

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Luciano Jose da Silva

O HOME CARE E SUA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ASSISTÊNCIA:
Perspectiva e cenário para a inserção profissional do bacharel em Saúde Coletiva.

CEILÂNDIA

2012

Luciano Jose da Silva

O HOME CARE E SUA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ASSISTÊNCIA:
Perspectiva e cenário para a inserção profissional do bacharel em Saúde Coletiva.

Monografia apresentada à banca
examinadora como requisito parcial à
obtenção do Título de Bacharel em
Saúde Coletiva pela Faculdade de
Ceilândia, Universidade de Brasília.

Orientador:

Prof. Dr. Pedro de Andrade Caill Jabur

CEILÂNDIA

2012

Luciano Jose da Silva

O HOME CARE E SUA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ASSISTÊNCIA:
Perspectiva e cenário para a inserção profissional do bacharel em Saúde Coletiva.

Monografia apresentada à banca examinadora como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

Aprovado em ___ de _____ de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor Pedro de Andrade Calil Jabur
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

Professora Doutora Érica Quinaglia Silva
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

Professor Mestre Sérgio Ricardo Schierholt
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

“Dedico aos meus filhos, Andressa,
Carlos Augusto e Amanda.
E, em especial, a minha esposa,
Juscimeyre, que sempre me
apoiou e me incentivou
durante essa jornada.”

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo precioso dom da vida, pela força e coragem para enfrentar todos os passos e desafios que permitiram essa conquista. Sem Ele nada seria possível.

Aos meus parentes e amigos pelo apoio, força e torcida.

Aos professores do curso de Saúde Coletiva desta universidade, pelo apoio e motivação durante minha caminhada no curso. Em especial, ao professor Pedro de Andrade Calil Jabur, pela confiança depositada e o empenho na orientação deste trabalho.

Por fim, a todos aqueles que me acompanharam ao longo do caminho nos quatro anos de graduação e durante a elaboração deste trabalho.

“Democracia com fome, sem educação e saúde para a maioria, é uma concha vazia.”

Nelson Rolihlahla Mandela

RESUMO

Este trabalho está dividido em três momentos. O primeiro faz a apresentação dos serviços de Home Care no Brasil, sua definição, histórico geral, requisitos mínimos para o funcionamento, síntese da atuação dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar de assistência e por fim, o mercado brasileiro para essa modalidade de prestação de serviços de saúde. O segundo momento está pautado na criação da Saúde Coletiva como uma necessidade social dos indivíduos, por isso, ele percorre ao longo de várias décadas, tendo como referência temporal o início da Saúde Pública no Brasil no século XX, que se intensifica nos anos de 1970 com a Reforma Sanitária Brasileira e a transição do termo “Medicina Social” para a então, Saúde Coletiva. Apresenta a Saúde Coletiva inicialmente na perspectiva da pós-graduação e relata como aconteceu o nascimento da graduação em Saúde Coletiva no ano de 2002 e a sua consolidação por meio da institucionalização dos cursos de graduação em quase todas as universidades federais do país. Ainda, se reporta ao perfil profissional, possibilidades e atuação do sanitarista. O terceiro momento é o da discussão, onde será relativizada a inserção e atuação do profissional em Saúde Coletiva, investigando, dimensionando e principalmente, afirmando seu espaço de trabalho nos serviços de Home Care nos âmbitos público e privado.

Palavras-chave: Home Care. Saúde Coletiva. Coordenação. Equipe multidisciplinar. Melhor em Casa.

ABSTRACT

This paper is divided into three parts. The first introduces the Home Care services in Brazil with their definition, general history, minimum requirements for the operation, the synthesis of the performance of professionals who make up the multidisciplinary health team and ultimately, the market analysis for health services in Brazil. The second part treats the creation of collective health as a social necessity of individuals, so it travels over several decades, the base suggests that the Public Health in Brazil begins in the twentieth century, which is intensified in the 1970s with the Brazilian Health Reform and the transition of the term "social medicine" to Collective Health. At first it displays the Public Health in the postgraduate, and it relates how happened the birth graduation in Public Health in 2002, and consolidation by the institutionalization of undergraduate courses in mostly public universities in the country, it also reports professional profile, possibilities and potential for trade. And the last part was dedicated to the discussion of the perspective of the insertion of the professional expert in public health, investigating, measuring, and especially, supporting workspace of this professionals in Home Care Services in the public and private sectors.

Keywords: Home Care. Collective Health. Coordination. Multidisciplinary team. Best in Home.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1. Explorando o cenário: o serviço de Home Care.....	12
1.2. Contexto histórico e legal do Home Care no Brasil.....	13
1.3. Funcionamento	15
1.4. Mercado de Home Care no Brasil: contexto público e privado.....	19
2 CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL.....	24
2.1. A formação do profissional.....	25
2.2. Graduação em Saúde Coletiva.....	27
2.2.1. O perfil e a atuação do graduando em Saúde Coletiva.....	29
3 RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
4 RESULTADOS: UM NOVO ESPAÇO PARA O SANITARISTA	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46

1 INTRODUÇÃO

Em praticamente toda literatura a respeito dos serviços de Home Care, tanto no âmbito privado como público, percebe-se a exigência de um componente básico para o seu funcionamento, a equipe multidisciplinar de assistência. Ela deve ser composta minimamente pelas seguintes profissões: medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social, nutrição e psicologia. Essa necessidade é reafirmada por normativas que apresentaremos em momentos posteriores. Chama a atenção, contudo, e este é um dos pontos de discussão deste trabalho, a inexistência da percepção da atuação de um profissional, o de Saúde Coletiva (sanitarista).

Utilizando de argumentos pautados na trajetória histórica da profissão de sanitaria e todo legado a ela atribuído quanto do seu exercício, estabeleceremos uma discussão a respeito da real necessidade da atuação do graduado em Saúde Coletiva nos serviços de Home Care em geral. Adotaremos a revisão sistemática da literatura pertinente ao tema Home Care que será utilizada para descrever a modalidade de prestação dos serviços, desde seu contexto histórico envolvendo todo o âmbito normativo, até a mais recente institucionalização pelo programa do Ministério da Saúde “Melhor em Casa”.

A revisão da literatura também abordará a construção da recente graduação em Saúde Coletiva, perpassando os marcos do movimento sanitário brasileiro, que envolvem entre diversos fatores, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu marco legal expresso na Constituição Federal do Brasil de 1988.

Esta revisão sistemática da literatura possibilitará a discussão sobre a inserção do profissional de Saúde Coletiva nos serviços de Home Care. Tomamos como fonte argumentativa as publicações pertinentes à temática, contando inclusive com o apoio bibliográfico da própria essência dos cursos de graduação em Saúde Coletiva hoje vigentes em nosso país, a partir dos seus Projetos Político Pedagógicos (PPP).

Portanto, este trabalho tem como proposta, promover a reflexão da atuação do profissional graduado em Saúde Coletiva nos serviços de Home Care

identificando, dimensionando e reafirmando as áreas de atuação deste novo profissional.

Na verdade, essa necessidade de atuação existe há muito tempo, ou melhor, desde a implantação da modalidade de atendimento em domicílio, pois para prestar serviços de saúde na residência do paciente, se faz necessário muito mais que atividades pontuais.

A motivação deste trabalho é entender como este novo profissional da área de saúde, pelo menos em termo de graduação, pode se inserir em diversas áreas de atuação. Por isso mesmo, um objetivo secundário deste trabalho é entender as possibilidades de ampliação do papel profissional do sanitarista, percebendo sua capacidade de atuação tanto em processos de gestão, como no entendimento da realidade social onde o mesmo se insere. O sanitarista é um profissional que emana da reivindicação social e de fortes embates políticos e da necessidade de consolidação do Sistema Único de Saúde, e para isso, suas características e habilidades o colocam nesse cenário de forma a contribuir para o objetivo e compromisso maior de todo profissional de saúde, ou seja, o bem estar da população deste país.

Este trabalho está dividido em quatro capítulos. O primeiro introduz o conceito de Home Care. Apresenta seu contexto histórico e legal em nosso país, ressaltando as principais normativas que o regulamentam, descreve seu funcionamento e, também, revela a síntese de atribuições dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar de saúde. Quanto ao mercado brasileiro, aborda o Home Care em suas perspectivas privada e pública, mencionando experiências exitosas em diversos estados do país. Detalha a implantação do “Melhor em Casa” um programa lançado pelo atual governo para promover o atendimento domiciliar no SUS.

O capítulo dois refere-se ao contexto histórico da Saúde Coletiva no Brasil, seu conceito e origem, que são marcados por dois momentos fundamentais para sua consolidação. Aborda a formação do profissional, a princípio ao nível da pós-graduação e, posteriormente, a partir da graduação em Saúde Coletiva. Também revela o perfil e a atuação do graduando em Saúde Coletiva. Nesse capítulo, é

possível verificar, a priori, uma grande demanda do setor público por este novo profissional.

No capítulo três, são apontados os resultados e considerações finais, promovendo a diferenciação entre gestão e gerência, equipe e grupo de trabalho. Ele faz a inserção do profissional de Saúde Coletiva nos serviços de Home Care, frente às responsabilidades e atribuições de cada profissional que compõe a equipe multidisciplinar de saúde, tendo como respaldo suas habilidades e capacidades adquiridas ao longo da formação acadêmica nas universidades que dispõem da graduação no país.

Por fim, o capítulo quatro explicita as vantagens da assistência domiciliar, tanto em nível de recuperação, como de qualidade de vida para o usuário. E o mais importante, quanto ao propósito deste trabalho, será apresentado o devido local para inserção das atividades profissionais do sanitarista.

1.1. Explorando o cenário: o serviço de Home Care

A definição dos serviços de Home Care é algo que pode ser bastante diversificado entre os profissionais de saúde. Inúmeros são os conceitos apresentados por diversos autores. Eles o apresentam como “assistência domiciliária”, ou sinônimo de atendimento domiciliar e cuidado domiciliar, que, por sua vez, são componentes de uma perspectiva maior, a atenção domiciliar. Além de envolver as atividades profissionais da internação, da visita ou do atendimento domiciliar, engloba práticas de políticas de saúde, saneamento, habitação e educação, dentre outras, dependendo de diferentes esferas de atuação para a saúde dos grupos sociais. Por ser ainda recente no país, o modelo domiciliar aparece em função das diversas alterações que a sociedade vem sofrendo ao longo da história, principalmente as de cunho social. Um dos aspectos que chama a atenção é o próprio envelhecimento da população brasileira.

Os mais remotos indícios de cuidados domiciliares constam na medicina por volta do século XIII a.C, quando um médico, cujo nome era Imhotep, da terceira dinastia do Egito Antigo, atendia o indivíduo tanto no domicílio como em um

consultório/hospital, sendo incumbido, também, da responsabilidade de atender e zelar pela saúde do Faraó Zoser nas dependências do palácio.

Para a medicina moderna, a assistência domiciliar à saúde é uma sequência de serviços residuais a serem oferecidos. Ou seja, é a continuidade das ações e procedimentos de saúde que são necessários ao indivíduo que já recebeu atendimento primário, e com conseqüente diagnóstico e tratamento. (NILCÉIA et al, 2001).

Um conceito que aparentemente é consensual descreve o Home Care como cuidado do lar, que pode ser definido como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente. Abrangem ações de saúde desenvolvidas por equipe interprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, visando à promoção, à manutenção e à reabilitação da saúde. (FABRÍCIO et al, 2004).

1.2. Contexto histórico e legal do Home Care no Brasil

Não há muitos registros formais sobre a história da assistência domiciliar no Brasil. As primeiras atividades domiciliárias desenvolvidas no país aconteceram no século XX, mais precisamente em 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro. Em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU). Os principais responsáveis por esse serviço foram os sindicatos de trabalhadores insatisfeitos com o vigente atendimento de urgência praticados em hospitais. Qualquer médico do plantão saía em ambulâncias para o atendimento. A demanda era feita via telefônica, diretamente aos postos de urgência. Havia visitas domiciliares regulares por médicos à previdenciários com doenças crônicas.

O pioneiro em serviços voltados para a assistência domiciliar foi o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, por volta do ano de 1967. Esta ação teve como principal objetivo desospitalizar doentes crônicos estáveis, desocupando, assim, uma parcela dos leitos da unidade que se encontrava superlotada.

A partir da década de 90, várias outras implantações de serviços de assistência domiciliar surgiram. Houve implantações em prefeituras, hospitais públicos e privados, cooperativas médicas, seguradoras de saúde, medicina de grupo, entre outros.

No âmbito legal, existem diversos marcos normativos referente aos processos de regulamentação dos serviços de Home Care no Brasil. A portaria federal número 2.416, de 23 de março de 1998, do Ministério da Saúde, estabeleceu os requisitos para credenciamento de hospitais e para realização de internação domiciliar pelo SUS. Ela foi a primeira a falar sobre o tema e previu a necessidade de avaliação e solicitação médica para a internação domiciliar e estabeleceu prioridades no atendimento para idosos e pacientes portadores de condições crônicas como insuficiência cardíaca, doença vascular cerebral, diabetes e outros.

No ano de 2002, foi criada a lei federal número 10.424, que regulamentou o Home Care no âmbito público. Foi a principal entre as normas. Dentre os procedimentos previstos na lei estão enfermagem, fisioterapia, atendimentos psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

Em 07 de maio de 2003, o Conselho Federal de Medicina (CFM) editou a resolução número 1.668. Ela estabeleceu os critérios a serem obedecidos pelas empresas que oferecem o Home Care. Dentre as obrigações, ressaltamos o registro da empresa no Conselho Regional do Estado, a necessidade de um hospital para atender qualquer intercorrência durante a internação, disposição de profissional médico 24 horas, protocolo de visitas e necessidade de ambulância. Antes disso, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) já havia publicado resolução sobre o tema, tendo em vista a ampla participação da área na adoção do ambiente domiciliar para tratamento.

Em 26 de janeiro de 2006, o Ministério da Saúde (MS) em conjunto com a Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA), editou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) número 11, que dispõe sobre os requisitos mínimos de segurança para o funcionamento dos serviços de atenção domiciliar. Na legislação há um

glossário com os conceitos de internação domiciliar, cuidadores, tempo de permanência e outros termos utilizados.

Em 19 de outubro de 2006, o Ministério da Saúde criou a portaria número 2529, que reuniu todas as outras normas já editadas e instituiu o Home Care. A lei prevê diversos direitos e obrigações para o fornecedor e para o usuário de saúde e elenca os cuidados médicos suscetíveis de internação hospitalar, tais como: necessidade de ventilação mecânica, monitorização contínua, enfermagem intensiva, necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência e outros. A portaria foi uma norma muito importante para a efetivação do serviço no âmbito público.

Por fim, a ANVISA por meio da RDC número 7, de 02 de fevereiro de 2007, previu a obrigação de a empresa fornecedora do serviço de Home Care fazer inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

1.3. Funcionamento

De acordo com Tavorari, Fernandes e Medina (2000), as bases de uma estrutura eficiente e segura para o funcionamento dos serviços de Home Care envolvem o funcionamento da empresa 24 horas por dia, um sistema de atendimento às emergências bem dimensionado, sistemas de informação em tempo real, prontuários de saúde do doente, fornecimento de medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalares, gases medicinais 24 horas por dia, eficiente gestão de pessoas e de processos, busca contínua da qualidade, atendimento eficaz e humano, treinamento e educação continuada, entre outros.

Além disso, o planejamento e gerenciamento de cada caso e dos processos de atendimento como um todo são de fundamental importância, pois a assistência domiciliar mal conduzida é dispendiosa e não alcança seus objetivos. Um dos fatores mais importantes dentro do processo de assistência é que ele tenha começo, meio e fim. Instituições que não se preocupam em finalizar a assistência no momento correto têm longos períodos de permanência, que aumentam os custos em saúde com ações desnecessárias. (TAVOLARI, FERNANDES e MEDINA, 2000).

O texto da portaria número 2.416, de 23 de março de 1998, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS-MS), que estabelece requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a realização de assistência domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, também pontua a necessidade da composição de equipes multidisciplinares de assistência, que contemplará, minimamente, as seguintes profissões: medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social, nutrição e psicologia. As atribuições concernentes a cada profissional dessas áreas estão definidas em suas respectivas regulamentações, como apresentamos a seguir.

O médico, segundo a resolução nº 1.668 do Conselho Federal de Medicina publicada em 03 de Junho de 2003, tem como atribuição principal a coordenação da equipe multidisciplinar e a eleição de pacientes a serem contemplados por este regime de internação e, também, a responsabilidade pela manutenção da condição clínica dos mesmos.

O profissional de enfermagem desenvolve diversas atividades nos serviços de Home Care, as quais, estão descritas no anexo da resolução nº 267 do COFEN publicada em 2001, que dispõe sobre as atividades da enfermagem em Domicílio Home Care, seja em níveis de menor, média e alta complexidade, destacando quatro funções principais, que são: a assistencial, que pode ser resumida na identificação, diagnóstico, prescrição e avaliação sobre a prestação do cuidado de saúde e enfermagem a ser realizado em domicílio do cliente, família e/ou grupo social; a administrativa, que concebe e organiza a assistência de enfermagem em serviços de saúde público e privado na área de Home Care. Define normas do pessoal de enfermagem, nos serviços de saúde público e privado, avaliando o planejamento e a execução das atividades de enfermagem em Domicílio Home Care junto ao cliente em residência; a função de pesquisa, onde se aplica metodologia de investigação atendendo ao Código de Ética da Enfermagem; e, por fim, a função educativa, responsável por conceber e promover processos construtivos, que visem à melhoria da qualidade de vida do cliente, família e/ou grupo social em domicílio, com atuação na formação, preparo e qualificação de pessoal de enfermagem em Domicílio Home Care.

Já o nutricionista tem suas atribuições definidas por meio da portaria nº 0112 do Conselho Regional de Nutricionistas da 3ª Região publicada em 2000, que diz que ele participará do processo de indicação, evolução e avaliação da nutrição oral, enteral e/ou parenteral, em que deverá classificar o atendimento segundo níveis de assistência em Nutrição (primário, secundário e terciário), conforme necessidades dietoterápicas e/ou fatores de riscos individuais e ambientais.

O site Portal Home Care descreve as atividades do profissional de fonoaudiologia no serviço de Home Care, como o atendimento no leito com cuidado imediato das sequelas, além da preparação dos cuidadores e corpo da enfermagem em alguns procedimentos, com imediata melhora ou redução de alguns sinais, para após a alta hospitalar. Também é possível atuar no setor administrativo da instituição.

Ao assistente social: cabe a prévia avaliação das condições sociais do domicílio que irá receber o paciente, e com a formulação de relatório circunstanciado a ser apreciado pela equipe, bem como a viabilização do procedimento.

Por fim, o psicólogo, sendo este responsável por analisar a condição comportamental dos familiares, estabelecendo e registrando em laudo circunstanciado, a condição psicológica dos mesmos.

O processo de inclusão dos pacientes nos serviços Home Care deve ocorrer necessariamente por indicação médica, e seguir os seguintes critérios de elegibilidade: o consentimento informado do paciente se incapacitado de assinar, ou paciente menor de idade; autorização da família; estrutura física do ambiente de tratamento compatível com a infra-estrutura necessária para os cuidados profissionais e instalação de equipamentos médico-hospitalares e acesso geográfico, sendo averiguado previamente antes do início dos serviços.

O plano de tratamento inicial é o documento descritivo específico para cada caso, sendo prescrito no ato da admissão pelo médico responsável pela internação hospitalar e/ou pela equipe responsável pela assistência domiciliar. Ele deve contemplar a estrutura de recursos humanos, infra-estrutura mínima do domicílio do paciente, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividades dos profissionais, logística dos atendimentos e o tempo de

permanência do paciente no serviço. Devendo ser periodicamente revisado de acordo com a evolução/acompanhamento do paciente, registrando a data de revisão e a assinatura do responsável pela revisão.

Quanto a sua inclusão para o internamento e/ou atendimento domiciliar, não será qualificado para tal o paciente que possua uma condição que contra indique sua vida sozinho, se estiver confinado a uma cadeira de rodas, ou ao leito, sem a habilidade de locomover-se para um local seguro, salvo se possuir um cuidador hábil, disposto e disponível 24 horas por dia. Em casos de paciente terminal, ou seja, cujo óbito é esperado, e para o qual exista um plano específico de transição para morte ou programa de cuidados paliativos, ele não será qualificado caso seja julgado mentalmente hábil, e apresente recusa aos serviços de assistência domiciliar. O paciente não será qualificado para o internamento e ou atendimento domiciliar de saúde caso ele seja mentalmente incompetente, assim considerado formalmente por declaração legal escrita por um médico ou psiquiatra, e se recusa a receber os serviços, a não ser que o paciente possua um cuidador formal ou informal, legalmente responsável por ele, que seja hábil, disposto e disponível 24 horas por dia.

Para que seja concretizada a inclusão do paciente alguns itens além dos relatados acima devem ser contemplados como: o acesso imediato a um telefone para que se possa manter comunicação entre ele e a coordenação clínica de equipe multidisciplinar, o local deverá possuir condições básicas de saneamento que possam garantir um nível seguro de procedimentos em saúde, a infra-estrutura da residência deverá favorecer o atendimento, contando com áreas adequadas no que se refere a segurança, recepção, armazenamento e utilização de materiais, medicamentos e equipamentos necessários para o tratamento do paciente.

Nos casos de internação, o ambiente também deve ser de fácil acesso geográfico para carros e ambulâncias; possuir instalações elétricas com aterramento, quando houver uso de equipamento que assim o exija, e sistema alternativo de energia elétrica diretamente ligado ao equipamento com acionamento automático em no máximo 0,5 segundo e quando houver uso de ventilação mecânica invasiva, além de um ambiente específico para a utilização de um leito.

1.4. Mercado de Home Care no Brasil: contexto público e privado

Para ter uma ideia de tamanho do mercado nacional, adotaremos como parâmetro outros mercados, em especial, o norte-americano. Este possui atualmente mais de vinte mil empresas que faturam mais de cinquenta bilhões de dólares por ano com a assistência domiciliar. É importante dizer que nos Estados Unidos todos os serviços são oferecidos pela iniciativa privada.

No Brasil, de acordo com um levantamento feito no ano de 2006, pelo Núcleo Nacional de Empresas de Assistência Domiciliar (NEAD), o setor contava com 170 empresas especializadas em saúde domiciliar, com um movimento de atendimento mensal médio de 30 mil pacientes e movimentação anual de trezentos milhões de reais. A maioria destas empresas se situava no estado de São Paulo e cerca de 73% dos clientes provinham de planos de saúde, vale ressaltar que no país os principais clientes das empresas de Home Care são as operadoras de plano de saúde. Hoje cerca de mil e quinhentas operadoras estão registradas na Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar (ABEMID).

No Sistema Único de Saúde algumas experiências quanto ao atendimento domiciliar começam a ganhar alguma visibilidade, sendo classificadas segundo o Ministério da Saúde como experiências exitosas, são elas as realizadas nos municípios de Belo Horizonte (MG), Betim (MG), Uberlândia (MG), Natal (RN), Salvador (BA), Curitiba (PR), Florianópolis (SC), Porto Alegre (RS), Brasília (DF), Recife (PE), Manaus (AM), Campinas (SP), São Bernardo do Campo (SP), Ribeirão Preto (SP), Maringá (PR), Cascavel (PR), Linhares (ES), Volta Redonda (RJ), Rio de Janeiro (RJ), Campo Grande (MS), Marília (SP), Londrina (PR) e Santos (SP). Inclusive, nestes três últimos municípios, os serviços oferecidos foram cenários para um estudo realizado por Silva et al (2005), em que os autores fizeram a análise do funcionamento dos Programas de Internação Domiciliar (PID) de forma a identificar elementos que sinalizem a inserção desses programas na mudança de atenção à saúde, em que se afirma que, apesar das lacunas, os PID constituem um espaço para construção de uma modalidade de atenção com ênfase no trabalho em equipe, na utilização de tecnologias leves que permitem a criação de vínculos, a

integralidade e a sistematização das ações, visando, sobretudo, a prestação de uma assistência de qualidade.

Reafirma-se a necessidade de reestruturação dos PID e de se repensarem os saberes e fazeres nessa modalidade de atenção, para que a mesma se configure como uma modalidade de assistência que valorize uma experiência antiga na solução de problemas atuais. (SILVA et al, 2005).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) e o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) administrados pelo Ministério da Saúde possuem serviços de atenção domiciliar. O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre, também possui seu programa.

Algo similar ao objeto dos estudos de Silva et al (2005) é desenvolvido no Distrito Federal, o Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD), que nas atividades desenvolvidas em Ceilândia (maior Região Administrativa do Distrito Federal) conta também com a participação institucional da Universidade de Brasília (UnB), por meio do Projeto de Extensão de Ação Contínua (PEAC): des-hospitalização e prevenção de re-hospitalização no Hospital Regional de Ceilândia, o qual propõe ações para integração entre ensino, serviços e comunidade, explorando os limites e possibilidades das ações do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) na implementação da portaria número 2.529, de 19 de outubro de 2006, que institui a Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas na des-hospitalização e prevenção de re-hospitalização no Hospital Regional de Ceilândia (HRC) no Distrito Federal. Esta proposta tem por objetivo aprimorar os serviços que disponibilizam à população assistência prestada no domicílio a pessoas clinicamente estáveis, que exijam intensidade de cuidado acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe multiprofissional em ações interdisciplinares em saúde. Pretende-se, por meio das ações decorrentes deste projeto, estabelecer ambiente para desenvolvimento de ensino, pesquisa e extensão de maneira indissociada e alicerçada na produção de tecnologias em saúde (leves, duras e leve/duras) e na responsabilidade social da Universidade de Brasília, agora inserida na Região

Administrativa (RA) de Ceilândia com a implantação da Faculdade de Ceilândia pelo novo campus criado em agosto de 2008.

No dia 08 de novembro de 2011, a presidente da república, Dilma Rousseff, e o ministro da saúde, Alexandre Padilha, lançaram juntamente com o programa “S.O.S Emergências”, o Programa “Melhor em Casa”, sob o Slogan: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Nele, as pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, por exemplo, terão assistência multiprofissional gratuita em seus lares, com cuidados mais próximos da família.

O atendimento será feito por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeutas. Outros profissionais (fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo e farmacêutico) poderão compor as equipes de apoio. Cada equipe poderá atender, em média, 60 pacientes simultaneamente.

O programa também ajudará a reduzir as filas nos hospitais de emergência, já que a assistência, quando houver a indicação médica, passará a ser feita na própria residência do paciente, desde que haja o consentimento da família.

O Ministério da Saúde financiará 100% dos custos das equipes de atenção domiciliar. O governo federal vai repassar, por mês, R\$ 34,5 mil para o custeio das equipes principais e R\$ 6 mil para as equipes de apoio. Os repasses do ministério não excluem a possibilidade de aporte de recursos pelos gestores locais. Até 2014, serão implantadas em todas as regiões do país 1.000 equipes de atenção domiciliar e mais 400 equipes de apoio. O Ministério da Saúde investirá R\$ 1 bilhão para custear a implantação e manutenção desses serviços. Em 2011, serão repassados aos estados e municípios R\$ 8,6 milhões para a atividade dessas equipes e manutenção dos serviços. Os recursos também poderão ser utilizados para a manutenção dos serviços (compra de equipamentos, aquisição de medicamentos, insumos e transporte) e serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos municipais ou estaduais de saúde.

O “Melhor em Casa” será executado em parceria com estados e municípios. O programa está articulado com as Redes de Atenção à Saúde (Saúde Mais Perto de Você e Saúde Toda Hora), lançadas pelo governo federal para ampliar a assistência, respectivamente, na atenção básica e nos casos de urgência e emergência no SUS. As equipes do “Melhor em Casa” atuarão de maneira integrada com os serviços da atenção básica, unidades com salas de estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) e com as unidades hospitalares. Diferentemente do que ocorre na maioria dos projetos de atenção domiciliar, as equipes do “Melhor em Casa” atuarão vinculadas a uma central de regulação, controlada pela secretaria de saúde dos municípios ou estados e não a um hospital. Assim, ao ser acionada, a central seleciona a equipe do local onde o paciente reside para que seja prestada a assistência domiciliar.

O Programa tem como objetivo melhorar e ampliar a assistência no SUS a pacientes com agravos de saúde, que possam receber atendimento humanizado, em casa, e perto da família. Estudos apontam que o bem estar, carinho e atenção familiar, aliados à adequada assistência em saúde constituem elementos importantes para a recuperação de doenças. Pacientes submetidos a cirurgias e que necessitam de recuperação poderão ser atendidos em casa, e terão redução dos riscos de contaminação e infecção.

Segundo informação contida no site do Ministério da Saúde, o “Melhor em Casa” representará avanços para a gestão de todo o sistema público de saúde, já que ajudará a desocupar os leitos hospitalares, proporcionando um melhor atendimento e regulação dos serviços de urgência dos hospitais.

Estima-se (estimativa do Departamento de Atenção Básica e da Coordenação Geral de Gestão Hospitalar) que com a implantação da atenção domiciliar obtém-se economia de até 80% nos custos de um paciente, quando comparado ao custo desse mesmo paciente internado em um hospital.

As equipes de atenção domiciliar do “Melhor em Casa” serão contratadas por estados e municípios. O atendimento à população será feito durante toda a semana (de segunda a sexta-feira), 12 horas por dia e, em regime de plantão, nos finais de

semana e feriados. Os pacientes terão visitas regulares das equipes e serão monitorados permanentemente. A frequência de visitas se dará conforme o estado clínico e avaliação de cada paciente. Haverá a figura do cuidador, que poderá ser ou não membro da família. O cuidador será a referência da família para as equipes do “Melhor em Casa”.

Municípios com população entre 40 mil e 100 mil habitantes poderão participar, desde que estejam localizados em regiões metropolitanas e tenham SAMU instalado. Municípios com população acima de 100 mil habitantes devem ter, ainda, hospital de referência (mais de 60 leitos e com as clínicas básicas – ginecologia e obstetrícia, clínica médica, cirurgia e pediatria - ou estar habilitado em oncologia ou possuir Unidade de Terapia Intensiva-UTI).

Para ter equipes do “Melhor em Casa”, os municípios e/ou estados devem aderir ao programa do governo federal. Os gestores devem enviar projetos à Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Após aprovação nesta instância, o gestor encaminhará o projeto ao Ministério da Saúde, que fará avaliação técnica e publicará portaria habilitando os municípios e/ou estado. O Ministério da Saúde informa que o sistema já está pronto para receber o cadastramento das equipes e estabelecimentos.

Somente vão receber recursos do ministério os gestores municipais e estaduais que cadastrarem as equipes (nome e registros profissionais) e os estabelecimentos de saúde (que servirá de referência às equipes) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

2 CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

Saúde Coletiva é uma expressão que designa um campo de saber e de práticas referido à saúde como fenômeno social e, portanto, de interesse público. As origens do movimento de constituição deste campo remontam ao trabalho teórico e político empreendido pelos docentes e pesquisadores de departamentos de instituições universitárias e de escolas de Saúde Pública da América Latina e do Brasil, em particular, ao longo das duas últimas décadas. Do ponto de vista do saber, a Saúde Coletiva se articula em um tripé interdisciplinar composto pela Epidemiologia, Administração e Planejamento em Saúde e Ciências Sociais em Saúde, com um enfoque transdisciplinar, que envolve disciplinas auxiliares como a Demografia, Estatística, Ecologia, Geografia, Antropologia, Economia, Sociologia, História, Ciências Políticas, entre outras. Enquanto prática, a Saúde Coletiva propõe um novo modo de organização do processo de trabalho em saúde que enfatiza a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, a reorientação da assistência a doentes, e a melhoria da qualidade de vida, privilegiando mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde da população.

É mister destacar que a constituição da Saúde Coletiva como campo do saber e espaço da prática social foi demarcada pela construção de uma problemática teórica fundada nas relações de determinação da saúde pela estrutura social, tendo como conceito articulador entre teoria e prática social a organização da prática médica, capaz de orientar a análise conjuntural e a definição das estratégias setoriais de luta.

O movimento da Reforma Sanitária procurou realizar um profundo questionamento acerca do modelo assistencial vigente no país. Propôs-se um novo modo de abordar o processo saúde-doença inserido em sua causalidade social. (FEUERWERKER, 1995, p. 148).

Dois momentos são fundamentais no processo de consolidação do saber e da prática em Saúde Coletiva. O primeiro, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em 1976, que possibilitou a comunidade acadêmica desenvolver seus trabalhos e publicá-los utilizando-se principalmente da Revista Saúde em Debate, um forte veículo de propagação do conhecimento, em que circularam os

autores e suas ideias. O Cebes, desde então, vem gerando um rico acervo composto por documentos impressos, iconográficos e bibliográficos, tendo constituído uma fonte de pesquisa e consulta obrigatória para aqueles que lidam com a temática da Reforma Sanitária, abrigando um conjunto documental relevante para a história da Saúde Pública e Coletiva recente do país.

O outro ponto é a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), com o objetivo de atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em saúde coletiva para fortalecimento mútuo das entidades associadas e para ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais e com a sociedade civil.

2.1. A formação do profissional

A formação em Saúde Coletiva inicia-se num contexto histórico conhecido como medicina preventiva ou social, mas ainda no âmbito da pós-graduação, e com forte influência da epidemiologia.

O ápice das discussões teóricas acontece na década dos anos de 1970, marcados pela inquietação em torno da temática das relações entre saúde-sociedade, destacando-se o seminário realizado pela Organización Panamericana de la Salud (OPS), em Cuenca (Equador), em 1972, quando emerge com força o paradigma marxista de análise, especialmente na vertente trazida por Althusser. Em realidade, esse período foi marcado pela inquietação teórica, não se esquecendo, também, da importância que passaria a ter a corrente estruturalista, via Foucault e Levi-Strauss; também é a época em que se veiculam as discussões no campo da psiquiatria, com Basaglia, Castel, Laing e Cooper. De outro lado, também se assumia que a grande meta era garantir, através da intervenção do Estado, a saúde como um direito inalienável para todos os indivíduos. A extensão dos serviços e a racionalização no uso dos recursos são definidos como fundamentais, embora presentes num contexto financeiro que se caracteriza como de crise fiscal e de pessimismo com os efeitos do chamado "milagre brasileiro" num cenário que tinha sido marcado pelas forças de repressão e pela piora crescente dos indicadores

sócio-econômicos e de saúde, paulatinamente ia-se tentando construir um campo de práticas e saberes transformadores.

A instauração de uma outra forma de pensar o planejamento em saúde estará presente no documento que a OPS publica em 1975, em que aparece a expressão "Formulación de políticas de salud", título do documento elaborado pelo grupo do Centro Panamericano de Planificación en Salud. Nesse sentido, estava aberto o caminho para que se redefinisse, no âmbito da formação, o estabelecimento de cursos que pudessem realizar um salto qualitativo em termos do ensino e da pesquisa em moldes acadêmicos, semelhantes aos já existentes em outros campos da medicina, ou seja, formando mestres e doutores em medicina preventiva, saúde pública e medicina social.

Os primeiros cursos de pós-graduação *stricto sensu* foram criados em 1970, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), em 1971 na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), em 1973 na Faculdade de Medicina da USP e na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Já em 1974, como relatado por Nunes (1994), iniciava-se o mestrado em medicina social do Instituto de Medicina Social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que tinha como objetivo maior a formação de um médico com conhecimentos nas áreas de epidemiologia, planejamento e ciências sociais, de modo que lhe permitissem uma ação polivalente, crítica e transformadora. Isso só se concretiza em 1986, quando é substituído pelo mestrado em Saúde Coletiva.

Foi também na segunda metade dos anos 70 que se instalaram os cursos regionalizados de Saúde Pública, visando preparar profissionais que atendessem aos pressupostos da extensão de cobertura na rede básica de serviços.

Até o momento, a formação em Saúde Coletiva vinha sendo realizada sob duas modalidades: por meio de disciplinas inseridas nos currículos de diversos cursos da área de saúde (Medicina, Odontologia, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, entre outras) e, em um sentido mais pleno, pelo ensino no âmbito da pós-graduação, *latu e strictu senso*.

Contudo, argumentava-se que, naquela estrutura formadora em saúde, quem pretendia seguir uma carreira em Saúde Coletiva deveria enfrentar uma formação que tinha como início um curso de graduação, geralmente na área biomédica e, apenas mais tarde, mediante cursos *stricto ou lato sensu*, alcançar a sua conclusão. Desta maneira, o tempo exigido para a titulação de um sanitarista se prolonga, o que dificulta a preparação de novos quadros para a área. Tal trajetória, na verdade, caracteriza uma reprofissionalização, processo que acaba implicando aumento dos custos sociais dessa formação, sobretudo quando se considera que ela se dá, fundamentalmente, em instituições públicas, ao que se associa o adiamento do ingresso no mercado de trabalho. (BOSI e PAIM, 2010).

Diante disso, é verificado na pós-graduação um longo prazo para a formação, somado a um custo social elevado, em que na maioria das vezes, os cursos oferecidos desviam-se do perfil esperado para este nível de formação, convertendo-se em um curso básico que prepara profissionais para atuar em Saúde Coletiva, tentando corrigir as deficiências acumuladas na graduação, na qual se gastou um tempo extraordinário com o ensino de disciplinas/conteúdos que não trazem qualquer contribuição para a formação do profissional que atuará neste campo, o que a graduação pode compensar sem prejuízo à pós-graduação.

2.2. Graduação em Saúde Coletiva

Apesar de ser uma discussão recente, a graduação em Saúde Coletiva deriva de uma proposta bem mais remota a partir da graduação de Saúde Pública.

O nascimento da graduação em Saúde coletiva, por assim dizer, inicia-se em setembro de 2002, a partir da organização de uma Oficina de Trabalho, reunindo dirigentes da UFBA, representantes de Universidades, Ministério da Saúde, OPAS e ABRASCO com o objetivo de analisar a pertinência e viabilidade de criação do curso na atual conjuntura, levando-se em conta o desenvolvimento teórico-conceitual da área de Saúde Coletiva e a experiência acumulada no processo de reforma do sistema de serviços de saúde brasileiro, especialmente as tendências de mudança do modelo de atenção à saúde, considerando também, as demandas apresentadas em conferências de saúde e o mercado de trabalho no setor. (UFBA/ISC, 2002).

Nesta oficina foi apresentado como justificativa para a criação do curso o fato de que a Saúde Coletiva como campo de saberes e práticas de caráter transdisciplinar toma por objeto de conhecimento e intervenção a saúde, entendida tanto como estado de saúde em sua dimensão populacional, coletiva, quanto como política e práticas voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e grupos da população. A reconceitualização do objeto das práticas de Saúde Coletiva e a reflexão epistemológica sobre o conceito de saúde impõem a redefinição dos processos de trabalho, a reconfiguração do agente-sujeito e, por conseguinte, demandam transformações no âmbito da formação dos profissionais que atuam neste campo (PAIM, 2002).

Sem dúvida, o grande facilitador para a implantação dos atuais cursos de graduação em Saúde Coletiva foi o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), instituído pelo decreto número 6.096 de 24 de abril de 2007, com o objetivo de criar condições para a ampliação do acesso e permanência na educação superior, no nível de graduação, pelo melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes nas universidades federais.

Nesse contexto, adeptos da graduação em Saúde Coletiva encontraram um solo favorável à sua criação, embora, reitera-se, não tenha sido o REUNI a inspiração da proposta que, conforme vimos, a antecede historicamente, mas certamente, foi o catalisador de suas bases institucional e material de implantação. (BOSI e PAIM, 2010).

No ensino das disciplinas de Saúde Coletiva no contexto da graduação na área de saúde, as competências adquiridas são limitadas, além de subalternas ao modelo médico hegemônico que estrutura as práticas educativas nessas instituições de ensino. Observa-se, portanto, a carência de uma formação interdisciplinar no nível de graduação orientada para a saúde (e não pela doença), capacitando profissionais para atuar na promoção da saúde e não na prevenção e tratamento de doenças (PAIM, 2002).

Conforme Teixeira (2003), um curso de graduação em Saúde Coletiva teria a vantagem de reduzir o tempo de formação deste profissional, sem prejuízo da formação pós-graduada. Ao contrário, o ensino da Saúde Coletiva na pós-graduação seria beneficiado ao constituir efetivamente uma modalidade de qualificação avançada e mais específica, sem prejuízo para o ensino da Saúde Coletiva nas demais áreas da saúde, uma vez que não haveria superposição competitiva deste profissional com as atribuições específicas das demais profissões da área. A inserção dos profissionais formados em Saúde Coletiva no processo de trabalho no âmbito das instituições de saúde evidencia a constituição de relações de complementariedade com as demais profissões do setor saúde, sem prejuízo da especificidade e identidade do campo de atuação de cada profissional.

Pode-se caracterizar a graduação em Saúde Coletiva como uma resposta para suprir a crescente demanda do mercado por profissionais aptos a atuarem no planejamento, gestão e execução de ações que envolvam o contexto da saúde pública do Brasil.

2.2.1. O perfil e a atuação do graduando em Saúde Coletiva

O perfil do egresso seria de um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Qualificado para atender as necessidades sociais de saúde e gerente de processos coletivos de trabalho em saúde, fundamentado em princípios humanísticos, éticos e estéticos. Capaz de realizar ações de vigilância, planificação, gestão, controle, avaliação, auditoria, além de intervenções sociais organizadas dirigidas à promoção, proteção, comunicação e educação em saúde.

Dessa forma, advoga-se uma composição curricular densa, mas não centrada no conhecimento anátomo-clínico ou biológico, uma vez que, conforme já ressaltado, a sua finalidade é formar profissionais capazes de atuar no planejamento, gestão, execução e avaliação de ações de âmbito coletivo e não no atendimento individual. O desafio maior desse profissional será responder às novas necessidades decorrentes das mudanças nos distintos espaços de prática, considerando as transformações no mercado de trabalho e na organização dos sistemas de saúde (BOSI e PAIM, 2010).

No momento evidencia-se uma enorme demanda por profissionais de nível superior capacitados a fim de consolidar a Reforma Sanitária Brasileira, integrando equipes para a administração do SUS em diversas modalidades de atuação (gestão de sistemas locais de saúde, gestão de unidades de saúde, administração de custos e auditoria, gestão de informação e gestão de recursos humanos em saúde). Soma-se a isto o fato de que o fortalecimento dos processos de reorientação do modelo de atenção, com ênfase na proposta de promoção e vigilância da saúde, precisa ser respaldado pela formação de profissionais de Saúde Coletiva capazes de assumir os desafios dessa transformação (TEIXEIRA e PAIM, 2002).

Sobre o mercado de trabalho para o profissional graduado em Saúde Coletiva, o cenário descrito permite antever uma demanda no setor público (demanda em expansão a curto, médio e longo prazo), no setor privado (na administração de sistemas e serviços de saúde) e no “terceiro setor”, na medida em que avance a mobilização das Organizações Não Governamentais na defesa e proteção da saúde. Especialmente no âmbito do SUS, cabe destacar a possibilidade de inserção dos egressos no âmbito político-gerencial e no técnico-assistencial, na medida em que os profissionais de Saúde Coletiva podem se responsabilizar pelas práticas de formulação de políticas, planejamento, programação, coordenação, controle e avaliação de sistemas e serviços de saúde, bem como contribuir para o fortalecimento das ações de promoção da saúde e das ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, além de participarem de outras ações estratégicas para a consolidação do processo de mudança do modelo de atenção (TEIXEIRA, 2003).

Do ponto de vista da relevância social, não há dúvidas de que o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) resultou em uma demanda cada vez maior de profissionais de Saúde Coletiva por parte das organizações de saúde conquanto, as instituições formadoras até o momento não tenham conseguido constituir sujeitos adequados e suficientes a esta nova realidade, isso, em todas as suas esferas de gestão, onde existe uma grande expectativa para verem a atuação deste profissional de saúde. Logo, podemos afirmar que o Sistema Único de Saúde,

na atualidade, é a maior perspectiva de mercado empregador para o novo profissional ao nível da graduação.

Por outro lado, conforme percebido nas diversas universidades do país que oferecem o curso de graduação em Saúde Coletiva, essa perspectiva já não é vista como a única verdade (ou vertente) como podemos observar no texto de abertura do site da Universidade de São Paulo (USP), em que é afirmado que o profissional formado neste curso, poderá atuar em análise de situação de saúde, gestão de sistemas e serviços de saúde, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador, educação em saúde, promoção da saúde, dentre outras atividades. A página reafirma, ainda, boas perspectivas no setor público para atuar na formulação de políticas sociais de saúde e também na gestão de órgãos de saúde públicos e privados.

Entretanto, o site destaca a atuação do profissional sanitário no sistema suplementar (onde estão inseridas empresas de seguro – saúde, organizações médicas, instituições de meio ambiente, de saneamento e terceiro setor) sinalizando, assim, um vasto mercado empregador.

A atuação do sanitário, no setor privado e no terceiro setor, como descrito do texto acima, pode ser justificada pela capacidade desse profissional em administrar, gerir e principalmente coordenar. Para fundamentar tal argumento, vejamos parte do texto do Projeto Político Pedagógico do Curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia (UnB-FCE) que em seu item 3.7 trata das competências e habilidades a serem desenvolvidas.

- “No âmbito da atenção à saúde, os sanitários estarão qualificados para propor, estruturar, organizar e implementar ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos e agravos à saúde tanto em nível individual quanto coletivo. Além disso, devem ser capazes de influenciar processos de trabalho, de tomarem decisões e de optarem por modos e formas mais adequadas e fundamentadas - política e tecnicamente de práticas de atenção integrada, bem como de produção e socialização de conhecimentos em Saúde Coletiva. Com vistas aos espaços das relações interpessoais e profissionais, os egressos estarão aptos para

estabelecerem formas e canais de comunicação horizontais com os sujeitos e as comunidades com os quais interagem ou com os quais atuam direta ou indiretamente. Ainda no âmbito da comunicação, os profissionais egressos do curso devem estar preparados para assumirem espaços institucionais de liderança, sobretudo na gestão de serviços e sistemas de saúde, e comprometidos com o bem-estar e a promoção da saúde de sujeitos e grupos populacionais.

- Na esfera da gestão de sistemas e serviços de saúde, os egressos devem estar instrumentalizados para imprimirem à administração e ao gerenciamento de serviços e sistemas de saúde uma perspectiva mais empreendedora estreitamente vinculada à sustentabilidade das políticas e das ações em Saúde Coletiva. Nesse sentido é fundamental que os sanitaristas desenvolvam a consciência das suas capacidades para aprender continuamente, como condição para as suas capacitações permanentes e daqueles que estiverem sob sua coordenação.”

Entre tantas habilidades, chamamos à atenção para a “capacidade de coordenação”, que, mais adiante, será adotada como norte para discussão que se segue por meio deste trabalho.

Como afirmado por Bosi e Paim (2010) em seu trecho:

Na impossibilidade de, nos limites deste texto, especificar a vastidão do espaço potencial para esse novo graduando, assinala-se, contudo, que há que favorecer o processo de construção-desconstrução-reconstrução dos saberes e enunciados científicos, de tal forma que represente uma prática de constituição de novos sujeitos. Sendo assim, conforme já aludido, o “mercado de trabalho” se definirá no processo; os desdobramentos para as políticas públicas apontarão os limites e as possibilidades. (BOSI; PAIM, 2010, p. 2036).

Pode-se então, diante desta afirmativa, dizer que, pelo menos neste momento inicial da atuação profissional dos novos graduados em Saúde Coletiva, eles terão como missão a definição da área em que desejam trabalhar, seja por afinidade ou interesse, para que daí em diante, como na citação acima, esperar que os processos lhes indiquem os rumos de suas carreiras na Saúde Pública.

3 RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A modalidade de atenção domiciliar em nosso país é ampla, e envolve diversas atividades, que, de uma maneira ou de outra, se assemelham a atuação do sanitário nos processos de gerenciamento e gestão, sendo estas nas esferas macro ou micro, e em todas as áreas dos serviços como nos setores de pessoal ou financeiro.

O administrador tem como seu objetivo principal ao desenvolver seu trabalho a eficiência organizacional. Sua grande contribuição é a visão abrangente da organização e a definição de seis funções básicas, a função técnica: que hoje é muito conhecida como área de produção, relaciona-se com aspectos de produção de bens e serviços; função comercial: denominada atualmente de função de marketing, relaciona-se com a compra, venda e permuta dos bens produzidos e consumidos pela empresa; função financeira: relaciona-se com a busca e gerenciamento dos recursos financeiros utilizados pela empresa; função segurança: está inserida na área de Recursos Humanos, tem por atividade assegurar os bens das empresas e as pessoas envolvidas com a empresa como a prevenção de acidente de trabalho; função contábil: essa função não constitui propriamente uma área dentro da empresa, mas uma atividade; e a função administrativa, que é a atividade atribuída a todas as áreas da empresa e tem o caráter de coordenação das demais áreas. Fayol considerava essa atividade de integração da cúpula das demais funções. A função do administrador é distribuída com outras funções essenciais, proporcionalmente entre a cabeça e os membros do corpo social da empresa. Para o melhor entendimento do que comporia essa função, ela foi dividida no que hoje denominamos processo administrativo e que Fayol definiu como atos administrativos e dividiu-os em cinco: prever, organizar, comandar, coordenar e controlar. Enfim, a administração é mais operacional.

Contudo, o uso da palavra gestão vem se intensificando ultimamente, com isso, o aparecimento de cursos de Gestão, quer sejam puramente de gestão, ou gestão com qualquer delimitador que tragam, como por exemplo: ambiental, da produção etc. Eles tornaram-se bastante frequentes e envolvem as faculdades de administração por todo o país, diante deste contexto que Dias (2002) defende que o

termo administração cedeu parte de seu lugar para a gestão. O que se percebe quando as pessoas são questionadas sobre o que é um termo e outro é a dificuldade da delimitação de ambos. O autor afirma que a administração está presente em todos os cargos, mas o cargo não é composto apenas pela administração, algo mais o compõe, funções outras o integram como: finanças, vendas, técnicas e contabilidade.

Com a criação do departamento administrativo, legado da especialização de Taylor, Fayol e Weber, a administração era algo distinto e separado do restante da empresa, parecendo ter vida própria, mas a administração não existe por si só ou em si só, precisa das outras funções corporativas para existir e do objeto para agir. Neste mesmo trabalho, estudos apresentam que a participação da administração nos cargos, de uma intensidade mínima até uma máxima, nunca é única, variando de 5%, no caso de um operário, chegando até 60% para um chefe de Estado.

A gestão, também, não é o cargo, ou melhor, seria o imperativo do cargo. Seria correto gestão da produção e administração na produção. Ou seja, gestão de algo e administração em algo. Isto não desmerece a administração, ao contrário, seria impossível conceber a gestão sem ela. Mas a gestão incorpora a administração e faz dela mais uma das funções necessárias para seu desempenho.

Portanto, administrar é planejar, organizar, dirigir e controlar pessoas para atingir de forma eficiente e eficaz os objetivos de uma organização.

Gestão é lançar mão de todas as funções e conhecimentos necessários para, através de pessoas, atingir os objetivos de uma organização de forma eficiente e eficaz.

Diante disso, o gestor detalha mais o funcionamento das estruturas adotadas e foca organizações que estão envolvidas em mercados que exigem alta velocidade na tomada de decisões e flexibilidade para reorganizar e atender as solicitações tanto internas como externas. A partir desse ponto passa a discorrer das necessidades que as organizações demandam tais como, diversidade, velocidade de mudança, interdependência entre as unidades funcionais, as conexões de internet e a velocidade do ciclo do produto. Essas necessidades resultam da

evolução do mercado em que aparece também a migração do poder para as mãos do consumidor e a inter-relação com a evolução tecnológica. O gestor mostra os benefícios, como também os custos dos processos laterais, e entre eles está a coordenação remota. A gestão é mais intelectual que operacional.

No caso do gestor de saúde, ele está diretamente ligado ao âmbito da tomada de decisão, logo, para que possa agir acertadamente, é necessário que em sua formação sejam contempladas todas essas características.

Em Luecke (2010), é estabelecida a diferenciação entre equipe e grupo de trabalho, afirmando que no grupo de trabalho cada membro tem a orientação de um gerente ou um supervisor, os integrantes não colaboram necessariamente com os outros na conclusão das tarefas. No grupo de trabalho cada funcionário faz suas tarefas segundo orientação do gerente. A colaboração acontece entre o gerente e cada funcionário, mas não necessariamente entre os funcionários. A subordinação é diretamente exercida entre o chefe e os funcionários de forma individual. Nessa perspectiva, o chefe é responsável por tomar todas as decisões. O grupo de trabalho apresenta fragilidade no sentido que é preciso tempo para o gerente reunir todas as informações e a atividade gerada pelos membros do grupo, o que é primordial para que ele possa subsidiar suas decisões, sem contar o risco em investir uma única pessoa de toda a autoridade de tomada de decisões.

Segundo Luecke (2010), ao contrário de um grupo de trabalho tradicional, uma equipe é mais do que um conjunto de pessoas que trabalham no mesmo ambiente ou sob a orientação de um gerente. Uma equipe é um pequeno número de pessoas com habilidades complementares que são comprometidas com uma meta comum pela qual se consideram mutuamente responsáveis. Nesta perspectiva, cada membro interage com os outros e com o líder da equipe na realização de sua meta comum.

É dentro deste contexto que iremos argumentar a inserção do profissional de Saúde Coletiva nesta equipe multidisciplinar para a operacionalização dos serviços de Home Care e conseqüentemente, de forma ainda mais ampla, dentro dos

processos administrativos que envolvem tais organizações nos âmbitos privado e público dos serviços.

Tomando como ponto de partida o profissional médico, que tem como atribuição a coordenação das equipes multidisciplinar, a eleição do paciente para ingresso no atendimento e sua manutenção da condição clínica, e lembrando que a coordenação não é mais do que o processo de integração das diferentes atividades desenvolvidas em cada departamento da organização, de forma a atingir os resultados organizacionais pretendidos, neste caso, o contexto é uma organização prestadora de serviços de Home Care, podemos afirmar que quanto ao tocante à coordenação de equipe, o profissional de Saúde Coletiva é o profissional melhor habilitado para exercer tal função, devido ao fato de possuir em sua formação fortes elementos voltados à gestão, gerência, epidemiologia e pesquisa, destacando-se ainda, importantes e fundamentais conceitos sociais e antropológicos da saúde, algo que não é percebido nos outros cursos da área, e não somente no de medicina. Tudo isso possibilita esse profissional ser mais eficiente e, conseqüentemente, mais eficaz na condução da coordenação destas equipes, fato este que pode ser bem observado nos diversos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de graduação de Saúde Coletiva e autores da área, conforme exemplos abaixo:

[...] os profissionais de Saúde Coletiva podem se responsabilizar pelas práticas de formulação de políticas, planejamento, programação, coordenação, controle e avaliação de sistemas e serviços de saúde, bem como contribuir para o fortalecimento das ações de promoção da saúde e das ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, além de participarem de outras ações estratégicas para a consolidação do processo de mudança do modelo de atenção. (TEIXEIRA, 2003, p. 165).

Na esfera da gestão de sistemas e serviços de saúde, os egressos devem estar instrumentalizados para imprimirem à administração e ao gerenciamento de serviços e sistemas de saúde numa perspectiva mais empreendedora estreitamente vinculada à sustentabilidade das políticas e das ações em Saúde Coletiva. Nesse sentido é fundamental que os sanitaristas desenvolvam a consciência das suas capacidades para aprender continuamente, como condição para as suas capacitações permanentes e daqueles que estiverem sob sua coordenação.

Iremos nos reportar neste momento ao profissional de enfermagem, que no âmbito da assistência em enfermagem nos serviços de Home Care exerce quatro funções: função assistencial, administrativa, de pesquisa e educativa. Também, podemos destacar uma sobrecarga de atividades a ele delegada, sendo que este, dentro das equipes multidisciplinar, tem papel operacional fundamental e essa sobrecarga o força a se desdobrar para conseguir desempenhar esta atividade extra. Em suas funções, duas destas podem contar perfeitamente com o auxílio do profissional de Saúde Coletiva, a administrativa e a educativa.

Quanto ao profissional de Assistência Social e o de Psicologia, julgamos já serem contempladas diversas atribuições destes na formação do profissional de Saúde Coletiva, não sendo necessário relatá-las novamente.

Já no que diz respeito aos profissionais de fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional entre outros que possam vir compor a equipe multidisciplinar, a atuação do bacharel em Saúde Coletiva tem papel imprescindível para a articulação entre eles e os demais profissionais, promovendo um ambiente favorável, inclusive nas relações interpessoais dentro e fora da equipe.

Não se trata de questionar a atuação de cada profissional no âmbito pessoal e de competência, e sim por formação acadêmica, pois é explícito que em todas as áreas da graduação em saúde, até o presente momento, não existe profissional da área clínica com formação compatível à do profissional sanitário, fato que se justifica pela proposta de inovação das consagradas profissões da área da saúde.

Como dito anteriormente, nossa proposta é remodelar a visão dos sistemas e serviços de saúde frente ao novo profissional de saúde que emerge do contexto da Reforma Sanitária Brasileira, apesar de questionar as atribuições de outros profissionais o intuito maior é colocá-lo no local correto, que ao nosso entendimento, é ante a coordenação das equipes multidisciplinar de assistência. E a partir deste momento, veremos como isso pode ser desenvolvido pelo sanitário.

No âmbito dos serviços privados de saúde, o sanitário atuando como coordenador das equipes poderá oferecer respaldo substancial quanto ao atendimento humanizado, pautando pela prevenção e manutenção da saúde com o

olhar diferenciado, que envolve o ser humano de forma holística, contemplando os fatores sociais, culturais, ambientais e até mesmo econômicos, que, por vezes, não são percebidos e levados em consideração por outros profissionais que compõem a equipe.

No âmbito administrativo, seu papel será de manter o gerente, neste caso de unidade física, (se o mesmo não o for) munido de informações das mais diversas áreas, sejam elas, estratégica, econômica, logística, epidemiológica, operacional, etc. Com isso, ele novamente exercerá a função de mediador entre a equipe e os demais componentes da organização, além de subsidiar e fortalecer os processos de tomada de decisão. Esse papel de articulador entre as diferentes profissões envolvidas no atendimento em saúde dentro da organização ajudará a diminuir os ruídos na comunicação, deixando as relações interpessoais mais estreitas, o que levará a um melhor aproveitamento dos recursos humanos disponíveis.

Na perspectiva do atendimento no Sistema Único de Saúde, mais precisamente no programa “Melhor em Casa”, o profissional graduado em Saúde Coletiva deverá atuar em várias frentes de trabalho desenvolvendo papel de coordenador, promovendo articulação entre os níveis de atenção à saúde a fim de desenvolver um sistema de regulação mais eficiente, em que seja possível detectar o usuário habilitado para a modalidade de atenção domiciliar mais brevemente. Vale lembrar que a formação em sistemas de informação é trabalhada nos currículos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, e abordamos essa vertente em âmbito público devido à baixa eficiência nas experiências em regulação, em que de regra, poucas são as exceções bem sucedidas, e para que isso ocorra da melhor forma possível, o sanitarista deverá subsidiar as equipes que compõem esse sistema de regulação com informações em tempo real, e, para isso, ele deve ser capaz de atuar de forma a promover uma logística acima de tudo prática e eficaz.

Isso se justifica em dois fundamentos, o primeiro como afirmado pelo Ministério da Saúde, o “Melhor em Casa” representará avanços para a gestão de todo o sistema público de saúde, já que ajudará a desocupar os leitos hospitalares, proporcionando um melhor atendimento e regulação dos serviços de urgência dos hospitais. Portanto, para que isso ocorra não basta ter o objetivo, ou seja, atividade

fim, é necessário desenvolver os meios e pensamos ser o serviço de regulação a ferramenta gerencial de fundamental importância ao programa.

Vale ressaltar que se trata de um programa inovador nos serviços públicos de saúde, que conforme o site do Ministério da Saúde, diferentemente do que ocorre na maioria dos projetos de atenção domiciliar, as equipes do “Melhor em Casa” atuarão vinculadas a uma central de regulação, controlada pela secretaria de saúde dos municípios ou estados e não a um hospital. Assim, ao ser acionada, a central seleciona a equipe do local onde o paciente reside para que seja prestada a assistência domiciliar. Logo, se faz necessário a atuação não somente de profissionais de saúde, mas também, de outras áreas como da tecnologia. Porém, é fundamental a presença do profissional que em sua formação seja capaz de aliar saberes das mais diversas fontes e áreas do conhecimento, com o objetivo de produzir saúde em seu conceito amplo, aliado ao melhor custo-benefício.

Neste momento, é importante explicitar que o profissional graduado em Saúde Coletiva conta com uma formação que contempla uma ferramenta primordial para a execução de processos em âmbito público ou privado, o planejamento. Esse tem sua importância descrita na síntese de Matus (1996), em que é afirmado que negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for. Sob essa visão, o planejamento assume papel vital para o direcionamento de ações a fim de que se atinja ou alcance o resultado previamente escolhido. Daí a percepção de que o planejamento não se resume a um conjunto de intenções ou à tomada de decisão em si.

Sem a realização de planejamento, as atividades são executadas por inércia. Os serviços de saúde funcionam de forma desarticulada, sendo apenas orientados pela noção de qual seja seu papel e esta noção é produzida de acordo com a visão de mundo de cada dirigente e colaborador ou de seu entendimento sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado. Subjetiva-se, fragmenta-se e desordena-se o funcionamento do sistema de saúde na medida de tantas quantas visões e, conseqüentemente, modos de operação existam. (VIEIRA, 2009).

A título de conhecimento, mas de forma superficial, apresentamos a proposta de Matus (1996) para o planejamento estratégico-situacional, usado principalmente em nível governamental, em que ele defende a existência de quatro momentos de planejamento: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. O conceito de momento é o de circunstância ou conjuntura de um processo contínuo. No momento explicativo, questionam-se as oportunidades e problemas que o ator que planeja enfrentar. No normativo, esquematiza-se a realidade. No estratégico, avalia-se a viabilidade das alternativas para chegar à situação objetivo e no tático-operacional definem-se as ações para fazer acontecer.

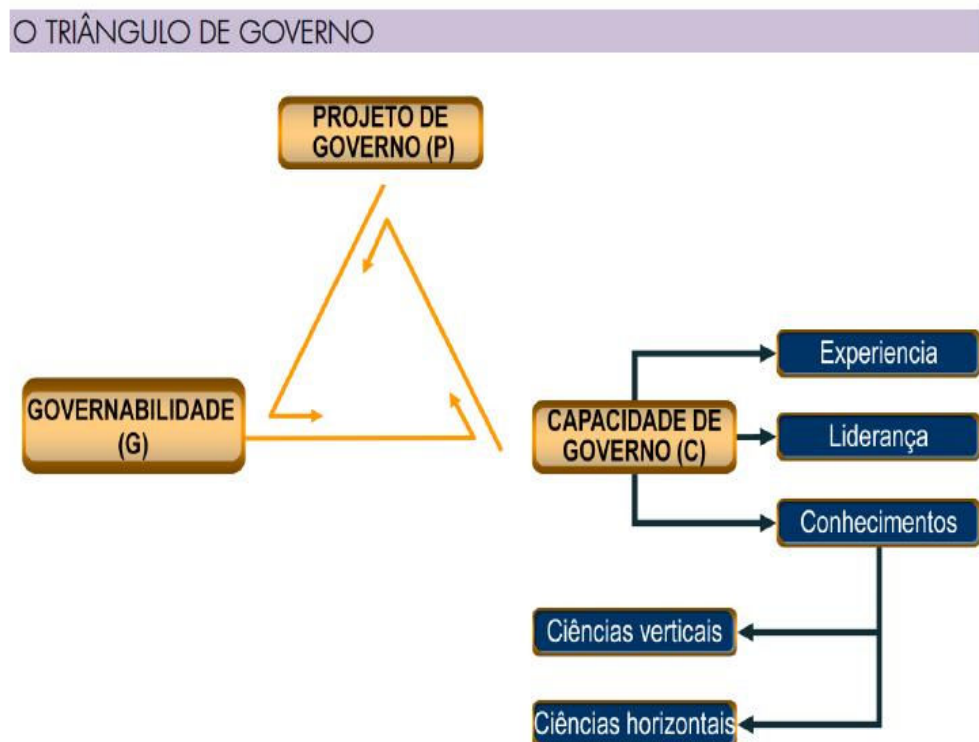
O Planejamento Estratégico em Saúde (PES) surge em meados da década de 70, como a tentativa de reconhecimento da complexidade ao introduzir as ideias da superioridade do político sobre o econômico e da diversidade de atores-sujeitos do mesmo ato de planejar. A questão da viabilidade política passa a ocupar um papel central e a definição de propostas/compromissos de ação a depender de uma articulação que se abre a uma perspectiva policêntrica de análise. (RIVERA e ARTMANN, 1999).

Segundo Rivera e Artmann (1999), um ator com conhecimento do problema e capacidade de raciocínio estratégico com certeza enfrentará melhor um problema do que alguém com baixo conhecimento da realidade e apenas conhecimento de método, por melhor que este seja.

O início da gestão pública se caracteriza por um período de grande expectativa, em que o governante apresenta as suas propostas de governo. Não se pode esquecer que a euforia inicial da conquista alcançada nas urnas pode transformar-se em desilusão, na medida em que o período de gestão transcorre com celeridade, sem que o gestor consiga transformar os votos obtidos em resultados efetivos. Daí a importância do plano e do processo de planejamento, o governo precisa estabelecer um plano para criar foco e direcionamento. O ponto fundamental é que o plano se constitui em um elo entre a política e a gestão, na medida em que explicita objetivos, recursos, competências e, de modo particular, os agentes e os mecanismos de articulação entre eles e as políticas propostas pelo plano. Essa é a ideia básica do Planejamento Estratégico Situacional – PES, pois, como afirma o

autor, um plano é o instrumento teórico com metodologia prática, que busca tratar dos problemas de transformação social e deve ser aplicado de forma sistemática e com rigor no acompanhamento das ações pré-definidas, além de considerar os agentes que atuam por vezes em cooperação ou em conflito (MATUS, 1996).

O ambiente do gestor público é sintetizado por Matus através dos três vértices de um triângulo, conforme a Figura 1.



No triângulo de governo o primeiro vértice é o Projeto de Governo ou Plano, que expressa a direção que pretende imprimir à administração. O segundo vértice é a Capacidade de Governo, determinada pela competência técnica e recursos financeiros. O último vértice é a Governabilidade, que demonstra o potencial de articulação com os agentes envolvidos nos âmbitos interno e externo.

Os problemas de governo cruzam horizontalmente todas as especialidades. Não só no sentido temático já tradicional da interdisciplinaridade, pelo qual os problemas de saúde são, ao mesmo tempo, problemas políticos, econômicos, organizativos, jurídicos, etc. Isto é evidente e bem conhecido.

Segundo publicação do site *Stratégia Consultores* em que se afirma que os líderes políticos têm uma perícia mutilada e também são propensos ao imediatismo, à micropolítica, e a um excesso de confiança na arte, com menosprezo dos métodos de governo. A atração da prática política é tão forte que até os políticos com boa formação acadêmica e bom nível intelectual caem nas mesmas deficiências. São pessoas inteligentes que superaram um processo de seleção muito duro. Alcançam experiência, têm ou desenvolvem capacidade de liderança, mas possuem uma formação intelectual departamentalizada. São advogados, economistas, engenheiros, sociólogos, médicos, e outros profissionais especializados em alguma disciplina vertical. Não sabem de métodos de governo. Não podem aprender, porque não sabem que não sabem. Mas, a prática política ignora esta carência, porque assume que sabem do que não sabem. Depois de tudo, é sua especialidade.

Tudo isso nos faz pensar o quão importante é o papel do bacharel em Saúde Coletiva, pois em sua formação outro ponto de destaque é a percepção política do contexto que envolve a Saúde Pública, algo tão delicado que dificilmente um profissional sem estas habilidades irá levar adiante suas propostas e argumentações.

Segundo Paim (2003), a gestão em saúde pode ser reconhecida como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde. Nessa perspectiva, a noção de gestão se aproxima da proposta de *administração estratégica* (OPS/OMS, 1992), na qual podem ser valorizados os componentes vinculados à distribuição dos diferentes tipos de poder em saúde e à construção de viabilidade das intervenções desenhadas.

Os parágrafos acima nos ajudam a visualizar a real importância da formação do sanitarista no âmbito estratégico, conforme descrição de Matus (1996) em sua explanação sobre o tema. Consideramos ser o profissional sanitarista um sujeito que tem papel fundamental neste programa denominado “Melhor em Casa”, pois além

das atribuições já descritas quanto sua capacidade laboral, o componente estratégico é primordial, principalmente na alçada dos serviços públicos de saúde.

Partindo da esfera financeira, expomos o segundo ponto da justificativa de inserção do sanitário nessa perspectiva, apresentando a título de informação complementar uma prévia de estimativa de custo de um paciente no leito no Hospital Regional de Ceilândia (HRC), onde o leito custa por volta de R\$ 850,00 e o atendimento domiciliar R\$ 22,00. Estes dados são de um levantamento realizado no ano de 2011 pela gerência da unidade e foram informados pelo próprio administrador do hospital, o que vem demonstrar e reforçar a grande viabilidade econômica dos serviços de atendimento domiciliar na região.

4 RESULTADOS: UM NOVO ESPAÇO PARA O SANITARISTA

Em primeiro lugar, já é realidade a importância dos serviços de Home Care em nível internacional e nacional, principalmente no que tange dois aspectos: o econômico e a qualidade de vida que proporciona ao usuário. O primeiro, segundo os diversos estudos sobre o tema, aponta uma viabilidade financeira favorável, representando grande economia aos serviços de saúde que o disponibiliza. O segundo, é consenso entre os atores envolvidos no segmento da saúde que o atendimento em casa contribui significativamente para a recuperação dos pacientes. Logo, um profissional de saúde como o sanitarista não pode se abster de considerar essa possibilidade de atuação e inserção no mercado de trabalho, sobretudo quando o governo brasileiro decide adotar por meio de programa essa modalidade de atendimento.

Em segundo lugar, conclui-se que diante do conceito de equipe de Luecke (2010), a equipe multidisciplinar que compõe os serviços de Home Care está equivocada, pois concentra de forma total o poder da tomada de decisão ao profissional médico, caracterizando-a, assim, como um grupo de trabalho.

Diante de todas as argumentações apresentadas neste trabalho, é possível agrupar elementos que comprovem e venham fortalecer a afirmativa de que o profissional de Saúde Coletiva, quando inserido nos serviços de Home Care, tem como principal função a coordenação. Somente um profissional dotado com as características e elementos da formação do sanitarista será capaz de desenvolver as habilidades necessárias para tratar de processos de trabalho e superar dificuldades interpessoais que uma equipe de trabalho possa apresentar.

Podemos afirmar também que a atuação do profissional de Saúde Coletiva na coordenação da equipe multidisciplinar possibilitará a dedicação integral de seus componentes para o cuidado do usuário, mas principalmente de dois profissionais que atualmente exercem grande parte das atribuições de trabalho dentro da equipe multidisciplinar, a saber: o médico e o enfermeiro. Com a atuação do sanitarista na equipe, esses profissionais estarão livres para exercer as prerrogativas de suas profissões, ou seja, o atendimento clínico do paciente, tornando a equipe mais

vigilante, eficiente e eficaz, quando do seu propósito principal que é a manutenção e reabilitação da saúde do paciente. É importante lembrar que a atribuição de coordenação da equipe por parte do profissional médico está respaldada em normativa, o que nos leva a sugerir também sua revisão, pois, à época de sua vigência no ano de 2003, ainda não existia a graduação em Saúde Coletiva, portanto, seria impossível promover este questionamento à luz deste novo profissional, que tem como marco inicial o ano de formação de sua primeira turma em meados do ano de 2012.

Por fim, a nova graduação em Saúde Coletiva, fruto da luta e dos anseios da Reforma Sanitária Brasileira e da real necessidade dos serviços de saúde do país, vem apresentar um profissional generalista, capaz de transitar pelas diversas áreas do conhecimento de modo a se completarem para oferecer o atendimento em saúde. Esse é ao nosso entendimento, o grande diferencial do graduado em Saúde Coletiva, ao qual desejamos muito sucesso nesta empreitada, e, seguindo os propósitos dos idealizadores dessa nova graduação, que possam assim honrá-los, mas, acima de tudo, honrar e respeitar a população deste país, que nele deposita total confiança para manutenção de um direito fundamental do cidadão, a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO. *Sobre a ABRASCO*. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/sobre/>>. Acesso em: 22 out. 2011.
- AMARAL, Nilcéia Noli, et al. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. *Revista Neurociências*, São Paulo, v. 9, n. 3, 119-117, 2001.
- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. 1975. 267p. Dissertação (Tese de Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas – SP, 1975.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: *Informação e documentação: referências: elaboração*. Rio de Janeiro, 2002a.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6024: *Informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento escrito: apresentação*. Rio de Janeiro, 2003c.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6027: *Informação e documentação: sumário: apresentação*. Rio de Janeiro, 2003d.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6029: *Informação e documentação: livros e folhetos: apresentação*. Rio de Janeiro, 2006a.
- BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PAIM, Jairnilson Silva. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2029-2038, 2010.
- BRASIL, Conselho Federal de Nutricionistas, Conselho Regional Nutricionistas 3ª Região. Define as atribuições e procedimentos que deverão nortear a atuação técnica e ética do nutricionista na área de nutrição clínica em nível domiciliar Home Care. Portaria n. 0112, de 12 de dezembro de 2000. Disponível em: <http://www.crn3.org.br/legislacao/doc/portaria_crn3_0112_2000.pdf>. Acesso em: out. 2011.
- BRASIL, Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Diário oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 Abr. 2002. Seção 1. p. 1. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=16/04/2002&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=176>>. Acesso em: 19 ago. 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Portaria n. 2.416, de 23 de março de 1998. *Diário oficial [da] República*

Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 Mar. 1998. Seção 1. p. 106. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=26/03/1998&jornal=1&pagina=130&totalArquivos=168>>. Acesso em: 19 ago. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos. Portaria n. 2.529, de 23 de novembro de 2004. *Diário oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 Maio. 2005. Seção 1. p. 34. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/republica_snh.pdf>. Acesso em: out. 2011.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 267/2001, de 05 de outubro de 2001. Aprova atividades de Enfermagem em Domicílio Home Care. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4304>>. Acesso em: 19 ago. 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.668/2003, de 7 de maio de 2003. Dispõe sobre normas técnicas necessárias à Assistência Domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de Assistência. *Diário oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 Jun. 2003. Seção 1. p. 84. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=84&data=03/06/2003>>. Acesso em: 19 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 11/2006, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. *Diário oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 Jan. 2006. Seção 1. p. 78. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=78&data=30/01/2006>>. Acesso em: 19 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução. n. 7/2007, de 02 de fevereiro de 2007. Dispõe Prorroga, até 31 de dezembro de 2007, o prazo previsto no item "11. Disposições Transitórias" da Resolução - RDC nº. 11, de 26 de janeiro de 2006, para que os Serviços que prestam Atenção Domiciliar - SAD atendam o disposto no item 4.3 do mesmo Regulamento Técnico, referente a inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20RDC%20n%C2%BA%207,%20de%2002jul07.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2012.

CEBES. *Saúde em Debate*. Disponível em: <[http://www.cebes.org.br/saude Debate.asp?idSubCategoria=16](http://www.cebes.org.br/saude%20Debate.asp?idSubCategoria=16)>. Acesso em: 28 out. 2011.

COHN, Amélia. Caminhos da Reforma Sanitária. *Lua Nova: revista de Cultura e Política*, São Paulo, n. 19, p. 123-140, 1989. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n19/a09n19.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2012.

CONASEMS. Governo lança os programas “Melhor em Casa” e “SOS Emergências”. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/ultimas-noticias/2133-governo-lanca-os-programas-qmelhor-em-casaq-e-qsos-emergencias>>. Acesso em: 20 out. 2011.

DIAS, Emerson de Paulo. Conceitos de Gestão e Administração: uma revisão crítica. *Revista Eletrônica de Administração* – FACEF, v. 1, jul./dez, 2002. Disponível em: <http://www.facef.br/REA/edicao01/ed01_art01.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

ELIAS, Paulo Eduardo. Análises Sobre a Reforma Sanitária e Concepções Políticas Subjacentes: a Visão Autoritária do Ideário Progressista. *Saúde e Sociedade*, v. 2, n. 1, p. 59-73, 1993.

ELIAS, Paulo Eduardo. Graduação em Saúde Coletiva: notas para reflexões. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v. 7, n. 13, p.167-170, Ago. 2003.

FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, São Paulo, v. 12, n. 5, p. 721-726, Out. 2004.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. A Formação do Profissional em Saúde Coletiva: Dilemas e Desafios. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 4, n. 1/2, p. 147-152, 1995.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FRANÇA, Junia Lessa; VASCONCELLOS, Ana Cristina. *Manual para normalização de publicações técnico-científicas*. 8. ed. rev. Belo Horizonte: UFMG, 2009. 258 p.

H-CARE. *O mercado de Home Care*. Disponível em: Disponível em: <<http://homecareassistenciadomiciliar.blogspot.com.br/2010/05/o-mercado-home-care.html>>. Acesso em: 13 out. 2011.

HUMANA SAÚDE. *Home Care ganha espaço no mercado*. Disponível em: <http://www.humanasaude.com.br/novo/materias/2/home-care-ganha-espao-no-mercado_440.html>. Acesso em: 14 out. 2011.

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA UFBA. *Descrição do curso*. Disponível em: <<http://www.isc.ufba.br/graduacao.php?externa=2>>. Acesso em: 27 out. 2011.

KOIFMAN, Lilian; GOMES, Lina Nunes. A Graduação em Saúde Coletiva: um debate ou uma realidade? *Revista brasileira de educação médica*, v. 32, n. 4, p. 417-418, 2008.

LACERDA, Maria Ribeiro et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, maio-ago. 2006.

LUECKE, Richard. *Criando equipes*. Tradução de Ryta Magalhães Vinagre. Rio de Janeiro: Record, 2010. 210 p.

MATUS, Carlos. *Política, Planejamento e Governo*. 2. ed. Brasília: IPEA, 1996. 591 p. (Série IPEA, 143).

MERHY, Emerson E.; QUEIROZ, Marcos S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-184, Abr/Jun. 1993.

MONITOR DE SAÚDE. *A saúde em Casa e os planos de saúde*. Disponível em: <<http://monitordesauade.blogspot.com.br/2010/01/saude-em-casa-e-os-planos-de-saude.html>>. Acesso em: 19 out. 2011.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

OPS/OMS 1992. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la administración estratégica*. Washington, D.C. 160p.

PAIM, Jairnilson Silva. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

PAIM, Jairnilson Silva. *O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional?* Salvador: ISC/UFBA, 2002. 14 p.

PORTAL DA SAÚDE. *MS habilita mais 57 equipes de atenção domiciliar*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/6303/162/ms-habilita-mais-57-equipes-de-atencao-domiciliar.html>>. Acesso em: 20 out. 2011.

PORTAL HOME CARE. *Processo e Critérios de Inclusão do Paciente no Regime de Home Care*. Disponível em: <<http://www.portalhomecare.com.br/empreendedor-gestor/diretivas-operacionais-do-home-care/410-processo-e-criterios-de-inclusao-do-paciente-no-regime-de-home-care>>. Acesso em: 11 out. 2011.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.

SAÚDE WEB. *Rede pública de campo grande terá Home Care pelo SUS*. Disponível em: <<http://saudeweb.com.br/15096/rede-publica-de-campo-grande-tera-home-care-pelo-sus/>>. Acesso em: 26 out. 2011.

SERVIÇO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. *Home care ganha espaço no mercado*. Disponível em: <http://www.sebrae-sc.com.br/novos_destaque/opportunidade/default.asp?materia=10154>. Acesso em: 15 out. 2011.

SIGPROJ. *Des-hospitalização e Prevenção de Re-Hospitalização no Hospital Regional de Ceilândia (Cópia) 08-02-2011 (Cópia) 04-04-2011*. Disponível em:

<http://sigproj1.mec.gov.br/apoiados.php?projeto_id=78788>. Acesso em: 23 out. 2011.

SILVA, Kênia Lara et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 391-397, 2005.

STRATEGIACONSULTORES. *Triângulo de governo*. Disponível em: <<http://www.strategiaconsultores.com.br/arquivos/file/O%20Tri%C3%83%C2%A2ngulo%20de%20Governo.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2012.

TAVOLARI, Carlos Eduardo Lodovici; FERNANDES, Fernando; MEDINA, Patrícia. O desenvolvimento do “Home HealthCare” no Brasil. *Revista de Administração em Saúde*, v. 3, n. 9, p. 15-18, Out./Dez. 2000.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva. Conjuntura atual e perspectivas da formação de recursos humanos para o SUS. Seminário nacional da rede unida, 2002, Londrina, Nov. 2002. p. 15.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v. 7, n. 13, p. 163-166, Ago. 2003.

UFBA/ISC. *Graduação em Saúde Coletiva: pertinência e possibilidades*. I Seminário e Oficina de Trabalho. Relatório final. Out. 2002. p. 12.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. *Projeto Político-Pedagógico*. Disponível em: <<http://fce.unb.br/images/PDF/projeto-gestao.PDF>>. Acesso em: 15 out. 2011.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 1565-1577, 2009.

WISE GRUPO. *Hospital em casa*. Disponível em: <<http://www.wisegrupo.com.br/wise10.qps/Ref/PAIA-6HX6YL>>. Acesso em: 16 out. 2011.