



**Melhor em Casa**

A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO  
CONFORTO DO SEU LAR

**Caderno de Atenção**

**Domiciliar**

**Volume 1**

# CAPÍTULO 1

## 1. ATENÇÃO DOMICILIAR E O SUS

---

### 1.1. Introdução e Importância

Apesar dos avanços conquistados com o SUS, no que diz respeito ao acesso a ações e serviços de saúde, e da expressiva ampliação da atenção básica através da Estratégia de Saúde da Família, com o objetivo de reorientar a forma como vinha sendo produzida a saúde, podemos afirmar que o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital e no saber médico, é fragmentado, é biologicista e mecanicista.

A consequência deste modelo de atenção, o chamado modelo Médico Hegemônico Liberal ou modelo da Medicina Científica (SILVA JR., 2006), é a ineficiência, constatada nos crescentes custos gerados pela incorporação acrítica de tecnologias com uma contrapartida decrescente de resultados. A ineficácia diz respeito à incapacidade de enfrentar problemas de saúde gerados no processo de urbanização desenfreada e complexificação das sociedades, tais como as doenças crônico-degenerativas, psicossomáticas, neoplasias, a violência, dentre outras.

Dentre estas modificações, destaca-se a *transição epidemiológica*, definida como as modificações ocorridas nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população e que, normalmente, acontecem atreladas a outras transformações demográficas, sociais e econômicas (SCHRAMM *et al*, 2004).

A transição epidemiológica pode ser considerada componente de um processo mais amplo denominado *transição da saúde*, que pode ser dividido em dois aspectos: a *transição das condições de saúde* (mudanças na frequência, magnitude e distribuição das condições de saúde, expressas através das mortes, doenças e incapacidades) e a resposta social organizada a estas condições, representada pelos modelos de atenção à saúde (*transição da atenção sanitária*), determinada em grande medida pelo desenvolvimento social, econômico e tecnológico mais amplo (FRENK *et al.*, 1991 *apud* SCHRAMM *et al*, 2004).

Além disso, o aumento da expectativa de vida ao nascer (80 anos até o ano 2025) e melhoria nas condições de vida (saneamento, educação, moradia, saúde), além da queda nas taxas de natalidade (transição demográfica), muitas mudanças nas necessidades de saúde têm se dado, ampliando, conseqüentemente, os problemas sociais e os desafios no desenvolvimento de políticas públicas de saúde adequadas (MENDES, 2001).

As mudanças das sociedades, caracterizadas por uma transição epidemiológica e uma transição demográfica, apontam para uma necessária reformulação do modelo de atenção à saúde, de modo que seja possível, além de garantir o direito à saúde, lidar de forma mais adequada (eficiente e eficaz) com as necessidades de saúde resultantes deste cenário.

À medida que a população envelhece e há aumento da carga de doenças crônico-degenerativas, aumenta também o número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos. No entanto, com a predominância do modelo de atenção à saúde discutida neste tópico, a tendência é a medicalização da vida e do sofrimento (NOGUEIRA, 2003) e, com isso, da institucionalização destas pessoas, gerando hospitalizações, por vezes, desnecessárias. Da mesma forma, situações agudas, como infecções urinárias (por ex. pielonefrite), ou mesmo programadas, como o preparo pré-cirúrgico, têm provocado a ocupação de leitos hospitalares de forma desnecessária.

Em alguns escritos da literatura que discutem a atenção domiciliar (AD), o envelhecimento da população é descrito como um dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde no domicílio. Junto a ele o aumento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, acidentes automobilísticos e violências (causas externas) (MENDES, 2001).

Um dos eixos centrais da AD é a “desospitalização” - tanto na fase *pré* como na *pós hospitalar* – aumentando, conseqüentemente, a rotatividade de leitos, especialmente os de *clínica médica*. Desta forma, proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; minimiza intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; diminui os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, em especial, os idosos; oferece suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares; institui o papel do cuidador, que pode ser parente, vizinho, ou qualquer pessoa com vínculo emocional com o paciente e que se responsabilize pelo cuidado junto aos profissionais de saúde; e propõe autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital.

A AD possibilita, assim, a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto atendimento e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam (e se beneficiam) de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, acesso, acolhimento e humanização.

Assim, segundo a portaria 2.527, a AD constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde” (BRASIL, 2011).

O conceito de AD demarcado pela portaria 2.527 de outubro de 2011 (comentada a seguir) traz elementos muito importantes e, por isso, serão discutidos neste tópico:

- **Modalidade de atenção substitutiva ou complementar:** pode tanto substituir o cuidado prestado em outro ponto da rede de atenção à saúde, a exemplo do hospital, como complementar os cuidados iniciados em qualquer um dos pontos, a exemplo das unidades básicas de saúde e do próprio hospital. Assim, “a atenção domiciliar pode ser trabalhada como um dispositivo para a produção de desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde” (MEHRY & FEUERWERKER, 2008);

- **Ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde:** traz um escopo amplo de objetos e finalidades para as equipes que cuidam dos pacientes no domicílio, não focando somente na assistência, mas também em aspectos de prevenção, promoção e reabilitação, utilizando, para isso, estratégias para a educação em saúde e tendo como uma das finalidades o aumento no grau de autonomia do paciente, de seu cuidador e familiares;

- **Continuidade do cuidado:** a atenção domiciliar possibilita que não existam rupturas no cuidado prestado ao paciente, ao potencializar a construção de “pontes” entre os pontos de atenção e a pessoa, em seu próprio domicílio;

- **Integrada às redes de atenção à saúde:** a AD potencializa a transversalidade da atenção ao colocar o usuário e suas necessidades no centro, devendo estar integrada à rede de atenção à saúde; para isso, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) deve ter estabelecido e pactuado fluxos e protocolos com o conjunto dos pontos de atenção desta rede.

Ao estudar o programa de atenção domiciliar do município de Belo Horizonte, Silva KL *et al* (2010) afirma coexistirem, sem serem excludentes, duas vertentes que mobilizam o gestor na decisão político-institucional em relação à atenção domiciliar: uma racionalizadora, na qual a AD visa a redução de custos por meio da substituição ou abreviação da internação hospitalar; e uma que intenciona a reorientação do modelo technoassistencial, tendo a AD como espaço potente na criação de novas formas de cuidar (SILVA KL *et al*, 2010). Ressaltamos estas duas vertentes como centrais na organização dos SAD nos sistemas locais de saúde.

É importante explicitar, ainda, uma “tensão” ou “disputa” existente entre dois pólos, que também coexistem e se produzem mutuamente: o da “institucionalização” e o da “desinstitucionalização”. O primeiro marcado pela racionalidade técnica, e pelas tecnologias leve-duras e duras; e o segundo, no qual existe a produção compartilhada do cuidado e ampliação da autonomia do usuário e do cuidador/familiares, no qual predominam as tecnologias leves e leve-duras na produção do cuidado (MEHRY & FEUERWERKER, 2008).

Para concluir este tópico “Introdução e Importância da Atenção Domiciliar”, será discutida a segunda vertente citada acima: a AD como modalidade de cuidado potente para a produção de novas formas de cuidar.

A AD, por ser realizada no domicílio do paciente, expõe as equipes à realidade social na qual a família está inserida, à sua rotina, seus valores e às formas de cuidar instituídas no senso comum e na memória falada, passada de geração em geração.

Um dos diferenciais das equipes de atenção domiciliar com relação às demais equipes de saúde da rede de atenção é o fato de que constroem sua relação com o sujeito, que necessita de cuidados, no domicílio e não em um estabelecimento de saúde. Desta forma, “a potencialidade inovadora da atenção domiciliar se dá pela maior permeabilidade das equipes aos diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias e pela produção de um cuidado ampliado que não se restringe aos aspectos biológicos da doença” (SILVA KL *et al*, 2010).

Além disso, para garantir a integralidade e a resolutividade na atenção, a equipe de AD deve, necessariamente, articular-se com os outros pontos de atenção da rede e partilhar saberes, com vistas a produzir a “superação de um modelo de produção em saúde centrado em procedimentos e organizado na lógica médico-hegemônica para um trabalho modelado pelo reconhecimento da prática de outros profissionais de saúde” (SILVA KL *et al*, 2010).

#### Para saber mais:

- A atenção domiciliar como mudança no modelo technoassistencial  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100018)
- Atenção Domiciliar: medicalização e substitutividade  
[http://www.medicina.ufri.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao\\_e\\_substitutividade.pdf](http://www.medicina.ufri.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf)

## 1.2. Histórico da atenção domiciliar e Marco Normativo Brasileiro

O cuidado domiciliar a saúde é uma prática que remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social. Inúmeras situações de dependência cronicamente assumidas pelas famílias sequer foram, ainda, incluídas nas iniciativas de atenção domiciliar organizadas pelo sistema de saúde. O objeto “atenção domiciliar”, portanto, diz respeito apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares (MEHRY & FEUERWERKER, 2008).

Segundo relatos históricos, os cuidados em saúde realizados no domicílio já são descritos no Egito Antigo e também na Grécia (em relatos de Asképlios e Hipócrates) (BENJAMIM, 1993).

Na Europa, no final do século XVIII, antes do surgimento dos hospitais e dos ambulatorios, já se praticava a atenção no domicílio como modalidade de cuidado (SILVA KL *et al*, 2005)

Com o advento da medicina científica, no século XIX, iniciou-se o processo de transformação do sujeito em paciente, tendo o hospital como o local que contribuía para a neutralização das perturbações externas, de modo que a configuração ideal da doença aparecesse aos olhos do médico, no abismo que se instaurava entre eles. Assim, um dos destinos da manifestação do sofrimento, a partir do século 19, foi o hospital, que surgiu como um espaço de consolidação da identidade de doente, de assistência, segregação e exclusão (BRANT, L. C. & MINAYO, C. G., 2004).

Como uma imensa vitrine, a hospitalização deu visibilidade ao paciente reafirmando-o como doente na família, no trabalho e na comunidade. Uma vez internado, não havia dúvidas de sua condição de doente, mesmo quando não se tinha ainda um diagnóstico. A partir da instituição do hospital, a residência deixaria de ser o lugar onde o sofrimento se manifestava em sua forma possível. Assim, a família perdeu a autoridade sobre a maneira de cuidar do seu ente, que seria isolado e “olhado cientificamente” e se viu cada vez mais obrigada a solicitar atenção médica por se perceber impotente diante das manifestações do sofrimento que foram, imediatamente, representadas como sinais de doença (BRANT, L. C. & MINAYO, C. G., 2004).

Com a crise do modelo Médico Hegemônico Liberal e de novas necessidades decorrentes do envelhecimento populacional e da transição epidemiológica, as “demandas por melhor qualidade da atenção, por cuidados integrais e contínuos têm

fortalecido práticas anti-hegemônicas e na formulação de novas estratégias e mecanismos para o cuidado em saúde” (SILVA KL *et al*, 2010).

Desta forma, a atenção domiciliar surge com uma alternativa ao cuidado hospitalar, provocando a possibilidade de retomar o domicílio como um espaço para produção de cuidado e despontando como um “dispositivo para a produção de desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde” e trazendo um grande potencial de inovação (MEHRY & FEUERWERKER, 2008).

A atenção domiciliar como extensão do hospital surgiu, propriamente dita, em 1947 para “descongestionar” os hospitais. A partir de então, as experiências deste tipo multiplicaram-se na América do Norte e Europa (REHEM & TRAD, 2005).

No Brasil, a atenção no domicílio contou inicialmente com os Médicos de Família, os profissionais legais de medicina que atendiam seus abastados clientes em casa, proporcionando uma assistência humanizada e de qualidade. Aos menos favorecidos, cabia a filantropia, o curandeirismo e a medicina caseira (SAVASSI *et al*, 2006).

O Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), fundado em 1949 e vinculado ao Ministério do Trabalho, foi a primeira experiência de atendimento domiciliar brasileira organizada como um serviço. No entanto, a atenção domiciliar foi iniciada como uma atividade planejada pelo setor público com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), que funciona desde 1963 (REHEM & TRAD, 2005).

Segundo Silva KL *et al* (2010), “os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960 e têm se expandido no País com maior força a partir da década de 1990, fazendo com que haja necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Do ponto de vista normativo, tem-se a publicação da portaria nº 2.416 em 1998, que estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS.

Na década de 2000, no Brasil, existiam diversas experiências e projetos direcionados para a atenção no âmbito do domicílio, com variadas características e modelos de atenção, destacando-se, sob o aspecto normativo, o programa de Atenção Domiciliar Terapêutica para AIDS (ADT-AIDS) e o programa direcionado à atenção dos idosos, que contam com portarias específicas (CARVALHO, 2009).

No entanto, a maioria das experiências brasileiras em atenção domiciliar, nesta época, foram iniciativas das secretarias municipais de saúde ou de hospitais, nos três níveis de governo, e não contava com políticas de incentivo ou regulamentação de financiamento. Estas iniciativas possuíam lógicas diversas que iam desde a substituição aos cuidados hospitalares, até a humanização da atenção e formas de racionalização de recursos assistenciais (CARVALHO, 2009).

Em 2002, foi estabelecida a Lei nº 10.424 - de 15 de abril de 2002 - DOU de 16/04/2002. Esta lei acrescenta capítulo e artigo na Lei 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.

Ainda em 2002, em 16 de abril, foi publicada a portaria SAS/MS nº 249, estabelecendo a Assistência Domiciliar como uma modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (REHEM & TRAD, 2005).

Em 04 de setembro de 2001, foi instituída Portaria GM/MS nº 1.531 para propiciar, aos pacientes portadores de Distrofia Muscular Progressiva, o uso de ventilação mecânica não invasiva em domicílio, sob os cuidados de equipes específicas para tal, financiadas pelo SUS.

Como os beneficiados eram apenas os portadores desta patologia, em junho de 2008, através da Portaria GM/MS 1.370, regulamentada pela Portaria SAS/MS nº 370 de julho de 2008, o MS ampliou o rol das patologias elegíveis para cadastramento no programa, porém de forma ainda insuficiente para a demanda, pois persiste restrito a doenças neuromusculares (vide listagem completa na respectiva portaria SAS 370/2008) e excluindo causas frequentes de insuficiência respiratória permanente como trauma raqui-medular, por exemplo.

Em 2006, foi lançada a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC-ANVISA) n.11, datada de 26 de Janeiro de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar. A estruturação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) deve se dar com base às orientações desta resolução.

Em outubro de 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n.2.529, que institui, no âmbito do SUS, a Internação Domiciliar, como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de



cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim (BRASIL, 2006)

Apesar de ter se constituído como um avanço, no sentido em que retomou a discussão de forma mais ampla e ainda estabelecia o repasse federal fundo a fundo para custeio das equipes, a Portaria 2.529 foi revogada em agosto de 2011.

Entre 2006 e 2011, tivemos uma lacuna quando analisamos a regulamentação da atenção domiciliar em nível federal. Gestores e trabalhadores nos municípios e estados, com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) implantado ou não, aguardavam um posicionamento do Ministério da Saúde (MS) sobre a regulamentação da Port. 2.529 ou sua revogação. Assim, no início de 2011, foi retomado o tema da atenção domiciliar no MS através de um grupo de trabalho (GT) constituído pelo conjunto das áreas técnicas do MS (Coordenação Geral de Gestão Hospitalar – CGHOSP/DAE; Departamento de Atenção Básica; Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC; e a Área Técnica de Saúde do Idoso/DAPES) e por áreas técnicas de diversas experiências locais de atenção domiciliar, a exemplo da SMS de Campinas/SP, Betim/MG e Belo Horizonte/MG.

O GT aproveitou o acúmulo anterior, mas fez uma reflexão crítica acerca da portaria 2.529, com o objetivo de publicar nova portaria que se aproximasse mais das realidades e necessidades locais. Desta forma, foi publicada a Portaria n.2029, em agosto de 2011, que institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e revoga a Portaria 2.529 de 2006.

Em outubro, no entanto, foi revogada pela Portaria n.2.527, que redefine a Atenção Domiciliar e propõe mudança no texto da portaria citada, a exemplo da ampliação do recorte populacional dos municípios elegíveis para implantação das equipes de atenção domiciliar. Além disso, estabelece normas de cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), suas respectivas Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP) e habilitação dos estabelecimentos de saúde aos quais estarão vinculadas, regras de habilitação e valores de incentivo.

Esta portaria, que está vigente, avança em relação à anterior, na medida em que:

- Reconhece os cuidados domiciliares realizados pelas equipes de atenção básica (eSF), instituindo a modalidade AD1 em atenção domiciliar, que é aquela realizada pelas eSF e pelo NASF. Apesar da Lei nº 10.424 - de 15 de abril de 2002 já tivesse feito referência à AD como ações da saúde da família (REHEM & TRAD, 2005), esta questão passa a ser normatizada em portaria do MS;

- Retira o foco da **internação domiciliar**, característica da Portaria 2.529;

- Estabelece que a organização dos SAD deve ser realizada a partir de uma base territorial com uma população adscrita de 100 mil pessoas. Assim, qualquer usuário que venha a se beneficiar de atenção domiciliar, e que reside em certa área, terá uma equipe de atenção domiciliar de referência, não precisando estar, necessariamente, internado num hospital que possua serviço de internação domiciliar para se beneficiar desta modalidade de cuidado;

- Amplia o número de municípios elegíveis a proposta na medida em que, propõe o recorte populacional para àqueles que tenham população acima de 40.000 habitantes.

No dia 08 de novembro de 2011 a presidenta Dilma Rousseff e o ministro da saúde Alexandre Padilha lançaram o programa Melhor em Casa, representando um marco e um compromisso de que a atenção domiciliar é uma prioridade do governo federal.

No contexto do lançamento do Programa Melhor em Casa, foi publicada a Portaria Interministerial (Ministério da Saúde e o Ministério de Minas e Energia) n° 630 de 08 de novembro de 2011. Esta portaria institui o benefício Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE, na qual a unidade consumidora habitada por família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico, com renda mensal de até três salários mínimos, que tenha entre os seus membros portador de doença ou com deficiência cujo tratamento necessite de uso continuado de equipamentos, aparelhos ou instrumentos que demandem consumo de energia elétrica, terá redução ou até isenção de tarifa de energia elétrica baseada no consumo mensal dos equipamentos.

Em novembro de 2011 foi publicado o Manual de Instrução do Programa Melhor em Casa, com o intuito de elucidar algumas orientações específicas aos gestores de saúde que auxiliarão na elaboração do projeto e adesão ao programa.

Devemos considerar ainda que o Melhor em Casa (Atenção Domiciliar) é um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e deve estar estruturado nesta perspectiva, de acordo com a proposição da Portaria n.1600, de julho de 2011.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

---

BRANT, L. C. & MINAYO, C. G. **A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):213-223, 2004.

CARVALHO, Luis Claudio de. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar.** Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2009.

MERHY, E.E., FEUERWERKER, L.C.M. **Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade.** Artigo produzido para Seminário Nacional de divulgação dos resultados da pesquisa Implantação de Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS – Modelagem a partir das Experiências Correntes”. Disponível em: [http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao\\_e\\_substitutividade.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf). Acessado em 05/03/2012.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v7, n12, p.185-90, fev 2003;

REHEM, Tânia Cristina Morais Santa Bárbara e TRAD, Leny Alves Bomfim. **Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, suppl., pp. 231-242. ISSN 1413-8123.

SAVASSI, L.C.M, DIAS, M.F. Grupos de estudo em saúde da família. Módulo Visita domiciliar, 2006. Acessado em 07/04/12. Disponível em:

<http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm>.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no Campo da Saúde Coletiva.** 2º ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006;

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2004, vol.9, n.4, pp. 897-908. ISSN 1413-8123;

SILVA, Kênia Lara et al. **Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.44, n.1, pp. 166-176. ISSN 0034-8910. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100018)

SILVA, Kênia Lara et al. **Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.39, n.3, pp. 391-397. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24792.pdf>