

O CUIDADO DOMICILIAR NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Lenara Lamas Stelmak^{*}

Vera Maria Ribeiro Nogueira^{**}

RESUMO

O artigo apresenta uma revisão de literatura sobre os significados e a construção do cuidado domiciliar na atenção à saúde. Partindo do entendimento do Cuidado como intrínseco às relações humanas, no exercício de vida, o texto abrange o histórico do Cuidado Domiciliar e sua construção, hoje, na atenção à saúde e na Política Nacional de Saúde. Enfatiza, ainda, o cuidador como o responsável e/ou responsabilizado pelo cuidado nesta difícil tarefa.

Palavras-Chave: Cuidado, Cuidado Domiciliar, Cuidador.

INTRODUÇÃO

O cuidado domiciliar é um processo em construção no Brasil, envolvendo profissionais preparados tecnicamente e, sobretudo, no plano ético, em decorrência de atendimento domiciliar, quando “se adentra” na vida das pessoas em situações difíceis e delicadas. Situa-se, ainda, como uma questão polêmica com defensores e críticos esgrimindo argumentos teóricos e práticos sobre esta modalidade de atenção. A maioria dos estudos sobre o cuidado domiciliar está ligado às disciplinas de Medicina e Enfermagem. Entretanto, o Serviço Social vem integrando esta trajetória com trabalhos ricos e instigadores, entre outros, como os de Miotto (2003), Karsch (2004) e Andrade Silva (2007) e nos debates de Martinelli (2009). Este estudo discorre, brevemente, sobre a acepção do cuidado em de áreas como a Filosofia, a Teologia e a Sociologia. Posteriormente, trata-se do cuidado domiciliar, seu histórico e seu conceito e, também, da definição de cuidador.

Apresenta o cuidado domiciliar, no concernente à política nacional de saúde e às suas interfaces tendo, como foco, a seguinte questão: sem o devido respaldo para o oferecimento de um serviço de qualidade, não poderá o cuidado domiciliar ser o criador do adoecimento, no futuro, da pessoa responsável pelo cuidado no domicílio, isto é, do cuidador? (STELMAK;

^{*} Mestranda do Curso de Mestrado em Política Social da Universidade Católica de Pelotas.

^{**} Professora do Programa de Pós-Graduação em Política Social da UCPel, Pelotas/RS e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFSC, Florianópolis/SC. Pesquisadora do CNPq.

SILVA, 2009.) Composto o quadro argumentativo relaciona o cuidado domiciliar e a família enquanto suporte para esta modalidade de atenção no Brasil.

CUIDADO

Certa vez, atravessando um rio, “Cura” viu um pedaço de terra argilosa; cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. A Cura pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como a Cura quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter a proibiu e exigiu que fosse dado o seu nome. Enquanto “Cura” e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço de seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: ‘Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi a “Cura” quem primeiro o formou, ele deve pertencer à “Cura” enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar ‘homo’, pois foi feito de húmus (terra)’ (HIGINO apud HEIDEGGER, 1993, p. 263-264).

A conhecida fábula 220 do filósofo romano Higinio definia o ser humano como “ser de cuidado”, significação assumida por Martin Heidegger (1993) em *Ser e Tempo*, fazendo-o tornar-se reconhecido como o filósofo do cuidado.

A palavra cuidado tem sua derivação do latim cura, (BOFF, 1999, p.91), sinônimo erudito de cuidado. Na forma mais antiga do latim, a palavra cura era grafada como coera e usada, num contexto de relações de amor e amizade, para expressar uma atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietude pela pessoa amada ou por um objeto de estimação. Outros vocábulos deram origem a cuidado como cogitare-cogitatus e sua corruptela coyedar, coidar, cuidar. O sentido de cogitare-cogitatus era o mesmo de cura: cogitar e pensar no outro, colocar a atenção nele, mostrar interesse por ele e revelar uma atitude de desvelo e de preocupação pelo outro. O cuidado surge somente quando a existência de alguém é importante para mim, não se tem cuidado, se é cuidado (BOFF, 1999).

Silva (2007) utiliza a palavra desvelo para significar cuidado em sua obra, definindo-a como efeito de desvelar: privar do sono, passar a noite sem dormir, velar, grande cuidado, carinho extremo, envolvimento e dedicação. Como se pode ver, cuidado é definido em várias situações como doar-se, exercício de vida, relação consigo e com os outros, desenvolvimento humano e social. Por isso, é interessante recorrer a Foucault, que buscou em

Sócrates a fala sobre o cuidado de si. Foucault remete a dimensão do cuidado para com a humanidade, aos concidadãos e à família. Assim diz:

[...] três coisas importantes: [o cuidado de si] é uma missão que lhe foi confiada pelo deus e que não a abandonará antes de seu último suspiro; é uma tarefa desinteressada para a qual não pede nenhuma retribuição, cumpre-a por pura benevolência; enfim, é uma função útil para a cidade, [...] pois ao ensinar aos cidadãos a ocuparem-se de si mesmos (mais do que de seus bens) ensina-lhes também a ocuparem-se da própria cidade (mais do que de seus negócios materiais) (FOUCAULT, 1997, p.119-120).

Foucault (1987), inspirado nos gregos, mostra outra face do cuidado. Esse autor propõe que, antes de cuidarmos dos outros, aprendamos a cuidar de nós mesmos. Não descreve o cuidado de si como autonomia solitária, mas solidária. A prática reflexiva da liberdade poderia ser condição transformadora do trabalho não só em algo humano para o cuidador, mas para o usuário. Dessa forma, estariam exercendo efetivamente a arte de cuidar (WENDHAUSEN; RIVERA, 2005).

Outra reflexão teórico-filosófica, a do cuidado emancipatório, aborda o cuidado de forma ambivalente, sendo ele político – presente na dialética do homem – e solidário – conformando-se nas relações que produzem ajuda e poder. A politicidade do cuidar expressa-se na mediação de interesses, na negociação árdua de projetos e no modo de ser solidário ou de vir a ser político. É o chamado cuidado emancipatório (PIRES, 1998).

HISTÓRICO DO CUIDADO DOMICILIAR

Referências ao cuidado domiciliar aparecem, desde narrações do novo e do velho testamento, como atendimento aos doentes em seus domicílios. Habitualmente, as pessoas eram tratadas em casa, predominantemente cuidadas por uma figura feminina, consanguínea ou por uma pessoa da comunidade. Para Chaves (2004), já existia a divisão social do trabalho nesse tempo: homens eram responsáveis pelos alimentos e pela defesa e as mulheres ficavam responsáveis pelo cuidado da família.

O atendimento domiciliar confunde-se com a história do desenvolvimento dos cuidados à saúde. O atendimento aos pacientes era realizado nas casas dos doentes pelo

médico que convivia na intimidade dos lares, dividindo os momentos significativos da vida familiar (doenças, almoços, jantares, casamentos, nascimentos, conflitos), como também compartilhando segredos (BRASIL, 2003).

Só no final do século XVIII surgem os hospitais para tratar os doentes, institucionalizando o cuidado. “O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII.” (FOUCAULT, 2004, p. 99). Até o término do século XVIII, usava-se o hospital para a caridade, a fim de cuidar dos pobres e desamparados. O cuidado era realizado por irmãs de caridade, padres e leigos piedosos (CHAVES, 2004).

Com a urbanização, o desenvolvimento tecnológico, a fragmentação do cuidado em especialidades, a taylorização do processo de trabalho na área da saúde e a concentração do cuidado às pessoas no modelo hospitalocêntrico, modificou-se a atuação da medicina (BRASIL, 2003). Posteriormente, alterou-se esta percepção e os hospitais passaram a ser encarados como os responsáveis por enormes gastos do Estado, “daí o apoio ao atendimento domiciliar e à desospitalização da população” (SILVA, 2007, p. 30). Assim, começa o interesse pelo tratamento no domicílio, no plano econômico, para diminuir gastos, e sendo justificado como a possibilidade de oferecer maior conforto aos pacientes.

A primeira unidade em atendimento domiciliar foi registrada nos EUA, em 1947 e tinha o objetivo de descongestionar o hospital e possibilitar a pacientes e seus familiares um ambiente mais acolhedor. Iniciada nos EUA, essa experiência se difundiu por toda a América do Norte e pela Europa. Dados de 1999 relatam a existência de 20.215 organizações atendendo oito milhões de pacientes por ano (REHEM; TRAD, 2005). Na Europa, a primeira experiência formal teve lugar em Paris, França, em 1957. O chamado Santé Service ainda presta assistência a pacientes crônicos e com enfermidades sem cura.

No Brasil, provavelmente, a primeira experiência de cuidado domiciliar tenha sido a desenvolvida pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência – Samdu, criado em 1949. Esse serviço era ligado inicialmente ao Ministério do Trabalho, tendo sido incorporado pelo INPS em 1967 (MENDES JÚNIOR, 2000-2001). Um fator que diferencia a origem desse tipo de atendimento nos EUA da origem no Brasil é a presença do Estado brasileiro nas atividades de assistência domiciliar. O Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, pertencente ao Instituto de Assistência ao Servidor Público Estadual, mantém um

serviço de assistência domiciliar a pacientes crônicos desde 1967, contando, portanto, com uma vasta experiência (MENDES JÚNIOR, 2001).

Atualmente, o cuidado domiciliar constitui uma atividade a ser realizada em atenção à saúde. Na perspectiva ministerial, concorre para o fortalecimento dos princípios e diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990), constantes da Constituição Federal, como universalidade, equidade e integralidade. Há pouco regulamentado pela lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002 (BRASIL, 2002), estabelece a Assistência Domiciliar como modalidade de assistência em saúde, operacionalizada pelas Estratégias de Saúde da Família, pelas Unidades Básicas de Saúde e pelo Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar. Atualmente, no Brasil há aproximadamente 20 mil equipes atendendo a 60 milhões de pessoas em cuidado domiciliar (KLOCK; HECK; CASARIM, 2005).

CUIDADO DOMICILIAR

Na literatura, encontramos uma variedade de termos para designar a atenção à saúde no domicílio: assistência domiciliar – designação predominante –, cuidado domiciliar, atenção domiciliária, Home Care, internação domiciliar. A existência dessa gama de termos decorre das dificuldades históricas em caracterizar as diversas modalidades relacionadas a Home Care, porém sua variedade não as torna distantes no concernente à atenção à saúde no domicílio.

A Organização Mundial de Saúde- OMS- define Assistência Domiciliar como:

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

Alguns autores utilizam o termo atenção domiciliar para definir a modalidade de maior amplitude na atenção à saúde no domicílio, a qual envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação em domicílio, conforme definição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. (BRASIL, 2006)

No Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2003), tem-se a assistência domiciliar “como um processo de atenção continuado, integral e multidisciplinar no qual se realizam funções e tarefas sanitárias, assistenciais e sociais, dentro da lógica da vigilância à saúde” (p. 9).

Klock, Heck & Casarim (2005) relacionam o conceito de cuidado domiciliar ao contexto histórico, sendo definido como aquele que “envolve compreender que a família, a vida doméstica e a comunitária não são isoladas, mas inseridas na dinâmica política e econômica da sociedade...” (p.238).

Portanto, compreende-se o cuidado domiciliar como a forma de tratamento em que o paciente, sujeito de direitos de cidadania, em um contexto integral, e atendido por diferentes disciplinas num trabalho de condutas profissionais conjuntas, ligadas ao seu contexto social. Isso compreende uma gama de serviços realizados no domicílio por equipes de saúde (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

Nesse sentido amplo que se dá à saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde, afirma:

El pensamiento actual en el campo de la salud pública se ha desplazado más allá del simple reconocimiento de las causas biológicas y conductuales de la enfermedad para incluir un examen de las relaciones entre el contexto sanitario y el social, es decir, la forma en que obran la pobreza, el género y el origen étnico, entre otras cosas, como factores determinantes de la salud (OPAS apud MOTA, 2008, p. 228).

Conforme o exposto, considera-se o cuidado domiciliar levando em conta aspectos do processo saúde-doença, enfocando o fato de a saúde ir além de não estar doente, mas compreender também direitos de cidadania. Tem como objetivos: otimização dos leitos hospitalares; redução de custos com internação; busca por melhores e mais direcionadas terapêuticas; tratamento humanizado a pacientes e familiares; mudanças no perfil epidemiológico da população; exigência de humanização; maior integração da equipe de saúde com paciente e com sua família; realização de “morte digna” ou recuperação mais eficaz e com menores traumas (SILVA, 2007).

O CUIDADO DOMICILIAR NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Em matéria do jornal Correio do Povo de Porto Alegre, levanta-se um debate sobre o atendimento domiciliar e nele um leitor do jornal fez a seguinte manifestação:

A princípio a ideia de cuidado domiciliar é bem-vinda, afinal, é salutar poder imaginar que as pessoas possam estar dentro de seus espaços de pertença, próximas às pessoas que amam, dos animais de estimação e de maior controle sobre a própria vida. Assim, o cuidado domiciliar poderia colaborar para o implemento de autonomia do usuário. Entretanto, quando se pensa na questão dos custos, pode existir um movimento mediado muito mais pelo "econômico" que ensaia transferir custos para quem não tenha como arcar com eles. Por exemplo, quando as casas começam a ter que manejar formas de cuidado em uma rede de atenção básica deficiente ou quando tem que consumir produtos exigidos por tipos específicos de dietas, ou quando tem que arcar com materiais e utensílios que fazem parte da dinâmica hospitalar não havendo condições materiais para isso. A prática do cuidado domiciliar tem que estar atrelada a uma efetiva política pública de saúde que intensifique o trabalho em rede. A redução dos custos seria uma simples consequência e não um motivador. (Jornal Correio do Povo, 2008)

Embora uma modalidade nova de atendimento à saúde, a sociedade começa a se manifestar e só agora, após 12 anos da implantação do SUS, a Política Nacional de Saúde, surge a lei que regulamenta a assistência domiciliar, como modalidade de assistência em saúde. A lei nº 10.424 - de 15 de abril de 2002, a regulamenta como um subsistema do SUS denominado de

“SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR”.

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação (BRASIL, MS, 2002).

Esta normatização que diretamente se refere, no âmbito do Brasil, aos cuidados domiciliares, está inserida na proposta do SUS e, como tal, torna-se universal e igualitária,

mas ineficaz em sua aplicabilidade, bem como não faz referência ao cuidador, aos seus direitos e muitos encargos.

Nos estudos e práticas que vêm sendo desenvolvidas no Brasil, é possível classificar a assistência domiciliar em algumas modalidades como: atendimento domiciliar; internação domiciliar; acompanhamento domiciliar; vigilância domiciliar e ações preventivas; acompanhamento de egressos hospitalares, tendo, como princípios básicos (BRASIL, MS, 2003): “abordagem integral à família; trabalho em equipe e interdisciplinaridade; consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador; adscrição da clientela; inserção na política social local; estímulo a redes de solidariedade”.

Podemos dizer que é um processo complexo, inovador, exigindo abertura para a interdisciplinaridade se efetivar. Poderá abranger o atendimento a vários doentes e patologias diversas, além de requerer constante rede de apoio, assim expresso:

- 1- Não é específico de uma patologia concreta, nem de nenhum grupo de idade, sendo que sua indicação vem determinada pelo grau de necessidade e/ou incapacidade do enfermo.
 - 2- A demanda de assistência nem sempre é gerada pelo enfermo e sua família, e sim, pelo sistema de saúde.
 - 3- Requer, em muitos casos, a prestação de serviços ou cuidados tanto assistenciais como sociais, sendo necessário que exista uma boa conexão entre estes dois.
 - 4- Em razão do grau de complexidade dos cuidados a serem prestados pode ser necessária a colaboração e adequada articulação entre recursos da Atenção Secundária e Terciária com os da Atenção Primária à Saúde.
 - 5- É imprescindível que exista uma integração adequada com outros elementos e recursos que complementam a assistência, tais como hospitais dia, reabilitação e outros, formando uma linha de cuidado.
 - 6- Para que possa desenvolver-se corretamente a assistência domiciliar necessita a participação e o apoio dos elementos familiares, da vizinhança e do uso de uma rede de apoio disponível ou a ser construída na comunidade e sociedade.
- A participação ativa das pessoas, famílias e profissionais envolvidos na assistência domiciliar constitui um aspecto fundamental para a implementação de uma assistência domiciliar que se caracterize pela integralidade, universalidade e equidade de suas ações. (BRASIL, MS, 2003, p. 11).

Como todo processo, o cuidado domiciliar ainda apresenta dificuldades tanto na organização e operacionalização, quanto na destinação de recursos humanos e materiais para um adequado desenvolvimento da assistência domiciliar (Brasil, MS, 2003). A consequente “falta de literatura sobre a avaliação do cuidado domiciliar, no qual existam critérios e padronização para a realização da mesma” (KLOCK. , HECK; CASARIM, 2005, p. 241) aponta para muitos questionamentos a respeito dos ganhos e perdas do cuidado domiciliar,

tanto para os doentes quanto para os cuidadores e as equipes técnicas. Citamos Lacerda que observa como ponto positivo:

[...] a certeza de que os maiores beneficiados da atenção domiciliar à saúde serão os clientes e seus familiares, porque o cuidado passará a ser individualizado, humanizado, distante dos riscos iatrogênicos, pertinentes ao contexto hospitalar e, acima de tudo, contará com a participação do principal cuidador: o familiar ou o significante (2006, p. 94).

Outros estudiosos do cuidado domiciliar levantam algumas questões pertinentes, tais como:

O Sistema Único de Saúde teria condições de disponibilizar recursos humanos, equipamentos e materiais para a realização desta modalidade de atenção na residência do usuário, seja ela vinculada ao hospital ou a atenção básica? Este questionamento não visa expressar uma posição pessimista quanto às perspectivas de implantação e implementação da assistência domiciliar no Brasil. Na realidade, ele é trazido para lembrar que, em um contexto de recursos escassos, diferentes projetos competem no âmbito das políticas públicas e há que estar atento para aspectos estratégicos como: o processo de definição de prioridades, base de apoio institucional e social, inserção nas agendas de governo (REHEM; TRAD, 2005, p. 241).

Consideração igualmente importante se faz a respeito do cuidador, aquele que cuida por opção e também quem cuida por falta de opção, que torna o cuidado muito mais desgastante e gera sentimentos de sacrifício, culpa e perdas. No cuidado domiciliar quase sempre há um emaranhado de sentimentos contraditórios trazendo mais sofrimento: cuida-se de alguém que sofre e sofre-se porque se cuida. Segundo Mendes "... não há um preparo ou intenção prévios, "escorrega-se para dentro da situação" (1995). E Silva corrobora com esta posição dizendo:

[...] por uma série de motivos velados que a experiência cotidiana desvela: impossibilidade ou desinteresse de outros familiares, desemprego deste que irá assumir o papel, proximidade emocional ou física (residem na mesma casa), obrigação, amor, culpa, retribuição, gratidão. Na maioria das vezes, os motivos se inter-relacionam, se sobrepõem, se complementam e em algumas situações, não são tão claros no emaranhado de emoções e de obrigações daí gerados... e são poucos os estudos que indicam os resultados positivos do cuidar para quem exerce tal atividade (2007, p.12-13).

No cuidado domiciliar reaparece a questão da sociedade estar separada por espaços e atividades masculinas e femininas: o cuidar está adscrito ao sexo feminino (LIMA, 2003), em razão dos componentes históricos que delegam à mulher as ações de cuidar de sua família e aos homens, prover o sustento. Assim, no cuidado domiciliar acontece a divisão de valores entre homens e mulheres e gerações. E, segundo Aguirre:

La pregunta acerca de quién asume los costos del cuidado de las personas dependientes tiene implicancias en los niveles macro y micro. A nivel macrosocial, se plantea cómo encarar la división del bienestar entre Estado/familia/mercado/comunidad. A nivel microsocia, se vincula a la división de tareas entre varones y mujeres y entre generaciones. Ello supone cambios en los contratos de género y entre generaciones (AGUIRRE, 2007, p.194).

Dentre todos os ganhos e perdas do cuidado domiciliar ficam, para os profissionais da saúde, grandes desafios. E um deles diz respeito à formação profissional e ao trabalho em equipe interdisciplinar, entendido por Andrade como uma ação realizada por uma equipe interdisciplinar, não obrigatoriamente proporcionando resultados satisfatórios, mas sendo sempre a que chega mais próximo do ideal (2010). Por isso, Nogueira diz:

[...] a abertura para o novo, para o desconhecido, para a mudança é um dos requisitos para o sucesso do trabalho interdisciplinar, o qual supõe reconhecer o conhecimento do outro, trocas e reflexões com inúmeros pontos de vista diferenciados, a complementaridade e a construção de projetos com objetivos comuns (2000, p. 47).

Considerando o meu enfoque no cuidador, utilizo o Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, MS, 2003) para elucidar quais são as atividades destinadas ao cuidador familiar.

“Ao qual compete a seguinte atribuição:

Ajudar no cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho parcial ou completo, higiene oral e íntima.

Estimular e ajudar na alimentação.

Ajudar a sair da cama, mesa/cadeira e voltar.

Ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas (andar, tomar sol, movimentar as articulações).

Fazer mudança de decúbito e massagem de conforto.

Servir de elo entre o doente/ família e a equipe de saúde.

Administrar medicações conforme prescrição.

Comunicar à equipe de saúde as intercorrências” (p.26).

Como venho tratando deste estudo, o cuidador, no cotidiano do cuidar recebe muitas atividades a responder, para o conforto e bem-estar do doente. Resta analisar, ainda, qual qualidade de vida tem este cuidador com a sobrecarga de atenção a dispensar ao outro. Nas palavras de uma cuidadora isso melhor se expressa: “[...] não tenho tempo nem de rezar...” (Joana). E refletir que rezar pode ser apenas a formulação de um pensamento.

CUIDADO DOMICILIAR E FAMÍLIA – UMA RELAÇÃO DELICADA

Para colocar em estudo o cuidado domiciliar, sem dúvida, é imprescindível discutir a família. Essas duas categorias estão relacionadas permanentemente em toda a história da humanidade. A família, no ideário do senso comum, é reconhecida no decorrer do tempo pelo seu papel de cuidadora e protetora de seus membros. O cuidado é passado de geração em geração: pais cuidam de filhos e filhos cuidam de pais, marcando a valorizada importância da família na vida social.

Historicamente, a família assumiu diferentes configurações, originando igualmente uma variedade de conceituações. Em grande parte da história, a família foi formada por pai, mãe e filhos, no modelo patriarcal expandido de laços consanguíneos e fortemente ligados a dogmas religiosos.

Na legenda de uma obra de arte de Humbelot-Huart do final do século XVII, pode-se visualizar essa família, colocada no mesmo plano de Deus e do Rei: “Feliz daquele que segue a lei do céu/ e emprega a parte mais bela de sua vida / em bem servir a seu Deus, sua família e seu Rei ”(ARIÉS, 2006, p. 141). O autor Ariés descrevia a família pela análise das imagens e obras de arte da época, uma vez que, naquele momento da história, não havia escritos sobre o grupo familiar.

Ainda hoje tal concepção é veiculada na sociedade. Embora muitos avanços tenham sido alcançados com o passar dos tempos, através das lutas feministas, das revoluções econômicas, sociais e políticas, dos movimentos sociais, da evolução dos tempos, essa composição de família ainda é muito arraigada aos costumes sociais.

Porém, na contemporaneidade, a família é formada em novos arranjos, com uniões livres, famílias monoparentais femininas ou masculinas, famílias compostas por

homossexuais, o que nos dá ciência dessas mudanças e colocam em questão a hegemonia da família nuclear (STAMM; MIOTO, 2003).

O conceito de família amplia-se, envolvendo muitos outros aspectos da vida das pessoas, sejam eles sociais ou econômicos, criando novas situações e diferentes intervenções. A família pode ser definida com o conceito do Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na área da Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina - GAPEFAM/UFSC:

Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consanguíneos de adoção, interesse e ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócioeconômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e familiares em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros.” (ELSEN et al., 1992, p. 6).

Portanto, a família contemporânea é aquela que acolhe todas as relações de afeto, valores, de satisfação do cotidiano da vida, reestruturando-se e, em alguns momentos, gerando inseguranças; noutros, libertando-se de antigas amarras opressoras familiares (PEREIRA, 1995). Mas, acima de tudo, na definição de Synders (apud LORÍA, 2007), “es un lugar en el que, específicamente, puede darse y recibirse una agitada ternura; por eso decimos que es un ámbito irremplazable” (p.338).

Para elucidar a “nova família”, Pereira ressalta seu caráter contraditório, “ponderando que o núcleo familiar não é uma ilha de virtudes e consensos, devendo ser encarada como uma unidade simultaneamente forte e fraca” (2009, p. 38).

A família geralmente é forte na solidariedade, como refúgio contra o desamparo e contra a insegurança da existência; é forte, ainda, porque nela se dá a reprodução humana, a socialização e a transmissão de ensinamentos. Porém é frágil, também, pois seus membros convivem com despotismos, violências, confinamentos, desencontros e rupturas, que podem gerar inseguranças ou a emancipação e bem-estar de indivíduos historicamente oprimidos: mulheres, crianças, jovens e idosos. (PEREIRA, 2009).

É fato que todas essas mudanças na família estão intrinsecamente relacionadas às transformações ocorridas na sociedade, na qual predomina o caráter liberal “com a pressão da

agenda dos organismos internacionais” (MIOTO, 2009, p. 43) e “associadas à privatização e à participação da sociedade civil na execução de programas e serviços sociais” (PEREIRA, 2004, p.139). Ainda assim, a família continua a ter papel significativo na organização e no desenvolvimento da proteção social (MIOTO, 2008).

O capitalismo trouxe mudanças na forma de prover a proteção social, até então assegurada pela família, pela igreja e pelos senhores feudais, por meio da solidariedade. Os impactos do capitalismo na família podem ser elencados nos efeitos da separação entre rua e casa; da divisão de tarefas entre a mulher e o homem; da instauração do salário individual, ocorridos nas relações e nas condições de vida da classe operária.

Assim, aparece a família como instância privada, com uma clara divisão de papéis entre homens e mulheres, sendo o homem o provedor “moral” da família e a separação do indivíduo (homem e trabalhador assalariado). Desse modo, surge o reinado da família como fonte de proteção por excelência, ou seja, a família passa a ser o “canal natural” de proteção social, vinculado às suas possibilidades de participação no mercado para compra de bens e serviços necessários à provisão de suas necessidades (SECCOMBE apud MIOTO, 2008, p.131)

Para Miotto (2008), a questão social determinou mudanças significativas nas formas de proteção social, levando o Estado a intervir na regulação das relações entre a economia e as demandas sociais. Deste modo chegou-se, no âmbito da sociedade europeia do pós-guerra, a “uma concepção da forma e do uso dos poderes do Estado”, denominado de Estado de Bem-Estar Social (HARVEY apud MIOTO, 2008, p. 134).

A mudança nas relações econômicas exige, também, trabalhadores saudáveis, corpos cuidados e limpos para a produção, inaugurando nas famílias a relação entre “cuidador” e “cuidado”, legitimando a diferença entre burgueses e trabalhadores. Assim, as mulheres tornam-se cuidadoras (CAPONI, 2000), o que não é compatível com suas conquistas de cidadãs (PEREIRA, 2009).

Para Esping-Andersen (1991), a proteção social nos diferentes Estados de Bem-Estar Social configura-se por meio de dois conceitos: desfamíliação e familismo. A desfamíliação refere-se ao grau de abrandamento da responsabilidade familiar quanto à provisão de bem-estar social, seja através do Estado ou do mercado. O familismo, ao contrário, está presente nos sistemas de proteção social “em que a política pública considera – na verdade insiste – em

que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros” (ESPING - ANDERSEN, 1991, p.5). Isso corresponde a uma menor provisão de bem-estar por parte do Estado (MIOTO, 2008).

No Brasil, Campos e Miotto (2003); Miotto; Campos e Lima (2006) colocam o país no grupo dos denominados Estados familistas. Para as autoras, no Brasil isso pode ser verificado tanto nas definições legais quanto nas operacionais das políticas sociais brasileiras ao longo do tempo.

Nos últimos tempos, vive-se o capitalismo sob a égide do liberalismo, do chamado neoliberalismo, o que é resumido em sua tese central, consiste em alterar as dimensões e funções do Estado, nos aspectos listrados a seguir.

- Estado Mínimo: reduzi-lo em seu tamanho, papel e funções em prol do mercado;
- Privatização de empresas públicas: transferindo à iniciativa privada funções que eram de seu domínio.
- Não intervenção do Estado na economia: livre jogo das forças de mercado, definido pela lei de concorrência e pela lei da oferta e da procura.
- Redução do gasto público: diminuição de recursos destinados à área social - políticas sociais e assistenciais.

Assim, há um “retrocesso no âmbito da proteção social da garantia dos direitos” (MIOTO, 2008, p.137) e “a família é retomada como âncora principal para a socialização de seus membros e na garantia de vínculos relacionais que previnam os riscos de ruptura e de isolamento social decorrentes das transformações da sociedade”, (LIMA, 2006, p. 11), retomando-se a ideia da família como provedora de bem-estar .

Nesse processo de redução do Estado, Pereira aponta, em contraposição ao Estado de Bem-Estar Social, o que denomina de pluralismo de bem-estar: ”a proteção social passou a ser definida a partir de três eixos: o do Estado como recurso de Poder; o do Mercado como recurso do Capital; o da Sociedade e da rede familiar como recurso da Solidariedade” (ABRAHAMSON, 1992 apud PEREIRA, 2008). Todo o descompromisso do Estado com relação à proteção social leva à “consequente quebra de garantia de direitos” (PEREIRA, 2009, p. 33).

No Brasil, as políticas sociais são de tradição familista desde a eclosão dos movimentos sociais – culminando com a Constituição de 1988. No Capítulo VII, os artigos 226 a 230

versam especificamente sobre a família, a criança, o adolescente e o idoso. Isso está associado ao avanço dos princípios neoliberais do Estado e do mercado como reguladores da vida social (MIOTO, 2008). Com esse caráter familista, o Estado transfere a maior responsabilidade sobre o bem-estar para a sociedade civil, para as famílias e, também, para as organizações. É preciso ressaltar que a proteção social de hoje fere direitos do cidadão e das famílias. Veja-se o que diz Mioto (2009):

O limite da privacidade é diretamente proporcional à vulnerabilidade social. As famílias pobres, “desestruturadas”, são mais facilmente visitadas por uma assistente social, para verificar suspeitas de violência, educação inadequada. As famílias consideradas “normais” conseguem defender com mais facilidade a sua privacidade, esconder com mais sucesso as suas violências e buscar alternativas de soluções sem publicização (p.50).

É relevante pensar a intervenção do Estado para além da garantia dos direitos individuais, mas também como processo de definir e implementar políticas sociais que promovam instrumentos de sustentabilidade e disponibilidade de recursos para as famílias. Todas essas questões fazem parte das discussões empreendidas na contemporaneidade sobre o tema. As famílias não são uma unidade simples e homogênea nem o Estado tem uma única face: ao mesmo tempo em que protege as famílias, impõe normas e estratégias de controle (MIOTO, 2009).

A família, atualmente, é cada vez mais objeto de atenção da sociedade, principalmente por causa da enorme quantidade de atividades de proteção, ajuda e cuidado por ela desenvolvida em relação aos problemas sociais e às políticas sociais, sendo a grande provedora de bem-estar. Entre suas ações está o cuidado domiciliar, predominantemente efetivado por um familiar do doente, denominado cuidador, envolvido em todas as mudanças na família e na provisão de bem-estar delegadas a elas por um Estado familista. Este porém, que penaliza o cuidador familiar quando repassa a ele a responsabilidade do cuidado, sem a preocupação de conhecer os suportes da família para enfrentá-lo.

O cuidador é figura central e imprescindível, tanto por ser elo entre equipes de saúde e paciente quanto por ser responsável pelo cuidado, gerador de atribuições, as quais precisam ser pactuadas entre a equipe de saúde, famílias e cuidadores, havendo transferência de

responsabilidades: uma parte do cuidado passa da instituição de saúde para a família ou cuidador (FEUERWERKER; MERTHY, 2008).

É compreensível “o ônus desta árdua e desgastante tarefa” (FLORIANI; SCHRAMM, 2004, p. 988) do cuidador, pela repetição de atividades, às vezes diuturna, solitária e sem folga, se estendida, não raro, durante anos. A execução das pequenas atividades pessoais é colocada na dependência da disponibilidade e boa vontade de terceiros. A reorganização do orçamento financeiro e aquela das rotinas domésticas precisam ser revistas. Somados a isso, ainda podem aparecer problemas de relacionamento familiar, não governamentais, levando o cuidador “a um isolamento afetivo e social” (FLORIANI; SCHRAMM, 2004). Cuidar é difícil, física e emocionalmente, o que se agrava, muitas vezes, por ser uma pessoa em fase de envelhecimento, necessitando de cuidados também (MELLO, 2002), (KARSCH, 2004) "e o mais comum é não haver ‘férias’ do cuidador.” (LAHAM, 2010, p.415)

Como foi dito, geralmente é um familiar, sem formação técnica necessitando do apoio da comunidade para suprir suas necessidades, sobretudo sendo o mais pobre. Ele é foco da abordagem para a preparação da casa, do ambiente físico e familiar, para o enfrentamento de uma nova situação delicada (SODRÉ, 2005). Ainda pode o cuidador ser um vizinho, amigo ou contratado.

A sua tarefa ultrapassa os “dilemas éticos, morais ou religiosos”, (PIRES, 1998, p.154), pois, não existe preparação para ser cuidador, “escorrega-se para dentro da situação” (MENDES apud SILVA, 2007, p.12), “o cuidado se faz no cuidar” (SILVA, 2007, p.12). Outro aspecto relevante e já referido aqui é o envolvimento das relações de família. Embora seja nomeado por uma palavra masculina, quem promove o cuidado, na maioria das vezes, são as mulheres, através de muitos pequenos atos, sem remuneração e sem reconhecimento social.

Mioto (2008) observa que os serviços se organizam por meio de uma perspectiva calcada em papéis típicos da família, colocando a mulher como responsável pelo cuidado e pela educação dos filhos. O desempenho dessas funções, muitas vezes, encontra-se relacionado a julgamentos morais, principalmente em relação à figura materna/ feminina, à cuidadora.

No cuidado colocam-se sentimentos, ações, tempo (AGUIRRE, 2007) e vida. Segundo Aguirre, “[...] el cuidado está inmerso en la lógica del sacrificio, sacrificio que puede entrañar- sin pretenderlo- un grado de reconocimiento social, [...] y termine por ‘robarle’ el tiempo a quien lo prodiga” (2007, p. 192.).

As autoras Waidman e Elsen (2005), em seu trabalho intitulado *Imagens e Família*, discutem a importância das imagens das famílias, do cuidado e de suas representações no imaginário de cada ser humano. “Imagens são pássaros em voo. Imagens são brinquedos dos sentidos. Eu digo: só se pensa por imagens” (ALVES apud WAIDMAN; ELSÉN, 2005, p.166). Observe-se o exemplo abaixo:



Figura 1: LA PIETÀ de Michelangelo de 1498.

Utilizando o texto de Waidman e Elsen (2005), pode-se dizer que a obra da Figura 1 demonstra a confirmação máxima de a família sempre ter estado envolvida com o cuidar, em diferentes momentos históricos, por muito tempo e ao longo do tempo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os benefícios ou não do cuidado domiciliar configuram-se por meio das práticas e dos estudos dedicados ao assunto, recentemente voltados à assistência na saúde. Podemos dizer que há muito a caminhar.

O Cuidado Domiciliar, que abrange todo o atendimento de saúde – entendido como necessidades de saúde e não somente como atendimento pontual à doença –, multidisciplinar na atenção à saúde, engloba políticas de saúde, prevenção e tratamento, envolvendo a família, a vida doméstica e comunitária, inseridas numa dinâmica política, econômica e social na sociedade contemporânea como política de saúde que respeita as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Em tempo de construir, os autores estudados nesta revisão de literatura suscitam algumas questões a fim de se poder pensar como atores sociais comprometidos com os direitos e com a proteção de cidadania, tais como:

- “Aquilo que irá vigorar vai depender, fundamentalmente, das intenções e atitudes...” (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

- “As visitas domiciliares enquanto parte do cuidado domiciliar são: “acompanhamento ou vistoria/ fiscalização?”(SAKATA et al., 2007).

- “O Sistema Único de Saúde tem condições de disponibilizar recursos humanos e materiais para a execução do cuidado domiciliar, seja vinculado ao hospital ou à atenção básica?” (REHEM; TRAD, 2005).

- O cuidado domiciliar pode “estabelecer tutela/proteção, amparo e defesa – ou dependência [...], obediência, subordinação ou submissão?” (LACERDA, 2007, p.5).

- Na família contemporânea, quem arcará com o cuidado e a gestão dos lares? (PEREIRA, 2009).

Ainda é preciso ter claro que o cuidado domiciliar é um cuidado especial, envolvendo muitos sentimentos e afazeres, compreendendo tempo e contratempo, instituições e políticas sociais. Aguirre assim discute:

Es importante considerar las actividades de cuidado separadamente del trabajo doméstico, porque definen un campo de problemas de investigación e intervención social con sus actores, sus instituciones y sus formas de relación, campo situado en la intersección entre las familias y las políticas sociales (LETABLIER apud AGUIRRE, 2007, p.191).

Este é mais um desafio para os profissionais da saúde, no âmbito das políticas públicas, no processo de definição de prioridades e no posicionamento profissional de compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais e comunitários que o cuidado domiciliar contempla.

THE HOME CARE IN THE NATIONAL HEALTH POLICY

ABSTRACT

The article presents a review of literature of the meanings and the construction of home care in health care, based on the understanding of the Care as intrinsic human relations, in the course of life. The text covers the history of home care, and how it is built on the health care. We emphasize the caregiver as the person responsible for the care in this difficult task.

Key words: Care, home care, caregiver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIRRE, Rosario. Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. In: *Familias y políticas públicas em América Latina: Una historia de desencuentros*. Cepal. Santiago de Chile, Publicacion de las Naciones Unidas, 2007, p.187-199.
- ALMEIDA, C. M. *O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsector público para pobres?* Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: 2003. v. 8, n. 2, p. 346-352
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. et al. *A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil*. Revista Panamericana de Salud Pública, v.8 nº1-2, Washington, 2000.
- ARIÉS, F. *História social da criança e da família*. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC; 1981.
- BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano- compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 jul. 2009.
- BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Sistema Único de Saúde. Brasília. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 jul. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Brasília, DF.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde*. José Mauro Lopes (Org). Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. 2003.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 41. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sobre o SUS*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/>>. Acesso em: 01 ago. 2009.

CAPONI, S. *Da compaixão a solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CAMPOS, M E MIOTO, R.C.T. *Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira*. Ser Social, Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social, UnB, Brasília. n.12, janeiro a junho de 2003, ISSN1415-6946, p. 165-190.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, v.12, p.1865-1874, Rio de Janeiro, 2007

CHAVES, Mônica. *O cuidado domiciliar no Programa de Atenção ao Paciente Crônico Grave no Hospital IPSEMG*. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

ELSEN, Ingrid et al. Um marco conceitual para o trabalho com famílias. Florianópolis: GAPEFAM/UFSC, 1992. 9 f. Mimiografado.

ESPING –ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. Lua Nova, n.24, São Paulo, 1991, p.84-116.

FEUERWERKER, Laura C. M.; MERTHY, Emerson Elias. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Disponível em: <www.scielosp.org/revistas/rpsp> Acesso em: 18 jul. 2009.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. *Atendimento ao idoso: problema ou solução?* Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, jul-ago, 2004.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 20 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

_____. *Resumo dos cursos do Collège de France*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

HEIDEGGER, M. Ser e Tempo, vol. I e II Trad. de Marcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Vozes, 1993.

KARSCH, Ursula Margarida S. *Envelhecendo com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC, 2004.

KLOK, A. D.; HECK, R. M.; CASARIN, S. T. *Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família /UFPEL-MS/BID*. Texto e Contexto Enf. Florianópolis, v. 14, n.2, p. 237-45, 2005.

JORNAL CORREIO DO POVO, 24 de outubro de 2008, Porto Alegre, RS.

LACERDA, Maria Ribeiro. *Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família- na perspectiva da área pública*. Ciência e Saúde Coletiva, 2007, ISSN 1413-8123. Disponível em: <www.abrasco.org.br/saudecoletiva/artigos> Acesso em: 18 jul. 2009.

LACERDA, Maria Ribeiro; GIACOMOZZI, Clélia Mozara; OLINSKI, Reikdal Samantha; TRUPPEL, Thiago Christel. *Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática*. Saúde e Sociedade, v.15, n.2, p.88-95, 2006.

LAHAM, Cláudia Fernandes. Paciente e cuidador; uma relação especial. In: *Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar*. Barueri, SP: Manole, 2010.

LIMA, Eliete Maria de. *A Proteção Social no Âmbito da Família: um estudo sobre as famílias do Bairro Monte Cristo em Florianópolis*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

LORÍA, Cecília. La experiencia de La gestión Del Programa Oportunidades de México. In: *Familias y políticas públicas em América Latina: Una historia de desencuentros*. Cepal. Santiago de Chile, Publicacion de las Naciones Unidas, 2007, p.333-352.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Cuidar: um legado familiar? Como as famílias se organizam ou não para esta necessidade. In: CIAD 2009 - 8º Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar. 06 a 08 de novembro de 2009. *Atenção Domiciliar em Fotografias*, São Paulo, SP.

MELLO, Raquel Anacleto Pereira de. *“Só quem cuida é que sabe:” O vivido pelo cuidador domiciliar*. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

MENDES JÚNIOR, W.V. *Assistência Domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil*. 2000. 97p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

_____. *Home Care, uma modalidade de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MENDES, Patrícia Brant Mourão Teixeira. *Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano*. 1995. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

MIOTO, R.C.T. Novas propostas e velhos princípios; a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: *Política Social, família e juventude: uma questão de direitos*. MIONE, A.S. et all. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009, p.43-59.

_____. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, I et al (orgs). *Política social no capitalismo- tendências contemporâneas*. São Paulo, Cortez, 2008, p. 130- 148.

_____, CAMPOS, Marta Silva; LIMA, Telma C. Sasso. *Quem cobre as insuficiências das políticas públicas? Contribuição ao debate sobre a família na provisão de bem-estar social.* Revista de Políticas Públicas, São Luis, v. 10 n.1, jan/jun. 2006.

MOTA, Ana Elizabete et al. Serviço Social e Saúde. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. *A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde.* Revista Katálysis, v.3, 2000. UFSC, Florianópolis, SC.

NOGUEIRA, V.M.R.; MIOTO, C.R.T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde- SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al. *Serviço Social e Saúde.* São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <http://www.omsinternacional.org>
Acesso em: 20 jul. 2009.

PEREIRA Potyara A.P. Pluralismo de bem-estar ou configuração plural da política social sob o neoliberalismo. In: BOSCHETTI, I et al (orgs). *Política Social: alternativas ao neoliberalismo.* UNB. Programa de Pós-Graduação em Política Social. Departamento de Serviço Social, 2004.

PEREIRA, Potyara A.P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: *Política Social, família e juventude: uma questão de direitos.* MIONE, A.S. et all. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009, p.25-42.

PEREIRA, Potyara A. P. *Desafios contemporâneos para a sociedade e a família.* Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 48, p. 103-114, ago. 1995.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Concepções de cuidado emancipatório: limites-possibilidades para as práticas profissionais no contexto das políticas de saúde no Brasil. In: *Ser Social.* UNB, departamento de Serviço Social - v.1, nº1, 1998, Brasília.

REHEN, Tânia Maria Cristina M. Santa Bárbara. TRAD. Leny Alves Bonfim. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 10, p.231-242, Rio de Janeiro, 2005.

SAKATA, Karen Namie, et all. *Concepções da equipe de saúde da família sobre visitas domiciliares.* In: Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2007 nov-dez, 60-66: 659-664.

SILVA, Leticia Andrade da. *Desvelos: Trajetórias no limiar da vida e da morte: cuidados paliativos na assistência domiciliar.* 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

SODRÉ, Francis. *Alta Social: a atuação do Serviço Social em cuidados paliativos*. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, v. 82, 2005.

STAMM, M; MIOTO, R.C.T. *Família e Cuidado: Uma leitura para além do óbvio*. Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, v.2, n.2, p.161-168, 2003.

STELMAKE, L. L; SILVA, V.R. da. *Cuidado Domiciliar e Controle Social*. Anais do IV Congresso Paranaense de Assistentes Sociais. Curitiba-PR, 2009. ISBN 978-85-63119-00-1.

TEIXEIRA, C. F. *Formulação e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção à saúde nas cidades*. Saúde & Sociedade. São Paulo: USP, v.13, n.1, 2004.

WAIDMAN, M.A.P; ELSEEN, Ingrid. *Imagens e Família: uma reflexão baseada nas obras de Rubem Alves*. Família, Saude, Desenvolvimento. Curitiba, v.7, n.2, p.164-170, 2005.

WENDHAUSEN, A.L.P.; RIVERA, S. *O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem. 2005 jan-mar, 14(1); 111-9.