

Políticas de Saúde e Orçamento Familiar

Um estudo da oxigenoterapia domiciliar
prolongada por uso de concentrador de
oxigênio

Autores:

**Ângela Maria Sales
Alves de Sousa** -Mestre
em Planejamento em
Políticas Públicas

**Paulo Cesar de
Almeida**– Professor da
UECE, Doutor em
Saúde Pública pela
Escola de Saúde
Pública da USP.

Resumo

A Oxigenoterapia é um tratamento necessário a pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) ou terminais, acometidos por outras patologias graves, em que a pressão parcial do oxigênio no sangue arterial é aumentada, por meio de uma maior concentração de O₂ no ar inspirado, com o objetivo de manter níveis de oxigenação adequados para evitar a hipoxemia. Entretanto, esse procedimento é uma modalidade de tratamento de custo muito elevado, devendo a indicação clínica ser precisa e cumprir os critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. O objetivo deste estudo foi, portanto, alertar o poder público sobre a repercussão financeira no orçamento familiar, de pacientes que necessitam de uso contínuo de oxigenoterapia, por meio de concentrador de oxigênio. Trata-se de um estudo teórico-descritivo e observacional, no qual se analisou o caso de uma paciente de 96 anos, portadora de Demência avançada, insuficiência cardíaca grave e insuficiência respiratória, acamada e dependente de oxigênio por concentrador, sob cateter nasal, com uma prescrição médica de 3 a 4 litros por minuto. Concluiu-se que, o Estado, atendendo às políticas públicas voltadas à proteção à saúde, precisa colaborar com as famílias dos dependentes de ODP, por concentrador de oxigênio e suporte ventilatório domiciliar, amenizando gastos excessivos com energia elétrica, uma vez que esses pacientes deveriam estar em leitos hospitalares da rede privada ou pública, mas permanecem em seus domicílios, oportunizando o atendimento hospitalar a outros, com necessidades mais emergentes.

Palavras-chave: Oxigenoterapia domiciliar prolongada. DPOC. Assistência domiciliar. Saúde.

Abstract

Oxygen therapy is often administered to patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) or terminal patients with disorders associated with increased arterial partial oxygen pressure in order to reduce the risk of hypoxemia. However, long-term home oxygen therapy (LHOT) is an expensive treatment form and should be indicated only when strictly necessary and in accordance with criteria established by the Brazilian Society of Pneumology and Lung Disease (SBPT). The objective of this study was to draw the attention of health authorities to the impact of LHOT on patients' personal economy. The study was theoretical, descriptive and observational, and analyzed the case of a 96-year old female patient with advanced dementia and severe heart and respiratory failure prescribed LHOT (3-4 L/min through a nasal catheter). In conclusion, in harmony with existing public policies of health promotion, it is suggested health authorities provide financial support, whether by tax exemption or special grants, to patients dependent on LHOT, compensating them for their excessive spending with utilities and nursing, especially since such patients would otherwise take up public and private hospital beds needed for more urgent cases.

Key words: long-term home oxygen therapy; COPD; home care; health.

INTRODUÇÃO

A crise de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) agravou a operacionalização do sistema de saúde, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar. A escassez de leitos nos grandes centros urbanos passou a ser uma constante. Os hospitais filantrópicos, especialmente, as Santas Casas de Misericórdia de todo o país tomaram a decisão de criar planos próprios de saúde, atuando no campo da medicina supletiva.

O setor médico privado se beneficiou com o modelo médico-privatista durante quinze anos, a partir de 1964, tendo recebido, nesse período, vultosos recursos do setor público e financiamentos subsidiados, cresceu e desenvolveu. A partir do momento em que o setor público entrou em crise, o setor liberal começou a perceber que não mais poderia se manter e se nutrir daquele, passando a formular novas alternativas para sua estruturação, direcionando, assim, o modelo de atenção médica para parcelas da população: classe média e categorias de assalariados, procurando, através da poupança, organizar uma nova base estrutural. Desse modo, foi concebido um subsistema de Atenção Médico-Supletiva, composto por cinco modalidades assistenciais: medicina de grupo, cooperativas médicas, auto-gestão, seguro-saúde e plano de administração.

Atualmente, existem alguns projetos de responsabilidade social que garantem o benefício de pacientes em domicílio, o que se caracteriza como uma importante melhoria da qualidade de vida dos adoecidos. Trata-se de programas de isenção fiscal, pelas companhias elétricas, para clientes que utilizam equipamentos de autonomia limitada, por doenças invalidantes que, muitas vezes, são impossibilitados de assumir financeiramente gastos adicionais, como é o caso do consumo contínuo da oxigenoterapia.

Diante dessa realidade, o objetivo deste estudo foi alertar o poder público sobre a repercussão financeira no orçamento familiar, de pacientes que necessitam de uso contínuo de oxigenoterapia, por meio de concentrador de oxigênio.

Nessa perspectiva, procurou-se quantificar o acréscimo sofrido na conta da energia elétrica referente à residência da paciente deste estudo, durante quatro meses, no período de abril a agosto de 2007, à qual foi prescrito o uso contínuo do equipamento concentrador de oxigênio. Constatando-se o elevado nível do gasto de energia elétrica, após o início do referido equipamento, procurou-se mostrar a necessidade de colaboração do Estado, no sentido de disponibilizar uma ajuda aos familiares dos pacientes que utilizam concentrador de oxigênio, de forma a aliviar os gastos com energia elétrica, requeridos pelo concentrador de oxigênio. Assim, torna-se relevante, alertar o poder público sobre as repercussões, no orçamento familiar, do uso domiciliar do concentrador de oxigênio, que gera crescimento do consumo de energia elétrica, nas residências dos pacientes com necessidade de oxigenoterapia contínua. Essa ajuda corresponde a direitos sociais da cidadania, com o intuito de proporcionar à população os benefícios e serviços que lhe são de direito, protegidos pela Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Este é, portanto, um estudo da natureza teórico-descritivo e observacional, do tipo estudo de caso, cujos resultados foram submetidos a uma abordagem quantitativa e qualitativa. O alicerce teórico que fundamentou o trabalho foi construído por meio de uma pesquisa bibliográfica, em autores diversos, que se referem aos tópicos envolvidos, principalmente, sobre a assistência domiciliar, oxigenoterapia domiciliar prolongada e suas indicações, além de suas implicações no orçamento familiar dos doentes em uso de oxigênio contínuo por concentrador, dando ênfase aos direitos sociais garantido pela Constituição.

O estudo de caso envolveu uma paciente, A.R.A, de 96 anos, portadora de demência avançada, insuficiência cardíaca grave e insuficiência respiratória. Acamada, dependente de oxigênio por Concentrador sob cateter nasal, com uma prescrição médica de 3 a 4 litros por min. Classificação social no nível B, de acordo com avaliação do Serviço social do referido serviço. Durante o acompanhamento foram analisadas contas de energia comparando o consumo de energia elétrica da referida paciente antes e após o uso do aparelho.

O trabalho foi didaticamente organizado em três capítulos, assim sequenciados: no primeiro capítulo, fala-se do histórico da assistência domiciliária, mostrando seus benefícios na redução de custo para saúde a pública. No segundo capítulo, descreve-se o perfil de pacientes em uso contínuo de oxigenoterapia domiciliar prolongada, sua importância, suas indicações, critérios de seleção, dando ênfase ao uso imprescindível do concentrador de oxigênio. No terceiro capítulo, comenta-se sobre a responsabilidade social dos projetos sociais que visam à isenção de parte do gasto com energia elétrica em decorrência do uso de equipamentos de suporte à vida nos domicílios.

1 Globalização da Economia em *Home care*

Na atual conjuntura, há favoráveis mudanças na vigilância sanitária, na construção de Sistema Único de Saúde surgindo novos atores, com a capacidade de propor e de pressionar a implementação de políticas setoriais mais consentâneas com a necessidade em saúde. Os questionamentos sobre a ineficácia do modelo de atenção hegemônico apontam para a busca de novas formas de pensar e atuar em saúde, favorecendo a construção de modelos alternativos que privilegiem a intervenção sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, em vez da atuação focalizada, apenas, na doença (COSTA; BONFIM, 2001).

Nessa perspectiva, medidas sanitárias e diversas disposições normativas de interesse coletivo, para contribuir com a construção do direito à saúde, começam a sair do papel, a partir da organização e capacitação institucional, compartilhamento de recursos financeiros e apoio técnico aos Estados, qualificação de recursos humanos, articulação entre os serviços federais, estaduais e desses com os municipais, de aproximação com instâncias organizadas da sociedade e do Sistema Único de Saúde. Pode-se, então, contar com ministério público em ações de fiscalização da vigilância sanitária (COSTA; BONFIM, 2001).

Considerando o atual processo de globalização da informação e da economia, que exige da vigilância sanitária agilidade, eficácia, controle e qualidade, é fundamental um sistema de informação, através de relatórios que garantam ações de desenvolvimento e emissão de dados que assegurem aos pacientes graves a permanência em casa, sem risco, e com monitorando da sua qualidade de vida.

Os serviços de vigilância sanitária e seus precursores humanos necessitam estar capacitados e permanentemente atualizados, em termos técnicos e científicos, para exercer uma função mediadora entre os interesses econômicos e da saúde, cabendo gerenciar os riscos sanitários de modo a proteger a saúde dos consumidores, do ambiente e da população como um todo.

O exercício da função regulatória requer competência técnico-científica e o emponderamento social, o que implica na apropriação coletiva de uma ética da responsabilidade pública pelos interesses da saúde. As ações da vigilância sanitária constituem-se ações de saúde e, ao mesmo tempo, instrumentos da organização econômica da sociedade, pois a sua função protetora abarca, não apenas, cidadãos e consumidores, mas também os produtores (COSTA, 1999).

1.1 *Home care*: uma modalidade de assistência à saúde

Home care, ou atenção domiciliar, é uma alternativa cada vez mais prestigiada por pacientes e familiares, pois oferece conforto e humanização ao tratamento. Substitui a internação hospitalar, após a autorização médica, com benefícios diversos, como estar próximo de parentes e amigos, permanecer num ambiente mais aconchegante, além de tirar o peso psicológico de estar preso a um leito hospitalar (MOTA; COELHO; 2005).

Claro que o *home care* não oferece todos os recursos terapêuticos de um hospital. Justamente por isso, só pode ser adotado depois de uma rígida avaliação médica. É que sempre há casos que não podem abrir mão de tais recursos. Porém, para os pacientes que estão aptos a esse tipo de tratamento, existem outras

vantagens: o custo, cerca de 30% a 60% mais em conta do que a internação hospitalar, dependendo da situação clínica e a possibilidade de ter o apoio integral de uma equipe multidisciplinar:

Os pacientes que podem usufruir o tratamento domiciliar podem apresentar diversas complexidades clínicas. Desde os mais graves e crônicos, que dependem de equipamentos e cuidados diferenciados, até aqueles de menor gravidade, que necessitam de cuidados pontuais, como procedimentos de enfermagem para aplicação de medicamentos, realização de curativos ou monitoramento (DENISE VAN AANHOLT, coordenadora do GANEP-LAR).

Home care no Brasil entrou em cena no final dos anos 40, com a iniciativa de um hospital público municipal. No início da década de 1990, observou-se um crescimento no setor privado. O GANEP, logo após sua fundação, também contemplou o *home care*. No entanto, atuava apenas com o atendimento e o treinamento em terapia nutricional enteral e parenteral, no qual foi pioneiro. O Departamento de Atenção Domiciliar GANEP-LAR, uma subdivisão do GANEP Nutrição Humana, veio ampliar os serviços domiciliares, atendendo indivíduos para procedimentos e internação hospitalar (VAN AANHOLT).

Fundado em 1995, o GANEP-LAR segue os passos do GANEP que é referência em terapia nutricional no Brasil. Oferece atendimento domiciliar a pacientes tratados inicialmente em hospitais e que estão autorizados por seus médicos a continuar o tratamento em suas residências.

Quando o GANEP-LAR iniciou suas atividades, contava apenas com o atendimento nutricional. O atendimento da equipe multidisciplinar começou anos depois, primeiramente, com o apoio de uma equipe de enfermagem. “A base do atendimento domiciliar está na enfermagem. São profissionais extremamente ativos e que têm maior contato com os pacientes e familiares (VAN AANHOLT).

A enfermagem é responsável pelos cuidados básicos, como higiene pessoal,

pela realização de curativos e medicamentos, manipulação de equipamentos e treinamentos. É imprescindível uma equipe completa, por isso, o *home care* tem como base uma abordagem multidisciplinar, formada por médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogos e setor administrativo, com uma logística bem montada. Nesses casos, todos os recursos tecnológicos, medicamentos e outros materiais são disponibilizados juntamente com o apoio de um auxiliar de enfermagem em tempo integral.

1.2 *Home care* no Ceará: Experiência de um serviço de referência privado

A ideia de implantar um serviço de atendimento domiciliar, em um plano de saúde privado de Fortaleza, o ‘Programa de *Home care*’, teve início em setembro de 1998 quando, em visita a vários serviços públicos e privados, dentre eles a Associação Domiciliar Unimed (ADUC/UNIMED CAMPINAS), constatou-se o sucesso e economia gerada pelo *Home care*.

A proposta de prestar uma assistência diferenciada, com um baixo custo, a pacientes crônicos, em repetidas internações, geralmente, prolongadas sinalizou ser esse um diferencial para a sobrevivência e crescimento da cooperativa que tinha por maior lastro a manutenção indefinida em hospitais credenciados deste tipo de paciente.

Foi neste contexto que, em 1º de dezembro de 1998 iniciou-se o funcionamento desse serviço privado. No primeiro momento, com uma equipe formada por: dois médicos, um assistente social, uma enfermeira, um fisioterapeuta, dois auxiliares de enfermagem e dois socorristas em duas viaturas pequenas, atendendo a vinte pacientes selecionadas através de busca dirigida nos hospitais, com período de internação superior a 30 dias, alto custo para cooperativa e mais de cinco internações no último ano.

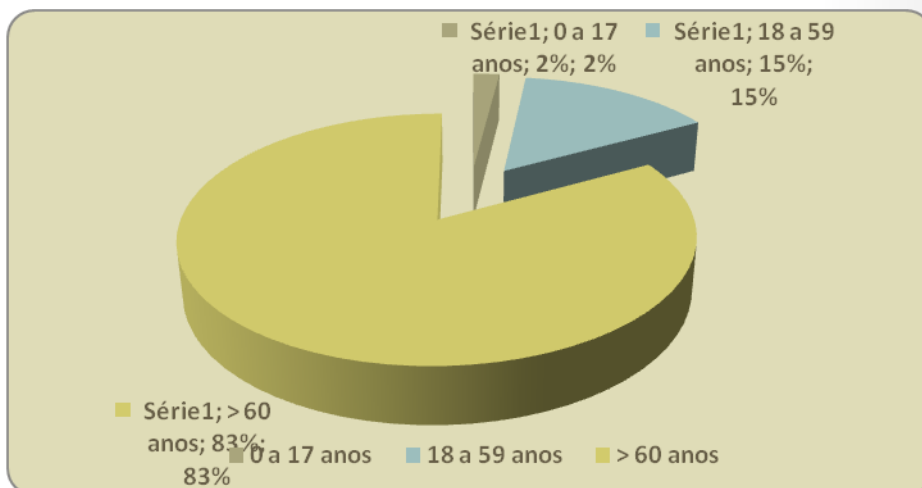
Apesar da pouca divulgação e da discreta campanha de *marketing*, a busca intensa de cooperados e familiares para inclusão de seus pacientes, fez o serviço crescer rapidamente, muito além das expectativas iniciais.

Ao final de um ano de atividade, foram atendidos pelo serviço 374 pacientes. A equipe de profissionais cresceu totalizando vinte e uma pessoas. Logo, foi necessário inserir novos profissionais, médicos, nutricionistas, terceirização de terapias específicas com concorrência entre prestadores credenciados da operadora para os serviços de: fisioterapia, fonoaudióloga, hemotransfusão, quimioterapia, alimentação enteral e parenteral, oxigenoterapia, suporte ventilatório e auxiliares de enfermagem para viabilizar internamentos domiciliares, além do aumento da frota.

Pacientes e familiares têm apresentado alto grau de satisfação com relação à assistência domiciliar e o resultado, em termos de melhoria clínica, superação ou não progressão dos déficits, queda no número de re-internações, estreitamento dos vínculos familiares e diminuição considerável dos custos em relação à utilização anterior na rede credenciada, são indicadores positivos que reforçam os acertos e a importância e magnitude do programa.

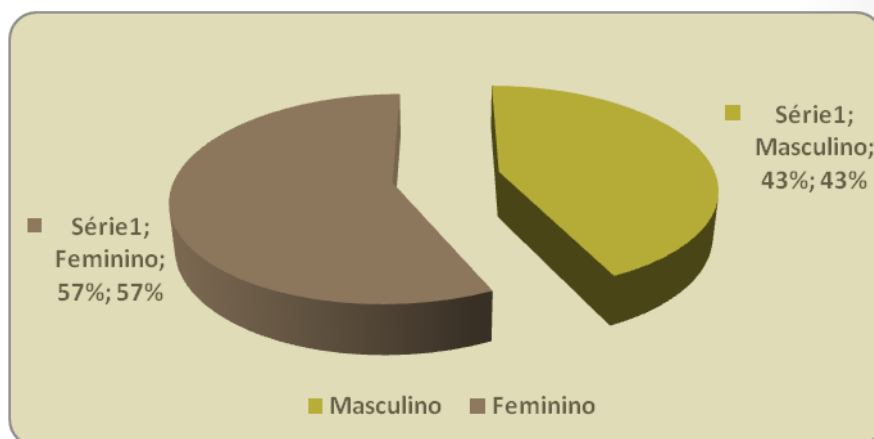
No segundo ano o crescimento do serviço continuou e, ao final de dois anos de funcionamento, foram atendidos 1.186 pacientes. A equipe cresceu totalizando 36 pessoas. Em Novembro de 2000 a equipe do *home care* atendeu a 368 pacientes crônicos e 32 pacientes temporários, sendo 57% do sexo feminino e 43% do sexo masculino (Gráfico 2). Atualmente no seu décimo ano o programa é considerado um Hospital virtual dado o grande número de pacientes atendidos na grande Fortaleza, cuja maior incidência é de pessoas com 60 anos ou mais (Gráfico 1).

GRÁFICO 1 - PACIENTES CRÔNICOS POR FAIXA ETÁRIA



Fonte: UNIMED (2000)

GRÁFICO 2 - PACIENTES POR SEXO



Fonte: UNIMED (2000)

O Serviço conta com a parceria de serviço de urgência 24 horas, e suas intervenções com os pacientes em suas agudizações e de Hospital da mesma operadora, dando suporte físico e material, possibilitando o internamento de pacientes e sua monitorização (TEIXEIRA, 2007).

1.3 Fatores que justificam a adoção do Sistema de *Home care*

Segundo Mendes (2001) a assistência domiciliária à saúde é um tipo de atendimento que pode ser desenvolvido como estratégia de desospitalização para qualquer nível de complexidade de atenção, ou seja, ele perpassa os três níveis de atendimento no ambiente domiciliário. É justamente nesse contexto que se consolida o atendimento domiciliário no Brasil, o qual vem proliferando tanto no setor público como no privado, principalmente com o objetivo de manter o paciente em casa, contando com todas as vantagens que esse tipo de assistência proporciona: otimização dos custos, maior rotatividade dos leitos hospitalares, individualização da assistência, humanização da finitude para pacientes sem possibilidade terapêutica, dentre outros.

Pesquisas comprovam um aumento da população idosa, e conseqüentemente um aumento no número de doenças relacionadas à senilidade. O aumento da incidência de doenças crônicas e a incapacitação funcional não podem ser ignorados, pois os custos de gerenciamento dessas condições prometem ter um aumento significativo. Para o Plano de Saúde, o *Home care* oferece um serviço extra e promove um aumento na qualidade de vida de seus usuários, além de benefícios decorrentes da redução nos seus custos com hospitalização. O *Home care* favorece um maior controle da utilização de recursos em áreas como centro médico, terapêutico e diagnóstico. Terapias hospitalares de alto custo geralmente podem ser realizadas em uma fração de custo reduzido em *Home care*.

O grande interesse do cidadão pelo gerenciamento de sua própria saúde e pela saúde dos seus amigos e familiares oferece uma oportunidade singular para essa modalidade, por exemplo, a chance da transferência programada e responsável de certas tarefas (que tradicionalmente estavam a cargo do médico, enfermeiro e do hospital) para o paciente, amigo ou familiar. Estas pessoas passam a ter um novo papel no sistema *Home care*: o do cuidador informal.

O Cuidador Informal ou o paciente, podem ser treinados no gerenciamento diário de sinais e sintomas relacionados com a alternância das condições de saúde,

troca de curativos em lesões simples e de baixo risco, administração e monitoramento de dietas especializadas, administração de certos medicamentos e outros procedimentos seguros. Como resultado, o cliente/paciente terá uma vida mais saudável, sem a ameaça de repetidas hospitalizações e maior controle dos resultados de seu tratamento, além da satisfação de estar em seu lar.

Para o Hospital, que encontra dificuldades em relação aos pacientes de permanência prolongada e de alto custo, o *Home care* oferece uma alternativa de tratamento que mantém ou melhora os padrões de atendimento, reduzindo, significativamente o seu custo de internação, bem como, possibilitando maior rotatividade de leitos, dando chance a pacientes mais necessitados de hospitalização. Convém frisar que o *Home care* não é uma alternativa ao internamento hospitalar, quando o paciente tem uma indicação clínica que necessite dos recursos físicos e profissionais de um hospital, pois nesses casos, o melhor ambiente para ele é sem dúvida, o hospital.

1.4 A necessidade de gerenciamento de custo e risco pelos planos de saúde

A busca, já evidente, da eficiência e da metodologia de gerenciamento do custo no competitivo mercado hospitalar e de Planos de Saúde no Brasil tem incentivado as fontes pagadoras a monitorarem todos os parâmetros e meios empregados no fornecimento de serviços aos seus usuários. A desconsideração do *Home care* como ferramenta importante no gerenciamento de custos, aumento da qualidade e a fidelidade dos usuários, mostrará, num futuro próximo, ser um erro sério de planejamento.

A ampliação de cuidados domiciliares como estratégia nos serviços de Internação Domiciliar e no Programa de Saúde da Família configura novos saberes e fazeres na equipe de saúde, que valorizam características do trabalho voltadas para a integralidade, interssubjetividade e para o cuidado centrado na família.

A consolidação do Sistema Único de Saúde apresenta-se, no contexto da

atenção à saúde no Brasil, como uma realidade em construção. Nesse movimento, buscaram-se alternativas na configuração de práticas sanitárias que superem o modelo assistencial centrado na doença e nos cuidados prestados no ambiente hospitalar, para avançar na configuração desses saberes e fazeres que tenham como enfoque a identificação e a análise dos problemas e necessidades de saúde contemporâneas e que sejam centrados no usuário e nas características fundamentais do cuidado em saúde.

Nessa perspectiva, os cuidados domiciliares trazem implicações para o ensino e para o serviço na reorganização das práticas de saúde e de ensino que permitam a reflexão e ação sobre essa estratégia. Assim, cabe contextualizar o cuidado domiciliar como estratégia de reversão do modelo assistencial em saúde e as demandas e necessidades advindas dessa estratégia na formação dos profissionais de saúde.

Em consequência, observa-se a emergência de ampliação de espaços de atenção não-tradicionais: Estratégia de Saúde da Família, Assistência Domiciliar nas diversas modalidades, casa de cuidados paliativos, dentre outros. Esses espaços representam esforços na reconstrução de um modelo de atenção, o que exige, na sua gênese, repensar o processo de trabalho e a organização das tecnologias nesses novos *locus* (MOTA, 2005).

Reverter o modelo assistencial implica buscar uma assistência integral, equânime, que garanta a qualidade de vida e a autonomia dos sujeitos no processo. Nessa construção, é preciso ter clareza da co-responsabilidade do Estado, da sociedade e dos usuários, individual e coletivamente, na produção da saúde.

O cuidado domiciliar engloba e perpassa três modalidades de atenção: visita domiciliar, assistência domiciliar e internação domiciliar. Em cada uma dessas modalidades visualizam-se características fundamentais que devem ser garantidas: a integralidade, a interssubjetividade e o cuidado centrado no usuário e na família (MOTA, 2005).

Pensar integralmente o cuidado domiciliar supõe que este deve sustentar-se no trabalho de uma equipe multiprofissional, com enfoque interdisciplinar em uma

visão multifacetária, na combinação de tecnologias e na complementaridade do trabalho em saúde (SILVA *et al*, 2004).

Por outro lado, o cuidado domiciliar pode ser, apenas, um reforço do modelo médico hegemônico, com predomínio de uma medicina tecnológica que estimule a produção de atos e procedimentos nos quais os sujeitos são meros consumidores. Nessa concepção, o domicílio se torna, simplesmente, mais um espaço, sem nenhum impacto na mudança do modelo assistencial.

Construir outra perspectiva implica, também, assumir o cuidado domiciliar como uma interface de diálogo entre os profissionais de saúde, o ser cuidado e a família no qual há a valorização das subjetividades com criação de vínculo e co-responsabilização dos sujeitos pelas situações de saúde.

Na configuração de novas práticas em saúde, um elemento norteador é a formação dos profissionais que atuam no setor. Os conhecimentos e habilidades necessários para o cuidado domiciliar passam, então, a serem discutidos como temática na estruturação dos modelos de ensino dos profissionais de saúde em níveis de graduação, pós-graduação e Educação Permanente. Tais considerações partem da constatação do distanciamento entre a formação dos Recursos Humanos em saúde e a finalidade de sua prática, ou seja, o cuidado em todas as suas dimensões. Nesse movimento, assumindo uma formação contextualizada à realidade, torna-se necessário fortalecer a articulação ensino-serviço e a integralização dos conteúdos de ensino-aprendizagem assumindo o cuidado domiciliar como uma das possibilidades de atuação.

1.5 ANS na Assistência Domiciliar

A Agência Nacional de Saúde (ANS) é uma pessoa jurídica de direito público, autarquia especial caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. É vinculada ao Ministério da Saúde com atuação em todo território nacional (CUNHA, 2003).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar desencadeou, a partir de 2004, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, mediante o qual as operadoras de saúde passaram a ser avaliadas, também, pela qualidade da atenção à saúde prestada a seus beneficiários. Pode parecer estranho, mas como a saúde suplementar é uma atividade econômica, incluir a responsabilidade pela saúde dos usuários como compromisso básico das operadoras é uma inovação, visto que, tradicionalmente, esse setor se move em busca do lucro e da saúde financeira das empresas, como qualquer outro setor da economia. Então, por iniciativas próprias, ou incentivadas pela ação da Agência Nacional de Saúde (ANS), as operadoras de saúde passaram a, oficialmente, se ocupar da gestão do cuidado (CAMPOS *et al.*, 2006).

Conforme previsto no artigo 174 da Constituição Federal, o Estado como agente normativo e regulador da atividade econômica deverá exercer, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivar e planejar, sendo determinante ao setor público e indicativo para o setor privado, pois a saúde é um serviço de interesse geral, no qual é reconhecido o caráter suplementar da saúde privada, como dispõe o artigo 199 da Carta Magna (BRASIL, 1988), desempenhada como serviço de interesse econômico em geral, interesse esse, que justifica a regulação desse setor. Essa autarquia especial foi criada com a finalidade de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde através da regulação e fiscalização do setor, das relações das operadoras setoriais com prestadores de serviços de saúde e com os usuários de planos de saúde, para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Sua atuação é restrita à regulação dos serviços das operadoras de planos privados de assistência à saúde, competindo à Agência zelar pelo fiel cumprimento da Lei 9656/98 (BRASIL, 1998) e por sua regulamentação normativa, no âmbito da saúde suplementar no Brasil.

A Agência tem competência de ‘polícia normativa, decisória e sancionatória’ exercida em qualquer modalidade de produto, serviço e contrato, que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que os diferenciem da atividade

exclusivamente financeira, conforme a Lei 9656/98 (BRASIL, 1998, artigo 1º, §1º.). No âmbito dessa competência, a Agência Nacional de Saúde Suplementar assegura aos consumidores a existência de medidas, como a imposição de sanções para os atos irregulares cometidos pelas operadoras, na qual há instauração de um processo administrativo. Esses atos irregulares, que contrariam a legislação em vigor, podem ser denunciados pelos consumidores através do disque ANS ou pessoalmente, nos núcleos regionais da Agência, espalhados por alguns Estados do Brasil. O consumidor tem o direito de se identificar, ou não, no ato da denúncia.

Uma das finalidades da criação da ANS é equilibrar as relações existentes entre os consumidores, a parte mais fraca, e as operadoras de planos de saúde, a parte mais forte dessa relação de consumo, garantido ao consumidor o menor prejuízo, ocasionado pelos planos privados de assistência à saúde e pelas operadoras, além da ‘defesa do mercado’, com a regulação desse setor, que seve a uma parte expressiva da população brasileira (CUNHA, 2003).

2 PERFIL DOS PACIENTES DEPENDENTES DE ODP EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Os pacientes que, mais frequentemente, necessitam de assistência domiciliar, com o uso de oxigenoterapia são, geralmente, portadores de doenças crônicas degenerativas, muitos sem possibilidade terapêutica de cura, e a grande maioria de doenças respiratórias como Fibrose Pulmonar, Fibrose Cística, Bronquiectasias, Deformidades Torácicas entre outras, e as Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas.

A Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória prevenível e tratável, que se caracteriza pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, mas não é totalmente reversível. A obstrução do fluxo aéreo é, geralmente, progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões, à inalação de partículas ou gases tóxicos, decorrentes, primariamente,

do tabagismo. Embora a DPOC comprometa os pulmões, ela também produz consequências sistêmicas (DPOC, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial (BM) estimaram, em 1990, que a prevalência da DPOC fosse da ordem de 9,33 por 1.000 homens e de 7,33 por 1000 mulheres (CAMPOS, 2002). A presença de sintomas respiratórios crônicos no paciente com hábito tabágico (cigarro, cigarrilha, cachimbo, charuto) deve levar à suspeita clínica de DPOC. Quanto maior a intensidade do tabagismo, maior a tendência ao comprometimento da função pulmonar, embora a relação não seja obrigatória. Aproximadamente, 15% dos fumantes desenvolvem DPOC.

A oxigenoterapia tem demonstrado ser, de forma inequívoca, o principal tratamento para melhorar a sobrevida de pacientes hipoxêmicos portadores de DPOC, tendo como objetivo a manutenção da saturação arterial da oxienoglobina, acima de 90% (SaO_2 , 90%), documentada na gasometria arterial. Constituem indicação para a prescrição de oxigenoterapia prolongada domiciliar, a baixos fluxos, os seguintes achados laboratoriais e de exame físico: PaO_2 55 mmHg ou saturação, 88% em repouso; PaO_2 entre 56 e 59 mmHg com evidências de cor pulmonal ou policitemia. Embora a avaliação oximétrica seja um guia eficaz para triagem de candidatos à oxigenoterapia, é necessária a realização da gasometria arterial, pois ela permite uma avaliação mais precisa das trocas gasosas, com documentação da PaO_2 e da condição ventilatória do paciente pela avaliação da $PaCO_2$. Os fluxos de oxigênio devem ser titulados utilizando-se o oxímetro de pulso durante repouso, exercício e sono, até obter-se a saturação de pulso da oxiemoglobina maior ou igual a 90% (SpO_2 , 90%). O período de oxigenoterapia domiciliar deve incluir as 12 horas noturnas, pois a hipoxemia, durante a vigília, se acentua durante o sono, em razão da irregularidade respiratória noturna fisiológica.

Em um trabalho recente, realizado em serviço de *home care* privado da Unimed Lar, foi feito um estudo em pacientes com insuficiência respiratória crônica, dependentes de oxigenoterapia domiciliar prolongada, nos meses de março, abril e maio de 2007, para identificar o perfil desses pacientes. Foi feita

uma pesquisa quantitativa, retrospectiva, realizada a partir da re-leitura dos prontuários dos pacientes, assistidos pelo serviço Unimed Lar. Segundo a pesquisa, 236 pacientes utilizaram oxigenoterapia prolongada por concentrador de oxigênio, dos quais 58,5% eram do sexo feminino, 41,5% do sexo masculino. A faixa etária predominante foi de 51 a 80 anos com 47%, tendo maior incidência de doenças respiratórias com percentual de 42%. A maioria de pacientes estava acamada (73,3%), e 26,2% eram traqueostomizados (SOUSA, 2007).

2.1 Oxigenoterapia domiciliar prolongada

A Oxigenoterapia é um tratamento em que a pressão parcial do oxigênio no sangue arterial é aumentada por meio de uma maior concentração de O₂ no ar inspirado, com o objetivo de manter bons níveis de oxigenação em pacientes portadores de insuficiência respiratória crônica por diversas enfermidades respiratórias como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), fibrose pulmonar, graves deformidades torácicas e bronquiectasias adquiridas. Os pacientes que vivem com hipoxemia (baixa do teor de oxigênio no sangue) e, muitas vezes, hipercapnia (excesso de dióxido de carbono no sangue), apresentam significativo comprometimento físico, psíquico e social, com repercussão negativa na qualidade de vida, apresentando, ainda, repetidas complicações, que o conduzem a numerosas internações hospitalares e conseqüente aumento do custo econômico para os sistemas de saúde.

Por todas as considerações expostas, a administração de O₂ domiciliar começou a ser praticada há, aproximadamente, 50 anos, a partir das observações do Dr. J. E. Cotes, na Inglaterra. Entretanto, somente a partir da década de 1970 é que se confirmou que a Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP), tanto melhorava a qualidade de vida do paciente portador de DPOC com hipoxemia crônica, como prolongava a sua expectativa de vida. No entanto, A ODP é uma modalidade de tratamento de custo elevado, devendo a indicação clínica ser precisa e cumprir os critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

(2004).

A assistência domiciliar é um tema que, atualmente, traz muita discussão entre profissionais da área da saúde e entre administradores. Essa modalidade de assistência, também conhecida como *home care* (do inglês, cuidado do lar), pode ser definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente, favorecendo a um cuidado mais humanizado e maior economia para planos de saúde e rede pública.

A indicação de oxigenoterapia domiciliar é realizada através de concentradores de oxigênio, ou seja, equipamentos elétricos, que possuem uma peneira molecular que retém o nitrogênio e outros gases contidos no ambiente, deixando passar, apenas, o oxigênio, numa concentração de O_2 (FiO_2) acima de 95%. O Concentrador possui um fluxo máximo limitado de até 5 litros por minuto, utilizando a energia elétrica para funcionar, no que torna necessária a instalação de um cilindro de O_2 como ação preventiva, para segurança do paciente na falta de energia elétrica.

As vantagens do concentrador é que esse possui volume de gás ilimitado não havendo necessidade de recarga, não ocupa espaço, é de fácil manuseio, possui baixo custo de manutenção, com autonomia de funcionamento, enquanto houver energia elétrica. Já as desvantagens desse equipamento, estão no fato de ser ruidoso e, principalmente, onerar a conta de energia elétrica do usuário, com o acréscimo de 400 watts, causando um grande impacto financeiro no orçamento familiar e desgastes entre as famílias dos pacientes e os diversos serviços de assistência domiciliar, públicos e privados.

A Oxigenoterapia consiste num tratamento em que a pressão parcial do oxigênio no sangue arterial (PaO_2) é aumentada por meio de uma maior concentração de oxigênio no ar inspirado. A oxigenoterapia é uma terapêutica eficaz para os doentes com insuficiência respiratória. Seu objetivo é manter os níveis de oxigenação adequados para evitar a hipoxemia (baixa da concentração de oxigênio no sangue). Esse tratamento demonstrou, em vários estudos efetuados, diminuir a hipertensão arterial, aumentar a tolerância ao esforço e reduzir o número

de hospitalizações, melhorando, dessa forma, a qualidade de vida dos doentes respiratórios (ZEFERINO, 2004).

A oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) é considerada, atualmente, o principal tratamento não farmacológico para portadores de DPOC e hipoxemia crônica. Outros benefícios adicionais também foram descritos com a ODP, como a melhora da função respiratória, prolongando a expectativa de vida e reduzindo internações ([http://www. sciello.br](http://www.sciello.br),2007).

2.2 Concentradores de oxigênio

São aparelhos elétricos, que possuem uma peneira molecular para reter o nitrogênio e outros gases contidos no ambiente e deixa passar o oxigênio, fornecendo uma concentração de oxigênio acima de 95%. Tal concentração se mantém constante, a não ser que sejam utilizados fluxos muito altos acima de 5 litros por minuto. Esse equipamento fornece oxigênio, diretamente, por máscara ou cateter nasal. Estudos clínicos mostram que esses aparelhos são terapeuticamente equivalentes a outros equipamentos provedores de oxigênio. Observa-se, portanto, que o fluxo de oxigênio do paciente que usa cilindro para o concentrador é diferente. O fluxo do concentrador, necessário para se conseguir a mesma titulação, terá que ser maior, em média 1 a 1 ½ litros a mais que o cilindro, provavelmente, devido à menor pressão do gás no concentrador, sem acarretar problemas. Ao contrário, o oxigênio sob menor pressão diminui os efeitos colaterais como irritação, edema e sangramento na mucosa nasal que podem ser frequente nos pacientes que usam apenas cilindros de O₂ (www.respironics.com).

Os concentradores surgiram na década de 1960 em países desenvolvidos como alternativa para proporcionar oxigenoterapia de longa duração a pacientes com DPOC, em condição domiciliar (WHO, 1993).

Nas especificações do aparelho constam: gabinete resistente a impactos e com retardamento de fogo, filtro bacteriológico e compressor, largura 48 cm (18,9

polegadas), altura 68,7 cm (26,8 polegadas), profundidade 33,78 cm (13,3 polegadas), peso 22,7 kg, temperatura da operação de 10° - 35°, O concentrador deve ser sempre mantido na posição vertical, a uma distância mínima de 10 cm de qualquer obstáculo que possa interferir na livre circulação de ar em torno dele. O tempo de operação é de 24 h por dia. Parâmetros elétricos: corrente de entrada 4,0A, consumo médio potencial: 400 W (www.respironics.com).

O suprimento do concentrador de oxigênio é uma tecnologia que produz gás *in loco*, através de processo de adsorção, o qual separa o Nitrogênio (N²) e concentra o oxigênio até o percentual superior a 92%, definido pelo Conselho Federal de Medicina, no Brasil (WHO, 1993).

O concentrador possui um fluxo máximo limitado de 0,5 até 5 litros por minuto, necessita de energia elétrica para funcionar, além de cilindro extra, na falta de energia elétrica. Entretanto, existem vantagens: volume de gás ilimitado não havendo necessidade de recarregar, não ocupa espaço, fácil manuseio, custo de manutenção baixa e tem autonomia de funcionamento enquanto houver energia elétrica. As desvantagens do concentrador de O₂ estão o fato de ser ruidoso, e onerar a conta de luz do usuário.

Levando em consideração as estatísticas européias que apontam prevalência aproximada de 40 pacientes/100.000 habitantes, como usuários de O₂, cronicamente, pode-se inferir que, no Brasil, tem-se, aproximadamente, 65.000 pacientes nessa condição. Entretanto, sabe-se que a maioria desses pacientes não está recebendo ODP, o que resulta em gastos elevados com frequentes internações hospitalares por complicações decorrentes da hipoxemia crônica não corrigida.

Marca INVACARE	MILENIUM	EVERFLO
400 W	450 W	350 W
1h R\$ 4,05	R\$ 4,56	R\$ 3,55
8h R\$ 32,43	R\$ 36,48	R\$ 28,38

12h R\$ 48,65	R\$ 54,53	R\$ 42,57
24h R\$ 97,29	R\$ 109,45	R\$ 85,13

QUADRO 1 - Consumo de concentradores (aproximados)

Fonte: White Martins Praxair Inc

Resumidamente, pode-se dizer que, com o objetivo de reduzir a hipóxia tecidual durante as atividades cotidianas, a ODP aumenta a sobrevida dos pacientes por melhorar as variáveis fisiológicas e sintomas clínicos; incrementa a qualidade de vida, pelo aumento da tolerância ao exercício, diminuindo a necessidade de internações hospitalares, assim como melhora os sintomas neuropsiquiátricos decorrentes da hipoxemia crônica.

Do ponto de vista fisiológico, o uso crônico de O₂ melhora sua oferta para as células, com redução da policitemia secundária. De forma semelhante, alivia o estresse miocárdico da hipoxemia, reduzindo arritmias cardíacas, especialmente durante o sono. Ainda mais, a ODP estabiliza, ou, pelo menos, atenua e algumas vezes reverte a progressão da hipertensão pulmonar e, provavelmente, melhora a fração de ejeção do ventrículo direito. Do ponto de vista da função pulmonar, existem alguns estudos sugerindo que ela pode se estabilizar com a ODP (JORNAL DE PNEUMOLOGIA, 2000).

2.2.1 Critérios Clínicos para indicação da oxigenoterapia domiciliar prolongada

A indicação de oxigenoterapia domiciliar prolongada baseia-se em dados gasométricos e clínicos. A medida da saturação de oxigênio por oxímetro de pulso é orientadora da hipoxemia, porém não é válida quando isolada para a prescrição da oxigenoterapia domiciliar prolongada. É necessária a gasometria arterial para efetivação precisa do grau de hipoxemia, devendo ser realizada enquanto a doença está estável, sem uso de oxigênio e com o paciente em repouso.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2004), constitui indicação para prescrição de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) a baixos fluxos os seguintes achados laboratoriais e de exame físico:

a) Oxigenoterapia contínua por longo tempo:

1. $\text{PaO}_2 < 55$ mmhg ou $\text{SaO}_2 < 88\%$ em repouso;
2. PaO_2 entre 56 e 59 mmhg ou $\text{SaO}_2 = 89\%$ associado a:
 - . Edema por insuficiência cardíaca;
 - . Evidência de cor pulmonal;
 - . Hematócrito $> 56\%$.

b) Oxigênio durante o exercício:

$\text{PaO}_2 < 55$ mmhg ou $\text{SaO}_2 < 88\%$ documentada durante o exercício.

c) Oxigenoterapia noturna:

1. $\text{PaO}_2 < 55$ mmhg ou $\text{SaO}_2 < 88\%$ documentada durante o sono;
2. Queda da $\text{SaO}_2 > 5\%$ com sinais e sintomas de hipoxemia (definidos como embotamento do processo cognitivo, fadiga ou insônia).

Após indicação formal, o paciente terá monitorização do tratamento: a medida da saturação do oxigênio (SpO_2) por oxímetro de pulso é orientadora de hipoxemia, porém não é válida quando isolada para a prescrição da ODP. É necessária a gasometria arterial para documentação precisa do grau de hipoxemia, devendo ser realizada durante a doença estável; Reavaliação entre 30 e 90 dias após episódio e exacerbação da doença ou após alta hospitalar para estabelecer-se o fluxo definitivo de oxigênio; A melhora da PaO_2 após 90 dias deve ser imputada aos efeitos benéficos da ODP e não devemos suspendê-la (JORNAL DE PNEUMOLOGIA, 2000).

2.2.2 Critérios de Seleção da Fonte de Oxigênio

Atualmente, existem três fontes de oxigênio disponíveis para fornecimento domiciliar: oxigênio gasoso em cilindros, oxigênio líquido e Concentradores de oxigênio. O oxigênio gasoso está disponível em todo o país, entretanto, os cilindros

são caros, pesados e seu transporte e armazenamento difíceis, havendo também a necessidade de reposição frequente. O acondicionamento em pequenos cilindros de alumínio, mais leves que os tradicionais, permitem seu uso portátil, cujo custo dependerá do fluxo prescrito. Exemplo: na prescrição de fluxo de oxigênio de 2L por minuto durante 24 horas e através de cilindros de 5m³, o paciente necessitará de 25 a 30 cilindros por mês e seu custo aproximado será R\$ 2.000,00(dois mil reais) (WHITE MARTINS PRAXAIR INC).

Vazão	Tempo (dias)
1L/min	4,86
2L/min	2,43
3L/min.	1,62
4L/min.	1,21
5L/min.	0,97

QUADRO 2 - Duração média de cilindro do tipo K* da utilização por pacientes assistidos em *home care* com oxigenoterapia domiciliar prolongada.

*Tipo K Cilindro de 7m³ ou 7000 Litros, com 150 libras.

Os Concentradores de oxigênio fornecem oxigênio com pureza de 95% a 97% e fluxos no máximo de 5L/min. São fáceis de manejar, ocupam pouco espaço e têm autonomia de funcionamento, enquanto houver energia elétrica. O aluguel mensal varia de R\$ 255,00 (duzentos e cinquenta e cinco reais) a R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) independentemente do fluxo a ser utilizado. Esse equipamento é uma fonte inesgotável de oxigênio porque, através de suas peneiras moleculares, capta do ar ambiente, o gás em concentrações adequadas para os pacientes, sem preocupações com o reabastecimento, além de poder se movimentar livremente no seu domicílio.

Os benefícios terapêuticos da ODP estão diretamente relacionados ao número de horas/dia que o paciente utiliza e, portanto, deve-se prescrever a oxigenoterapia idealmente para 24 horas ao dia, estimulando o paciente a usá-la por maior tempo

possível. Considera-se como tempo mínimo aceitável 15 horas contínuas por dia, incluindo as horas do sono (JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 2000).

Bases científicas para prescrição da oxigenoterapia prolongada domiciliar contínua (24h/dia), dão conta da melhoria da qualidade de vida, com argumentos científicos, aumento da tolerância ao exercício, diminuição do número de internações, melhora do estado neuropsíquico.

É necessário que haja a documentação de parâmetros ao prescrever a ODP para indivíduos com doença pulmonar avançada, resultante de hipoxemia crônica, como DPOC, doenças intersticiais e outras. A prescrição é de responsabilidade do médico, que decidirá sobre a melhor fonte de oxigênio, o fluxo e o modo de administração. É realizada a reavaliação médica periódica, por meio de exames, além de monitorização pelas equipes de Fisioterapia e Enfermagem.

3 PROGRAMAS DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

As transformações socioeconômicas dos últimos vinte anos têm afetado profundamente o comportamento de empresas, até então acostumadas à pura e exclusiva maximização do lucro. Se, por um lado, o setor privado tem, cada vez mais, lugar de destaque na criação de riqueza, por outro lado, com grande poder, assume uma responsabilidade significativa perante a sociedade.

A Responsabilidade Social das empresas consiste em ações prioritárias que visam a melhorar, de forma contínua, as condições de trabalho de seus colaboradores e a proteção ao meio-ambiente. A ideia de Responsabilidade Social, incorporada aos negócios, é relativamente recente. Com o surgimento de novas demandas e maior pressão por transparência nos negócios, as empresas se veem forçadas a adotar uma postura mais responsável em suas ações.

O tema permite a reflexão sobre a necessidade de comunicação das ações das empresas que praticam Responsabilidade Social aos seus respectivos ‘*Stakeholders*’ (partes interessadas), de forma sistemática. D’Ambrosio *apud* Farias (2005, p. 2) cita que a Responsabilidade Social de uma empresa consiste na

“decisão de participar mais diretamente das ações comunitárias na região em que está presente e minorar possíveis danos ambientais decorrente do tipo de atividade que exerce.”

Segundo Grajew *apud* Farias (2005, p. 2),

O conceito de Responsabilidade Social está se ampliando, passando da filantropia, que é a relação socialmente compromissada da empresa com a comunidade, para abranger todas as relações da empresa: com seus funcionários, clientes, fornecedores, acionistas, concorrentes, meio ambiente e organizações públicas estatais.

Infelizmente, muitos ainda confundem esse conceito com filantropia, mas as razões por trás desse paradigma não interessam somente ao bem estar social, mas, também, envolvem uma melhor performance nos negócios e, conseqüentemente, maior lucratividade.

A Responsabilidade Social é uma importante ferramenta estratégica nas tomadas de decisões das empresas. Segundo estudo realizado, em 2005, pela Associação dos Dirigentes de Vendas e *Marketing* Brasil (ADV B), para a V Pesquisa Nacional sobre Responsabilidade Social nas Empresas, cujos resultados foram publicados pelo Instituto de Responsabilidade Social (IRES) mostrando que 97% das empresas atuais praticam a Responsabilidade Social. Na maioria dessas organizações, a área que conduz os projetos sociais é a de Recursos Humanos e 96% das empresas possuem executivos da alta administração envolvidos nas ações.

Certo e Peter (1993) acreditam que a Responsabilidade Social envolve atividades projetadas para melhorar a sociedade, além de, simplesmente, atender os interesses econômicos e técnicos da organização. Segundo esses autores, é este o ponto de vista contemporâneo da Responsabilidade Social. Para melhor entender a responsabilidade social, Certo e Peter (1993) enfocam quatro aspectos importantes que devem ser observados e atendidos: legal, político, competitivo e ético. O

aspecto legal diz respeito às legislações federal, estadual e municipal, que afetam diretamente o consumidor, empregados, o ambiente e a sociedade em geral. O aspecto político refere-se à pressão exercida pelos ‘lobistas’- grupos com interesses em práticas comerciais- que buscam alterar as legislações desfavoráveis às organizações.

A competitividade, ou aspecto concorrencial, ocorre na medida em que as organizações afetam umas às outras e à sociedade, no processo competitivo, uma vez que um concorrente, através de medidas legais, pode diluir o poder político do outro. Quanto ao aspecto ético, os autores acreditam se tratar da tomada de decisão e auto-regulamentação na condução dos negócios, não havendo padrão universal simples para julgar se uma ação é ética. Não havendo padrão, as práticas éticas de negócio tornam-se uma questão de julgamento social.

Considerando a complexidade do fenômeno, Cheibub e Locke (2002), enfatizam que, para manter o componente ético, moral, o entendimento da RSE não pode incluir ações sociais derivadas de obrigações legais, nem de compromissos que resultaram de negociação com trabalhadores e com a comunidade, pois essas seriam resultantes de relações de poder e não, atos voluntários, como em essência se define a Responsabilidade Social.

Assim, não faria sentido chamar de Responsabilidade Social o cumprimento da lei. Os autores, então, definem Responsabilidade Social como ações que estão para além do que é estabelecido por lei, ou seja,

Implica em ações que vão além da ‘letra da lei’ e que não resultam de um embate político com sindicatos ou organizações de trabalhadores. É, na verdade, apenas e necessariamente um conjunto de ações que vão além do que é requerido por lei, por obrigação ou necessidade (CHEIBUB e LOCKE, 2002, p. 280).

3.1 Projeto SOSVIDA

Para contribuir responsabilmente com as pessoas usuárias de equipamentos vitais à preservação da vida humana e dependentes de energia elétrica, a instituição denominada ‘Soluções em Saúde’ (SOSVIDA), especializada no segmento de internação domiciliar, teve a iniciativa de procurar o Conselho de Consumidores de energia da COELBA (CCEC) para registrar a dificuldade de pagamento da conta de energia elétrica pelos consumidores que se encaixam nesse perfil, no Estado da Bahia, obtendo resultados favoráveis. Portanto, a COELBA foi a primeira empresa do segmento voltado à distribuição de energia elétrica, no Norte e Nordeste, a beneficiar clientes cadastrados em ‘Condição Especial’. A Companhia de Eletricidade acatou a iniciativa da SOSVIDA e os consumidores que, até então, eram avisados antecipadamente sobre corte ou falta de energia, passaram a ter, também, um desconto no consumo de energia elétrica.

O benefício é importante por se tratar de clientes que utilizam equipamentos de autonomia limitada e, muitas vezes, não conseguem pagar a conta de luz. A parceria do SOSVIDA e o CCEC também é importante porque ajuda a concessionária no cadastramento do cliente em ‘Condição Especial’ que, de acordo com a resolução 024/2000 da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), é aquele que necessita ser avisado com antecedência mínima de cinco dias úteis com relação à data da interrupção programada.

De acordo com a assistente social da SOSVIDA, responsável pela iniciativa através de *e-mail* enviado para o CCEC, embora exista o controle, o número de pacientes beneficiados é variável: “Acompanhamos de perto a realidade e as condições desses pacientes e temos certeza de que este projeto vai beneficiar muitas famílias a reduzir parte dos seus custos levando a uma internação domiciliar com mais tranquilidade”.

O coordenador médico de internação domiciliar da SOSVIDA observa que é preciso apoiar o paciente de Internação Domiciliar, de todas as formas possíveis, considerando que muitos deles vivem grandes dramas pessoais decorrentes de

doenças, na maioria das vezes, limitantes e incapacitantes. A minimização do custo adicional de energia elétrica, utilizado para um suporte de vida mais humano e eficiente, ganha grande importância.

O objetivo desse projeto da SOSVIDA é o atendimento com Responsabilidade Social ao segmento da classe residencial de unidades consumidoras onde exista a utilização de equipamentos de autonomia limitada, vitais à preservação da vida humana e dependente de energia elétrica. Ele foi fundamentado no inciso V, do artigo 5º., da resolução nº. 138, de 10/05/2000, da ANEEL, e embasado no exemplo do Estado de São Paulo, cujo Governador, Geraldo Alckmin, assinou, em janeiro de 2006, o Decreto 50.473/06, ampliando a faixa de isenção do ICMS para o consumo de energia elétrica de famílias de baixa renda. Dentre as ações, a isenção de ICMS, parcelamento de contas de energia e tarifa subvencionada para unidades consumidoras onde exista a utilização de equipamentos essenciais à preservação da vida humana e dependente de energia elétrica. O convênio com ICMS 56/06 foi publicado no DU de 12/07/06 e Decreto Nº 10.072 publicado no DU de 16/08/06.

3.2 Em defesa da energia elétrica mais barata para deficientes

Essa proposição estabelece redução de tarifa para os consumidores de energia elétrica portadores de deficiências ou enfermidades que demandem a utilização de equipamentos ou tratamentos dependentes de consumo de eletricidade. Ela tem inegável alcance social e foi apresentada, originalmente, pelo então Deputado Antônio Cambraia, por meio do Projeto de Lei no 6.901/02 (BRASIL, 2002). No entanto, com a mudança de legislatura, a matéria foi arquivada, sem a possibilidade de desarquivamento pelo autor que, no momento, não ocupa cargo de deputado federal. Devido à relevância da iniciativa, foi reapresentada por meio de outro projeto.

É consenso que o tratamento domiciliar propicia melhores resultados para os pacientes, pois o ambiente familiar melhora o ânimo e evita infecções hospitalares.

Além disso, alivia o sistema público de saúde, reduzindo custos e liberando leitos hospitalares para atender a situações mais emergentes. No entanto, o valor a ser pago pela eletricidade consumida pelos aparelhos médicos instalados nas residências representa significativo ônus para as famílias dos pacientes, já fragilizadas pelas enfermidades e pelas despesas delas decorrentes. É pertinente, portanto, o desconto nas tarifas de energia elétrica, que se propõe, para que se mantenha o equilíbrio financeiro das concessionárias de distribuição, conforme consta do texto do projeto.

3.3 Oxigenoterapia domiciliar: pacientes podem obter benefício

Outro projeto de lei para cidadãos de baixa renda que fazem tratamento de oxigenoterapia domiciliar, no sentido de reduzir suas contas de energia elétrica, tramita no Congresso Nacional e, se for aprovado, permitirá que os pacientes que utilizam concentrador de oxigênio e aparelhos de ventilação mecânica invasiva e não-invasiva domiciliares possam contar com a Tarifa Social. A Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia (SPPT) quer a aprovação do projeto para que os pacientes não precisem interromper o tratamento em razão dos custos.

A oxigenoterapia é um tratamento que tem como agente principal o oxigênio. Melhora a qualidade de vida de pacientes que, por algum motivo, têm falta de oxigênio no sangue. Estão entre eles os portadores de doenças pulmonares obstrutivas crônicas, pessoas que têm sequelas de tuberculose ou outros problemas respiratórios que causem a hipoxemia, a diminuição do teor de oxigênio no sangue (CANÇADO, 2007).

O Projeto de lei prevê o benefício, também, para as residências habitadas por famílias com renda mensal de até três salários mínimos, que tenham, entre seus membros, pessoas dependentes de aparelhos, equipamentos ou instrumentos que, para o funcionamento, demandem consumo de energia elétrica. Para ser aprovado o projeto depende ainda da análise do Senado Federal (SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2008).

Em contrapartida, enquanto a sociedade civil luta por esses benefícios, uma ação civil pública foi impetrada pelo Ministério Público contra a Companhia Paranaense de Energia Elétrica (COPEL). O processo é motivado pelo descumprimento de um acordo feito entre a estatal e as famílias atendidas pelo Programa de Assistência de Internamento Domiciliar (PAID) firmado em 2006. A preocupação da Promotoria era evitar que enfermos dependentes de aparelhos para respirar ficassem sem energia elétrica, o que comprometeria sua vida.

O Ministério Público alegou que a companhia elétrica não assegurava o fornecimento de energia elétrica às famílias que não tinham condições de manter o pagamento em dia, devido à elevação do consumo dos equipamentos especiais.

O Programa existia desde 2005 e atendia a pacientes credenciados ao SUS (Sistema Único de Saúde), reduzindo o gasto da saúde, pois diminuiu o número de internamentos, mas gerou uma despesa domiciliar incompatível com o orçamento dos pacientes, aumentando o consumo de energia (DOE de 26 out.2007, p. 70).

Em maio do ano 2007, a Secretaria de Saúde e a COPEL acordaram que o fornecimento de energia elétrica das pessoas que precisavam usar um concentrador de oxigênio não seria cortado quando a família não conseguisse pagar a tarifa. Atualmente, vários são os programas que beneficiam esses pacientes, no entanto, ainda não foi generalizada para o âmbito federal, contemplando os demais indicados na categoria de pacientes domiciliares com suporte a vida (JORNAL HOJE, 2008).

4 IMPACTO FINANCEIRO POR USO DE CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO NO ORÇAMENTO FAMILIAR

De acordo com uma pesquisa feita em um *home care* privado de Fortaleza, em 2007, 236 pacientes faziam uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada por concentrador de oxigênio. Essa pesquisa foi feita recorrendo aos prontuários, nos quais, no ato da inclusão do paciente, constava do termo de adesão a informação da

sua renda aproximada. O serviço dispõe de uma tabela que identifica a renda, de acordo com três classes, e a família se inclui no que é mais aproximado da sua realidade.

É consenso que o tratamento domiciliar propicia melhores resultados para os pacientes, pois o ambiente familiar melhora o ânimo e evita infecções hospitalares. Além disso, alivia o sistema público de saúde, reduzindo custos e liberando leitos hospitalares. No entanto, o valor a ser pago pela eletricidade consumida pelos aparelhos médicos, instalados nas residências, representa significativo ônus para as famílias dos pacientes, já fragilizadas pelas enfermidades e pelas despesas delas decorrentes. É bastante justo, portanto, o desconto nas tarifas de energia elétrica que se propõe, mantendo o equilíbrio financeiro das concessionárias de distribuição. Essa proposição estabelece redução de tarifa para os consumidores de energia elétrica portadores de deficiências ou enfermidades que demandem a utilização de equipamentos ou tratamentos dependentes de consumo de eletricidade.

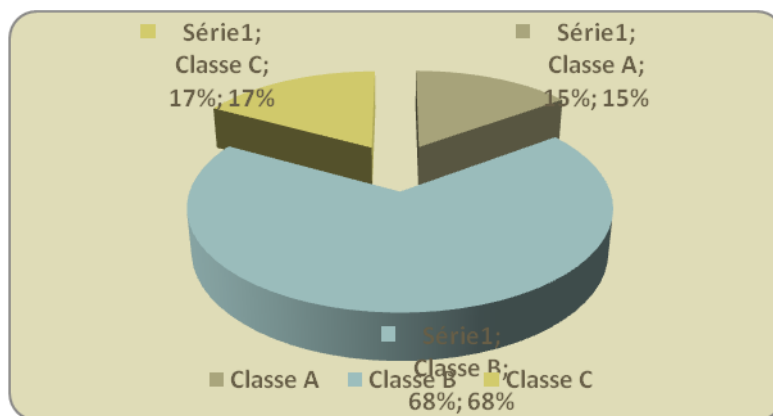
Classe C de 1 a 4 salários mínimos
Classe B de 5 a 8 salários mínimos
Classe A a partir de 8 salários mínimos

QUADRO 3 - Renda familiar por domicílio

- Informação do serviço social do *Home care* Unimed Lar

Das famílias pesquisadas, 14,83% pertencem à classe A, 17,37% pertencem à classe C, predominando a classe B, com 67,80%.

GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO POR CLASSE SOCIAL DE ACORDO COM SERVIÇO SOCIAL DO *HOME CARE*



Fonte: Serviço Social do *Home care* Unimed Lar

4.1 Resultados e Discussões

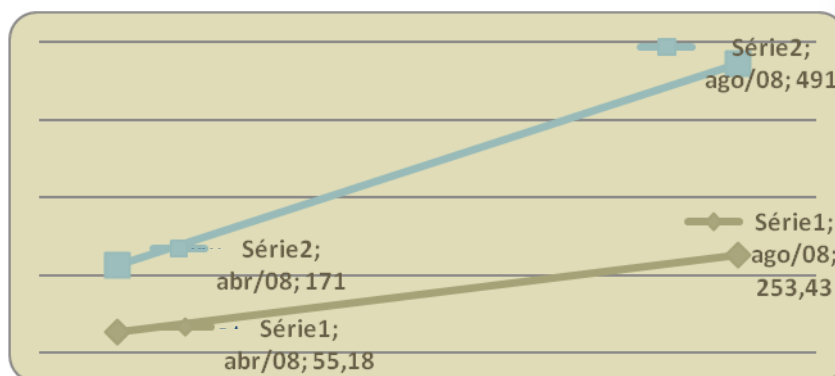
Foi observado que pacientes com doenças pulmonares são impossibilitados de sobreviver sem oxigenoterapia, partindo-se do pressuposto de que seria responsabilidade do Estado garantir a permanência desses pacientes no seu domicílio, independente de sua classe social. Se uma pessoa substitui, por opção ou por indicação médica, o tratamento que deveria ser feito em hospital público ou privado, pelo tratamento domiciliário, o Estado deveria transferir os custos aos demais segmentos da sociedade.

O Projeto de Lei nº. 1250/07 (BRASIL, 2007), em seu artigo 1º., dispõe a respeito da isenção de imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre a prestação de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação (ICMS) para o fornecimento de energia elétrica residencial aos consumidores que utilizam equipamentos ou tratamentos necessários a procedimentos terapêuticos.

No estudo de caso, sobre a paciente A.R.A, observou-se que a dependência do uso de oxigenoterapia, por concentrador de oxigênio, proporcionou um elevado

aumento do consumo de energia elétrica, impactando no orçamento familiar, levando os familiares a insatisfações, e dificuldades financeiras, ocasionando cortes relativos à alimentação, gastos referentes a higiene corporal e outros cuidados. Dessa forma, foi necessária a intervenção do serviço social, pois os familiares queriam repassar os custos adicionais à operadora.

GRÁFICO 4 - DIFERENÇA DO CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA DE UM PACIENTE EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR EM USO CONTÍNUO DE CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO. FORTALEZA - abril/agosto 2008



Fonte: Pesquisa direta (2008)

Antes de a paciente ter indicação de oxigenoterapia contínua prolongada, em 09/04/2007, seu consumo de energia elétrica era de 171 KW, correspondendo a R\$ 55,18 e, após o uso do equipamento elétrico 24 horas, em 07/07/2008, seu consumo de energia elétrica foi de 491 KW, correspondendo a R\$ 215,43. Por isso, é importante a concessão de isenção às famílias desses pacientes, a qual é variável, em função das alíquotas. A fatura com consumo de 91 kWh, por exemplo, com valor integral de R\$ 46,63, pode cair para R\$ 34,14; comparando ao Projeto da Companhia Elétrica da Bahia - COELBA, inserido no *home care*.

Existem alguns programas que beneficiam pacientes portadores de doenças respiratórias, no nível municipal e estadual, no entanto, não é suficiente descentralizar, estadualizando e municipalizando as ações e, com elas, as

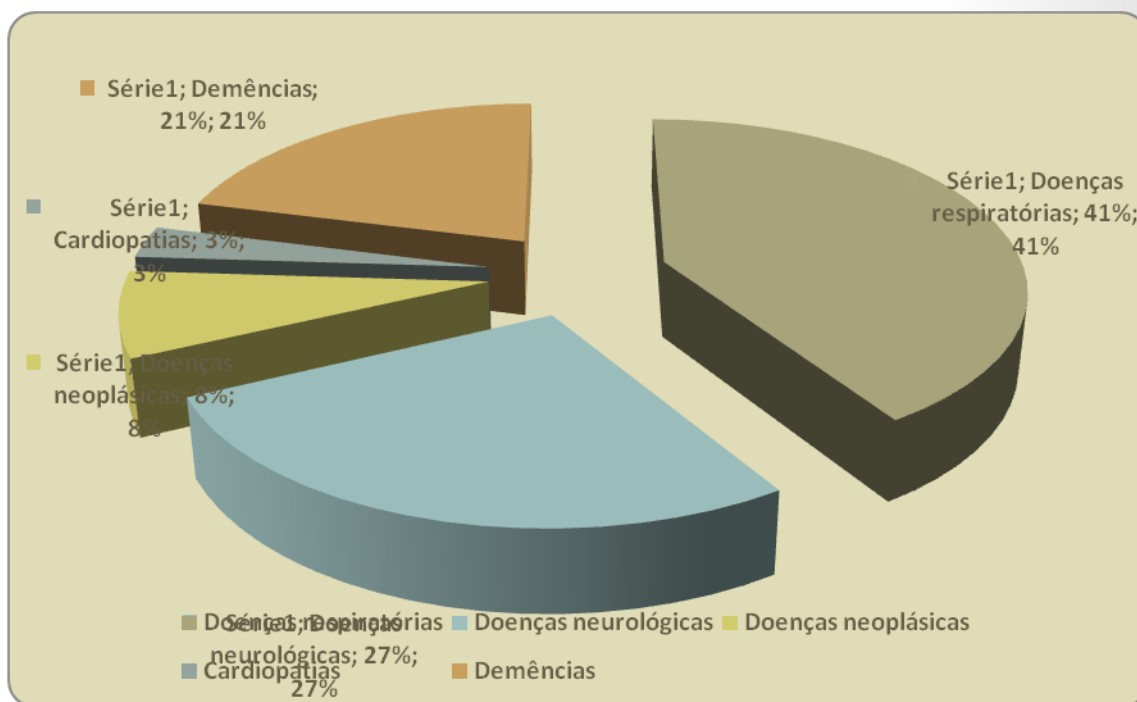
informações. Ao contrário, é necessário assegurar que esse processo traduza a formulação de uma política nacional de saúde (POSSAS 1989).

Essa é uma ação de natureza cívica, porque a política de assistência social deve ter uma vinculação inequívoca aos direitos da cidadania social, visando concretizá-lo no que lhe couber. Concretizar direitos sociais significa prestar à população, como um dever de Estado, um conjunto de benefícios e serviços que lhes são devidos, em resposta às suas necessidades sociais, afigurando-se, ao mesmo tempo, como dever de prestação segundo o Estado e um direito de crédito, por parte da população, aquilo que lhe é essencial para garantir a qualidade de vida em pleno exercício de cidadania (POSSAS 1989).

Nessa perspectiva, Foucault (1996, p. 197-198) refere que:

No momento em que os procedimentos mistos de assistência são decompostos e decantados, e em que se delimita, em sua especificidade econômica, o problema da doença dos pobres, a saúde e o bem-estar físico das populações aparecem como um objetivo político que a 'política' do corpo social deve assegurar, ao lado das regulações econômicas e obrigações da ordem. A súbita importância que ganha a medicina, no século XVIII, tem seu ponto de origem no cruzamento nova economia 'analítica' da assistência com a emergência 'polícia' geral da saúde. A nova noso-política inscreve a questão específica da doença dos pobres no problema geral da saúde das populações, e se desloca do contexto estreito dos socorros de caridade para a forma mais geral de uma 'política médica' com suas obrigações e serviços.

GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES POR PATOLOGIA EM HOME CARE



Fonte: Serviço Social do *Home care* Unimed Lar

O gráfico 5 demonstra a distribuição de pacientes por patologia de um *home care* dando ênfase às doenças respiratórias com indicação contínua do uso de oxigênio e maior contingência da sua utilização. Por esse motivo, o concentrador justifica o alto consumo de energia que chega a consumir em média 400 kWh em 30 dias, uma vez que seria inviável manter um paciente em domicílio, apenas com o consumo de cilindro de oxigênio, devido à logística e o alto custo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por este estudo constatou-se que muitos pacientes com doenças crônicas não têm condições de sobreviver sem oxigenoterapia que, por ser um tratamento altamente dispendioso, deixa a maioria desses indivíduos condenados à morte ou a uma sobrevivência com grandes sofrimentos. Nesse sentido, pressupõe-se que como

responsabilidade do Estado garantir a permanência destes pacientes no seu domicílio independente de sua classe social ou de seu *status* econômico. No caso do atendimento domiciliar, as pessoas trocam, por opção ou por indicação do médico, o internamento hospitalar público ou privado, pelo tratamento em domicílio, proporcionando o atendimento no hospital a pessoas com necessidades mais emergentes.

No caso da necessidade de atendimento domiciliar em que é necessária a utilização do concentrador de oxigênio, equipamento que aumenta significativamente o consumo de energia elétrica domiciliar, o Estado deve interferir nos custos, especialmente, quando se tratar dos segmentos mais pobres da sociedade.

No caso da paciente A.R.A, constatou-se que sua dependência da oxigenoterapia, por concentrador de oxigênio, ocasionou um grande aumento do consumo de energia elétrica, gerando um grande impacto no orçamento familiar e dificuldades financeiras. Dessa forma, a família recorreu ao serviço social, em busca de repassar os custos adicionais à operadora. Antes de a paciente ter indicação de oxigenoterapia contínua prolongada, em 09/04/2007, seu consumo era 171 KW, correspondendo a R\$ 55,18 e, após o uso do equipamento elétrico 24 horas, em 07/07/2008, seu consumo de energia elétrica foi de 491 KW, correspondendo a R\$ 215,43.

Diante dessa realidade, sente-se a necessidade de o Estado favorecer a essas pessoas submetidas a tratamento prolongado com concentrador de oxigênio uma forma de isenção fiscal ou tarifa social para amenizar os gastos excessivos com energia elétrica, como ‘bônus’ para os pacientes crônicos dependentes de ODP por concentrador de oxigênio e suporte ventilatório domiciliar, de qualquer classe social, que deveriam estar em leitos hospitalares da rede privada ou pública.

Entretanto, o orçamento público, para garantia de tais direitos, é insuficiente, o que induz à busca, por parte do consumidor, dos planos de saúde ou outras formas de pagamento direto por ‘saúde’. Entretanto, quando qualquer cidadão (consumidor ou não) necessitar de atenção terciária, em geral, a única opção é o

SUS, o que sobrecarrega o investimento público, o qual injeta a maior parte de seus recursos nesse tipo de assistência, coincidentemente, a mais cara e complexa. O que se pretende, na realidade, é que o Estado precisa cumprir seu real papel, com Responsabilidade Social, na garantia da saúde como direito de todos (NORO, 2005).

A equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual relativo à igualdade, prevista no contexto legal, e justifica a prioridade na oferta das ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Declaração de Alma - Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de *Sundsvall*, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega Países e Declaração do México, Brasília, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec: 2006.

CAMPOS, Hisbello. S. **Bol. Pneumol. Sanit.** V.10. 2. Rio de Janeiro, dez.2002.

CANÇADO, José Eduardo Delfini. Oxigenoterapia domiciliar gratuita pelo SUS.**Jornada Paulista de Pneumologia**. São José dos Campos: SPPT 2007.

CERTO, S. C. & PETER, J. P. **Administração Estratégica**: Planejamento e implantação da estratégia. São Paulo: Makron Books, 1993.

CHEIBUB, Zairo B. e LOCKE, RICHARD M. Valores ou interesses? Reflexões sobre a responsabilidade social das empresas. *In*: KIRSCHNER, Ana Maria,

GOMES, Eduardo R. e CAPPELLIN Paola (Orgs.). **Empresas, Empresários e Globalização**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2002.

CUNHA, Paulo César da. **Regulação Jurídica da Saúde Suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris: 2003.

FARIAS, Afonso. **Marketing Social: Responsabilidade Social nas Empresas**. Disponível em: gazetaonline.globo.com/marketingplace/artigo.php?id_artigo=3. Acessado em: 10 jun. 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal. 1996.

DPOC. Caracterização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - Definição, Epidemiologia, Diagnóstica e Estadiamento. II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. vol. 30, 2004.

MENDES, Walter: **Home care: uma Modalidade de Assistência Domiciliar à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.

MOTA, J.A. C-UFGM; SILVA, K.L-PUC, MG; FELDMAN, S. PUC, MG: Cuidado Domiciliar em Saúde: Implicações para o ensino e para o serviço. **II Fórum Nacional de Redes em Saúde**. Belo Horizonte, julho. 2005.

NORO, L, R, A. O Setor de Saúde e o direito do consumidor. **Perspectivas e Controvérsias**. 2005:18(4): 24 a 214.

PERAZO, Laís. Perspectivas para a saúde. **Benefício Saúde nas Empresas**. Publicação Bimestral nº 18, jul-ago.2005.

POSSAS Cristina. **Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1989.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Consenso Brasileiro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**. (DPOC), 1..2004.

SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Jornada Paulista de Pneumologia**. São José dos Campos: SPPT, 2008.

SOUSA, Ângela Maria Sales Alves de, **Perfil do paciente em oxigenoterapia do Serviço Unimed Lar**. Fortaleza: UNIMED, 2007.

TEIXEIRA, Andrea. **O Cuidador familiar e a relação com o paciente oncológico em cuidados paliativos**. Fortaleza, UNIMED, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Oxygen therapy for Acute Respiratory Infections in Young Children in Developing Countries**. Program for the control of acute Respiratory Infections of the world Health organization. Genebra: WHO: 1993.

ZEFERINO, Maria Terezinha. **Diretrizes para oxigenoterapia domiciliar**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.