



**SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR:** Um estudo com os profissionais da saúde sobre a garantia da integralidade das ações no serviço de saúde à pessoa idosa

**HOME HEALTH CARE SERVICE:** A study with health professionals about ensuring the integrity of actions in the health service for the elderly

**Michelli Barbosa do Nascimento**

**Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira**

### **RESUMO**

Esta pesquisa analisa o relato de experiência dos profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) sobre a efetivação da integralidade das ações no serviço de saúde à pessoa idosa. O estudo é qualitativo, descritivo, com ênfase na técnica de Análise do Discurso. E os *corpora* foram analisados através de matrizes da teoria social crítica. A coleta dos dados se deu através de entrevistas em profundidade com 05 (cinco) profissionais do serviço. Pode-se destacar, a partir da análise dos dados, que a abrangência e amplitude de concepções atribuídas à integralidade caracterizam a sua relevância na operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Observa-se, no entanto, que a sua efetivação, em qualquer dos sentidos atribuídos, constitui um verdadeiro desafio para o Sistema e para os próprios profissionais envolvidos nos serviços.

**Palavras-chave:** Assistência domiciliar. Integralidade e idosos.

### **ABSTRACT**

This research analyzes the report of the experience of the professionals of the Home Care Service (SAD) about the effectiveness of the integrality of the actions in the health service for the elderly person. The study is qualitative, descriptive, with emphasis on the Discourse Analysis technique. And the corpora were analyzed through matrices of critical social theory. The data was collected through in-depth interviews with 05 (five) service professionals. It can be emphasized, from the data analysis, that the comprehensiveness and breadth of conceptions attributed to integrality characterize their relevance in the operationalization of the Unified Health System (SUS). However, it is observed that its implementation, in any given sense, constitutes a real challenge for the System and for the professionals involved in the services themselves.

**Keywords:** Home care. Integrality and the elderly.

## **1 INTRODUÇÃO**

Uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população. De acordo com projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações) uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se por volta de



2050 um crescimento para 1 em cada 5, proporcionando maior número de idosos que crianças menores de 15 anos. Em 2012, 810 milhões de pessoas têm 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance 1 bilhão em menos de dez anos e que duplique em 2050, alcançando 2 bilhões de pessoas ou 22% da população global (BRASIL, 2012).

Neste sentido, sugere-se a discussão urgente entre gestores e formuladores de políticas acerca do panorama dessa transição e das políticas públicas de atenção ao idoso. Desde 2011, o Ministério da Saúde, vem fomentando a expansão e consolidação da atenção domiciliar, como modalidade de assistência à saúde "humanizadora" e estratégica à redução da demanda por leitos hospitalares e cuidados de natureza ambulatorial. Analisando o novo Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, considera-se que suas propostas pretendem: maximizar os resultados sem aumentar o financiamento da Política de Saúde; responsabilizar a família e a comunidade como atores do cuidado em saúde e considerar o domicílio um "ponto de cuidado" da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Por outro lado, o Programa Nacional de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde<sup>1</sup>, denominado "Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar" propõe uma série de medidas que refuncionalizam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a tendência observada por Soares (2010) de adoção de perspectivas abordagens de saúde contrárias ao Projeto de Reforma Sanitária (BRAVO, 2010), sendo observado um aumento de responsabilidade à família e à comunidade. Essas questões evidenciam a natureza contraditória desse Programa, pois embora ela possa fomentar a humanização e a desinstitucionalização do cuidado, ele também pode ser instrumento da contrarreforma na saúde para a contenção de gastos e repasse de responsabilidades do Estado para as famílias.

Este artigo é resultado da dissertação de mestrado da autora em questão, na qual trata da integralidade das ações em saúde no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) direcionado a pessoas idosas. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar o relato de experiência dos profissionais sobre a efetivação da integralidade das ações no serviço de saúde à pessoa idosa. Para tanto, propôs-se: (i) Descrever o perfil dos profissionais do SAD; (ii) verificar a concepção desses profissionais acerca do conceito de integralidade; (iii) refletir a avaliação dos profissionais no que diz respeito ao serviço citado.

---

<sup>1</sup> O Programa "Melhor em Casa" foi criado em 2011 e está situado na Secretaria de Atenção à Saúde/Coordenação Geral de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde.



A proposta do trabalho consistiu em ampliar os conhecimentos sobre a realidade dos trabalhadores da saúde junto ao segmento idoso assistido pelo SAD, levando em consideração elementos concretos das vivências profissionais. É um estudo qualitativo, descritivo, com ênfase na técnica de Análise do Discurso. Para tal, foi realizado um levantamento bibliográfico em torno da literatura especializada sobre a temática. Como também, foram realizadas entrevistas em profundidade com 05 (cinco) profissionais do serviço, sendo elaborado um roteiro de entrevista submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Aprovado pelo CEP, os corpora foram analisados através de matrizes da teoria social crítica.

Vale destacar que o Programa Melhor em Casa, materializado pelo Serviço de Atenção Domiciliar, surge como uma resposta, uma estratégia de contenção de demanda, fundamental para reduzir o pleito por serviços hospitalares e de fomento à constituição de parcerias entre o sistema de saúde, famílias e comunidades, minimizando a responsabilidade do Estado no que diz respeito a provisão de cuidados em saúde. Um Programa Federal característico de uma contrarreforma do Estado, que expressa novas determinações e demandas ao conjunto dos trabalhadores da saúde. Torna-se um espaço não de afirmação dos direitos dos idosos à saúde integral e humanizada, mas de resposta à necessidade do Estado.

## **2 ENVELHECIMENTO E A EMERGÊNCIA DO PROGRAMA MELHOR EM CASA**

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. No Brasil, esta realidade se confirma, pois, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da população brasileira, de 190.732.694 habitantes, os indivíduos a partir de 60 anos são aproximadamente 20.590.599 milhões, o que corresponde a 10,8% da população.

Em decorrência do aumento expressivo dessa população, observa-se também no cenário nacional a tendência ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis, ocasionado pelas transições demográfica e epidemiológica. Estes processos sociais resultam no incremento do número expressivo de pessoas idosas, grupo social e etário que se tornará majoritário em alguns países durante este século. Embora seja algo comumente esquecido, o aumento da longevidade em escala global é um dos resultados da luta das classes trabalhadoras por direitos sociais como o direito à saúde, mesmo que estes tenham sido materializados, via Estado, em sistemas restritivos ou básicos, eles impactaram



expressivamente na dinâmica do processo saúde-doença entre as classes trabalhadoras (FRASER, 2009).

A crescente demanda por serviços de saúde que contemplem as singularidades do envelhecimento contrasta com um cenário de reestruturação produtiva, em que as reservas de força de trabalho que antes, ao menos em tese, poderiam ser poupadas do processo de extração de mais valia: crianças, idosos, pessoas com patologias e condições incapacitantes para a exploração que se opera no mundo do trabalho. Estas são amplamente solicitadas pelo processo de produção capitalista, obviamente as tentativas de retorno destes sujeitos às forças produtivas são viabilizados por um Estado que embora apareça como um “sistema político acima das classes e comprometido com os todos os cidadãos”, no sentido mais abstrato e a-histórico do termo cidadania, tem como finalidade última assegurar as condições ideais ao processo de acumulação capitalista e às ideologias que o legitimam (HIRSCH, 2010).

Apesar dos avanços obtidos com a formulação do SUS nas esferas das políticas públicas de saúde na década seguinte, 1990, a hegemonia das ideologias neoliberais questionou a materialização do Projeto de Reforma Sanitária (BRAVO, 2007, 2008). Esta tendência de negação do conteúdo reformador-progressista é aprofundada nos anos 2000 (BRAVO, 2010).

Segundo Soares (2010), a racionalidade hegemônica no SUS, nos anos 2000, expressa os princípios do “Projeto privatista” e “SUS possível” e tem fundamentos que reatualizam velhos conteúdos da racionalidade instrumental do Estado burguês. Os problemas e contradições do SUS são atribuídos às questões de âmbito administrativo/gerencial e de gestão, daí surgindo todo o discurso justificador das parcerias público-privadas para gerir a saúde, criando as possibilidades concretas do usufruto direto do fundo público pela lógica privada.

Na direção social oposta à da autora e ao Projeto do SUS da Reforma Sanitária, autores como Mello (2011) vêm defendendo as chamadas inovações gerenciais e operacionais do SUS. Para ele, na Política de Saúde estão em curso substantivas inovações<sup>2</sup> que têm como marco não só o cenário da reforma do Estado, a redução de suas funções e o controle do gasto público, como também fatores internos, potencializados pela dinâmica do setor saúde e decorrentes da implementação do SUS. Segundo ele, o aprofundamento da descentralização em direção à municipalização da saúde, particularmente intenso a partir de 1996, potencializou inúmeras inovações no tocante ao incremento da eficácia e eficiência da gestão

---

<sup>2</sup> Sobre a natureza burguesa dessas “inovações” no SUS, ver Soares (2010).



do SUS, e à alocação de recursos, produzindo impactos diversificados, seja nas condições de acesso aos diversos níveis de atenção à saúde, seja no desenho de novas modalidades de interseção entre o público e o privado, as parcerias público-privadas, seja ainda no padrão de relacionamento Estado/sociedade a partir do estabelecimento de mecanismos de controle social (MELLO, 2011).

Dessa forma, o autor supracitado afirma as perspectivas atualmente hegemônicas no SUS: a tecnicista, gerencial e pragmática, ao não problematizarem que sujeitos sociais estão fomentando essas “inovações” e essa “dinâmica interna” da Política de Saúde, as parcerias público-privadas e a despolitização das instâncias de controle social, que acompanham a implantação dessas novas modalidades de gestão (SOARES, 2010; BRAVO, 2010). Não sem contradições e dissensos, estas novas experiências de inovação em gestão e cuidado no SUS vêm se fundamentando, em sua maioria, na racionalidade instrumental, utilitarista e na razão fenomênica, infirmando, dessa forma, a análise e intervenção sobre os principais determinantes do adoecimento, entre as classes que vivem do trabalho.

No Brasil, tais “inovações” nos modos de organizar a atenção à saúde vêm sendo consideradas indispensáveis à materialização do SUS por dois motivos: em primeiro lugar, pela necessidade de qualificar o cuidado por meio das denominadas “inovações produtoras de integralidade da atenção”. Entre elas, se destacam: a assistência domiciliar, a diversificação das tecnologias de saúde e a articulação da prática dos diferentes profissionais e esferas da assistência em saúde.

Em segundo lugar, pela necessidade de adotar modos mais eficientes eficazes e efetivos de utilizar os recursos destinados à política de saúde, considerando que o modelo hegemônico de atenção à saúde — centrado em procedimentos e não na promoção da saúde — implica investimentos crescentes, particularmente em função do envelhecimento da população, da transição epidemiológica e, sobretudo, da incorporação tecnológica orientada pela lógica do mercado, não sendo capaz e nem direcionada para responder às necessidades de saúde da população e nem de interferir nas determinações mais gerais do processo saúde-doença (NASCIMENTO, 2012). É necessário apontar que nessa busca por eficiência, eficácia e produtivismo, o SUS assume como modelo a racionalidade das organizações do mercado, o mesmo que resultou no desastre neoliberal (BRAVO, 2010; HARVEY, 2005, 2008).

Dentro desse contexto, iniciado nos anos 2000, a atenção à saúde vem abrangendo dois modelos: o hospitalar e o domiciliar, sendo este último denominado pelo Ministério da Saúde de atenção domiciliar à saúde. Esta modalidade de atenção à saúde tem sido amplamente difundida no mundo e tem como pontos fundamentais o usuário, a família, o



contexto domiciliar, a comunidade, o cuidador – que não é um profissional de saúde – e a equipe multiprofissional (NASCIMENTO, 2012).

A crescente importância da atenção domiciliar expressa a centralidade da família e da comunidade como sujeitos e objetos do cuidado em saúde. Essa tendência foi observada por Regina Miotto (2010) e denominada de “familismo na política social”. No caso do modelo de atenção domiciliar proposto pelo Ministério da Saúde, a partir de 2011, e em implantação em todo o país, o cuidador e/ou a família são responsabilizados pela quase totalidade dos cuidados de saúde que tradicionalmente seriam realizados em hospitais e unidades ambulatoriais. Os discursos da “humanização” e do “empoderamento” individual e familiar são mobilizados nos documentos técnicos do “Programa Melhor em Casa”, para legitimar um modelo de atenção à saúde que parece ser estratégico ao processo que Soares (2010) chamou de “contenção de demanda” por leitos e por cuidado profissional no SUS.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 2. 527 de 27 de outubro de 2011, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS, representada pelo Programa Melhor em Casa, a atenção domiciliar constitui uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação prestadas em domicílio, devendo ser implantado em todos os municípios com população igual ou superior a 40 mil habitantes, e em municipalidades com porte populacional inferior, quando as mesmas forem referências regionais em serviços de saúde.

A família e a comunidade também assumem proeminência no Programa Melhor em Casa. Uma das principais singularidades deste Programa é considerar o domicílio como um “ponto de cuidado” da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a família e cuidadores, existentes no contexto comunitário como agentes, parceiros do Estado na provisão de cuidados (BRASIL, 2012).

Assim como as demais modalidades “inovadoras” de gestão de serviços e atenção do SUS, o “Melhor em Casa” não conta com espaços de controle social. A participação da família e do cuidador, que pode ser alguém da comunidade, é do tipo tutelada. Pois, segundo o Programa, os “sujeitos” (cuidadores, familiares e usuários) devem ser orientados sobre o funcionamento, critérios de inclusão e exclusão do Programa, formas de acompanhamento monitoramento, mas os mesmos não têm poder decisório sobre as formas de intervenção da equipe. Como afirma Hirsch (2010), as políticas sociais públicas sob a hegemonia neoliberal ocasionam um retorno do poder político, retirado das classes e movimentos populares, para as classes dominantes e para a tecnoburocracia do Estado, que em nome da “sagrada” cidadania



viabilizaria o melhor padrão de serviços. O esvaziamento dos espaços de poder popular sobre o Estado e a ressignificação da participação política são severas perdas para as classes subalternas, que desde a “restauração do poder de classe” realizada pelo neoliberalismo, têm assumido posicionamentos cada vez mais defensivos (HARVEY, 2005).

### 3 DESENHO E RESULTADOS DA ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

A Tabela 1 caracteriza os profissionais da saúde entrevistados que atuam no SAD, sendo estes quatro do sexo feminino e um do sexo masculino, com idade variando entre 31 a 57 anos. Sobre o estado civil dos profissionais, três afirmam estarem solteiros, um casado e um divorciado. Todos os profissionais informaram possuir pós-graduação. Dos profissionais entrevistados, dois são enfermeiros, uma assistente social, uma psicóloga e uma fisioterapeuta.

**Tabela 1 - Caracterização dos profissionais da saúde entrevistados. Recife, 2015.**

| <b>Identificação</b>  | <b>Sexo</b> | <b>Idade</b> | <b>Estado Civil</b> | <b>Profissão</b>  |
|-----------------------|-------------|--------------|---------------------|-------------------|
| <b>Profissional 1</b> | F           | 31           | Casada              | Enfermeira        |
| <b>Profissional 2</b> | F           | 31           | Divorciada          | Fisioterapeuta    |
| <b>Profissional 3</b> | F           | 57           | Solteira            | Psicóloga         |
| <b>Profissional 4</b> | F           | 37           | Solteira            | Assistente Social |
| <b>Profissional 5</b> | M           | 35           | Solteiro            | Enfermeiro        |

Fonte: Nascimento, 2016.

Todos os profissionais entrevistados informaram possuir conhecimento sobre as legislações e portarias do SAD. Quatro afirmam que as ações do SAD estão de acordo com as legislações e um afirma que as ações não estão de acordo. Três afirmam que não faltam ações a serem executadas no serviço, enquanto dois afirmam o contrário, como por exemplo: suporte de oxigênio, atendimento de emergência, suporte de ambulância para internação, dentre outros.

De acordo com as entrevistas, os profissionais afirmaram que apesar de identificarem que as ações do SAD estão de acordo com as legislações e portarias, tais ações ainda não são suficientes para suprir as demandas dos usuários idosos. Pontuaram a necessidade de mais profissionais; o aumento do número de visitas com um acompanhamento mais assíduo; uma



melhor infraestrutura; e, ambulância para remoção, como também atendimentos especializados (suporte de O2, emergência, exames, dentre outros).

Observa-se na tabela 2 que os entrevistados explanaram sobre o conceito de integralidade da atenção à saúde.

### **Tabela 2 – Trechos das Entrevistas**

---

*[...] Integralidade pra mim é dar qualidade de vida, dar o suporte, suprir as necessidades, é tratar o paciente como um ser humano, uma qualidade de vida realmente adequada, como ele precisa (PROFISSIONAL 1, 31 ANOS).*

---

*[...] Integralidade é atender a pessoa em todos os aspectos possíveis de uma forma geral. É está atenta as necessidades dessas pessoas para poder fazer encaminhamentos (PROFISSIONAL 3, 57 ANOS).*

---

*[...] Integralidade pra mim é atenção garantida em 100% e é uma coisa que não acontece. É as pessoas terem acesso ao bem necessário (PROFISSIONAL 2, 31 ANOS).*

---

*[...] Integralidade é o indivíduo está integrado no mesmo sistema. Está relacionado a rede de atenção (PROFISSIONAL 4, 37 ANOS).*

---

*[...]Eu associo essa integralidade a uma dificuldade nossa porque se nosso paciente precisar de urgência, nós não temos uma retaguarda, não temos um suporte (PROFISSIONAL 5, 35 ANOS).*

---

Fonte: Nascimento, 2016

Sendo assim, de acordo com as entrevistas realizadas com os profissionais da saúde do SAD, a maioria destes informaram não conhecer com profundidade acerca da integralidade, porém, todos eles explanaram de acordo com o que entendiam: dois dos profissionais definiu integralidade como rede de atenção integrada; um definiu como qualidade de vida; um abordou a temática como um atendimento ao idoso, envolvendo as diversas áreas de conhecimento e o identificando como singular; e, um definiu como um atendimento mais especializado, mais específico, necessitando de retaguarda. A partir dos conhecimentos gerados, três dos entrevistados informaram que o SAD exerce a integralidade junto aos assistidos.

Segundo Nascimento (2016), ao se consultar a literatura científica sobre este princípio, observa-se que a sua concepção é polissêmica, não havendo consenso entre os estudiosos. Encontram-se desde definições relacionadas à viabilização do acesso aos diferentes níveis de atenção, até a articulação dos diferentes serviços de saúde pautada no acolhimento e vínculo





entre usuários e equipes. Para qualquer dos sentidos atribuídos à integralidade, muitos são os fatores que interferem na sua efetivação.

Dentro dessa perspectiva, a abrangência e amplitude de concepções atribuídas à integralidade caracterizam a sua relevância na operacionalização do SUS. Observa-se, no entanto, que a sua efetivação, em qualquer dos sentidos atribuídos, constitui um verdadeiro desafio para o Sistema. É um princípio que possui vários sentidos, entre eles encontramos: a recusa dos médicos em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico; buscar reconhecer as necessidades, além das demandas explícitas. A integralidade, portanto, é entendida como, um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de complexidade do sistema.

#### **4 CONCLUSÃO**

O reconhecimento da saúde como um direito universal e integral esbarra no estágio de desenvolvimento insuficiente do Estado para sua garantia. Na lógica da "contenção de gastos", os direitos introduzidos pela Constituição estão entre os principais motivos para os desequilíbrios nas contas do governo. Defensores deste movimento propõem a redução do gasto em saúde e questionam a extensão da cobertura dos serviços (MENDES; MARQUES, 2009).

A população se depara, portanto, com uma conquista fracionada do direito à saúde, o risco da universalidade isenta de integralidade. Entretanto, para que se tenham profissionais atuantes neste campo, faz-se necessário repensar a sua formação e dinâmica de trabalho imposta pelo sistema capitalista. Associada a este aspecto, a dinâmica de trabalho pautada na lógica de mercado contribui significativamente para uma atuação profissional cada vez mais biologicista e fragmentada (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Outra dificuldade apresentada é a política de financiamento da atenção secundária pautada no pagamento individual de procedimentos, que leva a graves estrangulamentos na oferta de consultas especializadas e exames de média complexidade. O resultado desse panorama para os usuários do SUS, em especial àqueles em atendimento domiciliar, é enfrentar longos períodos de espera para acessar determinados serviços, o que impede o prosseguimento na condução do seu quadro clínico e descredibiliza todo o sistema de atenção. (MAGALHÃES JÚNIOR; OLIVEIRA, 2006).

Podemos identificar tal entrave na fala de um dos entrevistados:



[...] O paciente sempre precisa de um algo mais e a gente fica limitado. Muitas vezes o paciente chega da Unidade de Saúde sem um diagnóstico fechado. Aí o médico do SAD, solicita uma especialidade. Sabe lá Deus quando o paciente vai conseguir se consultar e fechar esse diagnóstico. Muitas vezes o paciente morre, ou passa do tempo de reabilitação e não consegue (PROFISSIONAL 4, 37 ANOS).

Sendo assim, a conquista do direito ao acesso universal, mas não integral, é um risco destacado por Barata, Tanaka e Mendes (2004). Eles identificam que, apesar do avanço no processo de descentralização, as condições de regionalização e hierarquização continuam insuficientes para contemplar os princípios da integralidade na assistência à saúde. A expansão desordenada dos serviços de saúde no Brasil reflete uma desintegração da assistência, demonstrando a fragilidade do princípio da integralidade e quanto o país pode estar distante "da verdadeira rede de saúde" referida pelos autores.

## **REFERÊNCIAS**

BARATA, L.R.B.; TANAKA, O.Y.; MENDES, J.D.V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Belo Horizonte, v.13, n.1, p.15-24, 2004.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Portaria nº 2.527**. Redefine a Assistência Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília DF, 27 de outubro de 2011.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Atenção Domiciliar: a segurança do hospital no conforto do seu lar**. Brasília DF, Abril de 2012.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2ª ed. São Paulo, Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. e PEREIRA, P.A.P. (orgs.) **Política Social e Democracia**. 4ª edição – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

\_\_\_\_\_. M. I. S.. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 102, p.5-21, 01 abr. 2010.

FRASER, Derek. **The Evolution of The British Welfare**. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2009.

HARVEY, David. **A produção capitalista do espaço**. 2ª Ed. São Paulo: Anna Blume, 2005.

\_\_\_\_\_. **O Neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2008.

HIRSCH, Joachim. **Teoria materialista do espaço: processos de transformação do sistema capitalista de Estados**. Rio de Janeiro: Revan, 2010.



**INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA** [homepage na internet]. Censo Demográfico [acesso:20/09/2015] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>

MENDES, A.; MARQUES, R.M. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro. In: **Encontro Nacional de Economia Política**, 2009, São Paulo. Anais. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

MAGALHÃES JÚNIOR, H.M.; OLIVEIRA, R.C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em BH. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. 2006. Rio Grande do Sul : Edusc,UFRS: IMS/UERJ.

MELLO, G. A. **Gestão do conhecimento e da inovação no setor público**. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec-cealag, 2011. p. 446-479.

MIOTO, R. A Família como Referência nas Políticas Públicas: dilemas e tendências. In: TRAD, Leny A.(Org.). **Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

NASCIMENTO, M. B. **Política de Saúde e Atendimento Domiciliar: um espaço multiprofissional na garantia de direitos**. Monografia de Especialização, Fafire, 2012.

\_\_\_\_\_. **IDOSOS ASSISTIDOS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR: integralidade das ações em saúde**. 2016. 81 f.: il.; tab.; 30 cm.

PUCCINI, P.T.; CECÍLIO L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1342-53, 2004

SOARES, R. C. S. Contrarreforma na Política de Saúde e Prática Profissional do Serviço Social nos Anos 2000. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). **As ideologias da contrarreforma e o serviço social**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.