciente, ela quer assim... exclusividade. Basicamente exclusividade. Solicita várias vezes, às vezes sem... sem grande importância a presença da [nome da empresa de UTI móvel] pra avaliar o estado dum paciente que tá numa emergência... liga tanto pro convênio quanto pras prestadoras pra tá solicitando presença de equipe multidisciplinar pra tentar intercorrência que podia ser feito por um outro canal, então essas exigências é muito comum. Famílias que às vezes ela é mais complexa que a complexidade da clínica do paciente.

-[P] E ao seu ver, qual a importância para os/ né, quem tem direito ao plano de saúde, pros segurados, e para a empresa, do programa de internação domiciliar? Quer dizer, qual a importância... pra quem tem direito né, aqui da [nome do plano de saúde] ? //

-[G 1] É, eu sempre digo que todos os... os beneficiários do plano de saúde tem direito à internação domiciliar. Só que ele tem que ser submetido a um critério né, pra que se ele realmente tem perfil pra essa internação. Vai ser de alta, de baixa ou de média complexidade, aí é canalizado pra internação, se não vai pra outros programas que é direcionado pra esse tipo de atendimento. Mas tem outra parte aí da pergunta... a importância né? A importância?

-[P] É, qual a importância da internação domiciliar//

-[G 1] É, ela/ela/ela... ela na sociedade moderna de hoje, principalmente em Brasília, ela é muito importante porque desospitaliza o paciente e reduz custo é... lá no hospital para o convênio, além de tirar o paciente do ambiente hospitalar pra não estar recontaminando ou contaminando com/ com novas/ com novos microorganismos, e esse paciente começa a ter piores clínicas se ele ficar muito tempo hospitalizado. Além do conforto do lar, da família, a facilidade que a família tem né, de/ de estar acompanhando esse quadro clínico do paciente em domicílio.

-[P] E o programa de internação domiciliar costuma ter relação custo-benefício favorável pra operadora de saúde?

-[G 1] No geral, sim. Mas é preciso fazer monitoramento da evolução clínica do paciente e que as prestadoras sejam bastante... parceiras, digamos assim. Pra que esse custo não fique tanto quanto do hospital muito próximo. Então tem que ter parceiras... do ponto de vista do home care, bem... flexível quanto ao atendimento do paciente. Eu vou sinalizar duas situações aqui bem comum acontecer né? Err... é uma prática que acontece, a gente acompanha isso com bastante cuidado, por exemplo: o paciente que interna em domicílio (...) err... sob liminar judicial. É comum às vezes a equipe atender solicitações da família, de produtos e outros, e esse orçamento costuma ficar um pouco elevado pro paciente que está internado nessa condição, porque embora a liminar diz que... determina a internação no domicílio e não quantitativo de materiais e medicamento pra esse paciente. Mas a prática é: liberar o que o médico do home care solicitou ou até mesmo acolher via home care o que o médico assistente solicitar. //

-[P] Então é meio difícil regular uma situação de liminar?

-[G 1] De liminar. Ela/ ela/ ela é mais complexa. Embora não exista a obrigatoriedade de manter tudo aquilo que é solicitado. Mas, pra não ter mais conflito, normalmente o convênio libera dentro de um critério aceitável.

-[P] É, então//

-[G 1] E tem/ E tem uma outra questão também que é a questão do paciente que fica muito tempo em UTI e retorna pro domicílio com grandes feridas, isso tem gerado um custo muito alto também para o convênio, porque esse paciente ele vem reinfectado e o tratamento de ferida ela é de médio a longo prazo, esse paciente ele apresenta várias pioras clínicas, tem que entrar várias vezes com vários tipos de antibióticos pra tá estabilizando esse paciente, pra não deixar ele voltar pro hospital, e esse tratamento ele gera um custo... err, muito elevado por conta do tratamento de ferida que não é a principal doença de base. Mas a gente dá muita importância por conta das dores que o paciente sente, além do desconforto, e o custo geral, a gente procura tratar o mais rápido pra que não tenha a piora clínica e retorne ao hospital.

-[P] Então pelo que você/ pelo que eu entendi são pacientes com/ difícil de dar alta.

-[G 1] É... esses pacientes de alta complexidade, que a gente chama paciente crônico, eles a alta que tem é por piora clínica, vai pro hospital, mas ele tem sempre a perspectiva de estar retonando pro domicílio depois que estabiliza no hospital. Dificilmente ele sai de um programa de home care e vai pra outros.

-[P] E algo mais que você gostaria de comentar que não foi abordado nessa entrevista?

-[G 1] (...) É, o home care é uma... é... é um tipo de atendimento que é comum nos planos de saúde em Brasília, a sociedade de Brasília conhece/ de um modo geral conhece bem, né? E aqui pelo fato de estar próximo aos órgãos de justiça a gente acaba é... de uma certa forma sendo muito penalizado quando/ quando essa família ela... passa a exercitar o/ o/ o seu direito, à modo dela, com/ em cima do plano de saúde né? Porque tem a questão da ANS que libera/ que tem as suas exigências, e a saúde de um modo geral, o atendimento é muito fragilizado nas redes, então a justiça dá com muita facilidade também ganho de causa pra família. Uma vez se negando pra família e ela não satisfeita com o tipo de atendimento, o próximo passo dela é uma liminar judicial. Que é muito comum. Né? Mas o home care é uma saída muito boa pra o atendimento em domicílio, ajuda bastante família e é bom pra o plano de saúde, mas ainda custa muito caro, é preciso achar uma outra via mais barata, com maior flexibilidade, eu até tenho pensado e tenho acompanhado aí que o... o atendimento de monitoramento com/ com atendimento em procedimentos vai assim, desafogar bastante os hospitais e vai diminuir o custo direto do home care.

(Agradecimentos e fim da entrevista.)

## GESTORA 2

Legenda

-[P] – Pesquisador

-[G 2] – Gestor 2

-[P] Hoje são dezessete, né, de setembro, entrevista com a [*nome da gestora 2*], gestora da (0:00:12.0/?/0:00:12.5) gestão em saúde. Sobre a questão da elegibilidade né, do... do paciente. A primeira pergunta [*nome da gestora 2*] é/ fala seu nome completo.

-[G 2] Meu nome é [*nome da gestora 2*], sou enfermeira aqui na casa, na [*nome do plano de saúde*], tem três anos.

-[P] E a primeira pergunta é: a partir de sua experiência, quais os prin/ quais são as principais motivações que levam a família a solicitar uma internação domiciliar.

-[G 2] (...) Bom, eu acho que primeiro é o desespero de cuidar do paciente sozinho, eles não querem essa responsabilidade pra si de jeito nenhum. E depois que o paciente está hospitalizado eles são em... é, como é que eu vou dizer, adestrados mesmo pelo hospital a jogar essa responsabilidade pra operadora mesmo né? No home care.

- [P] Então na verdade eles já saem do hospital direto pro home care?
- [G 2] Com o pedido em mãos. Como se fosse a única alternativa viável pro paciente.
- [P] Quem passa é o médico mesmo?
- [G 2] O médico assistente. Lá do hospital.
- [P] E como é feito pela/pelo plano de saúde né, a elegibilidade das solicitações de internação domiciliar feitas por médicos ou por famílias? Como é que é a elegibilidade?
- [G 2] É, no caso aqui da [*nome do plano de saúde*] nós temos uma norma interna da casa que tem um critério pré-estabelecido que no momento a casa só admite pacientes considerados de alta complexidade, que a gente considera a partir de uma avaliação do médico perito, se ele alcançar acima de 19 pontos, ele está elegível pra internação domiciliar. Se não ele é encaminhado pra outros programas assistenciais da/da fundação.
- [P] É, como você entende a relação entre as razões clínicas e as razões sociais interferindo na solicitação e implantação da internação domiciliar? (...) Porque tem a razão clínica e a social. Como é que é essa relação?
- [G 2] (...) É, na maioria das vezes o paciente realmente precisa de um acompanhamento em casa né, de uma equipe multidisciplinar... talvez da fisioterapia e da fono, mas com... raras exceções ele realmente precisa daquela instalação do ambiente hospitalar mesmo no domicílio né? Eu acho que aí é onde entra mais a questão da família não querer desenvolver essas habilidades né, pra cuidar do paciente, e eles sabem que o plano de saúde oferece essa questão da equipe toda na casa dele, ele vai transferir sim essa responsabilidade pra empresa. Porque junta tudo! Junta porque não quer ver o paciente sofrer, não quer/ a maioria das famílias não encaram a doença do paciente, negam a doença do paciente, e como eles passam muito tempo hospitalizados, vendo o paciente cheio de dispositivos, sonda, e cateter, e respirador, acha que aquilo é um... monstro né, na frente dele. E que ele vai pra casa, e que ele não vai sair daquilo... ele não quer mesmo essa responsabilidade pra ele, ele passa pra operadora. Eu acho que tem os dois lados, tem o lado do medo, tem o lado da negação da doença do paciente, e tem aquela questão social que “a gente tá pagando, a gente tem direito, então é a operadora que tem que cuidar do meu familiar mesmo, não sou eu”. Não quer dividir essa responsabilidade mesmo.
- [P] Quem mais frequentemente costuma ser o solicitante principal da internação domiciliar, a família ou o médico? E em que medida a origem da solicitação pode influ/ influenciar na decisão? Primeiro assim, a primeira pergunta né? Quem mais solicita, a família ou o médico?
- [G 2] É, no caso aqui da [*nome do plano de saúde*] se for um pedido da família a gente não aceita. A gente/ tem que partir do ambiente hospitalar com um relatório médico e solicitação médica. A [*nome do plano de saúde*] não aceita um pedido, uma escolha da família levar o paciente/ tirar ele do ambiente hospitalar pra levar pro domiciliar. Se não for um pedido médico então/ quase na nossa totalidade aqui é um pedido médico.
- [P] E em que medida a origem da solicitação pode influ/influenciar na decisão? Quer dizer, se for pedido médico você vai ser analisado. Se não... não.
- [G 2] Não. Não. Se for a pedido da família a gente descarta porque a gente tem os trâmites internos da autorização aqui então eu não tenho nem como dar procedimento à abertura do processo.
- [P] E as liminares que têm? São pessoas que tão saindo do hospital ou são//
- [G 2] É, geralmente são pacientes que estavam em ambiente hospitalar, tiveram alta, mas infelizmente não pontuaram nos critérios da admissão da casa. Então a família não compreende, não aceita o programa intermediário e aí recorre à justiça pra ter o home care completo.
- [P] Mas aí sai do hospital direto pra//

-[G 2] Direto pra casa com a empresa.

-[P] Aí eles conseguem também uma solicitação do médico, eles chegam a pedir ao médico pra fazer uma solicitação, ou não?

-[G 2] É, porque geralmente/ eu pelo menos nunca peguei um caso direto da família direto pedir a gente, assim, via liminar judicial, sem ter tido o primeiro contato conosco. Sem ter o pedido médico.

-[P] E quais costumam ser os conflitos mais comuns que ocorrem no processo de solicitação de implantação da internação domiciliar?

-[G 2] Falta de perfil. A falta de perfil hoje gera cem por cento (sorri) das liminares que a [nome do plano de saúde] tem hoje em dia //

-[P] Ou seja, não ter elegibilidade, é isso?

-[G 2] Não ter elegibilidade.

-[P] E quai/ a maioria é sem elegibilidade, que solicitam? Assim, nessas solicitações que tem?

-[G 2] A maioria. A maioria, quase/ eu vou ser bem sincera, eu acho que quase cem por cento. A não ser/ a gente também teve um período que a casa tinha uma norma e aí teve uma mudança, e começou a se reduzir entrega de material, reduzir err, tipos de cobertura, e a família também não aceitou, e isso também é um motivo pra ela recorrer à justiça. Né? Mas hoje em dia, como mudou a norma, a maioria é de pacientes que não atingiram a pontuação, não atingiram o critério de elegibilidade, não aceitam, e aí recorrem à justiça.

-[P] E nesses casos é porque eles precisam mais do cuidador do que o, propriamente do//

-[G 2] É, porque a família entende que como ele foi instruído no hospital que ele só vai sobreviver se ele tiver tudo aquilo que ele tinha no hospital, e o técnico de enfermagem do lado, a família não entende que/ que ela poderia tá se adaptando ao cuidado em casa, ao autocuidado na verdade né? E aí ela acha que a obrigação é do plano porque a gente volta àquela história: ele tá pagaaaando à [plano de saúde], pagou a vida inteeeeira e agora que tá precisando o plano não quer ajudar, então ele apoia aí.//

-[P] E quando o hospital indica por quê ele indica assim sempre a internação domiciliar?

-[G 2] (...) A, a meu ver o paciente/ tipo, ele é muito crônico, ele geralmente vem de uma internação de UTI muito longa, então a gente sabe que mantê-lo numa UTI é um processo ruim porque ele vai recolonizar, vai reinfetar, e... às vezes a gente tem famílias problemáticas também, que o hospital também quer se livrar, né, entre aspas, da família ali, do convívio hospitalar e quer mandar pra casa... e a gente sabe que tem aqueles casos também que a pessoa/ a involução dela não tem, assim, não tem como melhorar, né? E ela vai ficar naquele quadro ali vegetativo por muitos anos então não faz sentido mantê-la num ambiente hospitalar né? E aí eles acabam pedindo a solicitação pra internação domiciliar.

-[P] É que os pacientes não tem muito interesse né?

-[G 2] Eu acredito que não, porque a gente sabe que paciente de... longa data dentro de uma UTI não é lucro pro hospital, eles preferem a rotatividade do/ do paciente né? Dos pacientes.

-[P] E quais as queixas mais comuns das famílias em relação à internação domiciliar?

-[G 2] É, eles nunca tão satisfeitos com a quantidade de material, eles sempre pedem mais, acham que o que o convênio libera é insuficiente. Temos algumas queixas também com relação às intecorrências dentro do domicílio, de demora de atendimento. Mmm... às vezes reclamam que a equipe que tá lá dentro não é competente, e a grande reclamação que nós temos é da ineficiência do técnico de enfermagem né? Ele não tá bem habilitado, ele tá saindo das escolas né, de formação, muito... muito cru, e eles acabam cometendo alguns abusos dentro de casa (sorri), algumas atrocidades, tipo... falar pra uma família que não consegue trocar uma fralda geriátrica dum paciente. Então a gente tem bastante problema

mesmo com a falta de habilidade e técnica do técnico de enfermagem. Que é o pessoal que tá lá vinte e quatro horas né?

-[P] E quando falam de material é o quê? Fralda...

-[G 2] É, todo o material, aí entra tudo, a sonda de aspiração, gases, a medicação também, quanto mais/ porque na cabeça do familiar ele quer montar um estoque né? Ele quer montar uma farmácia dentro da casa dele, fora que o paciente vai ficando lá muito tempo e o técnico de enfermagem também, e acaba criando um vínculo e aí acaba material de uso comum da casa né? A pessoa vai pintar o cabelo, usa a luva de procedimento. Vai/ tá com uma dor de cabeça e quer usar a dipirona que tá ali guardada. Então ele não entende que aquilo ali é exclusivamente do... do assistido né, e aí vira uma confusão, porque o plano tem que cortar, tem que racionalizar esses gastos, e a família não entende. Então ela começa a reclamar que tá pouco, que faltou, que a gaze faltou... quer dar banho no paciente com a gaze estéril! E aí eles não entendem, em contrapartida também a gente não tem aquela relação boa entre empresa e a operadora, que bota um profissional lá dentro que também joga a família contra o plano de saúde né? Então... é uma relação bem difícil. (Ri). Bem complicada.

-[P] E que tipo de informações chegam à gestão sobre as relações entre o idoso, err, e seus familiares né? Com os profissionais envolvidos na internação domiciliar? E o que essas informações indicam? Por exemplo, cê fica sabendo de alguma coisa entre a família e os profissionais que tão atendendo? Chega algum problema?

-[G 2] Olha, os casos mais difíceis que a gente/ chega até nós (Sorri), quase cem por cento é entre a família e o cuidador, o técnico de enfermagem. Não o cuidador e o paciente. Que geralmente o paciente ele é crônico, ele é acamado, ele é incontactante, ele não... não verbaliza a maioria das vezes. E então as difi/ as relaç/ os conflitos internos na casa é entre o técnico de enfermagem ou o resto da equipe multidisciplinar, o fisioterapeuta que vai lá três vezes por semaaaana, o médico que vai lá uma vez por semana, as relações de conflito são entre esses profissionais, entre a família e o profissional, não paciente-cuidador. Entendeu? A gente conhece / temos vários casos, vai de reclamações até da falta de competência, até da ausência, que não vai. Entendeu? Fala que vai e não vai, e o médico não quer atender, chega lá não olha o paciente direito, tem “ene”, inúmeras... fatos assim.

-[P] E ao seu ver, qual a importância para o segu/ pra quem tem direito ao plano de saúde, e para a empresa, do programa de internação domiciliar?

-[G 2] (...) Olha Dr. Xxxxx, à primeira vista ele é um programa... que a priori seria pra... diminuição de custos, tanto gastos familiares quanto pro gasto da operadora. Só que é uma dinâmica tão complicada, que... a gente sabe que hoje em dia tem gente gastando muito mais em casa do que no hospital. Então eu acho que devida à região que a gente mora aqui que é Brasília, que é extremamente né, judicializada, o pessoal de auto poder aquisitivo e também de escolaridade, tudo vira caso de justiça, então a gente tá chegando numa era na internação domiciliar, que a operadora não vai ter autonomia pra mais nada, o que vai decidir é o judiciário mesmo. E como o juiz não quer botar... não sei nem se eu posso falar isso, (Ri), botar o dele na reta, nas liminares, ele vai autorizar tudo! A família com certeza chega lá com o paciente falando que ele tem risco de morte! Então o juiz não vai negar! Né? E em contrapartida, processos longos, demorados, que a gente não consegue reverter essas liminares, então é um tiro no pé da operadora a internação domiciliar hoje. Alto custo, poucas empresas que prestam o serviço no mercado, a gente fica refém de poucas empresas, as empresas novas que tão chegando não tem o know-how que as mais antigas têm, então como o paciente do [do plano de saúde] ele é de alta complexidade, ele acaba reinternando, reinternando, reinternando toda hora, as intecorrências não são resolvidas no domicílio, manda pro hospital de novo, então é um ciclo... vicioso assim né, que...

-[P] E o prog/ até essa pergunta você já respondeu mais ou menos, que é: o programa de internação domiciliar costuma ter uma relação custo-benefício favorável à empresa seguradora?

-[G 2] A princípio sim. No momento da admissão sim, mas depois não. No decorrer do processo ela não é mais//

-[P] É porque é/ é porque ele não dá alta né?

-[G 2] Não, a gente não consegue... promover desmame, a gente não consegue ter um controle efetivo da/do gasto de material, e como a gente/ é o médico da empresa que cuida dele a gente não tem autonomia pra cortar prescrição médica e assim vai virando uma bola de neve.

-[P] Tem algo mais que gostaria de comentar que não foi perguntado?

-[G 2] É, eu acho que o que mais a gente comentou aqui que é um processo bem dificultoso é a questão da liminar judicial mesmo né? Talvez se... não sei o quê que vai ter, não sei se tem que vir do governo, da própria agência reguladora, pra entender/ eu não sei se a ANS tem essa perspectiva de fazer um, sei lá, estudo de caso, um workshop pra entender o que é que funciona, qual é a realidade mesmo da internação domiciliar na prática. Porque enquanto ela obrigar isso né, a gente, a operadora tá fadada ao fracasso assim. Porque é uma relação que você tá/ você tá de fora tentando controlar gastos materiais, a equipe multidisciplinar, relação familiar-cuidador, dentro da residência alheia. Entendeu? E que é um processo muito difícil, muito lento, é muito difícil você chamar a família pra você, pro seu lado, ela sempre tá contra a operadora, entendeu? Então eu acho que a ANS podia... entrar mais a fundo assim nessa questão da internação domiciliar, porque... ela não está sendo eficiente com o propósito que ela foi criada, que é a redução de custos. E a melhora do paciente, é claro, que isso aí a gente nem contesta, que ele tá dentro de sua casa, assim, na maioria das vezes perto dos entes queridos/ a gente sabe que tem famílias que não são assim, que nem vão visitar os pacientes, e tal... mas essa/ o objetivo inicial do home care não tá sendo... alcançado. Hoje em dia pelas operadoras não. Pelo menos pela [nome do plano de saúde] (sorri), não posso falar das outras né? Mas a nossa/ o universo aqui é até significativo de pacientes e a gente não tem esse/ não é um bom negócio pra operadora (ri), não é!

(Agradecimentos e fim da entrevista).

**ANEXO I**  
Tabela ABEMID





## TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID



Efetuada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do Paciente:		Complexidade:
Idade:	Programação em dias de atendimento - 24 h:	
Convênio:	Programação em dias de atendimento - 12 h:	
Matrícula:	Programação em dias de atendimento - 06 h:	
Diagnóstico Principal:		
Diagnóstico Secundário:		
Descrição	Itens da Avaliação	Pontos atribuídos
Suporte Terapêutico	Sonda Vesical Permanente	1
	Sonda Vesical Intermitente	2
	Traqueostomia sem Aspiração	2
	Traqueostomia com Aspiração	5
	Aspiração de Vias Aéreas Sup.	3
	Acesso Venoso Prof. Contínuo	5
	Acesso Venoso Intermitente	4
	A. Venoso Periférico Contínuo	5
	Diálise Domiciliar	5
Quimioterapia	Oral	1
	Sub Cutânea	3
	Intra Venosa	5
	Intra Tecal	5
Suporte Ventilatório	O <sup>2</sup> Intermitente	2
	O <sup>2</sup> Contínuo	3
	Ventilação Mec. Intermitente	4
	Ventilação Mecânica Contínua	5
Lesão Vascular/Cutânea	Úlcera de Pressão Grau I	2
	Úlcera de Pressão Grau II	3
	Úlcera de Pressão Grau III	4
	Úlcera de Pressão Grau IV	5
Grau de Atividade da Vida Diária	Independente	0
Relacionada a Cuidados Técnicos	Semi-Dependente	2
	Dependente Total	5
Dependência de Reabilitação	Independente	0
Fisiot / Fono / Etc. Seções Diárias	Dependente	2
Terapia Nutricional	Suplementação Oral	1
	Gastrostomia	2
	SNE	3
	Jejuno Ileo	3
	Nutrição Parenteral Total	5
Classificação dos Pacientes		TOTAL
Inferior a 07 pontos	Paciente não elegível para Internação Domiciliar	
De 08 à 12 pontos	Baixa Complexidade	
De 13 à 18 pontos	Média Complexidade	
Acima de 19 pontos	Alta Complexidade	
Ao obter um score 5, o paciente migra automaticamente para média complexidade		
Ao obter dois ou mais scores 5, o paciente migra automaticamente para Alta complexidade		
Obs. A migração acima referida, ocorre independente dos pontos totais obtidos		
Assinatura e carimbo:		Data:



 <b>TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID</b> 
Efetuada em ___/___/___
<b>OBSERVAÇÕES:</b>
<b>I) Quanto ao Grau de Atividade da Vida Diária:</b>
1- Entende-se por <b>paciente independente</b> aquele que pode ser acompanhado por cuidador ou familiar bem treinado
2- Entende-se por <b>parcialmente dependente</b> , aquele que apresenta duas ou mais das condições abaixo: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Somente mobiliza-se do leito com ajuda de terceiros.</li> <li>b) Apresenta nível de consciência com confusão mental.</li> <li>c) Faz uso de medicações intravenosas de caráter intermitente.</li> <li>d) Necessita de curativos especializados / cirúrgicos diários.</li> </ul>
3- Entende-se por <b>totalmente dependente</b> , aquele que: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) apresenta-se em prótese ventilatória contínua ou intermitente com 3 ou mais intervenções diárias</li> <li>b) apresenta-se inconsciente/comatoso ou totalmente restrito ao leito, associado a necessidade de algum dos suportes terapêuticos: cateter vesical, traqueostomia, acesso venoso e diálise domiciliar.</li> <li>c) faz uso de medicações intravenosas de caráter contínuo.</li> <li>d) possui cirurgia de fixação da coluna, em decorrência de instabilidade grave, com menos de 60 dias de P. O .</li> </ul>
<b>II) Quanto a Classificação:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Se o somatório de pontos obtidos <b>for menor ou igual a 07 pontos</b>, o paciente será considerado não elegível para iniciar ou manter-se no programa de internação domiciliar;</li> <li>b) Se o somatório de pontos obtidos <b>for de 08 a 12 pontos</b>, o paciente será considerado de Baixa Complexidade;</li> <li>c) Se o somatório de pontos obtidos <b>for de 13 a 18 pontos</b>, o paciente será considerado de Média Complexidade;</li> <li>d) Se o somatório de pontos obtidos <b>for igual ou superior a 19 pontos</b>, o paciente será considerado de Alta Complexidade;</li> <li>e) Ao obter 01 pontuação 5, o paciente migra automaticamente para Média Complexidade;</li> <li>f) Ao obter <b>02 ou mais pontuações 5</b>, o paciente migra automaticamente para Alta Complexidade, independente do total de pontos obtidos (com cuidados de enfermagem de 24 horas).</li> </ul>
<b>Obs.: 1</b> - Em TODOS os itens de avaliação, EXCETO os relacionados a coluna SUPORTE <b>TERAPÊUTICO</b> , os pontos NÃO se somam, <b>SEMPRE</b> prevalecendo o item de <b>MAIOR</b> pontuação em decorrência da maior COMPLEXIDADE
<b>Obs.: 2</b> - Entende-se por <b>DEPENDÊNCIA TOTAL DE CUIDADOS</b> a necessidade de enfermagem 24h
<b>Obs.: 3</b> - Entende-se por <b>DEPENDÊNCIA PARCIAL DE CUIDADOS</b> a necessidade de enfermagem 12h

**ANEXO II**  
Aceite do Comitê de Ética da  
Faculdade de Ciências da Saúde da UNB  
[Retirado por apresentar identificação do autor](#)