

HOME CARE E A RESPONSABILIDADE ESTATAL NA PROTEÇÃO AO DIREITO À SAÚDE

Ricardo de Souza Pinto¹

Lais Colbek Ferreira²

RESUMO: Nos últimos anos, o setor de saúde no Brasil passou por transformações, impulsionadas por mudanças demográficas, avanços tecnológicos e a crescente demanda por serviços fora dos hospitais, como o atendimento domiciliar. O home care surge como uma alternativa eficiente, oferecendo cuidados médicos e de enfermagem no ambiente familiar. Este estudo investiga se o direito ao atendimento domiciliar é universal, quais são as (des)vantagens do home care e qual a responsabilidade do Estado em custear esse serviço. A pesquisa utilizou os métodos dedutivo e dialético, analisando o contexto histórico e jurídico do direito à saúde e o aumento das demandas judiciais sobre home care. A metodologia incluiu a pesquisa bibliográfica e estatística, e o procedimento monográfico, para entender o crescimento dessa modalidade de atendimento e os desafios relacionados à sua implementação. O estudo destaca a responsabilidade solidária dos entes federativos, conforme o Tema 793 do STF, que determina a obrigação do Estado em garantir o acesso universal à saúde. Embora o home care seja uma solução promissora para aliviar a sobrecarga hospitalar, enfrenta desafios na alocação de recursos públicos. A pesquisa contribui para o aprimoramento das políticas públicas de saúde e para a proteção dos direitos dos cidadãos.

Palavras-chave: Home care; Responsabilidade; Políticas Públicas.

ABSTRACT: In recent years, the healthcare sector in Brazil has undergone transformations, driven by demographic changes, technological advances and the growing demand for services outside hospitals, such as home care. Home care

¹ Acadêmico em Direito pela Universidade Regional do Alto Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) - Campus São Luiz Gonzaga. E-mail: ricardosouza0770@gmail.com

² Acadêmica em Direito pela Universidade Regional do Alto Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) - Campus São Luiz Gonzaga. E-mail: laiscolbekferreir@gmail.com

emerges as an efficient alternative, offering medical and nursing care in the family environment. This study investigates whether the right to home care is universal, what the (dis)advantages of home care are and what is the State's responsibility in funding this service. The research used deductive and dialectical methods, analyzing the historical and legal context of the right to health and the increase in legal demands on home care. The methodology included bibliographic and statistical research, and the monographic procedure, to understand the growth of this type of care and the challenges related to its implementation. The study highlights the joint responsibility of federative entities, in accordance with Theme 793 of the STF, which determines the State's obligation to guarantee universal access to health. Although home care is a promising solution to alleviate hospital overload, it faces challenges in the allocation of public resources. Research contributes to improving public health policies and protecting citizens' rights.

Keywords: Home care; Responsibility; Public Policies.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o setor de saúde tem experimentado profundas transformações, impulsionadas por mudanças demográficas, avanços tecnológicos e pela crescente demanda por serviços prestados em ambientes menos convencionais, como o domicílio do paciente. Nesse cenário, o atendimento domiciliar, ou *home care*, emerge como uma alternativa promissora e eficaz para a assistência à saúde, proporcionando cuidados médicos e de enfermagem no conforto do lar.

O atendimento domiciliar não se configura meramente como uma extensão dos serviços hospitalares, mas como uma abordagem inovadora que busca humanizar o tratamento, reduzir custos hospitalares e, acima de tudo, melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Neste contexto, o presente estudo dedica-se à análise do direito à saúde, com foco em sua efetivação por meio do atendimento domiciliar. Dessa forma, a pesquisa tem como objetivo examinar a responsabilidade estatal na garantia desse direito, abordando os aspectos administrativos e judiciais envolvidos na assistência domiciliar. Para isso, é fundamental compreender o histórico e o desenvolvimento dessa

modalidade de tratamento no Brasil, o que inclui uma análise das políticas de saúde e dos marcos regulatórios que sustentam o *home care* no país.

Embora o *home care* tenha avançado significativamente no Brasil, diversos desafios ainda precisam ser enfrentados para consolidar essa modalidade de assistência como prática eficiente e universal. A investigação busca responder a questões essenciais: O direito ao atendimento domiciliar alcança a todos os pacientes e quais são as (des)vantagens do *home care*? Qual a responsabilidade estatal de custear o *home care*?

Para a realização deste estudo, adotou-se o método de abordagem dedutivo, iniciando com a análise do contexto histórico e jurídico do direito à saúde. Este enfoque permitiu investigar o crescimento das demandas judiciais relacionadas ao atendimento domiciliar (*home care*). Complementarmente, utilizou-se a abordagem dialética para avaliar as vantagens e desvantagens do atendimento domiciliar. No que tange ao procedimento, foi empregado o método monográfico com o objetivo de demonstrar o aumento das demandas e a judicialização do atendimento domiciliar, além de explorar os aspectos relativos à responsabilidade estatal na prestação desse serviço de saúde. Para a coleta e análise de dados, foram empregadas técnicas de pesquisa bibliográfica e estatística. A pesquisa bibliográfica incluiu a consulta a obras e manuais técnicos, artigos científicos, a Constituição Federal de 1988, legislações anteriores e vigentes, bem como fichamentos, doutrinas e revistas especializadas. A pesquisa estatística envolveu a análise de dados sobre a judicialização do atendimento domiciliar e os custos associados para o Estado.

Para garantir uma análise abrangente, foram delineados quatro tópicos que asseguram uma linha de raciocínio contínua e reflexiva. Assim, em um primeiro momento, o estudo está centrado em verificar o surgimento histórico e jurídico, requisitos e pacientes que podem ser contemplados com o *home care*, bem como discutir as vantagens e desvantagens do atendimento domiciliar aos pacientes do SUS. Após, será abordada a responsabilidade estatal de prestar o atendimento domiciliar, bem como o aumento da judicialização para que seja disponibilizado este serviço público de saúde para a população.

A relevância do tema para o direito e a pesquisa científica é evidente. O *home care* não apenas oferece uma alternativa eficaz para a assistência à saúde, aliviando

a pressão sobre o sistema hospitalar, como também levanta questões complexas sobre a alocação de recursos públicos e a garantia de direitos fundamentais. A judicialização do *home care* reflete um dilema central na gestão da saúde pública: equilibrar o direito à saúde com a sustentabilidade financeira do sistema. Assim, esta pesquisa contribui significativamente para a compreensão das responsabilidades estatais e dos desafios jurídicos associados ao *home care*, fornecendo subsídios para o aprimoramento das políticas públicas de saúde e a proteção dos direitos dos cidadãos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Aspectos históricos e jurídicos do atendimento domiciliar

Nos últimos anos, o setor de saúde tem passado por diversas transformações significativas, impulsionadas pela crescente necessidade de atender às demandas da população. Diante disso, o *home care*, ou atendimento domiciliar, emergiu como uma alternativa promissora e eficaz para a assistência à saúde no ambiente residencial dos pacientes. Barbosa (2017) ressalta que o termo *home care* tem origem inglesa, referindo-se a um modelo de cuidado prestado no domicílio.

No que concerne à assistência domiciliar, trata-se de um fenômeno comum à maior parte dos países ocidentais, em que pese as diferenças e particularidades do desenvolvimento desse serviço de saúde em cada país. A busca pelo atendimento domiciliar,

[...] reflete mudanças em diversos aspectos das sociedades: demográficos, epidemiológicos, socioculturais e políticos. Essas mudanças, embora presentes em âmbito mundial, apresentam particularidades quanto às suas características e intensidade nos diferentes países (SEIXAS *et.al*, 2014, p. 19).

É incontestável que ocorreram mudanças no perfil demográfico da população, além disso ocorreu aumento na expectativa de vida da população, modificando seu padrão de adoecimento. As doenças epidemiológicas e infectocontagiosas vêm dando lugar àquelas ligadas ao sistema circulatório, cânceres, demências, problemas de saúde mental e outras condições crônicas de saúde. Essa mudança faz aumentar a

dependência e a demanda por suporte social, econômico, afetivo e por cuidados de longa duração (SEIXAS *et. al*, 2014).

Desse modo, Miriam J. Hirschfeld e Taka Oguisso (2002) explicam que o programa de atendimento domiciliar objetiva substituir a hospitalização por necessidade aguda de cuidado do paciente. Além disso, é utilizado para substituir uma longa internação institucional, bem como prevenir a necessidade dessa internação e manter os indivíduos em tratamento em seu próprio domicílio e comunidade.

Nesse contexto, é imperativo sublinhar os múltiplos benefícios proporcionados pelo atendimento domiciliar aos pacientes. Esse tipo de assistência não apenas promove uma recuperação mais rápida e confortável, mas também reduz os riscos de infecção hospitalar e oferece um ambiente mais familiar e acolhedor, que pode melhorar significativamente o bem-estar psicológico do paciente. Segundo Séguin (2005, p. 46):

Alguns benefícios terapêuticos não são atingidos em unidade hospitalar, pois o atendimento, dentro da atmosfera familiar, proporciona uma recuperação mais rápida e eficaz num espaço menos agressivo e afastado o risco de infecções hospitalares e quadros depressivos, comuns durante hospitalizações prolongadas.

A evolução histórica do *home care* revela uma trajetória de adaptação e inovação. Inicialmente, o atendimento domiciliar teve como ponto de partida os Estados Unidos da América (EUA), em observância ao cenário pós-guerra e a necessidade das famílias atingidas em oferecer cuidados médicos aos seus doentes. Contudo, esse serviço teve uma procura excessiva, passando a ser reconhecido como uma modalidade de cuidado essencial (REDE DE SAÚDE, 2021).

No entanto, foi apenas em 1796, na América do Norte, que esse tipo de atendimento começou a ser sistematicamente organizado, tendo como público-alvo os pobres e enfermos, oportunizando um tratamento médico domiciliar.

A partir da década de 1950, surgiram modelos inovadores de assistência domiciliar, uma resposta direta ao aumento significativo de problemas crônicos de saúde entre a população. Essa iniciativa visava preencher uma lacuna crítica, uma vez que as seguradoras da época não estavam preparadas para financiar tais serviços (AMARAL *et al.*, 2021).

Contudo, a gênese do financiamento público para cuidados domiciliares de saúde remonta a 1898. Nesse período, a cidade de Los Angeles, entre outros municípios, juntamente com o governo federal dos Estados Unidos, assumiu o papel de financiadores dos cuidados domiciliares de saúde. Com o passar do tempo, os recursos governamentais destinados a essa área foram gradualmente transferidos para os departamentos oficiais de saúde, estabelecendo uma estrutura mais formal e abrangente de apoio à saúde domiciliar (AMARAL *et al.*, 2021).

Salienta-se que o programa pode ser governamental ou administrado em conjunto com outras organizações não-governamentais ou ser privado. Devem ser ainda previstos no programa: o planejamento da assistência a ser prestada, a educação ou treinamento dos funcionários ou trabalhadores e o controle da garantia de qualidade (HIRSCHFELD; OGUISSO, 2002).

Caso o programa *home care* seja concebido como política pública, o seu financiamento pode ser obtido por intermédio dos impostos, em geral, ou de um sistema de seguro ou previdência social. Excetuando-se essas possibilidades o usuário terá que arcar com o seu custo do próprio bolso. De qualquer forma a contenção de custos é uma medida geral em qualquer das hipóteses. (HIRSCHFELD; OGUISSO, 2002). Nesse sentido, as autoras exemplificam:

É importante considerar que nos países com uma média alta de produto interno bruto (PIB) os serviços são de cobertura universal com base nos impostos cobrados, como ocorre no Reino Unido, nos países escandinavos, no Canadá, Austrália e Nova Zelândia. Ainda com cobertura universal, mas baseados em seguro social, encontram-se países como a Holanda, Áustria, Alemanha, Japão e Israel. Entre os países com sistema de cobertura não universal, baseados em serviços privados, encontram-se, entre outros, os Estados Unidos, Espanha e Itália (HIRSCHFELD; OGUISSO, 2002, p. 457).

A transição do modelo tradicional de atendimento médico para o modelo domiciliário é impulsionada por uma série de fatores. Este movimento está intrinsecamente ligado à busca por um ambiente de cuidado mais acolhedor e humanizado, onde os pacientes possam se sentir confortáveis e emocionalmente seguros. Além disso, o atendimento domiciliar pode reduzir significativamente os custos associados às internações hospitalares prolongadas e desnecessárias, otimizar o uso de recursos médicos e proporcionar uma abordagem personalizada e centrada no paciente.

Estas mudanças refletem uma evolução na percepção de como os cuidados de saúde devem ser oferecidos, priorizando a qualidade de vida e a eficiência econômica. Clarissa Terenzi Seixas e outros (2014, p. 20), exemplificam o aumento da necessidade da Atenção Domiciliar (AD):

Mudanças nas prioridades e nas políticas sociais e de saúde dos países também têm contribuído para um aumento da demanda por serviços de AD. Por exemplo, na maior parte dos países analisados e no Brasil, a desinstitucionalização – incluindo o fechamento de instituições de longa permanência em saúde mental – a priorização da vida e dos cuidados na comunidade tem sido aceita como princípios que regem a formulação de políticas. Nesse contexto, serviços de atenção primária à saúde que têm o domicílio como local de sua prática (serviços domiciliares de enfermagem, hospital em casa, cuidados paliativos etc.) são vistos como estratégias para garantir melhor qualidade de vida aos usuários e às suas famílias. O aumento nos gastos públicos com saúde, nas últimas décadas, também tem gerado uma necessidade de repensar o modelo de atenção em grande parte dos países com sistemas nacionais de saúde e a AD tem aparecido como uma estratégia com potencial para contenção desses gastos (embora estudos de custos mais consistentes e que envolvam custos indiretos sejam necessários), apesar de também apresentar desafios de financiamento que comprometem a sua sustentabilidade [...].

No mundo, são vários os países que possuem serviços de atenção ou atendimento domiciliar. Na maior parte dos países europeus e no Canadá existe distinção entre serviços de Atenção Domiciliar à saúde – internação domiciliar, cuidados paliativos, cuidados de enfermagem em domicílio (*home care, hospital and hospice at home schemes, home nursing*) – e serviços de assistência social prestados ao usuário no seu domicílio – *home help*, sendo que essa última categoria nem sempre está presente (SEIXAS *et al.*, 2014).

2.2 Direito à saúde e a Atenção Domiciliar no Brasil: vantagens e desafios

O direito à saúde no Brasil é assegurado pela Constituição Federal de 1988, a qual consagra a saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Este direito é materializado principalmente por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que opera sob os pilares da universalidade, integralidade e equidade. No mesmo sentido, o direito à saúde é amplamente reconhecido em nível internacional, isso porque, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948,

estabelecendo em seu artigo 25 que “Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar” (NAÇÕES UNIDAS, 1948, s/p.).

Além disso, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), adotado em 1966, reforça no seu artigo 12 a questão dos Estados que fazem parte do presente Pacto, devem reconhecer o direito de toda pessoa ao desfrute do mais alto padrão de saúde física e mental (NAÇÕES UNIDAS, 1966). Esses, tratados internacionais estabelecem a base para a responsabilidade dos Estados em promover e proteger os direitos essenciais à população.

Desse modo, ao considerar a responsabilidade estatal de fornecer atendimento domiciliar, deve ser observado o princípio da dignidade da pessoa humana, bem como o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, visto que deve ser implementado de forma a respeitar e valorizar a dignidade de cada indivíduo, assegurando-lhes condições adequadas para o pleno exercício de seus direitos fundamentais. É a redação do dispositivo legal:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, s/p).

Em consonância com o disposto na Carta Magna, a relevância do *home care* se alinha com os princípios constitucionais, visto que o direito à saúde inclui não apenas o acesso aos serviços hospitalares e ambulatoriais, mas também o direito ao atendimento domiciliar como uma alternativa válida e eficaz de cuidado, especialmente para pacientes com condições crônicas ou debilitantes.

O Sistema Único de Saúde (SUS), concebido pela Constituição Federal de 1988, representa um avanço significativo na garantia dos direitos sociais, buscando assegurar a integralidade, a descentralização, a participação da comunidade e a organização hierarquizada dos serviços de saúde.

Em relação aos serviços disponibilizados na área da saúde, o SUS garante à população acesso integral, universal e gratuito. Alguns exemplos de atendimentos garantidos pelo SUS são a realização de hemodiálise, transplantes, tratamento de HIV/Aids, bem como, a divulgação e testagem de infecções sexualmente

transmissíveis. O atendimento inicial, exceto as emergências, começa na Unidade Básica de Saúde, onde o paciente é avaliado e encaminhado para realização de outros procedimentos necessários. Ainda, a distribuição de medicamentos é acessível a todos e gerida pela União, Estados e Municípios solidariamente, contudo, cada um possui sua lista de medicamentos obrigatórios (BRASIL DE FATO, 2022).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde do Brasil considera o SUS como um marco de políticas públicas fundamentais para a promoção da equidade e universalidade no acesso aos serviços de saúde, reconhecendo como,

[...]um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (BRASIL, 2019, s/p.).

Na saúde pública, o impacto do programa "Melhor em Casa" é significativo, uma vez que visa otimizar a alocação de recursos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias. O cuidado domiciliar permite uma abordagem personalizada, que respeita as necessidades individuais de cada paciente. Além disso, envolve os familiares no processo de cuidado, promovendo uma maior adesão ao tratamento e proporcionando suporte emocional. O Ministério da Saúde destaca os benefícios do atendimento humanizado ao paciente no ambiente domiciliar, salientando que:

Estudos apontam que o bem estar, carinho e atenção familiar, aliados à adequada assistência em saúde são elementos importantes para a recuperação de doenças; Pacientes submetidos a cirurgias e que necessitam de recuperação, quando atendidos em casa apresentam redução dos riscos de contaminação e infecção; Melhor em Casa representa um avanço 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 (GOVERNO FEDERAL, 2024, s/p).

Assim, o programa proporciona inúmeros benefícios, porém enfrenta desafios significativos que necessitam de abordagem contínua. Entre esses desafios, destacam-se a necessidade de formação especializada dos profissionais de saúde, a

adequação da infraestrutura domiciliar para a realização de procedimentos complexos, bem como a coordenação eficaz entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Contudo, as perspectivas para o programa são promissoras. A potencial expansão do "Melhor em Casa" e a inclusão de tecnologias inovadoras, como a monitorização remota e a telemedicina, podem facilitar a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade no ambiente domiciliar. Através da integração de cuidados e da valorização do domicílio como um espaço terapêutico, o programa se posiciona como uma solução viável e eficaz para enfrentar os desafios contemporâneos da saúde pública no Brasil (BRASIL, 2024).

Salienta-se que desde janeiro do corrente ano, Municípios com menos de 20 mil habitantes também podem participar do Programa, conforme dados do Ministério da Saúde (2024, s/p):

O ano de 2024 iniciou com atualizações no programa Melhor em Casa: a inclusão de equipes exclusivas para reabilitação domiciliar e novos critérios de adesão ao programa pelos entes federados. Com doze anos ininterruptos de atuação em todo o território nacional, o programa é voltado para o atendimento de pessoas restritas ao lar ou ao leito, que necessitem de cuidados frequentes ou procedimentos complexos. O número médio de atendimentos é de 4,2 milhões por ano. Contudo, o Melhor em Casa está ao alcance de, aproximadamente, 94 milhões de pessoas, o que corresponde a cerca de 44% da população.

No que se refere, especificamente, ao *home care*, a Portaria n.º 706/2012 do Ministério da Saúde, apresenta o seguinte conceito:

§1º - Entende-se por SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ISOLADO (HOME CARE) o estabelecimento de saúde responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar em conformidade com a RDC/ ANVISA n.º 11, de 26 de janeiro de 2006. (BRASIL, 2006, s/p).

§2º - Definir que os estabelecimentos de saúde do tipo 77 - SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ISOLADO (HOME CARE) são exclusivos da esfera privada. (BRASIL, 2012, s/p).

Desse modo, quanto ao *home care*, ele seria exclusividade da esfera privada de saúde. Entretanto, "[...]"home care" pode ser compreendido como as atividades que representam o todo das atividades de cuidado, abrangendo tanto atividades simples como as mais complexas, incluindo, assim, as modalidades de visita e

internação domiciliar. Desse modo, o termo é utilizado também para denominar o atendimento domiciliar, a ser prestado, inclusive, pelos entes federativos, via Sistema Único de Saúde (SUS):

Internação Domiciliar (Home Care): prestação do cuidado em nível domiciliar, para usuários com maior nível de dependência e restrição de mobilidade, que necessitam de tecnologia, equipamentos, materiais, medicamentos e assistência de enfermagem e/ou cuidador em tempo integral ou semi-integral. Esta modalidade não é elegível para provimento pelas equipes habilitadas em atenção domiciliar (Portaria de Consolidação 05/2017, Capítulo III, Seção I, Art. 544), as quais competem somente as visitas domiciliares, procedimentos médicos e de enfermagem e orientações ao cuidador. (RIO GRANDE DO SUL, 2022, s/p).

Importante também discutir algumas vantagens e desafios envolvendo o atendimento domiciliar dos pacientes, conforme será visto a seguir.

O atendimento no domicílio apresenta várias vantagens, tanto para o paciente quanto para o próprio sistema de saúde. Há diminuição do tempo médio de internação hospitalar, além de redução do número de reinternações, com isso há redução dos custos de atenção à saúde. Além disso, há maior adesão do paciente ao tratamento domiciliar, o que melhora a qualidade de vida do paciente e familiares. Esse é o entendimento de Letícia Rosa Santos (2011, p. 857), afirmando ainda que

[...] tal estratégia proporciona maior conscientização ao paciente e cuidador do quadro patológico atual e, conseqüentemente, maior autonomia no tratamento, bem como as prioridades de cuidado ao paciente no domicílio são muito diferentes do cuidado realizado no hospital.

Esse atendimento domiciliar pode ser realizado por diferentes equipes dependendo da necessidade do paciente. Ademais, os cuidados podem ser prestados pela equipe de saúde domiciliar/cuidados primários de referência do paciente quando o paciente necessitar de visitas mais frequentes, por exemplo, uma vez por mês, bem como se a condição do paciente estiver estabilizada (BRASIL, 2023).

Em termos dos benefícios deste programa, é evidente que a necessidade de cuidados hospitalares acabará por ser reduzida, proporcionando uma oportunidade de utilizar estes recursos para beneficiar outros pacientes. Ainda, por se tratar de um

ambiente familiar e confortável, os pacientes correm menor risco de complicações clínicas, como infecções pelo contato com outros pacientes (FORTÍSSIMA, 2015).

As pesquisas de satisfação entre os beneficiários do Melhor em Casa se mantêm entre 90% e 94%, o que demonstram os benefícios do programa, pois ocorrer a humanização do cuidado, evita-se a progressão das infecções hospitalares e ocorre a promoção da saúde no local em que as pessoas vivem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

O plano de atendimento domiciliar é feito de forma individualizada e considerando a rotina da família e do paciente, o que torna o atendimento mais humanizado, possibilitando o máximo de convívio e interação, já que convoca a família a acompanhar o dia a dia do assistido (NAPOLI, 2023).

2.3 Responsabilidade dos entes públicos no atendimento domiciliar e judicialização

Inicialmente, cabe lembrar que o atendimento domiciliar, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é previsto pela Lei nº 10.424/2022, que disciplina o Sistema de Atendimento Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2022). Sobre essa assistência, consta na Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde, que redefiniu a Atenção Domiciliar e atualizou as equipes habilitadas, especialmente nos art. 9º e 10:

Art. 9º Considera-se elegível na modalidade AD 2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

- I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;
- II- afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;
- III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou
- IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

Art. 10. Considera-se elegível, na modalidade AD3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar. (BRASIL, 2016, s/p.).

Importante mencionar também o art. 14, da referida Portaria, elenca as situações em que o *home care* é vedado:

Art. 14. Será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações:

I - necessidade de monitorização contínua;

II - necessidade de assistência contínua de enfermagem;

III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;

IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência;ou

V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento. (BRASIL, 2016, s/p.).

Desse modo, cuidados como por exemplo de monitoramento contínuo e assistência contínua de enfermagem a ser prestados a paciente clinicamente estável não precisam ser realizados por profissional técnico, mas sim por cuidador devidamente capacitado. De acordo com Portaria referida a pretensão de cuidados intensivos e permanentes de técnicos em enfermagem ou cuidadores especializados não é abrangida pelos serviços assegurados no âmbito do SUS. A assistência domiciliar intensiva ao paciente é atribuída aos cuidadores, que, de regra, são os familiares ou os responsáveis. Inclusive, pacientes e famílias elegíveis para o cuidado domiciliar recebem treinamento para a desospitalização que deve ser iniciado pela equipe do hospital e seguido pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), tendo o cuidador papel fundamental nesse processo (BRASIL, 2016). Não cabe aos entes públicos a disponibilização, nestes casos, do *home care*.

A responsabilidade pelo custeio do *home care* é compartilhada entre a União, os Estados e os Municípios, com cada ente federativo desempenhando um papel específico conforme suas competências e capacidades. A divisão de responsabilidades é projetada para assegurar que os serviços de saúde sejam prestados de forma eficaz e equitativa, embora os custos associados ao atendimento domiciliar possam ter impactos significativos nos orçamentos de cada ente federativo. A coordenação entre os diferentes níveis de governo e a gestão eficiente dos recursos são essenciais para garantir a continuidade e a qualidade dos serviços de *home care*.

Em suma, a divisão de responsabilidades e o gerenciamento dos custos do *home care* exigem uma abordagem colaborativa e bem coordenada. A eficácia na prestação de cuidados domiciliares depende não apenas da alocação adequada de

recursos, mas também da capacidade de cada ente federativo em adaptar suas políticas e orçamentos às necessidades emergentes da população. A coordenação entre os diferentes níveis de governo e a implementação de estratégias financeiras sustentáveis são fundamentais para enfrentar os desafios associados ao *home care* e garantir que todos os cidadãos tenham acesso a cuidados de saúde de alta qualidade.

Constatou-se que de janeiro de 2018 a junho de 2021 houve o ingresso de 147 ações judiciais de prestação de serviço de cuidados domiciliares especializados para usuários do SUS, às vezes sem a devida indicação técnica, evidenciando um impacto financeiro de R\$ 19.975.076,14, contrariando o princípio da universalidade do SUS, cujo objetivo é a formulação de políticas públicas que visam o atendimento à população geral.

Percebe-se, que a disponibilização do atendimento e internação domiciliar, via judicialização, representa custos significativos para os entes públicos, isso porque, conforme mencionado anteriormente, os tratamentos fornecidos pelo *home care* são, por sua natureza, atos personalíssimos. Dado que cada paciente apresenta necessidades específicas e únicas, não é possível estabelecer um valor fixo e uniforme para os serviços de atendimento domiciliar. A personalização dos cuidados, que inclui a adaptação dos tratamentos e a utilização de equipamentos especializados, torna cada caso distinto, resultando em variações significativas nos custos associados ao *home care*. Assim, a definição de um valor específico para esses serviços é inviável, refletindo a complexidade e a individualização necessárias para atender adequadamente às necessidades de cada paciente.

Entretanto, embora os custos iniciais do *home care* possam ser altos, devido a complexibilidade de cada tratamento, o modelo frequentemente resulta em economias substanciais ao longo do prazo. Nessa senda, estudos apontam que a utilização do *home care* resultará uma redução significativa das hospitalizações e dos custos relacionados aos leitos e tratamentos hospitalares (BURNS et al., 2019, s/p.).

Assim, a concretização da competência material por cada ente deverá se dar em conformidade com as regras próprias do Sistema Único de Saúde (SUS), afastando-se a aplicação do parágrafo único do artigo 23 da Constituição Federal, que prevê a edição de lei complementar para regular a cooperação entre União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios no desempenho de competências comuns, como a saúde, (BRASIL, 1988).

Logo, em matéria de saúde, a competência legislativa é compartilhada entre todos os entes federativos. Compete a união editar normas gerais sobre o tema, aos Estados editar as normas complementares necessárias ao funcionamento dos seus serviços e à sua função de direção estadual do SUS, e aos municípios a edição de normas complementares necessárias à sua esfera de atuação (WEICHERT, 2004).

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é reconhecido por sua abrangência e complexidade, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Criado pela Constituição Federal de 1988, o SUS tem como princípio fundamental garantir o acesso universal, integral e gratuito aos serviços de saúde para todos os cidadãos. Dentro deste contexto, a legislação que regula o SUS desempenha um papel crucial na definição das políticas públicas e na organização dos serviços de saúde oferecidos à população.

Outrossim, o SUS possui três documentos que estruturam sua base legal e organizam o sistema de saúde brasileiro: a Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social (BRASIL, 1988). Além disso, lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e que dispõe principalmente sobre a organização e regulação dos serviços de saúde em todo território nacional (BRASIL, 1990a) e lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

A responsabilidade dos entes públicos vai além da mera provisão de cuidados; envolve a implementação de políticas abrangentes, a alocação adequada de recursos e a garantia de qualidade e continuidade no atendimento domiciliar. Este compromisso é essencial para atender às necessidades de pacientes que requerem assistência contínua e personalizada, promovendo uma melhor qualidade de vida e aliviando a sobrecarga dos sistemas de saúde tradicionais.

Nesse interim, o município sustenta a improcedência no fornecimento dos tratamentos sob o argumento de que a responsabilidade é do Estado e da União, devido às limitações orçamentárias. Similarmente, o Estado imputa que a responsabilidade por esses tratamentos é exclusivamente da União. Assim, ambos os entes tentam se eximir da sua responsabilidade.

Contudo, os tribunais superiores brasileiros, como Supremo Tribunal Federal (STF) e o Superior Tribunal de Justiça (STJ) têm decidido a favor da obrigatoriedade dos entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) de garantir o acesso a saúde de forma universal. Essas decisões incluem a realização de procedimentos cirúrgicos, exames, fornecimento de medicamentos e insumos, assim como equipamentos médicos. Ainda, essas decisões se baseiam no fundamento da dignidade da pessoa humana e o direito à vida e à saúde, garantidos pela Constituição Federal de 1988.

Cabe salientar, ainda, o julgamento do Recurso Extraordinário 855178, com repercussão geral (Tema nº 793), no qual o STF reforçou o entendimento no sentido de solidariedade dos entes federativos no fornecimento dos tratamentos pleiteados, visto que, sua legítima participação é firmada pela Constituição Federal de 1988, nos termos do voto do Ministro Edson Fachin, Redator para o acórdão:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são SOLIDARIAMENTE responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro (BRASIL, 2020, s/p)

Assim, havendo responsabilidade solidária dos entes em matéria de saúde, todos podem ser responsabilizados conjuntamente por questões relacionadas à saúde pública. Essa responsabilidade pode ser exercida de forma conjunta, ou seja, todos os entes se solidarizam para solucionar a questão, assim como, poderá ser direcionada contra apenas um dos entes federativos.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A responsabilidade dos entes públicos no atendimento domiciliar, particularmente no contexto do SUS, revela-se uma questão complexa e multifacetada, demandando uma análise cuidadosa da legislação e das decisões judiciais pertinentes. A análise dos dados financeiros referentes ao *home care* e das normativas reguladoras indica a necessidade de um alinhamento entre os valores pagos e a qualidade dos serviços oferecidos. Os custos diários e mensais para a

contratação de profissionais de *home care* demonstram uma variação significativa, refletindo as diferentes necessidades de cuidado e complexidade dos casos.

O atendimento domiciliar, regulamentado pela Lei nº 10.424/2002 e pela Lei nº 8.080/1990, visa garantir a dignidade do paciente e o acesso universal aos cuidados de saúde, conforme estipulado pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988. No entanto, a responsabilidade dos entes federativos não se restringe apenas à provisão de cuidados, mas também à implementação de políticas públicas efetivas, à alocação adequada de recursos e à garantia da qualidade e continuidade do atendimento.

Desse modo, este estudo buscou examinar o direito à saúde com ênfase na efetivação desse direito através do *home care*, abordando a responsabilidade estatal e os aspectos administrativos e judiciais envolvidos.

A análise histórica e jurídica revelou o desenvolvimento dessa modalidade de tratamento no Brasil, incluindo a evolução das políticas de saúde e dos marcos regulatórios que sustentam o *home care*. A pesquisa destacou que, embora o *home care* tenha avançado consideravelmente, vários desafios persistem para consolidar essa prática como uma alternativa eficaz e universal.

Embora o *home care* ofereça uma solução eficaz para aliviar a pressão sobre o sistema hospitalar, a sua implementação enfrenta desafios significativos relacionados à alocação de recursos públicos e à garantia de direitos fundamentais. A judicialização do *home care* reflete a necessidade de um equilíbrio delicado entre a satisfação das demandas dos pacientes e a capacidade do Estado de fornecer recursos adequados.

É evidente que o SUS, com sua abrangência e complexidade, enfrenta desafios relacionados à oferta de serviços de *home care*, principalmente diante do aumento da demanda e das limitações orçamentárias. A judicialização da saúde tem sido um mecanismo recorrente para assegurar o acesso a tratamentos domiciliares, destacando a necessidade de uma revisão das políticas e a adequação dos recursos disponíveis.

As decisões judiciais, incluindo as do Supremo Tribunal Federal (STF), do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJRS) e do Tribunal Regional Federal (TRF4), reforçam a responsabilidade solidária dos entes federativos no atendimento à saúde, evidenciando a obrigatoriedade de garantir acesso universal aos serviços de

saúde, mesmo diante das limitações orçamentárias. O Tema 793 do STF, que estabelece a responsabilidade solidária dos entes federativos, é um reflexo da necessidade de um sistema de saúde mais equitativo e eficiente.

Contudo, em matéria de responsabilidade, é equivocado estabelecer que um único ente deve ser exclusivamente responsável pelo custeio do serviço, uma vez que existe a questão da responsabilidade solidária entre os entes federativos. Essa responsabilidade compartilhada assegura que todos os níveis de governo (União, Estados e Municípios) possam ser acionados para garantir a prestação adequada dos serviços à população, evitando que um ente se exima de suas obrigações alegando limitações orçamentárias.

Portanto, esta pesquisa contribui para a compreensão das responsabilidades estatais e dos desafios jurídicos associados ao *home care*, fornecendo subsídios valiosos para o aprimoramento das políticas públicas de saúde e para a proteção dos direitos dos cidadãos. A continuidade dos estudos nesta área é essencial para enfrentar os desafios identificados e para promover a efetiva implementação do atendimento domiciliar como uma prática consolidada e acessível a todos que necessitam.

4 REFERÊNCIAS

AFYA EDUCAÇÃO MÉDICA. **Home care**: como funciona e quais são as previsões para o futuro. Blog, 2024. Disponível em: https://educacaomedica.afya.com.br/blog/home-care-como-funciona-e-previsoes-para-o-futuro?utm_source=google&utm_medium=organic. Acesso em: 01 abr. 2024.

AMARAL, Nilcéia Noli do *et al.* Assistência domiciliar à saúde: sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Revista Neurociências**, v. 3, p. 111-117, 2001. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8914/6447>. Acesso em: 23 jun. 2024.

BARBIERI, Amanda. **Home Care, uma Nova Ordem Mundial**. Atend Home Care, 25 de setembro de 2018. Disponível em: <https://www.atend.med.br/home-care-uma-nova-ordem-mundial/>. Acesso em: 01 maio. 2024.

BARBOSA, Elizangela Aparecida. **Fonoaudiologia & Home Care**. Rio de Janeiro: Thieme Brazil, 2017.

BRASIL DE FATO. **Conheça melhor os serviços oferecidos pelo SUS**. 2022. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/07/27/conheca-melhor-os-servicos-oferecidos-pelo-sus>. Acesso em: 25 jul. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de serviços de saúde. 2002a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html. Acesso em: 25 jul. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 5 de outubro de 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 08 out. 2023.

BRASIL. **Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. **Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 22 jun. 2024.

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. Brasília, 2002b. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2002/lei-10424-15-abril-2002-330467-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 01 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html. Acesso em: 15 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Domiciliar**. Brasília: MS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar>. Acesso em: 10 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1559, de 1º de agosto de 2008**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 25 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 706, de 20 de julho de 2012**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0706_20_07_2012_atual.htm#:~:text=Par%C3%A1grafo%20%C3%BAnico,-,Estabelece%20que%20os%20Gestores%20Estaduais%2C%20Municipais%20e%20do%20Distrito%20Federal,ao%20que%20define%20esta%20portaria](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0706_20_07_2012_atual.htm#:~:text=Par%C3%A1grafo%20%C3%BAnico,-,Estabelece%20que%20os%20Gestores%20Estaduais%2C%20Municipais%20e%20do%20Distrito%20Federal,ao%20que%20define%20esta%20portaria.). Acesso em: 15 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa**. Brasília: MS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/atencao-domiciliar/servico-de-atencao-domiciliar-melhor-em-casa>. Acesso em: 05 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Brasília, 2019a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial 1537301/RJ**. Direito do Consumidor. Cobertura de Home Care por plano de saúde. Relator: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, 18 de junho de 2015. Informativo n.º 571. DJe 23 de outubro de 2015. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/jurisprudencia/externo/informativo/?aplicacao=informativo&acao=pesquisar&livre=@cnot=015617>. Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 855178**. Repercussão Geral: Tema 793. Data de publicação DJE 16/04/2020. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4678356>. Acesso em 05 set. 2024.

BURNS, C. et al. **Economic Evaluation of Home Care: A Systematic Review**. Health Economics, 2019.

CNJ – Conselho Nacional de Justiça. **Home care: judicialização deve ser qualificada, com dados médicos e sociais**. 22 de agosto de 2022. Disponível em: CONASS. **A regulação no SUS: alguns conceitos**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/a-regulacao-no-sus-alguns-conceitos/>. Acesso em: 25 jul. 2024.

ESPERANÇA, Ana Maria Della Nina. **A judicialização da saúde e o tema Home Care**. Mauro Tortorelli Advogados. Disponível em: <https://www.tortorelliadv.com.br/artigos-e-publicacoes/a-judicializacao-da-saude-e-o-tema-home-care/>. Acesso em: 08 out. 2023.

FORTÍSSIMA. **Atenção domiciliar promete atendimento humanizado a pacientes**. Redação Doutíssima, 20 de outubro de 2015. Disponível em:

<https://fortissima.com.br/2015/10/20/atencao-domiciliar-promete-atendimento-humanizado-pacientes-14709945/>. Acesso em: 05 set. 2023.

GOVERNMENT OF CANADA. **Cuidados de saúde domiciliares e comunitários.** Assistência Médica Domiciliar, 13 de abril de 2016. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/home-continuing-care/home-community-care.html>. Acesso em: 01 maio. 2024.

GOVERNO FEDERAL. **Programa Melhor em Casa.** Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/melhor-em-casa>. Acesso em: 17 jun. 2024.

GOVERNO FEDERAL. Serviços e Informações de Saúde. **Melhor em Casa:** Ministério da Saúde habilita 116 novas equipes para atendimento domiciliar. Ministério da Saúde, 2021. Atualizado em 31 out. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/11/melhor-em-casa-ministerio-da-saude-habilita-116-novas-equipes-para-atendimento-domiciliar>. Acesso em: 17 jun. 2024.

HIRSCHFELD, Miriam J.; OGUISSO, Taka. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do *home care*. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 55, n. 4, p. 452-459, jul./ago. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tb4LxSQXTxmbrkYTqVXDwVf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2024.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva: Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia, 2001. lxxxiii, 2922 p., 31 cm. Bibliografia: p. 2914-2922. ISBN 857302383X (enc.). Localização: Obras Gerais - Coord. de Preservação. <https://www.cnj.jus.br/home-care-judicializacao-deve-ser-qualificada-com-dados-medicos-e-sociais/>. Acesso em: 06 set. 2024.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Principais direitos.** 2020. Disponível em: <https://www.oncoguia.org.br/conteudo/principais-direitos/1851/15/>. Acesso em: 25 jul. 2024.

JUSVITA. **Home care: o que é e como funciona,** 2022. Disponível em: <https://www.jusvita.com.br/blog/home-care-o-que-e-e-como-funciona/>. Acesso em: 25 jul. 2024.

MATTA, G. C. A. construção da integralidade nas estratégias de atenção básica em saúde. In: EPSJV. (Org.). **Estudos de Politécnic e Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Melhor em Casa inclui equipes de reabilitação e tem novas diretrizes para gestores.** Publicado em 23/03/2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/melhor-em-casa-inclui->

equipes-de-reabilitacao-e-tem-novas-diretrizes-para-gestores. Acesso em: 05 set. 2024.

MONTEIRO, Carolina. **Home Care: o que é, como funciona, benefícios e serviços.** Mobiloc, 2021. Disponível em: <https://www.mobiloc.com.br/blog/home-care/#:~:text=No%20Brasil%2C%20o%20valor%20di%20C3%A1rio,jornada%20de%2036%20horas%20semanais>. Acesso em: 01 out. 2023.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Assembleia Geral, 1948.

NAÇÕES UNIDAS. **Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.** Assembleia Geral, 1966.

NAPOLI, Isabella. **Vantagens do Home Care. S.O.S. Vida,** 2023. Disponível em: <https://sosvida.com.br/vantagens-do-home-care/#:~:text=O%20Home%20Care%20traz%20in%20C3%BAmeras,recupera%20C3%A7%20C3%A3o%20e%20ades%20C3%A3o%20ao%20tratamento>. Acesso em: 05 set. 2023.

OTONI, Luciana. **Sinergia entre órgãos públicos é caminho para monitoramento e tratamento adequado das demandas de assistência à saúde.** Conselho Nacional de Justiça – CNJ. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/sinergia-entre-orgaos-publicos-e-caminho-para-o-monitoramento-e-o-tratamento-adequado-das-demandas-de-assistencia-a-saude/> Acesso em: 08 out. 2023.

PORTAL HOSPITAIS BRASIL. **Atenção domiciliar cresce no Brasil e mostra uma tendência na saúde.** 23 ago. 2021. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/atencao-domiciliar-cresce-no-brasil-e-mostra-uma-tendencia-na-saude/#:~:text=De%20acordo%20com%20o%20censo,%24%2010%20C6%20bilh%C3%B5es%20anualmente>. Acesso em: 01 out. 2023.

PRONTOCARE. **Home care pelo SUS e pelo convênio: saiba o que determina a lei para obter o benefício.** 2024. Disponível em: <https://www.prontocare.com.br/home-care-pelo-sus-e-pelo-convenio-saiba-o-que-determina-lei-para-obter-o-beneficio/>. Acesso em: 25 jul. 2024.

REDE SAÚDE. **Home Care no Brasil.** Conexão Home Care: Belo Horizonte, 20 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://rededesaude.com.br/rede-news/home-care-no-brasil/#:~:text=Em%201796%20o%20Home%20Care,ao%20inv%20C3%A9s%20de%200hospitaliz%20C3%A1%20Dlos>. Acesso em: 05 set. 2023.

S.O.S VIDA. **Quando o Home Care é indicado?** Home Care, 2024. Disponível em: <https://sosvida.com.br/quando-o-home-care-e-indicado/#:~:text=A%20indica%20C3%A7%20C3%A3o%20do%20Home%20Care,supervi>

s%C3%A3o%20m%C3%A9dica%20e%20de%20enfermagem. Acesso em: 01 maio. 2024.

SANTANA JÚNIOR, José. **Home care, os planos de saúde e os direitos do paciente**. Consultório Jurídico, 19 de julho de 2024.

SANTOS, Leticia Rosa. **Princípios Éticos como Norteadores no Cuidado Domiciliar. Ciência e Saúde Coletiva, Abrasco**, v. 16, suplemento 1º mar. 2011, págs. 857-859.

SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Súmula n.º 90**. Havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de home care, revela-se abusiva a cláusula de exclusão inserida na avença, que não pode prevalecer. São Paulo, Diário da Justiça Eletrônico, 13 de fevereiro de 2012, Edição 1.123, Ano V. Disponível em: <https://dje.tjsp.jus.br/cdje/consultaSimples.do?cdVolume=6&nuDiario=1123&cdCader no=10&nuSeqpagina=1> Acesso em: 22 jun. 2024.

SÉGUIN, Elida. **Plano de Saúde**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

SEIXAS, Clarissa Terenzi. *et.al.* Experiências de atenção domiciliar em saúde no mundo: lições para o caso brasileiro. In: **Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar**. Ministério da Saúde, 2014.

SILVA, João. **Desafios e Perspectivas da Atenção Domiciliar no SUS**. Editora Saúde, 2020.

SOUZA, André Evangelista de. *et al.* **Direito à saúde no Brasil**. Organizadora Lenir Santos. Goiânia: Saberes Editora, 2001.

TENORIO, Evilasio. **O SUS deve custear tratamento de home care para pacientes**. Migalhas, 17 de junho de 2022. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/368104/o-sus-deve-custear-tratamento-de-home-care-para-pacientes>. Acesso em: 01 out. 2023.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e Federação na Constituição Brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2004.