

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**NALÚ PEREIRA DA COSTA KERBER**

**A ATENÇÃO DOMICILIÁRIA E DIREITO À SAÚDE:  
ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE NO  
BRASIL**

**2007**

**NALÚ PEREIRA DA COSTA KERBER**

**A ATENÇÃO DOMICILIÁRIA E DIREITO À SAÚDE:  
ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE NO  
BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito final para obtenção do título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde

Orientadora: Dra. Ana Lúcia Cardoso Kirchhof

Co-orientadora: Dra. Marta Regina Cezar Vaz

**2007**

### Ficha Catalográfica

K39a Kerber, Nalú Pereira da Costa

A atenção domiciliária e direito à saúde: análise de uma experiência na rede pública de saúde no Brasil, 2007 [tese] / Nalú Pereira da Costa Kerber — Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2007.

335p. il.

Inclui bibliografia.

Possui Tabela e Figura.

Contém Cartilha.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Enfermagem – Cuidado. 3. Sistema Único de Saúde – SUS. 4. Enfermagem – Atenção Domiciliária. I. Autor.

CDD 22<sup>a</sup> ed. – 362.140 981

## NALÚ PEREIRA DA COSTA KERBER

### A ATENÇÃO DOMICILIÁRIA E DIREITO A SAÚDE: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

### DOUTOR EM ENFERMAGEM

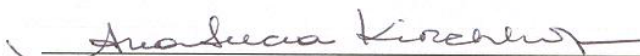
e aprovada em 09 de julho de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



---

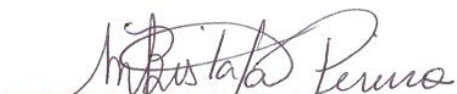
Dra. Marta Lenise do Prado  
Coordenadora do Programa

#### Banca Examinadora:



---

Dra. Ana Lúcia Cardoso Kirchhof  
Presidente



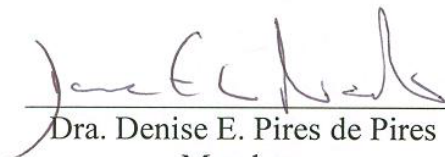
---

Dra. Maria José Bistafa Pereira  
Membro



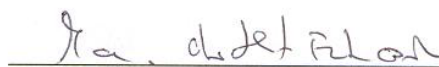
---

Dra. Maria Ribeiro Lacerda  
Membro



---

Dra. Denise E. Pires de Pires  
Membro

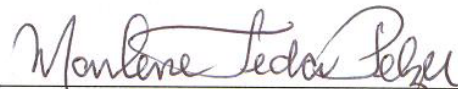


---

Dra. Maria do Horto Fontoura Cartana  
Membro

---

Dra. Vera Lúcia G. Blank  
Membro Suplente



---

Dra. Marlene Teda Pelzer  
Membro Suplente

---

Dra. Francine Lima Gelbcke  
Membro Suplente



*Dedico esta tese a:*  
*Meu marido e meus filhos, que me apoiaram SEMPRE*  
*e entenderam as ausências necessárias. Sem eles nada teria sentido.*  
*Eles são o SOL DA MINHA VIDA.*  
*Meu pai (in memoriam),*  
*que sempre quis que eu fosse DOUTORA.*  
*Minha mãe e meus irmãos, por acreditarem tanto em minha*  
*capacidade. Família é TUDO o que importa na vida..*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço...*

*A minha orientadora, Ana, que foi um verdadeiro exemplo de profissional. Esteve presente desde o início do processo de doutoramento, me guiando no caminho, mesmo tendo motivos suficientes para se afastar e cuidar de si mesma. Com absoluta certeza, ela facilitou em muito a minha chegada a este momento.*

*A minha co-orientadora Marta, que apesar da distância que ficou entre nós em vista do seu pós-doutorado, sua capacidade intelectual fez com que os momentos de encontro sempre fossem extremamente produtivos.*

*Aos membros do Departamento de Enfermagem da FURG por concordarem com meu afastamento, propiciando a busca pelo conhecimento.*

*Ao CNPq, pela bolsa de estudos concedida, viabilizando a concretização dos estudos.*

*Às amigas da CONFRARIA e do HU, que estando sempre presentes, tornaram essa etapa de nossas vidas muito mais agradável e prazerosa.*

*À UFSC pela possibilidade de integração propiciada entre as universidades.*

*À Cláudia e Seu Jorge, que foram pessoas muito especiais, indo sempre além de suas funções, agindo como exemplos de SERES HUMANOS.*

KERBER, Nalú Pereira da Costa. **A atenção domiciliária e direito à saúde:** análise de uma experiência na rede pública de saúde no Brasil, 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 335 p.

Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade

Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde

Orientador: Dra. Ana Lúcia Cardoso Kirchhof

Co-orientador: Dra. Marta Regina Cezar Vaz

## RESUMO

A atenção domiciliária está se mostrando como uma promissora perspectiva na área da saúde, compondo uma estratégia reorganizacional de atenção, que valoriza o ambiente do cliente e o potencializa como espaço de cuidado. Entendendo a importância desse tema, o **objeto** do presente estudo foi a análise de uma iniciativa bem sucedida de atenção domiciliária, desenvolvida na rede pública de serviços de saúde, com o **objetivo** de refletir de que forma esta tem contribuído na saúde da população. A **tese** que deu sustentação a todo o processo investigativo foi que a atenção domiciliária, como uma dimensão do trabalho em saúde, contribui para a saúde da população, na medida em que os trabalhadores desenvolvem seu processo de trabalho segundo as diretrizes da Atenção Primária de Saúde (APS); trabalhadores e gestores seguem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); os usuários são percebidos e se percebem como cidadãos plenos de direitos e deveres; e a população desenvolve vínculo com o serviço oferecido. Para chegar à apreensão dessa tese sinalizada transitou-se por alguns caminhos que a guiaram, como a produção acadêmica sobre a atenção domiciliária, a visualização desta como um trabalho em saúde e, a atenção domiciliária inserida no sistema de saúde, particularmente, no nível de APS. Foi realizado um estudo de caso, na forma de uma pesquisa qualitativa, com a coleta de dados desenvolvida com usuários trabalhadores e gestores de um serviço de atenção domiciliária, por meio da observação, de entrevistas individuais e de pesquisa documental, no período entre março e julho de 2006, em uma unidade de atenção primária à saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre. Os resultados foram sistematizados a partir dos indicadores formulados e mostraram que os trabalhadores e gestores têm compreensão da atenção domiciliária como extremamente relevante para a saúde da comunidade, porém, não objetivam essa compreensão na sua prática de trabalho. Isso tem possibilitado uma integração insuficiente entre os sujeitos nele envolvidos e um trabalho desconectado da sua filosofia, inicialmente traçada e referida nos discursos. Foi identificado que a prática da atenção domiciliária tem sido realizada com foco na doença, tem como objeto de trabalho um sujeito individual, enfatiza o cuidado curativo e não desenvolve ações intersetoriais da forma desejada. Porém, busca resolutividade no primeiro contato, apresenta baixos custos, presta atenção contínua e longitudinal, tem território

definido, promove as relações interpessoais (trabalhadores e usuários) e atua visando um cuidado humanizado. O maior limitador apresentou-se como a grande demanda na unidade de saúde, que faz com que os trabalhadores não possam estender essa prática de trabalho a um maior número de usuários e, também, colabora com a falta de tempo para uma maior atenção aos usuários em atenção domiciliária. A realização deste estudo, no momento em que abrigou uma reflexão geral sobre o sistema de saúde e sua operacionalidade, oportunizou melhor conhecer a inserção da prática de atenção domiciliária nesse contexto e as possibilidades e limites de desenvolvimento da mesma.

**Palavras-chave:** Atenção Domiciliária, Processo de Trabalho em saúde, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde.

KERBER, Nalú Pereira da Costa. **A atención domiciliaria y derecho a la salud:** análisis de una experiencia en la red pública del salud en Brasil, 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 335 p.

Orientador: Dra. Ana Lúcia Cardoso Kirchof

Co-orientador: Dra. Marta Regina Cezar Vaz

## RESUMEN

La atención domiciliaria se viene confirmando como una promisoro perspectiva en el área de la salud, y compone una estrategia reorganizacional de atención, que valoriza el ambiente del cliente y lo potencia como espacio de cuidado. Entendiendo la importancia del tema, el **objeto** del presente estudio ha sido el análisis de una iniciativa bien sucedida de atención domiciliaria, que fue desarrollada en la red pública de servicios de salud, con **el fin** de reflexionar de que forma dicha atención está contribuyendo en la salud de la población. La **tesis** que ha sostenido todo el proceso investigativo es que la atención domiciliaria, como una dimensión del trabajo en salud, contribuye para la salud de la población, en la medida en que los trabajadores desarrollan su proceso de trabajo según las directrices de la Atención Primaria de Salud (APS); trabajadores y gestores siguen los principios del Sistema Único de Salud (SUS); los usuarios son percibidos y se perciben como ciudadanos plenos de derechos y deberes; y la población desenvuelve un vínculo con el servicio ofrecido. Para llegar a aprehender esa tesis señalada se han recorrido algunos caminos que la han guiado , tales como la producción académica sobre la atención domiciliaria, el hecho de verla como un trabajo en salud y la atención domiciliaria inserida en el sistema de salud, particularmente, en el nivel de APS. Fue realizado un estudio de caso, en forma de investigación cualitativa, con la recogida de datos desarrollada con usuarios trabajadores y gestores de un servicio de atención domiciliaria, por medio de la observación; de entrevistas individuales y de investigación documental, entre marzo y julio de 2006, en una unidad de atención primaria para la salud del Servicio de Salud Comunitaria del Grupo Hospitalar Conceição, en Porto Alegre. Los resultados fueron sistematizados a partir de los indicadores formulados y mostraron que los trabajadores y gestores tienen una comprensión de la atención domiciliaria como siendo extremadamente relevante para la salud de la comunidad, pero, no objetivan esa comprensión en su práctica de trabajo. Ello genera una integración insuficiente entre los sujetos que en él están involucrados y un trabajo desconectado de la filosofía, que inicialmente estaba delineada y referida en los discursos. Se ha identificado que la práctica de la atención domiciliaria se ha estado realizando más bien focada en la enfermedad, en que tiene como objeto de trabajo un sujeto individual, enfatiza el cuidado curativo y no desarrolla acciones intersectoriales de la forma deseada. Sin embargo, busca resolutivez en el primer contacto, presenta bajos costos, presta atención continua y longitudinal, tiene un territorio definido, promueve las relaciones interpersonales (trabajadores y usuarios) y actúa buscando un cuidado humanizado. El mayor limitador presentado en las conclusiones de la investigación ha sido la gran

demanda en la unidad de salud, que hace con que los trabajadores no puedan ampliar esa práctica de trabajo a un número mayor de usuarios, y que, también, colabora con la falta de tiempo para ofrecer una atención mayor a los usuarios en cuidado domiciliario. La realización de este estudio, en el momento en que ha albergado una reflexión general sobre el sistema de salud y su operabilidad, ha ofrecido la oportunidad de conocer mejor la inserción de la práctica de la atención domiciliaria en ese contexto y las posibilidades y límites para un desarrollo de la misma.

**Palabras-clave:** Atención Domiciliaria, Proceso de Trabajo en salud, Sistema Único de Salud, Atención Primaria a la Salud.

KERBER, Nalú Pereira da Costa. **The domiciliary attention and health right:** analysis of the experience in a service of the public health network in Brasil, 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 335 p.

Orientador: Dra. Ana Lúcia Cardoso Kirchhof

Co-orientador: Dra. Marta Regina Cezar Vaz

## ABSTRACT

The domiciliary attention has proved to be a promising perspective in the area of health, composing a reorganizational strategy of attention, which values the environment of the customer and enhances as a care environment. Understanding the importance of this subject, the **object** of the present study was the analysis of a successful initiative of domiciliary attention, developed in the public network of health services, with the **objective** of reflecting how it has contributed towards the health of the population. The **thesis** supporting all the investigative process was that the domiciliary attention, as a dimension of the work in health, contributes for the health of the population, as the health workers develop their working process in line with the guidelines of the Primary Attention of Health (APS-in Portuguese); workers and managers follow the principles of the universal medical care program through the Sistema Unico de Saude (SUS); the users are perceived and perceive themselves as full citizens of rights and duties; moreover, the population increasingly ties to the service. In order to reach the apprehension of this signaled thesis we went through some ways that guided it, such as the academic production on the domiciliary attention, its visualization as a work in health and, the domiciliary attention inserted in the health system, particularly, leveled with the APS. A case study was carried out, in the form of a qualitative research, with the collection of data developed with health workers, managers and users of a service of domiciliary attention, by means of commentaries, of individual interviews and documentary research, from March throughout July of 2006, in a unit of primary health attention of the Service of Communitarian Health at the Grupo Hospitalar Conceição, in Porto Alegre. The results were sorted out from the formulated indicators and they proved that the workers and managers have clearly understood that the domiciliary attention is extremely relevant for the health of the community; however, they do not pursue this understanding in their practical work. This has brought about an insufficient integration among the subjects involved in it as well as works with disconnected results from its philosophy, initially traced and referred on their speeches. It was identified that the practice of domiciliary attention has occurred with focus on the illness, has as object of work an individual citizen, emphasizes the healing care and it does not develop intersectorial actions as desired. On the other hand, it aims at resolution in the first contact, it presents low costs, it gives continuous and longitudinal attention, it has a well-defined territory, and it promotes the interpersonal relationships (workers and users) and struggles to reach a more humanizing care. The

most serious hindrance is the high demand in health units, which unables the workers to extend this practice to a larger number of users and, also, collaborates with the lack of time for closer attention to the domiciliary attention users. The accomplishment of this study, at the moment where it gathered a general reflection on the system of health and its conduct brought us a deeper knowledge of know to insert the practice of domiciliary attention in the present context as well as the possibilities and limits of the development of domiciliary attention.

**Key-words:** Domiciliary attention, Working process in health, SUS, Primary Health Attention.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Diferenças entre Atenção convencional e Atenção Primária à Saúde.....	22
<b>Tabela 2:</b> Composição e qualificação da Força de trabalho da Unidade de Saúde Conceição, do Serviço de Saúde Comunitária, do Grupo Hospitalar Conceição em 2006 .....	86
<b>Tabela 3:</b> Proporção de óbitos por faixa etária em Porto Alegre.....	106

## LISTA DE FIGURA

<b>Figura 1:</b> Os múltiplos papéis das pessoas no sistema de saúde. ....	67
--	----

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>12</b>
<b>LISTA DE FIGURA .....</b>	<b>13</b>
<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO 1 .....</b>	<b>21</b>
<b>1 UMA DISCUSSÃO DA ATENÇÃO DOMICILIÁRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE: APRESENTAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO 2 .....</b>	<b>35</b>
<b>2 A PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE A ATENÇÃO DOMICILIÁRIA .....</b>	<b>35</b>
<b>2.1 Antecedentes históricos .....</b>	<b>35</b>
<b>2.2 A produção acadêmica sobre a atenção domiciliária .....</b>	<b>42</b>
<b>CAPÍTULO 3 .....</b>	<b>57</b>
<b>3 A ATENÇÃO DOMICILIÁRIA E SUAS APROXIMAÇÕES COM O MUNDO DO TRABALHO NA SAÚDE .....</b>	<b>57</b>
<b>CAPÍTULO 4 .....</b>	<b>76</b>
<b>4 DELINEAMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>76</b>
<b>4.1 Tipo de estudo .....</b>	<b>76</b>
<b>4.2 Local de escolha .....</b>	<b>78</b>
<b>4.3 Sujeitos do estudo .....</b>	<b>83</b>
<b>4.4 Coleta de dados .....</b>	<b>87</b>
<b>4.5 Aspectos éticos.....</b>	<b>95</b>
<b>4.6 Análise dos dados.....</b>	<b>96</b>
<b>CAPÍTULO 5 .....</b>	<b>104</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>104</b>
<b>5.1 Contextualização.....</b>	<b>104</b>
<b>5.1.1 Aspectos conjunturais.....</b>	<b>104</b>
<b>5.1.2 Aspectos estruturais.....</b>	<b>106</b>
<b>5.1.3 Aspectos organizacionais .....</b>	<b>112</b>
<b>5.2 Indicadores .....</b>	<b>125</b>
<b>5.2.1 Os trabalhadores da atenção domiciliária desenvolvem seu processo de trabalho segundo as diretrizes da APS.....</b>	<b>125</b>
<b>5.2.2 Os trabalhadores e gestores seguem os princípios do SUS que fundamentam a atenção básica .....</b>	<b>160</b>
<b>5.2.3 Percepção da saúde como um direito do cidadão .....</b>	<b>201</b>
<b>5.2.4 Vínculo e satisfação da população com a atenção domiciliária .....</b>	<b>217</b>
<b>CAPÍTULO 6 .....</b>	<b>239</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>239</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>254</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>271</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>284</b>

## APRESENTAÇÃO

A atenção domiciliária (AD), como uma das atividades do trabalho em saúde, tem se apresentado como uma possível “tábua de salvação” para gestores e trabalhadores de saúde, ao ser percebida como uma forma de contribuir com os serviços de saúde e sua clientela no seu potencial resolutivo para o problema da superlotação que vem atingindo a grande maioria dos hospitais públicos brasileiros. Esse problema necessita de uma solução emergencial, na tentativa de preservar a qualidade da atenção recebida nesses serviços de saúde. No entanto, essa percepção pode ser ampliada ao se compreender esse tipo de atenção à saúde para além das dificuldades hospitalares, vendo nela uma estratégia de cuidado à saúde que valoriza o ambiente do cliente e o potencializa como espaço de cuidado.

Talvez por isso, a AD tem assumido, em todos os países, uma grande importância, seja como forma de redução de custos com internações hospitalares, seja para proporcionar segurança, bem estar e conforto para o paciente em seu próprio ambiente, assim como para sua proteção contra possíveis infecções hospitalares (HIRSCHFELD, OGUISSO, 2002).

Duarte e Diogo (2000) consideram que são muitos os fatores que têm contribuído para o desenvolvimento deste setor de assistência à saúde. Talvez pela “mudança de paradigma pela qual vem passando o sistema de saúde local, no qual a ênfase do cuidado volta-se aos pacientes crônicos como sendo a base de seu sistema primário de cuidado à saúde anteriormente direcionado aos cuidados agudos” (p.3). Essas mudanças baseiam-se em questões de redução dos custos do sistema de saúde e no incremento do conforto e da privacidade oferecidos no domicílio.

Mais recentemente é que a AD está em franco desenvolvimento, aproximando-se mais do conceito de *Home Care*, adotado nos países considerados de primeiro mundo, o qual tem por objetivo “promover, manter ou restaurar a saúde; maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças,

incluindo as sem perspectiva terapêutica de cura” (MARRELLI apud DUARTE, DIOGO, 2000, p.6).

Como parte de um modelo primário de atenção à saúde a AD é uma estratégia de articulação do sistema de serviços, em seus diferentes níveis, podendo também ser realizada a partir da clientela internada no hospital, com continuidade de assistência no domicílio e posterior encaminhamento ao trabalhador atuante na rede básica de serviços de saúde.

Nesse sentido, ela vem surgindo como um campo concreto de trabalho, nesse cenário mundial de mudanças que vêm acontecendo no campo da saúde. É preciso acompanhar esse processo de transformações, que nem sequer encontram-se ainda regulamentadas concretamente pelas instituições prestadoras de serviços de saúde. Segundo Cruz, Barros e Alves (2002), a atenção à saúde da clientela está passando, do espaço público tradicional (hospital, posto de saúde) para o espaço privado (domicílio, lar), de uma forma tão rápida que as instituições ainda não foram capazes de compreender esse processo.

A atenção domiciliária está regulamentada, no setor público, pela Lei Complementar nº. 10.424 de 15 de abril de 2002, que veio acrescentar o Capítulo VI e o art. 19-I à Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990; a Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004, que aprova o Plano Nacional de Saúde e neste é assumido como meta a implantação de modalidades alternativas à atenção hospitalar, como a internação domiciliar; a Resolução da Diretoria Colegiada, RDC n 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a regulamentação técnica dos serviços que prestam atenção domiciliária e; a Portaria n 2.529, de 19 de outubro de 2006 que institui a internação domiciliar no âmbito do SUS.

No setor privado, a atenção domiciliária está regulamentada pela Agência Nacional de Saúde – para os planos de saúde, no Projeto de Lei 7.417/2002, o qual modifica a Lei nº. 9.656/98 que trata dos planos de seguro privado de saúde (ALBIERO, 2003).

No entanto, embora esteja protegida e organizada oficialmente, a AD, na forma como é compreendida neste estudo, ainda não foi totalmente incorporada pelos serviços. Mesmo assim, as mudanças demográficas, com o envelhecimento

populacional cada vez mais acentuado; o desenvolvimento tecnológico, permitindo ao paciente continuar ou manter seu tratamento em domicílio; o interesse e a aceitação dos profissionais; e o aumento da demanda levam a pensar em um incremento do atendimento domiciliar (DIOGO, DUARTE, 2000).

Uma prioridade para as futuras décadas será o desenvolvimento de métodos inovadores, de custos efetivos, de prestação de cuidado de saúde. As grandes organizações estão desenvolvendo redes de fornecimento de atendimento clinicamente integradas. Com a integração dos serviços, o enfoque poderá mudar da doença para a saúde, do indivíduo para a população e do atendimento proporcionado em um ambiente complexo e restrito para a sua continuidade em ambiente contextualizado com o cliente.

Considerando todos os aspectos relativos à atenção domiciliária, há que se concordar com as vantagens desse tipo de serviço. Lowdermilk (2002) diz que a principal diferença entre o atendimento prestado em um hospital e o domiciliar está na não necessária presença contínua de profissionais da saúde na casa do paciente. Nesse caso, os trabalhadores podem estar ocupando outros espaços de ações, ao mesmo tempo em que têm a responsabilidade pelo cuidado dos pacientes assistidos em domicílio. Algumas outras vantagens foram referidas por Lacerda (1996): a proximidade do ambiente familiar acelera o processo de recuperação do paciente; a comodidade da internação domiciliar evita o deslocamento de familiares até o hospital; há a possibilidade de manutenção e/ou reforço de laços afetivos e/ou efetivos; o médico pode dar maior atenção aos pacientes que realmente necessitam de internação hospitalar; há redução de infecção hospitalar; há aumento da oferta de vagas nos hospitais devido a maior rotatividade dos leitos; entre outros.

A necessidade de assistência à saúde aliada às vantagens visualizadas e possibilitadas por essa modalidade assistencial, possivelmente torna esse serviço muito atrativo tanto para pacientes, quanto para familiares, trabalhadores e gestores do sistema de saúde. São relatadas como suas vantagens: alteração mínima no modo de vida do paciente; atenção mais individual; atenção mais integral; diminui a ansiedade do paciente; reduz custos tanto para a família como para o estado; menor risco de infecção hospitalar; controle sobre o paciente; permite a realização de um diagnóstico

relacional; permite a utilização da terapia familiar como instrumento; utilização mais racional das camas e recursos hospitalares; promove a participação da família, comunidade e sociedade na atenção e recuperação do doente; estimula uma relação médico-paciente em termos horizontais; contribui para reivindicar a profissionalidade médica; estimula o desenvolvimento profissional e a enfermeira a tornar-se mais independente; pode constituir-se como uma experiência insubstituível para a docência e pós-graduação (SAURA DE LA TORRE, VERGEL, BRITO, 1998).

Acredita-se que a atenção domiciliária está se mostrando como uma promissora perspectiva na área da saúde para este e o próximo milênio. Porém, faz-se necessário destacar que, apesar das vantagens realçadas, “pode ocorrer sobrecarga familiar e até mesmo ônus financeiro, o que exige atenção especial para sua implantação” (MARTINS, 2006, p.6). Na conjuntura atual, os trabalhadores da saúde precisam aprofundar-se nesse tema e aperfeiçoar-se para acompanhar o ritmo das transformações mundiais e ainda poder contribuir para consolidar uma sistematização dessa assistência, no sentido de torná-la, além de econômica, eficaz e humanizada.

Neste momento, compartilha-se com as idéias de Pires (1998, p.243), de que:

Os serviços de saúde devem estar voltados para o atendimento das necessidades da população, devem ser de qualidade e acessíveis a todos, envolver todos os níveis de complexidade, respeitar o homem na sua individualidade e integralidade e como ser social, não apenas como corpo biológico.

E, por isso, a AD precisa ser alicerçada com base nesses aspectos, extrapolando o modelo biomédico e prestando um atendimento integral aos seres humanos, não os fragmentando nos componentes biológico/social/psicológico.

A possibilidade de aprofundar os estudos a esse respeito e de buscar a fundamentação teórica e metodológica para a assistência almejada foi primeiramente oportunizada na realização do Mestrado em Assistência de Enfermagem, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Nessa vivência, trocando informações com os enfermeiros, sujeitos do estudo proposto, esse tipo de ação da enfermagem surgiu como uma possibilidade concreta de integração dos enfermeiros

trabalhadores em serviço hospitalar e dos trabalhadores na rede básica de serviços de saúde.

Essa integração seria proporcionada no espaço do domicílio, no momento da assistência à família, quando o enfermeiro do hospital, elemento que daria início à atenção domiciliária, encontra-se com o enfermeiro da rede básica, e juntos, planejam a continuidade da assistência, a qual passa a ser assumida pelo último trabalhador. Foi visualizado esse tipo de atividade contendo essa perspectiva de integração da enfermagem, o que traria inúmeros benefícios tanto para a clientela, quanto para a enfermagem (KERBER, 1999).

Após a realização do trabalho de dissertação foi mantido o interesse por esse tema tendo sido realizada esta forma de cuidado em duas direções: primeiramente, estruturando o Serviço de Assistência de Enfermagem Domiciliária do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior (HU), da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG), no qual são disponibilizados acadêmicos de enfermagem, por meio de um projeto de extensão que se desenvolve em caráter permanente; e, por outro lado, na disciplina de Enfermagem em Saúde da Mulher, com a visita domiciliária às puérperas oriundas da Unidade de Internação Obstétrica do HU, como campo de prática para os acadêmicos do 6º semestre do Curso. Paralelamente a isto têm sido orientados trabalhos monográficos de conclusão de curso sobre o tema da atenção domiciliária, em uma proposta de aprofundar o conhecimento sobre este tema.

Realizar este estudo representa uma conquista pessoal, podendo exercer um papel motivador para a real e concreta organização de um serviço de atenção domiciliária no município do Rio Grande. Pretende-se, com este estudo, aprofundar o conhecimento que vem sendo construído, por meio da imersão em um serviço de AD e dele extrair, nos dados levantados, um contexto de produção do cuidado de saúde, o processo de trabalho desenvolvido, os meios a que os sujeitos envolvidos lançam mão para concretizar a proposta e uma aproximação com o produto desse trabalho.

Na perspectiva de mostrar de forma organizada a concretização deste estudo, houve a opção pelo seguinte formato de apresentação: no primeiro capítulo há a definição do objeto de investigação com as diversas denominações assumidas, fazendo parte desse contexto assistencial e demonstrado a necessidade de realização do estudo.



O segundo capítulo é uma aproximação com a literatura que aborda a temática da AD, pensando em obter mais subsídios para os trabalhadores que tenham interesse em aprofundar-se nas questões relativas a essa prática assistencial. No terceiro capítulo, a AD é diretamente ligada ao mundo do trabalho na saúde, visando discutir sua inserção como um processo de trabalho. No quarto capítulo é evidenciado o caminho metodológico utilizado, estabelecendo o tipo de estudo, local de pesquisa, os sujeitos envolvidos, instrumentos de coleta e análise de dados. No quinto capítulo há a apresentação dos resultados da investigação, em que se destacam a contextualização da unidade de estudo e os quatro indicadores de análise elaborados. E, finalizando, algumas considerações acerca do estudo realizado, tanto as dificuldades quanto as facilidades de se desenvolver um estudo desta natureza e as recomendações para futuros processos investigativos.

## **CAPÍTULO 1**

### **1 UMA DISCUSSÃO DA ATENÇÃO DOMICILIÁRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE: APRESENTAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO**

A Atenção Primária à Saúde vem sendo adotada, na história recente de diversos países, a fim de organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde para que respondam de maneira apropriada às necessidades de suas populações (SOARES, 2002).

Neste espaço têm se consolidado os serviços de atenção domiciliar, aproveitando um momento em que a comunidade está carente de atenção e não está conseguindo efetividade de cuidados nos serviços institucionalizados com o modelo de atenção vigente.

A moderna concepção de atenção primária à saúde surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson, que preconizou a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino. O documento descreve as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles. Essa proposta constituiu a base da regionalização dos serviços de saúde e dos sistemas de serviços de saúde organizados em bases populacionais, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo (MENDES, 2002b).

Segundo Mendes (2002b), a catalogação da atenção primária à saúde como doutrina universal deu-se na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância. No relato desse autor, essa conferência definiu como elementos essenciais da atenção primária à saúde:

A educação sanitária; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e dos danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização da medicina tradicional (MENDES, 2002b, p.9).

Através da definição elaborada em Alma-Ata, há uma diferenciação entre a atenção à saúde convencional e a atenção primária. Estas diferenças podem ser visualizadas na tabela a seguir:

**Tabela 1:** Diferenças entre Atenção convencional e Atenção Primária à Saúde

<b>Atenção Convencional</b>	<b>Atenção Primária</b>
<b>Enfoque</b>	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
<b>Conteúdo</b>	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
<b>Organização</b>	
Especialistas	Clínicos gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
<b>Responsabilidade</b>	
Apenas setor de saúde	Colaboração inter-setorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Fonte: Starfield (2002) adaptado de Vuori (1985).

Até o ano de 2005 haviam três interpretações principais da atenção primária à saúde: como atenção primária seletiva, como o nível primário do sistema de serviços de saúde e como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. Segundo Mendes (1999), essas três decodificações são encontradas em vários países e, até mesmo, convivem dentro de um mesmo país (MENDES, 1999). Em 2005, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), ao revisar e atualizar as dimensões da Atenção Primária à Saúde, reconhece uma quarta interpretação: enfoque de saúde e direitos humanos.

A interpretação da atenção primária à saúde como atenção primária seletiva é entendida como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, às quais é oferecido, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de

referência em nível de atenção de maior densidade tecnológica. Como nível primário do sistema de serviços de saúde, a concepção é direcionada para o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, orientando-os de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível. A interpretação da atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde é compreendida como forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde (MENDES, 2001).

Na quarta interpretação, de enfoque e direitos humanos, a OPAS a concebe como um direito humano e destaca a necessidade de responder aos determinantes sociais e políticos mais amplos com ênfase em políticas de inclusão e busca da equidade (OPAS, 2005).

A decodificação da atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, segundo Mendes (2002b), é a interpretação mais técnica, ética e política mais coerente com os preceitos do SUS; a mais ampla, podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas primeiras concepções mais restritas; e é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil e com o volume de gasto público em serviços de saúde que, aqui, se despende.

Uma das mais conhecidas e abrangentes conceituações de atenção primária à saúde é a formulada pela Organização Mundial da Saúde:

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, família e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978, p.13).

A atenção primária é aquele nível de atenção de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e novos problemas; fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo; fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras; e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

É importante que sejam ressaltados os elementos estruturais relevantes à atenção primária. Segundo Starfield (2002), são eles: acessibilidade, variedade de serviços, definição da população eletiva e continuidade. A acessibilidade envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade.

A variedade de serviços significa o pacote de serviços disponíveis para a população, bem como aqueles serviços que a população acredita que estejam disponíveis. Para definição da população eletiva, é preciso identificar a população pela qual o serviço assume responsabilidade e saber o quanto os indivíduos da população atendida sabem que são considerados parte dela.

Na questão de continuidade, Starfield (2002) refere que esta consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos. Pode ser alcançada por intermédio de diversos mecanismos: um profissional que atende ao paciente, ou um prontuário médico que registra o atendimento prestado, um registro computadorizado, ou mesmo um prontuário trazido pelo paciente. O quanto o estabelecimento oferece tais arranjos e a percepção de sua obtenção pelos indivíduos na população indicam a extensão da continuidade da atenção.

Através da visualização dessas concepções apresentadas, já é possível perceber o quão diferenciado é esse modelo de atenção à saúde do modelo biomédico, que não tem a mesma amplitude de abrangência. O primeiro aspecto que chama a atenção é o direcionamento para o ser humano em si, sem se ater à doença que ele apresenta. O que não quer dizer que a enfermidade seja deixada de lado e, sim, que há uma preocupação em avaliar, também, os demais aspectos do ser humano, não se centrando unicamente em um corpo biológico. A atenção primária aborda os problemas mais

comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela favorece a integração da atenção quando há mais de um problema de saúde, a análise do contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde.

Especificando um pouco mais essas funções da atenção primária, Starfield (2002) refere-se a ela como uma proposta que: oferece atendimento acessível e aceitável para os pacientes; assegura a distribuição equitativa de recursos de saúde; integra e coordena serviços curativos, paliativos, preventivos e promotores de saúde; controla, de forma racional, a tecnologia da atenção secundária e os medicamentos; e aumenta a relação custo-efetividade dos serviços. Segundo Starfield (2002, p.52), um grupo de trabalho da região europeia da Organização Mundial de Saúde (1994) reconheceu que a atenção primária à saúde consegue configurar-se com essas funções, realçadas por meio de 12 características:

1. Geral: não é restrita a faixas etárias ou tipos de problemas ou condições.
2. Acessível: em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura.
3. Integrada: curativa, reabilitadora, promotora de saúde e preventiva de enfermidades.
4. Continuada: longitudinalidade ao longo de períodos substanciais de vida.
5. Equipe: o médico é parte de um grupo multidisciplinar.
6. Holística: perspectivas físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, das famílias e das comunidades.
7. Pessoal: atenção centrada na pessoa e não na enfermidade.
8. Orientada para a família: problemas compreendidos no contexto da família e da rede social.
9. Orientada para a comunidade: contexto de vida na comunidade local; consciência de necessidades de saúde na comunidade; colaboração com outros setores para desencadear mudanças positivas de saúde.
10. Coordenada: coordenação de toda a orientação e apoio que a pessoa recebe.
11. Confidencial.
12. Defensora: defensora do paciente em questões de saúde sempre e em relação a todos os outros provedores de atenção à saúde.

As diferenças essenciais entre a atenção primária e a atenção especializada estão bem detalhadas em Starfield (2002, p.65-66), podendo ser visualizadas a seguir:

1. Acessibilidade: Na atenção primária o acesso deve ser universal e não necessariamente relacionado ao grau de necessidade, já que não se pode esperar que os indivíduos conheçam a gravidade ou urgência de muitos de seus problemas antes de buscarem atendimento.

2. Prontuários médicos: Todos os profissionais de saúde devem manter registros completos e precisos e serem responsáveis pelo conteúdo por eles gerado. A atenção primária é especial apenas pela responsabilidade de conhecer os elementos essenciais dos registros gerados em outros níveis de atenção.
3. Utilização dos serviços pelas populações: O uso da atenção primária é desencadeado basicamente pelos indivíduos, enquanto na atenção secundária e terciária o uso é mais frequentemente desencadeado pelo profissional de atenção à saúde.
4. Reconhecimento do problema: Tanto a atenção primária quanto a não primária devem reconhecer os problemas que são trazidos a elas. Na atenção primária, estes problemas e necessidades são muito pouco definidos e diferenciados, enquanto em outros níveis de atenção eles são mais bem definidos, porque já passaram por um “filtro” de definição.
5. Variedade de serviços: Na atenção primária, a variedade de serviços deve ser mais ampla, pois ela deve abranger todos os problemas de saúde que são comuns na população, em vez de um subconjunto deles.
6. O processo de diagnóstico na atenção primária difere daquele de outros níveis de atenção, já que a probabilidade de doenças sérias, a frequência de testes para diagnóstico e a prescrição de terapias definitivas são menores na atenção primária. A atenção primária está mais sujeita a erros de omissão, enquanto a atenção especializada é mais propensa a erros por realização.

Um rigoroso trabalho de comparação internacional entre sistemas de serviços de saúde, realizado por Starfield, em onze países desenvolvidos, demonstrou que os sistemas orientados pela atenção primária à saúde estão associados com menores custos, maior satisfação da população, melhores níveis e menor uso de medicamentos. Esse estudo não apenas mostra que os sistemas de serviços de saúde organizados pela atenção primária à saúde são superiores àqueles que não dão grande importância aos serviços básicos, como aponta no sentido de que os modelos de saúde da família são superiores aos modelos do tipo convencional (MENDES, 2002b).

A atenção primária é o ponto de entrada para a atenção à saúde individual, o lugar em que deve existir uma responsabilidade continuada pelos pacientes e populações e é o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do paciente.

De acordo com Starfield (2002), a atenção primária é apenas um componente (embora seja o componente fundamental) dos sistemas de saúde. Seu papel é prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros

lugares.

Para possibilitar um melhor atendimento dessas necessidades dos seres humanos na comunidade, autores como Cruz, Barros e Ferreira (2001) vêm demonstrando que a implantação de serviços de atenção domiciliária pode ser a estratégia que forneça contribuições para que esse objetivo seja atingido.

Entende-se que foi uma tentativa de implantar a atenção domiciliária que os gestores dos serviços de saúde em geral começaram a pensar em extrapolar o cuidado para além dos muros dos hospitais tendo diferentes intencionalidades, desde visualizar novas formas de atenção, principalmente em uma modalidade em que as ações curativas e preventivas possam ser processadas simultaneamente, e mesmo como uma estratégia de redução de custos hospitalares. Acredita-se que houve um repensar sobre o trabalho que vem sendo desenvolvido como tendo brechas que precisariam ser transpostas.

Mas é importante estar-se atento à forma como a atenção domiciliária vem sendo concebida e desenvolvida, já que ainda tem-se o modelo biomédico como guia hegemônico nos serviços de saúde. Segundo Pereira (2001, p.61), as ações produzidas nesse modelo “são compartimentalizadas e desarticuladas, e se reproduzem na atenção domiciliária, pois essa prática é constitutiva e constituinte do modelo assistencial”.

Uma melhor compreensão dos rumos que a atenção domiciliária tomou nos últimos anos foi buscada na literatura que aborda essa temática, pensando em obter mais subsídios para os trabalhadores que tenham interesse em aprofundar-se nas questões relativas a essa prática assistencial.

Foram estabelecidos como universo de análise os textos publicados em revistas nacionais e internacionais, entre os anos 1994 e 2004, sendo esse período de maior visibilidade para a atenção domiciliária no meio acadêmico e profissional.

O termo atenção domiciliária envolve algumas concepções que precisam ser elucidadas neste momento, para que se possa compreender como se processa esse tipo de estratégia nas realidades onde é implementada.

Em termos de denominações e descritores, na literatura encontrada, despontam: visita domiciliária programada, *home care*, internação domiciliária, assistência domiciliária, atenção domiciliária. Todos significam o cuidado desenvolvido no



espaço domiciliar. O que os diferencia é a complexidade desse cuidado, o que não significa, necessariamente, a utilização de equipamentos de tecnologia avançada, podendo estar atrelada a uma maior periodicidade no acompanhamento do paciente, como no caso da **internação domiciliária** que, segundo López-Benito (1999, p.678), é “o conjunto de tratamentos e cuidados sanitários proporcionados no domicílio de uma complexidade, intensidade e duração comparáveis às que receberia esse mesmo paciente no hospital convencional”.

De forma semelhante, Sherpperd e Iliffe(1996) referem-se a essa modalidade assistencial, chamando de **hospital em casa**, como sendo a provisão de um serviço que previne a admissão hospitalar ou facilita a alta do hospital. Outros autores, que também se referem à provisão de serviços e atenção especializada no domicílio, quando o hospital já cumpriu sua missão, são Trujillo et al(1999); porém, estes dão um enfoque preventivo, além do curativo e de reabilitação. Isso significa que eles ressaltam o papel da educação na redução dos fatores de risco para doenças crônico-degenerativas e a detecção oportuna de patologias, o que não é sinalizado pelos primeiros autores citados, que se referem a uma assistência com enfoque clínico-individual.

Na regulamentação técnica dos serviços que prestam atenção domiciliária, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define, na Resolução n.11, a internação domiciliar como sendo o conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada (RESOLUÇÃO..., 2006).

O sentido expresso por meio da denominação **home care** é o de uma alternativa assistencial do setor saúde, que consiste em uma estratégia capaz de dispensar um conjunto de cuidados médicos e de enfermagem de âmbito hospitalar, tanto em quantidade como em qualidade, a pacientes em seu domicílio, quando estes já não necessitam de infra-estrutura hospitalar, mas precisam de vigilância ativa e de assistência de maior densidade tecnológica que da atenção primária (COTTA et al, 2001).

Em relação ao termo **atenção domiciliária**, Ramallo, Martinez e Garcia (2002, p.659) manifestam-se como sendo “o conjunto de atividades assistenciais, sanitárias e

sociais que se desenvolvem no domicílio”. Carletti e Rejani (1997) exploram um pouco mais esse termo, definindo-o como um serviço em que são desenvolvidas ações de saúde no domicílio do cliente por uma equipe interprofissional, a partir da realidade em que o mesmo está inserido, visando promoção, manutenção e/ou restauração da saúde, e desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a favorecer o restabelecimento de sua autonomia. Na Resolução da ANVISA referida anteriormente desponta a definição de atenção domiciliar como um termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio (RESOLUÇÃO..., 2006).

A mesma resolução refere-se à assistência domiciliar como o conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio. O município de São Paulo tem um programa denominado **Assistência Domiciliar**, com a concepção de que “é uma forma de atendimento ao paciente no domicílio, que procura conciliar os meios disponíveis nos diversos equipamentos de saúde, com os recursos e necessidades da comunidade a ser atendida” (SÃO PAULO, s.d., p.5). Já para Pereira et al (2004), a assistência domiciliária caracteriza-se explicitamente por desenvolver ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde do indivíduo e da família.

Como se pode observar, as concepções do termo parecem entender essa assistência como contextualizada, humanizada e resolutiva. Uma das conceituações mais abrangentes encontradas na literatura foi na leitura das Normas de Organização e Funcionamento de Serviços de Internação Domiciliária para a República Argentina, que trazem a concepção da **Internação Domiciliária** como uma área, e esta área como:

Uma modalidade de atenção à saúde mediante a qual se presta assistência ao paciente-família em seu domicílio, realizada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar cuja missão é: promover, prevenir, recuperar, reabilitar e/ou acompanhar aos pacientes de acordo com seu diagnóstico e evolução nos aspectos físico, psíquico, social, espiritual, mantendo a qualidade, o respeito e a dignidade humana (MAIDANA, 2001, p. 26).

No Brasil, hoje, a denominação **visita domiciliária** remete imediatamente ao

Programa de Saúde da Família (PSF), por ser essa uma atividade bem difundida e apregoada neste modelo de atenção à saúde. Fracolli e Bertolozzi (2004), que se detiveram no estudo acerca do PSF, fazem referência à visita domiciliária como um instrumento de intervenção que possibilita uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar. Pereira et al (2004) expressam a conceituação de visita domiciliar como “um importante instrumento, entre outros, para operacionalizar parte de um programa de saúde ou parte de uma política de assistência à saúde presente em uma sociedade num dado momento histórico” (PEREIRA et al, 2004, p. 72).

É importante que seja ressaltado, neste momento, que as visitas domiciliares não são novidade e nem exclusividade do PSF, por serem um recurso que pode ser utilizado por qualquer estabelecimento de saúde. De acordo com Franco e Merhy (1999), a visita domiciliar é própria da missão das Unidades de Saúde e deve ser considerada um expediente rotineiro em serviços assistenciais.

Qualquer que seja a denominação assumida e as atividades desenvolvidas, cada uma dessas designações encerra uma prática de saúde voltada para um objeto, que tanto pode ser o sujeito individual, quanto se estender para além do indivíduo, abrangendo suas diferentes dimensões. É percebida essa aproximação conceitual no texto de Maidana (2001), ao salientar a importância do elemento familiar no processo de trabalho em saúde no contexto domiciliar. A atenção à saúde não pode perder de vista o contexto familiar e social, tornando essas dimensões parte constante do nosso foco da atenção no trabalho.

Lacerda (1996) ressalta a necessidade de estender o cuidado às necessidades dos familiares, proporcionando efetivo funcionamento do contexto domiciliar. Esta autora refere que os profissionais de saúde têm um importante compromisso social, ao desempenhar o seu papel neste tipo de trabalho, pois levam ações ao indivíduo, à família e à comunidade, devolvendo, assim, à sociedade, a razão da existência de suas profissões.

A concepção de **atenção domiciliária**, que se pressupõe para este estudo, é a de uma prática do trabalho em saúde, que visa assistir ao indivíduo e à família no espaço domiciliar, de forma integral e contextualizada, nos aspectos de promoção, prevenção,

recuperação e reabilitação, promovendo uma integração dos diversos trabalhadores atuantes no Sistema de Saúde para oferecer cuidado de saúde de acordo com as possibilidades do serviço e as necessidades do cliente.

Considera-se que são muitos os fatores que têm contribuído para o desenvolvimento de propostas de atenção domiciliária no país. Um deles é a mudança de direção pela qual vem passando o sistema de saúde, com ênfase no cuidado aos pacientes crônicos, como base do sistema primário de cuidado à saúde, anteriormente direcionado aos cuidados agudos (DUARTE, DIOGO, 2000). A idéia é que ao hospital sejam orientados apenas os pacientes com necessidades de cuidados agudos, permanecendo os doentes crônicos com a assistência prestada no domicílio. No entendimento dos autores citados, essas mudanças, muito provavelmente, estão pautadas na intenção de redução dos custos do sistema de saúde e de incremento do conforto e da privacidade oferecidos no domicílio.

Um outro exemplo desses fatores é a inadequação do sistema de saúde atual no atendimento das demandas da população e pode ser percebido ao se contemplar a situação vivenciada nos serviços hospitalares públicos. Esses hospitais não têm dado conta de assistir à clientela que os procura, ansiosa por internação. Ao visitar as emergências, pode-se vislumbrar um infindável número de sujeitos enfermos espalhados em macas pelos corredores e aguardando uma vaga em unidades de internação. Esta é uma realidade em todo o país, corroborada no estudo de Santos et al (2003).

A superlotação das salas de espera e dos corredores das salas de urgência, associada às elevadas taxas de ocupação dos leitos de observação, nos diferentes componentes assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), traz, como consequência, a flexibilização nos padrões de cuidado e da ética dos profissionais de saúde, que atuam na urgência (SANTOS et al, 2003, p.501).

É sabido que o modelo assistencial hegemônico em saúde na nossa prática de trabalho, e que tem uma construção histórica e social, privilegia intensamente as ações curativas, individuais, hospitalocêntricas, com intervenções medicalizantes. Este aspecto foi trazido, neste momento, para reforçar a necessidade de medidas

alternativas que auxiliem os hospitais a desenvolverem suas atividades de forma mais adequada a uma necessária mudança de modelo assistencial. Segundo Cecílio (1997, p.12):

(...) é possível e necessário explorar estratégias de desconcentração do atendimento hospitalar. Os programas de internação domiciliar, de visita domiciliar ou do médico de família, com suas abordagens diferenciadas, reforçam este necessário movimento desconcentrador.

Somente sair do hospital para o domicílio, porém, sem mudar o processo de trabalho que caracteriza e conforma esse modelo hegemônico, não resolverá essa situação. Apenas mudará o local de atendimento. Pereira (2001) defende que o domicílio proporciona potência para os trabalhadores fazerem uma reflexão sobre a concepção do processo saúde-doença, sobre a concepção de ser humano, enfim, refere que o domicílio possibilita reconhecer o paciente em suas múltiplas relações.

Parece que uma vantagem da atenção domiciliária está posta na possibilidade de oferecer uma assistência de qualidade com custos razoáveis, fazendo com que ela se apresente, em algumas ocasiões, como uma parte da solução aos problemas financeiros dos sistemas de saúde, reduzindo a hospitalização e o tempo prolongado de internação, ao mesmo tempo em que pretende melhorar a qualidade de vida da população a que se dirige (GALLEGO, 2002).

Em primeira instância, é possível compreender a atenção domiciliária como uma possível estratégia contraposta a essa situação em que se encontram os hospitais. Seria uma tentativa de amenizar a relação “sujeitos necessitados de assistência/trabalhadores/serviços de saúde”, que se encontra bastante comprometida pelo fato de a demanda ser muito maior do que a oferta. Os trabalhadores da saúde angustiam-se com esta situação, questionando a qualidade deste trabalho, já que precisam assistir a uma grande quantidade de enfermos em condições precárias. Isto é muito sério, pois, por mais que a clientela atendida pelos hospitais assoberbados de trabalho demonstre gratidão por estar com um mínimo de assistência, os trabalhadores da saúde têm a compreensão da qualidade de atenção prestada desta forma. Por este prisma, a atenção domiciliária é uma alternativa que está sendo bem aceita e mais

humanizadora.<sup>1</sup>

Muito mais do que amenizar a relação entre clientes/trabalhadores/instituição de saúde, a atenção domiciliária encerra uma possibilidade para além disso, compondo uma estratégia reorganizacional da atenção à saúde.

Olhar para o Sistema de Saúde e perceber que, na maioria das vezes, não há condições de atendimento das necessidades, faz com que haja uma mobilização por parte dos trabalhadores e gestores, no sentido de realizar transformações no trabalho, visando conseguir uma maior resolutividade das ações de saúde. Entende-se ser esta uma outra das razões da atenção domiciliária estar, na contemporaneidade, merecendo maior atenção por parte de todos os envolvidos no sistema de saúde.

A atenção domiciliária pode vir a ser uma estratégia viável e que pode ajudar, tanto na resolução da problemática enfrentada pela população carente de atenção à sua saúde, quanto colaborar com o sistema de serviços públicos de saúde. Este sistema tem a possibilidade, através da atenção domiciliária, de expandir seus serviços e obter um maior alcance de suas ações. A atenção domiciliária pode ser considerada uma proposta de grande relevância nesse sentido e, ainda, auxiliar o trabalhador da saúde na tentativa de romper com uma prática clínico-individualista, a qual não percebe o sujeito/objeto de trabalho de uma forma integral, tanto em nível hospitalar quanto na rede básica de serviços de saúde.

É importante que os trabalhadores tenham uma exata compreensão do espaço singular, diferenciado em que estão desenvolvendo o seu trabalho. Nesse sentido, é preciso que, aliado às concepções necessárias ao desenvolvimento do cuidado, seja entendido a especificidade do contexto domiciliar, o qual abrange:

os aspectos econômicos, sociais e afetivos da família; os recursos que dispõem, tanto materiais quanto humanos; a rede social de apoio; as relações que estabelecem dentro e fora do domicílio; o espaço físico; as condições de higiene e segurança da casa; tudo o que envolve o cliente e sua família (LACERDA , OLINISKI, 2004, p.240).

---

<sup>1</sup> Esta constatação é feita a partir do resultado de uma investigação realizada com a clientela internada em uma Unidade de Internação de Clínica Médica, quando houve uma manifestação bastante positiva por parte dos sujeitos enfermos e seus familiares a respeito de um serviço de cuidado domiciliar, onde foram salientadas vantagens como: a possibilidade de o paciente estar junto à família; de o familiar que efetua o cuidado não precisar abandonar seus outros afazeres para permanecer no hospital; e a segurança que teriam com um profissional prestando-lhes assistência no domicílio (KERBER et al, 2002).

Isso requer uma visão integralizada, com foco assistencial na família e não somente no indivíduo doente, auxiliando essa família de maneira mais contextualizada e compreendida dentro das relações familiares, tanto em situação de doença como em situação de saúde.

É primordial visualizar a atenção domiciliária como uma atividade que se constitui com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos e famílias, e como o planejamento de ações visando à promoção de saúde destes e da coletividade.

Como se acredita firmemente na viabilidade desta proposta, e se deseja construir um conhecimento sobre as possibilidades da sua eficácia, foi elaborada a seguinte questão: **De que modo a atenção domiciliária, desenvolvida na rede pública de saúde, tem contribuído com a saúde da população?**

Neste sentido é que surgiu o desejo de adentrar neste campo de estudo, buscando entender um pouco mais este processo de trabalho, e pensar na contribuição que pode estar sendo feita para os trabalhadores atuais e futuros. Portanto, foi sintetizado o objeto do estudo na **análise de uma iniciativa bem sucedida de atenção domiciliária, que vem sendo desenvolvida na rede pública de serviços de saúde, com o objetivo de refletir de que forma esta tem sido uma estratégia de reorganização do sistema de serviços de saúde.**

Com base no exposto, aliando a experiência profissional do autor com a literatura encontrada até o momento, é explicitada a **tese: A atenção domiciliária, compreendida como uma dimensão do trabalho em saúde, contribui para a saúde da população, na medida em que os trabalhadores desenvolvem seu processo de trabalho segundo as diretrizes da Atenção Primária de Saúde; trabalhadores e gestores seguem os princípios do SUS; os usuários são percebidos e se percebem como cidadãos plenos de direitos e deveres; a população desenvolve vínculo com o serviço oferecido.**

## **CAPÍTULO 2**

### **2 A PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE A ATENÇÃO DOMICILIÁRIA**

#### **2.1 Antecedentes históricos**

Sabe-se que o cuidado no domicílio não é uma prática nova. Nossa civilização ocidental tem por costume tratar os doentes em casa e, prioritariamente, quem faz isso é uma mulher. Na era primitiva, baseava-se na manutenção da espécie e, com a evolução das sociedades, passou a incorporar valores religiosos ligados à salvação do cuidador e do ser cuidado (SENA et al, 2000, p.544). Porém, é novo no sentido de que estava esquecido e vem sendo retomado aos poucos.

No Brasil, a visita domiciliária institucionalizada, de acordo com Mazza (1994), tem seu marco inicial em artigo publicado em 15 de outubro de 1919 pelo “O Jornal”, onde o Dr. J. P. Fontelle aborda a educação sanitária e a necessidade de formação de enfermeiras visitadoras, sugerindo a criação desse serviço.

Nessa época, segundo Cunha (1991), o país era assolado por várias epidemias, como febre amarela e peste, que traziam riscos à integração do país ao mercado e ao desenvolvimento econômico, impedindo a imigração e comprometendo a exportação de produtos e, conseqüentemente, forçando as autoridades a tomarem medidas adequadas. Diante disso, Carlos Chagas trouxe ao Brasil enfermeiras visitadoras com o objetivo principal de preparar profissionais no país para atuarem no combate às epidemias, o que culminou com a criação do primeiro curso de formação de enfermeiras visitadoras, posteriormente transformado na Escola de Enfermagem Ana Néri. Este tipo de atenção domiciliária foi utilizado pelo Serviço Especial de Saúde Pública, como estratégia para atingir os indivíduos e suas famílias na comunidade em que viviam.

Em São Paulo foi estabelecido o curso de educadores sanitários, no Instituto de Higiene, que é atualmente a Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São



Paulo (USP). De acordo com Pereira (2001), esse curso tinha conteúdo teórico-prático de higiene e destinava-se a professores diplomados por Escola Normal do Estado, que teriam a possibilidade de disseminar as noções de higiene para a população pobre e trabalhadora.

Nessa época, foi implantado no país uma estrutura organizacional verticalizada de serviços de saúde, composta pelos Dispensários, com finalidade de tratamento da tuberculose, hanseníase e tracoma; e os Centros de Saúde, com finalidade de assistência à criança, tentando diminuir a mortalidade infantil (PEREIRA, 2001). Assim, observa-se que os serviços de atendimento domiciliário estiveram sempre ligados à área de saúde pública, utilizados como estratégia de operacionalização das políticas vigentes.

No que se refere a Estados Unidos e países europeus, Santos et al (1999) relatam que esta modalidade de atendimento vem sendo desenvolvida há vários anos e é o segmento da área da saúde que mais tem crescido. Nos países da América Latina, as experiências com atenção domiciliária são muito recentes. Datam da década de 80 e vêm sendo desenvolvidas, organizadas e controladas por organismos sem fins lucrativos, incorporando-se como uma política de saúde, no âmbito das políticas públicas, visando beneficiar principalmente idosos, doentes ou pessoas abandonadas.

Até o início da década de 90, este atendimento foi prestado de forma incipiente. Atualmente, a atenção domiciliária<sup>2</sup> está em pauta, em decorrência, principalmente, de necessidades sociais. A situação sócio-econômica da população é muito precária, acarretando internações prolongadas por problemas de ordem social mais do que pela necessidade terapêutica. A situação social das camadas média e baixa da população faz com que convivam com muitas dificuldades: desemprego, subemprego, violência desde as suas formas mais explícitas às mais sutis, problemas geográfico-estruturais (envolvendo dificuldades do indivíduo no seu lar, na rua, no trabalho) e que vêm contribuindo para o adoecimento físico e psíquico dos seres humanos, elevando a procura pelos serviços de saúde e diminuindo as possibilidades de oferecer a resolutividade esperada pelo usuário.

---

<sup>2</sup> Os diversos momentos históricos que conformaram e conformam a atenção domiciliária podem ser visualizados através da leitura de Pereira (2001).

Como já foi salientado, os hospitais não têm dado conta de assistir de forma adequada à clientela que os procura. Neles, um grande número de seres humanos permanece internado em condições precárias nos seus corredores e salas. Analisando a questão relativa ao número de internações hospitalares, há a colocação de que:

O número total de internações hospitalares do SUS permaneceu relativamente fixo entre 1997 e 2001, mas a participação das regiões norte, nordeste e centro-oeste cresceu, e a do sudeste, sobretudo, decresceu. O Norte passou de 6,7% para 7,4% das internações; o Nordeste de 29,0% para 29,6%; o Centro-Oeste de 6,8% para 7,8%; e o Sudeste apresentou variação de 40,9% para 38,7% (BRASIL, 2002, p.43).

Souza (2002, p.17), ao analisar os dados do Ministério da Saúde, constata que o número de internações do ano de 1995, em relação ao ano de 2001, foi reduzido: “Em 1995, o SUS realizou 13,2 milhões de internações hospitalares e, em 2001, 12,2 milhões, uma redução de 7,9%”.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/2003 – Saúde), do IBGE, que é a mais importante pesquisa sobre o acesso e a utilização dos serviços públicos e privados de saúde no Brasil, com uma amostra de 384.834 pessoas, encontrou os seguintes dados: “Foram referidas cerca de sete internações por 100 habitantes em 2003: um total de 12 milhões e 300 mil, 20% das quais reinternações” (BRASIL, 2006a, p.11).

No entanto, vale ressaltar que, para qualquer trabalhador atuante em um serviço público hospitalar, esta assertiva de redução de número de internações não condiz com a realidade vivenciada. Reflete-se que o número de internações não expressa, necessariamente, a necessidade da população, uma vez que pode estar ocorrendo uma política de redução de Autorização de Internações Hospitalares (AIH) e, então, diante disso, um decréscimo nas internações. Ou o significado dessa contradição entre a redução de internações apresentada e a realidade de permanente superlotação dos hospitais e unidades de atendimento emergenciais possa ser o aumento do tempo de permanência nos hospitais e, em decorrência disso, uma diminuição na oferta de leitos. Mas, ao pensar que isso está se processando, deve-se refletir que tipo de pacientes estão sendo assistidos nas emergências dos hospitais? Certamente, muitos desses

pacientes poderiam estar sendo atendidos, com resolutividade, nas unidades básicas de saúde. Segundo Santos et al (2003), dentre os fatores determinantes da superlotação das portas hospitalares de atenção às urgências, está a baixa resolutividade da atenção primária e das unidades não hospitalares de atendimento às urgências e a falta de ordenação do acesso dos usuários aos serviços da rede assistencial e, em particular, àqueles que atendem às urgências.

Segundo Finkelmann (1999), a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe um desafio para os líderes dos países, no sentido de melhoria da efetividade dos sistemas de saúde, resultando na ampliação do acesso e da qualidade dos bens e serviços oferecidos a toda população. E o autor refere que isto exigirá profundas transformações na organização e no funcionamento, não apenas dos sistemas de saúde em sentido mais estrito, mas dos serviços de interesse público em sentido amplo, que incluem tanto as organizações estatais em seu conjunto como as entidades não governamentais ou instituições privadas e da sociedade civil.

Toda a problemática enfrentada pelos serviços de saúde mostra a necessidade de se investir mais em atenção básica (ou atenção primária)<sup>3</sup>, o que, de certa forma, vem sendo colocado no cenário das políticas públicas de saúde, através do Ministério da Saúde, com suas novas regulamentações. As discussões que levaram à concretização do Plano Nacional de Atenção Básica, de 2006, fundamentaram-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação.

Na apresentação deste Plano, o Secretário de Atenção à Saúde refere que:

Nesse processo histórico, a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e deve se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2006c, p.3).

Nesse processo de estruturação da atenção básica, existe a possibilidade de

---

<sup>3</sup> De acordo com Mendes (2002b), o conceito de atenção básica à saúde é mais encontrado, na literatura internacional, como atenção primária à saúde.

inserção de programas de atenção domiciliária como forma de ser mais um componente para o alcance dos princípios norteadores para uma efetiva consolidação do SUS.

Santos et al (1998) acredita que vários fatores valorizam a implementação de programas de atenção domiciliária no Brasil e cita: o novo padrão demográfico brasileiro, que aponta para o envelhecimento da população; as mudanças no perfil epidemiológico, caracterizado pelo aumento das doenças crônico-degenerativas e infecciosas e, conseqüente, o aumento do risco de complicações e do nível de dependência; a inadequação do sistema atual de saúde para atender às demandas da população; a adoção pelo governo de programas de extensão de cobertura com atenção à família; a mudança da família contemporânea, passando de uma organização extensa para outra nuclear, muitas vezes incompleta; a busca por alternativas de aumento de renda familiar que transferem as funções de cuidado para outras instituições.

Destaca-se, neste momento, a necessidade de se ter claros os critérios para se decidir a adoção da atenção domiciliária, evitando-se a transferência de responsabilidades do Estado para a família. Assim como a situação inversa também ocorre, quando a família, por questões sociais ou econômicas, acaba deixando seu familiar aos cuidados dos serviços de saúde indefinidamente. É importante que ambas as perspectivas sejam analisadas, para que não se obtenha uma visão unilateral do processo de atenção domiciliária.

Dessa forma, é fundamental refletir que não basta somente reeleger o local de atuação – o domicílio – para prestar os cuidados de saúde, mas que é necessário que estejam presentes outras transformações simultâneas, como a concepção do processo saúde/doença e as relações entre trabalhadores da saúde e usuários (PEREIRA, 2001). O fato de transferir a atenção à saúde para o domicílio não garante uma mudança na forma de atendimento, uma vez que se pode continuar agindo da mesma maneira que agimos no interior dos serviços de saúde. Ao invés de ser realizado um trabalho que tenha como eixo o cuidado integral dos seres humanos, continua-se agindo de forma fragmentada, preocupados com a realização de procedimentos em si, sem reconhecer outras necessidades presentes no dia-a-dia dos usuários. Esse tipo de achado foi encontrado por França et al (2003), em estudo realizado com enfermeiros na região

noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

No relato de Santana (2001), a saúde não é isolada e materializa-se mediante uma série de fatores sociais e econômicos, e que, se existem problemas com o processo de trabalho em saúde, eles são decorrentes do estado de abandono em que se encontra a área social. A avaliação do quadro atual da saúde, feita na 11ª Conferência Nacional de Saúde, é bastante realista e pouco animadora:

A saúde, como preceitua a Constituição Federal, depende de fatores econômicos e sociais como a garantia de emprego, salário, casa, comida, educação, lazer e transporte, entre outros. Nesse momento o desemprego, a péssima distribuição de renda, a fome e desnutrição e outros agravos interferem nas condições de vida e de saúde da população, ressurgem antigas e surgem novas formas de adoecer e morrer, caracterizando um quadro epidemiológico da maior perversidade, agravado pelas condições de gênero, raça e idade. Enquanto isso, o governo investe em saúde no setor público apenas R\$300,00 reais per capita ano (SANTANA, 2001, p.140).

O investimento em saúde permanece relativamente constante, visto que a última informação disponibilizada pelo governo no *site* do DATASUS, que é a relativa ao ano de 2003, aparece que o gasto federal total per capita foi R\$ 296,02 (IDB, 2005).

Em relação aos gastos com políticas sociais e de saúde, um outro importante componente entra em jogo, direcionando o governo para políticas de ajuste estruturais, através de um poder supranacional, vinculado ao capital internacional. A institucionalidade deste poder supranacional materializa-se, fundamentalmente, em organismos como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) (RIZZOTTO, 2000).

O governo brasileiro, apesar das contestações e da pressão que sofre, parece que segue definindo suas políticas a partir de propostas que não emergem do debate interno da sociedade, mas advêm de um poder supranacional, vinculado ao capital internacional (RIZZOTTO, 2000, p.43).

As políticas sociais propostas ao Brasil pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional transformam-se numa condicionalidade. Segundo Santos (2002), os diferentes países do mundo, que estejam hoje nos continentes americano, asiático, africano ou no Leste Europeu, têm que seguir os modelos propostos por esses

organismos, se quiserem ter acesso a linhas de crédito internacionais.

Autores como Homedes e Ugalde (2005) discutem amplamente essa questão através de dois estudos de caso, relativos às experiências de Colômbia e México, com a reforma neoliberal. Argumentam que:

Para superar la crisis económica que comenzó alrededor de 1980, el Fondo Monetario Internacional (FMI) exigió a los gobiernos que recortaran los gastos en los sectores sociales, entre ellos el sector salud (los llamados ajustes estructurales). La reducción de los presupuestos de salud provocó un deterioro aun mayor de los servicios y el aumento de la insatisfacción de los proveedores y de los usuarios. El Banco Mundial aprovechó la crisis del sector para fortalecer su programa de préstamos al sector de la salud y a finales de la década de 1990 se había convertido en la agencia internacional que más fondos prestaba a los países en vías de desarrollo para ese sector (HOMEDES, UGALDE, 2005, p.210).

Apesar disso, a problemática gerada pela política econômica não se caracteriza como única responsável pela conformação atual dos problemas de saúde. A política econômica é um determinante fundamental, mas há uma rede de complexidade envolvida como, por exemplo, no processo de trabalho em saúde, com a formação dos trabalhadores focalizada fortemente no paradigma biológico. A concepção do processo saúde/doença gerada através dessa formação tem delineado o modelo assistencial que permanece hegemônico nos dias de hoje. Outro aspecto diz respeito à organização dos serviços de saúde, que é marcada histórica e socialmente por uma fragmentação dos serviços, separando as ações curativas das preventivas. Também há falta de uma política de governo que agregue e potencialize ações intersetoriais, pois, apesar de a intersetorialidade ser uma das diretrizes do SUS, na prática esta não vem se concretizando, talvez até por não se ter claro a forma de fazê-la concretamente.

Ao longo dos anos de implantação do Sistema Único de Saúde, os trabalhadores deste setor convivem diariamente com essas problemáticas, as quais refletem diretamente na saúde como um todo e, no conjunto desses trabalhadores em saúde, encontram-se aqueles que, na ânsia de exercitar o seu trabalho organizado de forma a garantir um atendimento integral, com equidade e boa qualidade, empenham-se em buscar modos alternativos do “fazer”.

A atenção domiciliária pode ser considerada uma nova proposta neste sentido. Ela pode ajudar os trabalhadores da saúde nesta tarefa, como pode auxiliá-los a romper com uma prática individual, além da possibilidade de integrar os trabalhadores de ambos os espaços de serviço, como hospitais e rede básica.

Hemos de reconocer, sin embargo, el papel primordial que tiene la atención domiciliaria en la potenciación de la coordinación e integración de los servicios sanitarios y sociales, ya que permite compartir responsabilidades clínicas, organizativas y financieras, y superar la tradicional provisión dicotómica de la asistencia, con lo que puede constituirse en un elemento facilitador e impulsor de una progresiva conexión entre el hospital y la atención primaria (COTTA et al, 2002, p. 258).

Pode-se perceber como a atenção domiciliária foi acompanhando historicamente os rumos da saúde no país, ao mesmo tempo em que foi se mostrando, por razões sociais, econômicas e políticas, como uma alternativa de atenção em um sistema de saúde que prima pela qualidade de seus serviços, mas que não a tem alcançado em sua plenitude.

## **2.2 A produção acadêmica sobre a atenção domiciliária**

Como forma de subsidiar este estudo, foi realizada uma busca nas bases de dados de acesso individual livre e direto Lilacs e Medline, no período compreendido entre 1994 e 2004.

Foi efetuada uma análise de todos os resumos disponibilizados pelas bases de dados, buscando identificar os textos que seriam relacionados como objetos do estudo, e estes, então, foram solicitados através do Serviço Cooperativo de Acesso a Documentos (SCAD), instrumento de busca e acesso ao material bibliográfico disponibilizado pelo Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME). A partir dos textos selecionados, na medida em que iam sendo enviados, era procedida, também, a análise e a busca das referências utilizadas pelos autores dos artigos selecionados e, assim, procedendo a novas solicitações, por

entender que eram textos que contemplavam os critérios desejados.

O critério de seleção adotado foi incluir todos os textos em que os autores claramente procuraram identificar o texto com o tema, utilizando os seguintes termos para busca: “serviços de assistência hospitalar no domicílio”, “auxiliares de cuidado domiciliar”, “serviços de assistência domiciliar”, “cuidados domiciliares de saúde” e “serviços hospitalares de assistência domiciliar”. No que se refere aos tipos de textos publicados, procurou-se trabalhar com a maior diversidade possível, incluindo as diversas modalidades de assistência no domicílio, desde que tivessem em comum o fato de realmente estarem estabelecendo uma discussão acerca da atenção domiciliária, sem que se detivessem somente em aspectos isolados da assistência. Foram incluídos artigos de pesquisa e de opinião.

Para cada texto selecionado foi preenchida uma ficha contendo cinco itens para análise: (1) autores e instituição; (2) tipo de proposta; (3) problema abordado; (4) noção de atenção domiciliária; (5) grupos populacionais incluídos no estudo.

Foram identificados 291 textos no período, sendo 47 publicados na Medline e 244 na Lilacs. Dos textos da Medline, 41 foram encontrados utilizando o descritor “serviços de assistência hospitalar no domicílio” e 06, com o descritor “auxiliares de cuidado domiciliar”. No que se refere aos textos da base Lilacs, dos 244, 54 foram encontrados utilizando o descritor “serviços de assistência domiciliar”, 139, com o descritor “cuidados domiciliares de saúde” e 51, com o descritor “serviços hospitalares de assistência domiciliar”. Após efetuada uma garimpagem através da análise dos resumos, foram selecionados 84 textos, dos quais 17,85% da Lilacs; 55,95 % da Medline; e 26,19% provenientes das referências utilizadas por outros autores.

No que tange ao tipo de proposta desenvolvida pelos serviços de atenção domiciliária, o sentido expresso na grande maioria dos textos é de uma assistência realizada nos moldes de uma internação domiciliária, na qual há um envolvimento intenso dos trabalhadores na prestação do cuidado, desenvolvendo ações voltadas para o indivíduo doente, com a preocupação de retorno ao estado anterior à doença em período limitado de tempo.

Foram identificadas 10 instituições nacionais (12,19%) e 72 internacionais (87,80%). Das 72 instituições internacionais, o número mais expressivo concentrou-se



entre Inglaterra, Espanha e Estados Unidos, com 22, 15 e 14, respectivamente. As demais estavam presentes de forma dispersa, sendo quatro da Holanda, três do Chile, três de Cuba, duas do México, duas da Argentina, duas da Itália, duas de Israel, uma da Austrália, uma do Canadá e uma da Noruega.

Em relação à noção de atenção domiciliária, constatou-se uma predominância baseada no modelo biológico, o que inclui em sua grande maioria, as abordagens centradas no indivíduo doente, necessitado de cuidados curativos e de reabilitação. O sentido presente, na maioria dos estudos, é de providenciar um cuidado substitutivo ao cuidado realizado no hospital. A intencionalidade que está por trás das propostas vem no sentido de otimização de leitos hospitalares, de redução do tempo de permanência no hospital, de possibilidade de alta precoce, de redução nas readmissões hospitalares, de alternativa à internação hospitalar, de promoção da continuidade do cuidado.

Entre os grupos populacionais, os que mereceram maior número de estudos específicos foram os idosos (25) e o grupo dos pacientes em geral (22). Aqui havia uma diversidade na clientela, como pacientes agudos, crônicos, idosos, mulheres, crianças, cirúrgicos, oncológicos, deixando entender que era destinado a qualquer tipo de paciente. Crianças não se constituíram como grupo alvo em nenhum dos estudos, sendo que em três textos constituíram subgrupos de estudo, ou seja, foram citados como fazendo parte do grupo dos pacientes em geral. Os demais estudos encontraram-se abordando os seguintes sub-grupos de pacientes: agudos; ortopédicos; com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; crônicos; cirúrgicos; com HIV; cardíacos; puérperas e RNs; com doença terminal e família.

Em relação aos problemas que se tornaram objeto de investigação, houve uma concentração maior de artigos enfocando a internação domiciliária, seja a realizada pós-alta hospitalar, seja a realizada sem a obrigatoriedade do paciente ter sido encaminhado do hospital, seguido pela comparação entre internação domiciliária e internação hospitalar. Os focos se diversificaram entre relação custo-benefício, satisfação do paciente e dos familiares com esse tipo de atenção, possibilidade de agilizar alta precoce e cooperação entre níveis assistenciais. Outros temas foram abordados de forma pouco expressiva, dos quais: descrição detalhada do programa de assistência domiciliária; enfermagem domiciliar; ética na assistência domiciliária;

ligação com o sistema de saúde; relações interpessoais na atenção domiciliária; cuidado paliativo; assistência domiciliária em urgências; e visita domiciliária no PSF.

A questão econômica é um aspecto importante a ser avaliado em qualquer modalidade assistencial. No caso do hospital, sabe-se que, quanto maior for o tempo de um paciente internado no hospital, maior o ônus que recai sobre essa instituição. No caso da atenção domiciliária, acredita-se que existem maneiras de dividir os encargos financeiros entre hospital, secretarias municipais de saúde, família e governo, para que não ocorra apenas um repasse de tais encargos para a família.

De forma a realçar a questão econômica e mostrar a viabilidade de propostas de internação domiciliária, muitos estudos internacionais têm sido desenvolvidos, destacando a relação dos custos comparativos entre as propostas de internação domiciliária e aquelas de cuidado tradicional ao paciente internado (SHEPPERD et al, 1998b; HENSHER et al, 1996; COAST et al, 1998; STESSMAN et al, 1996; JONES et al, 1999; GLADMAN, WHYNES, LINCOLN, 1994; RUIPÉREZ CANTERA, 2000).

Na apreciação do conteúdo desses estudos, percebe-se que, em geral, os custos com internação domiciliária são mais baixos do que com hospitalização convencional, o que faz com que esse tipo de proposta possa se tornar atraente para os gestores dos serviços de saúde. Em um dos estudos há a afirmação de que essa modalidade assistencial pode prover cuidado comparável com custos significativamente menores do que os do hospital (LEFF, BURTON, 1998).

Por intermédio da internação domiciliar pode-se conseguir fazer o cuidado a custos similares ou menores do que uma equivalente admissão hospitalar (JONES et al, 1999). Um dos estudos refere existir bastante consenso em considerar a internação domiciliária mais barata que a hospitalização convencional (RUIPÉREZ CANTERA, 2000), referindo que, no Reino Unido, estima-se que, a cada 10.000 libras gastas, pode-se atender quatro pacientes em domicílio e três em hospital.

Em pesquisa efetuada com o objetivo de determinar o efeito da redução do tempo de permanência após cirurgia de câncer de mama na proporção de custo e consumo do cuidado, há o destaque que o deslocamento do cuidado para o domicílio resultou em uma economia não tão alta quanto esperada (BONEMA, 1998).

Em outra pesquisa, não há diferença no total de custos na comparação entre os dois sistemas de cuidado, sendo, inclusive, mais alto o custo da internação domiciliar para pacientes pós-histerectomia e para aqueles com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (SHEPPERD et al, 1998b). Assim como um dos estudos trouxe a não possibilidade de afirmar que as visitas domiciliares de enfermagem aos idosos sejam a alternativa que apresenta melhor relação custo-benefício (GARCIA-PEÑA et al, 2002).

Em uma análise de mercado comparando os custos entre o hospital e o *home care* de um protocolo de AVC, com uma amostra pequena, a autora confirma redução de 40 a 70% no custo para pacientes com respiração mecânica. E gasto maior em 58% para as firmas de *home care* para os pacientes sem ventilação mecânica (SKODA, 2003). Neste estudo, a autora apurou que a causa provável desse diferencial é que, em caso de pacientes que não necessitam de um tratamento intensivo, os desmames acabam se prolongando além do previsto, pelo cuidador adiar a responsabilidade de cuidar do paciente em procedimentos simples como curativos, higiene pessoal, alimento, medicação e atividades físicas.

A atenção domiciliar para pacientes com fraturas é mais onerosa. Os resultados da reabilitação são semelhantes, mas os custos para o serviço de saúde são maiores para atender no domicílio (GLADMAN, WHYNES, LINCOLN, 1994). Os autores manifestam que, em vista disso, a atenção domiciliar precisa ser utilizada muito criteriosamente. O que não inviabiliza a proposta, em razão de que em outros estudos não houve essa comprovação de aumento de gastos e, ainda aliado ao fato de que para uma organização prestadora desse tipo de serviço, muitas vezes, um custo maior em um setor é equilibrado pelo gasto menor em outro. É necessário que o serviço de saúde avalie o conjunto de vantagens e desvantagens e não unicamente o dispêndio econômico.

O processo de crescimento da atenção domiciliar, baseado na adequação do atual Sistema de Saúde, deverá estar engajado na busca de alternativas que visem a uma redução de custos aliada à manutenção da qualidade da assistência (SILVA, 2000).

Outro foco dos estudos acerca da atenção domiciliar está posto na questão da

cooperação entre níveis assistenciais. Foi vislumbrada, em alguns estudos desenvolvidos na Espanha, a necessidade de estabelecer uma integração entre serviços e níveis assistenciais. Neles, há um tipo de abordagem diferenciado das demais publicações internacionais, que é a questão de discutir a internação domiciliária como forma de atenção compartilhada entre as instituições existentes nos sistemas sanitário e social, salientando o seu papel como um mecanismo de integração e coordenação entre níveis assistenciais (ARANAZ, BUIL, 1996; CRIADO-MONTILLA, IBAÑEZ-BERMUDEZ, 1996; QUERA, 1997; GENÉ BADIA, 1998; SUBERVIOLA, 1999; CONTEL SEGURA, 2000; BAZTÁN, 2000; MITRE COTTA et al, 2002).

Apesar de discutir que ambos os tipos de assistência, a internação domiciliária e a atenção primária, desenvolvem seu trabalho em um mesmo local, o domicílio do paciente, o que deveria favorecer a cooperação entre elas, Fernández-Miera (1997) acha bastante utópica a possibilidade de, em uma continuidade de cuidados ao paciente, estabelecer-se uma futura relação de cooperação entre níveis assistenciais. Destaca que muitas pessoas dentro do sistema sanitário vêem a internação domiciliária com receio, considerada como uma intromissão do hospital no âmbito da atenção primária.

Entende-se que o direcionamento da maioria dos autores espanhóis aproxima-se, em muito, da situação brasileira, no que concerne às necessidades do SUS, em que não vemos como possível a efetividade e resolutividade das ações que não forem desenvolvidas de modo conjunto entre os diversos segmentos da saúde. Esta integração despontou como necessária no trabalho de Kerber (1999), no qual a atenção domiciliária mostrava-se como possibilidade de funcionar como elemento integrador entre o trabalho curativo e preventivo no trabalho da enfermagem.

Uma proposta foi idealizada, nesse sentido de trabalho conjunto e integração de serviços e trabalhadores, em nível local, na cidade de Rio Grande, RS (KERBER et al, 2003). Os autores defendem, nesta proposta, a necessidade de existir um elemento agregador do processo de trabalho da enfermagem desenvolvido no hospital e no domicílio do cliente, no caso, a atenção domiciliária, de modo a propiciar uma integração de serviços e trabalhadores.

A atenção domiciliária, pensada como uma estratégia de efetivação e

resolutividade do Sistema Único de Saúde, necessariamente, obriga a pensar em formas de integrar serviços e trabalhadores. Ao se conseguir atingir esse patamar de organização da atenção à saúde, pensa-se que há maior possibilidade de satisfação por parte dos usuários do sistema de saúde. Esse é um aspecto que não é fácil de medir e quantificar, mas, ao mesmo tempo, faz-se necessário avaliá-lo para decidir sobre quais transformações devem ser efetuadas para assegurar um mínimo de satisfação à clientela.

Ao buscar os estudos desenvolvidos sobre atenção domiciliária, não foram muitos os encontrados acerca da satisfação da clientela, seja em caráter individual do paciente, seja em relação à família, ficando esses estudos mais concentrados nos Estados Unidos (BURTON et al, 1998; HUGHES et al, 2000; DANA, WAMBACH, 2003) e no Reino Unido (GUNNELL et al, 2000).

Os trabalhadores que defendem a proposta da atenção domiciliária têm uma crença de que, através de seu trabalho, é possível gerar um impacto da assistência no *status* funcional e na qualidade de vida dos pacientes. Esse aspecto foi trazido por Hughes et al (2000), que discutem o crescimento dos serviços de atenção domiciliária na última década.

Nos estudos referenciados, há a manifestação da satisfação da clientela em relação a algumas características desse tipo de serviço, como o cuidado individualizado, a preocupação e a amabilidade demonstrada pelos profissionais atuantes e a habilidade técnica na condução das ações realizadas no domicílio. Em casos mais específicos, como no cuidado de pacientes com doenças terminais, há o relato de melhorar a qualidade de vida desse tipo de paciente e diminuir o número de reinternações hospitalares, por existir uma continuidade do cuidado.

Embora a internação domiciliar tenha demonstrado efetividade em reduzir a utilização do hospital e os gastos do sistema de saúde, a principal vantagem ou o principal motivo de seu sucesso é a satisfação dos envolvidos com o nível do cuidado e a compaixão que receberam, no lugar mais humano e natural possível, seu próprio lar (STESSMAN, 1996). Os benefícios obtidos, tanto em matéria de saúde como de satisfação de pacientes e familiares, são elevados (MORALES, CANGAS, DÍAZ, 1998).

Um estudo realizado em Rio Grande/RS por Kerber et al (2002) traz o destaque no relato da satisfação dos pacientes com este tipo de serviço, e os achados vão na mesma direção dos estudos desenvolvidos em nível internacional, em que se pode constatar que a clientela considera uma proposta mais humanizadora do que a assistência hospitalar, com menor risco de infecções hospitalares, que facilita a organização da família para o cuidado do paciente, além de ressaltar a valorização dada à família pela equipe assistencial.

Há unanimidade na aceitação dos serviços desenvolvidos em domicílio, segundo o paciente e sua família, ressaltando somente vantagens envolvendo o cuidado, os cuidadores, o paciente, o sistema de saúde, entre outros. A clientela prefere ser assistida nos seus domínios, sentindo-se mais segura com o respaldo de uma equipe multiprofissional. Através de experiência própria no desenvolvimento desse tipo de atenção à saúde, percebe-se que a população tende a aceitar e estimular que sejam estruturados serviços dessa natureza. E não se acredita que a interferência que se processa no interior dos domicílios devido ao fato de ter um elemento estranho à rotina familiar, em um período do dia ou semana, funcione como um impeditivo para sua concretização.

Porém, é importante que qualquer alternativa ao cuidado hospitalar proposta seja bem organizada, pois se não dispor de recursos adequados e não for bem coordenada, os pacientes perceberão somente “cortes”, deslocando a carga do cuidado a eles e a seus familiares (EDWARDS, HENSHER, 1998). Ou seja, eles podem se sentir cerceados em seu direito, enquanto cidadãos, de usufruir um serviço de internação hospitalar. Além de que os perigos encontrados no hospital podem ser reproduzidos no domicílio. E esse é o maior perigo no desenvolvimento da internação domiciliar (LEFF, BURTON, 1998), ou seja, a perda da individualidade do cuidado de cada paciente, não sendo vistos como seres singulares, únicos. A contextualização do cuidado, que normalmente não consegue ser realizada em nível hospitalar, é um dos primordiais objetivos da atenção domiciliária. Um serviço que não se organize para tal, que não tenha muito claros seus objetivos e não capacite sua equipe para o desenvolvimento desse tipo de cuidado, acaba reproduzindo a forma de assistência tipicamente hospitalar, em vista de que essa tem sido o modelo histórico e hegemônico

de assistência em saúde.

Em um estudo desenvolvido com pacientes com pneumonia, Coley et al (1996) mensuraram as preferências daqueles para iniciar o tratamento fora ou dentro do hospital, já que evidências crescentes têm mostrado que o cuidado a pacientes com pneumonia em nível hospitalar é desnecessário. Alguns pacientes, mesmo de baixo risco, se não têm um suporte suficiente em casa, não aceitam o cuidado domiciliar. Por isso é importante avaliar a preferência do paciente acerca do local do cuidado. Esse é um aspecto que merece mais estudo: saber onde o paciente quer estar, que tipo de cuidado quer receber e por quem (RUIZ-GARCIA, PEIRO, 2001).

Diversos estudos detêm-se na comparação entre internação domiciliar e hospitalar. Pensar que a atenção domiciliária proporciona melhores resultados do que a atenção hospitalar, não se caracteriza, necessariamente, como uma verdade. É importante que sejam efetuados estudos que comparem as duas modalidades de atenção em relação a um mesmo tipo de clientela. Encontrados alguns que fazem essa relação, como do Reino Unido, que comparam a efetividade do cuidado recebido em atenção domiciliária com o recebido em instituição hospitalar (MARTIN, OYEWOLE, MOLONEY, 1994; SHEPPERD et al, 1998a; RICHARDS et al, 1998; COAST et al, 1998; SHEPPERD, ILIFFE, 1998; WILSON et al, 1999; DAVIES et al, 2000; RAM et al, 2004). Um estudo da Noruega também realizou esse mesmo tipo de estudo comparativo (JORDHOY et al, 2000).

Estes autores relatam que não houve diferenças significativas entre o cuidado realizado em ambiente hospitalar e o cuidado desenvolvido no domicílio, em termos de mortalidade e readmissões hospitalares. Por outro lado, identificam que houve maior segurança e efetividade na realização dessa prática quando no domicílio, o que, por si só, já sugere que se tenha uma continuidade da atenção domiciliária.

Nessa mesma linha de raciocínio, refletindo sobre o tipo de pacientes que podem ser assistidos no domicílio, evitando, assim, uma internação hospitalar, despontou o estudo de Ruiz de Suazu et al (2003), cujo objetivo foi demonstrar a experiência com a internação a domicilio de pacientes com insuficiência cardíaca. Os dados confirmam a validade da internação domiciliar como alternativa ao ingresso hospitalar de pacientes com Insuficiência Cardíaca Descompensada. Os autores

referem-se à atenção no domicílio como uma ferramenta eficaz de tratamento, evitando ingressos no hospital, diminuindo tempo de permanência no mesmo e diminuindo a frequência de idas às emergências. Ressaltam que essa é uma alternativa real e eficaz à hospitalização convencional. Também foram encontrados em outros estudos considerações semelhantes a essas (SMEENK et al, 1998; BECHICH et al, 2000). Reduzindo o tempo de hospitalização do paciente, há menos chance de infecção hospitalar, de angústia pela visualização de outros enfermos, de falta do ambiente familiar e social, não ocasionando tantos transtornos para os familiares e propiciando uma rotatividade maior dos leitos hospitalares, o que faz com que outros indivíduos carentes de cuidados possam, também, estar sendo assistidos pela equipe atuante no hospital.

Evitar a internação hospitalar é uma meta perseguida por todos. Essas questões são bem fortes, principalmente em estudos que tratam do cuidado específico a pacientes com doenças terminais, em que há o pensamento de que o melhor local para o paciente se encontrar, num momento como esse, é o seu próprio lar, junto de seus familiares. Porém, em uma pesquisa de avaliação realizada por Grande et al (1999), sobre o impacto do lugar de morte de serviços de atenção domiciliária para cuidado paliativo, os dados não mostraram que tenha aumentado o número de pacientes que morrem em casa com o uso da internação domiciliar.

A efetividade desse tipo de cuidado ainda não está clara (SMEENK et al, 1998). Os autores referem que, dada a enormidade de problemas (entre eles o alto custo do tratamento desse tipo de paciente) tidos pela sociedade no cuidado aos pacientes terminais, mais pesquisas são necessárias. Seriam necessários mais recursos para o cuidado em casa (treinamento da equipe para o cuidado paliativo) e um aumento no foco do uso de enfermagem domiciliar para aumentar o tempo em casa e reduzir readmissões (JORDHOY et al, 2000). Os autores estão se referindo a uma realidade pouco presente em nosso país, que é a assistência prestada através de casas de cuidado de enfermagem, as *nursing homes*. Acreditam que muitas readmissões hospitalares poderiam ser evitadas com o uso desse tipo de serviço.

Já o estudo de Miccinesi et al (2003) considera que o cuidado paliativo em casa foi efetivo na redução do tempo gasto no hospital durante os últimos três meses de



vida.

Em termos de comparação entre uma proposta de alta precoce para o serviço de internação domiciliária e a rotina de alta do hospital convencional, foram encontrados estudos que ressaltam a efetividade e a aceitabilidade da alta precoce (DONALD, BALDWIN, BANNERJEE, 1995; RICHARDS et al, 1998; GUNNELL et al, 2000). Esses estudos demonstram não haver diferença nos resultados do tratamento efetuado em nível domiciliário após alta precoce do ambiente hospitalar e o realizado no próprio hospital, alegando que ambos são efetivos e ressaltam que, também, no aspecto dos cuidadores, não há alteração no seu modo e qualidade de vida.

Quando se fala em alta precoce, as pessoas menos acostumadas com essa proposta podem pensar que sua implementação nos hospitais não trará benefícios, uma vez que os pacientes estarão recebendo alta antes de estarem aptos para tal. Porém, um tipo de proposta dessas está alicerçada em uma continuidade do cuidado, em nível domiciliário, com todo o suporte assistencial e técnico, não se caracterizando como um abandono do tratamento e, sim, com a possibilidade de retorno para seu espaço familiar e social mais precocemente.

Há que se convir que, do modo como está se apresentando a saúde no País, com a carência generalizada de atendimentos, com pacientes sendo assistidos nos corredores dos hospitais por falta de leitos, se for conseguido efetivar uma proposta de atenção domiciliária em que haja um suporte tanto da atenção básica quanto da atenção especializada, inúmeros benefícios podem advir, para todos os envolvidos no processo.

Um estudo foi realizado com o objetivo de avaliar os efeitos médicos e psicológicos da alta precoce do hospital após cirurgia de câncer de mama em proporção de complicações, satisfação dos pacientes e resultados psicológicos (BONEMA, 1998). Comparando dois grupos, um com longa permanência hospitalar e outro com curta, os autores não encontraram diferenças significativas nos seguintes aspectos: complicações, duração do tempo de dreno, satisfação dos pacientes ou resultados psicológicos. O estudo comprovou que o encurtamento do tempo de permanência não traz efeitos adversos, considerando, então, que a alta precoce para esse tipo de pacientes é segura e bem recebida pelos pacientes.

Há estudos que trazem uma reflexão, também, sobre o aspecto da possibilidade de alta precoce, com a complementação da atenção domiciliária, sem a comparação entre serviços (BUNDRED et al, 1998; DANA, WAMBACH, 2003). E, como forma de mostrar a relação entre tempo de permanência em ambiente hospitalar e pacientes assistidos por uma equipe de atenção domiciliária, podem-se ver os estudos de Hughes et al (1997) e Miccinesi et al (2003), em que há a demonstração de que a proporção do tempo gasto no hospital foi diminuindo à medida que os pacientes começaram a serem assistidos em nível domiciliário e que, através desse, há a possibilidade de uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes. Alertam, também, para a questão da morte com dignidade propiciada no ambiente de vida familiar. Este tipo de estudo serve para demonstrar que pacientes que têm assegurado a continuidade de sua assistência através da atenção domiciliária podem receber alta hospitalar precocemente sem prejuízo de sua saúde e estimular instituições a implantarem serviços de atenção domiciliária.

Outras questões também foram abordadas nos textos, porém, com menor expressividade. No rumo de uma avaliação de resultados, foi encontrado um estudo argentino (ROUBICEK et al, 1999), relatando os resultados das atividades do serviço de internação domiciliária de agudos. Esses autores argumentam que o cuidado de pacientes agudos no domicílio não é um fenômeno casual. Há uma tendência cada vez maior de a medicina ampliar sua missão terapêutica para além do cuidado curativo e se ocupar igualmente em cuidar da qualidade de vida, em oferecer cuidados paliativos e em adotar metas de acordo com as condições de saúde da população. Na avaliação de serviço dessa natureza, os autores perceberam que essa modalidade de cuidado mostrou-se apropriada, com efetividade comparada a do hospital.

No estudo dos efeitos advindos com a implantação da atenção domiciliária nos serviços de saúde, Floriani e Schramm (2004) acreditam que se deva questionar o objetivo de adentrar no domicílio de alguém, voltando o olhar para as reais necessidades do cliente e da família. Argumentam a necessidade de se ter um olhar crítico sobre a atenção domiciliária, ponderando seus aspectos positivos e negativos do ponto de vista da efetiva proteção dos usuários. Acredita-se que qualquer serviço deva ser continuamente avaliado quanto a sua real necessidade, não sendo essa uma

prerrogativa somente da atenção domiciliária.

Alguns estudos como o efetuado por Lacerda (2000) detiveram-se na relação profissional e interpessoal desenvolvida através da internação domiciliária, considerando que a enfermeira, ao “estar exercitando o relacionamento interpessoal e manifestando o relacionamento interpessoal estará interagindo profissionalmente”, momento em que assume o lugar do outro. Refere que há diversas dimensões de relação, entre a enfermeira e o cliente, o cliente e a família, a enfermeira e a família, a família e o contexto domiciliar, o cliente e o contexto da casa, e também a equipe de saúde, e que essas dimensões são muito importantes de serem consideradas no cuidado domiciliar. Esse tipo de assistência apresenta um grande benefício: a interação, a participação, a troca entre enfermeiro e ser humano (SOARES, SANTANA, 2000). No processo de cuidar nessa modalidade, são estabelecidas relações interpessoais e interprofissionais, em que os diferentes atores encontram-se em interação constante, permitindo reconhecer a articulação dos saberes de cada um e suas distintas intervenções (SILVA et al, 2004).

A formação é uma questão que merece muita atenção, pressupondo que, aos trabalhadores em geral, não foram oportunizadas vivências detalhadas com esse tipo de modalidade assistencial. Alguns estudos como os de Freitas, Bittencourt e Tavares (2000) e Angerami e Steagall-Gomes (1996) abordam essa temática, analisando as necessidades de formação para a realização do cuidado domiciliar. O primeiro ressalta a internação domiciliar como de extrema importância para a formação do enfermeiro, por apresentar-se como ampliação do mercado de trabalho; e o segundo conclui que a formação do enfermeiro tradicionalmente não contemplou o preparo para assistência no domicílio, o que se constitui em uma necessidade frente à realidade e à expansão do mercado de trabalho.

A internação domiciliária coloca o enfermeiro em uma posição de destaque profissional e, por esse motivo, ele deve ter uma formação generalista e sólida, tendo em vista que a maior parte das decisões sobre os cuidados a serem desenvolvidos serão tomadas por sua iniciativa e de forma individualizada, com autonomia e sob sua responsabilidade técnica e legal (SIMSEN, 2000).

Como é possível perceber, há poucos autores explorando essas questões

referentes à avaliação de resultados, relações no trabalho, formação e ética na atenção domiciliária. Tal fato, apesar de não proporcionar uma abrangência capaz de fornecer respostas, sanar dúvidas e estimular a implementação de propostas de serviço dessa natureza, tem a capacidade de incitar ao desenvolvimento cada vez maior de estudos, pois apresenta um caráter provocativo, que conduz a uma análise crítica e reflexiva da forma como o trabalho vem sendo realizado.

Foi encontrada a alusão à visita domiciliária como um instrumento de intervenção fundamental do PSF, por Takahashi e Oliveira (2004), as quais discutem a visita domiciliária como uma atividade utilizada no intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando a promoção de saúde da coletividade. França et al (2003) detiveram-se na caracterização das atividades de atenção domiciliária desenvolvidas por enfermeiros em serviços da rede pública de saúde. Evidenciaram uma prática fragmentada, refletindo basicamente uma atenção voltada para a execução de técnicas e procedimentos de enfermagem.

Vários autores têm discutido a atenção domiciliária como uma importante estratégia assistencial para os idosos, como Gené Badia e Contel Segura (1999), os quais consideram, como causa fundamental de a população idosa buscar assistência fora de seu espaço domiciliário, a falta de ajuda formal; Brazil et al (1998) encontraram a internação domiciliária impedindo as admissões hospitalares; Caplan et al (1999) referiram-se à internação domiciliária como uma importante alternativa para o cuidado de idosos, efetiva, segura e mais satisfatória, tanto para o paciente quanto para seus familiares.

Já no estudo efetuado através da revisão sistemática da literatura publicada entre os anos 1990-2000 sobre Visita Domiciliária Programada de Enfermagem (VDPE) a maiores de 65 anos, Gallego (2002) recomenda que sejam realizados estudos avaliando o efeito desse serviço na qualidade de vida e na satisfação da clientela. A autora refere não existirem evidências suficientes para proporcionar recomendações sólidas e aplicáveis à prática clínica da VDPE, mas, ao mesmo tempo, argumenta que isso não significa que não devam ser apoiados esses tipos de projeto de trabalho.

Sabe-se que as pessoas idosas são mais suscetíveis às doenças e apresentam

maior debilidade física e funcional do que as mais jovens. Tem sido visualizada nas instituições hospitalares uma grande parcela de idosos, que incorrem em riscos de iatrogenias, evento muito comum nessa clientela, como é ressaltado por Caplan et al (1999). Nesse sentido, parece que a atenção domiciliária seria útil a essa camada da população, a qual poderia estar sendo cuidada em seu próprio ambiente e sem expor-se aos riscos presentes nos hospitais, não só referentes à infecção hospitalar, às iatrogenias, mas também àqueles riscos advindos do tempo de permanência nessa instituição, como depressão, angústia e mal-estar.

Diante do quadro situacional dos estudos que vêm sendo desenvolvidos acerca da atenção domiciliária, pode-se perceber a necessidade de serem efetuados muitos outros estudos, baseado no fato de que é um campo vastíssimo e que comporta pesquisas das mais diversas, inclusive na expectativa de dar maior visibilidade a esse trabalho e aos benefícios advindos através dele. A literatura internacional tem explorado aspectos que ainda são incipientes no nosso meio acadêmico, como custos, efetividade, comparação entre serviços, entre outros.

A revisão efetuada serviu para proporcionar um maior conhecimento sobre o que está sendo realizado em termos de atenção domiciliária e para fortalecer o desejo de continuar explorando essa temática. Assim como forneceu condições de entendimento da situação desse tipo de atenção à saúde, nacional e internacionalmente, facilitando, desse modo, a inserção dessa prática no sistema de saúde.

## **CAPÍTULO 3**

### **3 A ATENÇÃO DOMICILIÁRIA E SUAS APROXIMAÇÕES COM O MUNDO DO TRABALHO NA SAÚDE**

O trabalho, como atividade humana, “é, por natureza, relação entre sujeito e objeto, cuja conseqüência não é uma modificação unilateral, mas uma mútua transformação que se torna imediatamente movimento, de complexidade crescente” (LEOPARDI, 1999, p.9). Complementando esse conceito, Santos (1998, p.97) traz que “é o conjunto de processos ontológicos através dos quais o homem modifica o ambiente sociocultural que assim modificado remodela o sujeito modificador”.

O trabalho tem passado por muitas transformações, decorrentes da reorganização da economia mundial (OFFE, 1989; POSSAS, 1996; PIRES, 1998; MASI, 2000; PIRES, 2000). Com a ampliação do setor de serviços, a saúde tem apresentado uma crescente complexificação tecnológica da assistência, bem como a precarização do trabalho tem sido mais marcante, configurando uma maior necessidade de qualificação dos trabalhadores. Isso tem provocado mudanças qualitativas no processo de trabalho, que apresentam aspectos positivos e negativos, pois se, por um lado, vêm no sentido de facilitar o trabalho, melhorar a assistência e qualificar a mão-de-obra, por outro lado, criam a necessidade de elaboração de um projeto social que reorganize essas transformações no cenário dos serviços. Da mesma forma, trazem um componente de aumento de competitividade por parte dos trabalhadores que precisam esforçar-se cada vez mais por uma vaga no mercado de trabalho. Ou seja, o mundo do trabalho está continuamente sofrendo transformações, pois “se o homem aceitasse sempre o mundo como ele é, e se, por outro lado, aceitasse sempre a si mesmo em seu estado atual, não sentiria a necessidade de transformar o mundo nem de transformar-se” (VÁZQUEZ, 1987, p.192).

O trabalho em saúde, ao ser “essencial para a vida humana” (PIRES, 2000, p.85), apresenta um significado de essencialidade para a sobrevivência humana,

abarcando muito mais cuidados, não apenas concernentes aos cuidados biológicos, mas incluindo outras dimensões das interações entre a vida humana e o ambiente.

A saúde é considerada pelo Ministério da Saúde (2002) como

Um conceito em construção, em movimento, dependendo de valores sociais, culturais, subjetivos e históricos. Podemos dizer que é a busca de uma relação harmoniosa que nos permita viver com qualidade, que depende de um melhor conhecimento e aceitação de nós mesmos, de relações mais solidárias, tolerantes com os outros, relações cidadãs com o Estado e relação de extremo respeito a natureza, em uma atitude de responsabilidade ecológica com a vida sobre a terra e com o futuro. Estas relações significam construir saúde em seu sentido mais amplo, radicalizar na luta contra as desigualdades e participar na construção de cidadania e da constituição de sujeitos. Sujeitos que amam, sofrem, adoecem, buscam suas curas, necessitam de cuidados, lutam por seus direitos e desejos (BRASIL, 2002, p.12).

Pode-se antecipar o comprometimento no desempenho dos diferentes papéis dos seres humanos no mundo, no caso de um dos fatores envolvidos nessa concepção não estar sendo contemplado. Nesse sentido as políticas públicas de saúde colaboram na determinação de questões elementares no processo de trabalho em saúde: a distribuição, o quantitativo e a remuneração dos recursos humanos, as condições de trabalho; os recursos materiais e, inclusive, o tipo de atendimento prestado aos usuários nos diferentes níveis de complexidade.

Para Testa (1992), política é uma atividade realizada por grupos que compõem a sociedade em torno da relação social que constitui o poder; ou seja, política é uma proposta sobre a distribuição do poder nas sociedades. As políticas sociais podem ser vistas como mecanismos de manutenção da força de trabalho, conquista dos trabalhadores, doação das elites dominantes, instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão.

A política social proporciona equidade ou redução dos desequilíbrios, dividindo o bem-estar social em vários componentes a partir de carências em áreas de saúde, educação, habitação, trabalho, previdência, nutrição, assistência e recreação. A função dessas políticas seria a redistribuição de renda e de benefícios sociais. A política social está ligada à política econômica de um governo e compõe-se de estratégias, projetos e planos. Ambas deveriam ser elaboradas conjuntamente, porém tem-se assistido ao

predomínio da política econômica em detrimento da política social.

Através da política de saúde de um país há uma conformação na direção de um modelo assistencial a ser desenvolvido pelos serviços componentes do sistema de saúde. Porém, a política de saúde é somente um dos elementos envolvidos na estrutura assistencial, pois, de acordo com Pires (1998), ela resulta de múltiplas determinações

a) a cultura, o paradigma de ciência das diversas sociedades que, em cada momento histórico, influenciam o modo de entender o processo de saúde-doença, a organização dos serviços e como as doenças são prevenidas e tratadas; b) a história da organização das profissões do campo da saúde; c) os conhecimentos científicos já acumulados e os recursos tecnológicos disponíveis; d) as teorias de organização do trabalho e as características do modo de produção hegemônico; e) o grau de organização político-sindical dos trabalhadores de saúde; f) o arcabouço legislativo relativo ao papel do Estado no setor e as relações de trabalho; g) as demandas das classes sociais e de grupos em relação à saúde, sua capacidade de influenciar nas decisões e de obter conquistas (PIRES, 1998, p.19).

Esses elementos ressaltados por Pires (1998) têm importante papel na atenção à saúde, que vai estruturando os seus serviços historicamente, proporcionando uma conformação do sistema de saúde<sup>4</sup>. Segundo o The World Health Report 2000 (p.5), o sistema de saúde apresenta três objetivos fundamentais: melhorar a saúde da população a que serve; responder às expectativas da população; e prover proteção financeira contra os custos de saúde-doença.

Como forma de alcançar esses objetivos, o sistema de saúde pode fornecer os elementos teóricos e conceituais necessários para que os serviços sejam guiados na concretização de um modelo assistencial. Ou, em um movimento contrário, a população, por meio de sua força de participação pode fornecer ao sistema de saúde, as bases de análise para construção de um novo modelo, através da demonstração da sua não satisfação com o atual modelo de atenção à saúde. O modelo assistencial em saúde direciona todas as ações desenvolvidas nesse campo, o que faz com que haja um eixo norteador para o trabalho a ser realizado. Segundo Paim (2003a, p.568), modelo assistencial “é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver

---

<sup>4</sup> Um Sistema de saúde inclui todas as atividades que têm como proposta primeira promover, restaurar ou manter a saúde (THE WORLD HEALTH REPORT, 2000, p.5).



problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação”.

Os serviços, ao comporem um sistema de saúde, deveriam ter um mesmo eixo norteador, ou seja, seguir um mesmo modelo de atenção, no intuito de conseguir uma homogeneidade na assistência à população, compartilhando as necessidades postas, os saberes e a tecnologia disponível, e proporcionando satisfação à clientela ao sentir-se assistida e amparada pelo sistema de saúde.

Ao se falar de modelo assistencial estamos falando tanto de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais. (...) Entendendo deste modo, que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação de modelos tecnoassistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político (MEHRY, CECÍLIO, NOGUEIRA, 1991, p.84).

Na realidade, há uma tentativa de nortear as ações em saúde através da política de saúde, das leis e determinações expostas pelo governo federal. Porém, os serviços estabelecem a sua interpretação e direcionam suas atividades de acordo com o projeto ético político que defendem. E, por isso, é que se pode encontrar ainda a predominância, por exemplo, do modelo biomédico alicerçando os processos de trabalho na maioria dos serviços de saúde.

O modelo biomédico nos serviços de saúde vem acompanhando os vários momentos históricos pelos quais a saúde vem caminhando, mantendo-se hegemônico ao longo do tempo. Esse modelo também é chamado de modelo flexneriano, pois surgiu das recomendações apontadas por Abraham Flexner em relatório encomendado pela Fundação Carnegie dos Estados Unidos, em 1910, cujas conclusões tiveram amplo impacto na formação médica em quase todo continente americano. O modelo, baseado num paradigma fundamentalmente biológico e mecanicista para a interpretação dos fenômenos vitais, gerou, entre outras coisas, o culto à doença e não à saúde, e a devoção à tecnologia. “Sob o impacto do Relatório Flexner, a medicina

científica voltou-se cada vez mais para a biologia, tornando-se mais especializada e concentrada nos hospitais” (CAPRA, 1982, p.152).

A prática da atenção médica, referida pelo paradigma flexneriano, estruturou um sistema de saúde composto por alguns componentes:

tem foco na doença; seu sujeito é individual; estrutura-se pela livre demanda, sem território definido para a atenção primária; presta atenção ocasional e passiva; enfatiza, relativamente, o cuidado curativo e reabilitador; apresenta baixa resolubilidade no primeiro contato; apresenta altos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais; nega a possibilidade de relações interpessoais constantes, desumanizando o cuidado da saúde e restringe-se a ações unisetoriais (MENDES, 1999, p.275)

A partir das discussões encetadas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)<sup>5</sup>, foram relacionados os principais problemas de saúde identificados quanto ao modelo assistencial vigente: “desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações” (PAIM, 2003a, p.567).

Ocorre que o modelo assistencial não é dado *a priori*, mas constrói-se no cotidiano das relações políticas entre os diversos atores sociais com poderes diferenciados no que se refere à incorporação de suas demandas pela agenda estatal, como referem Senna e Cohen (2002). Assim, mesmo um governo progressista que adote um modelo de assistência mais integrador, poderá não colher efetivamente ações coerentes com essa política. Da mesma forma, um governo mais conservador encontrará resistência a essa política em segmentos mais progressistas.

As discussões realizadas na VIII CNS foram regulamentadas na Constituição de 1988, que prescreveu um novo modelo a ser adotado, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), deixando de lado o modelo clínico/biológico/flexneriano que era adotado oficialmente como paradigma da saúde. A Constituição incorporou um

---

<sup>5</sup> A VIII Conferência Nacional de Saúde caracterizou-se como um marco na história da saúde. Realizada em março de 1986, foi o evento político-sanitário mais importante da década. “Foi convocada para subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte na nova Constituição e leis subsequentes. Nessa conferência foram expressas as propostas construídas ao longo de quase duas décadas pelo chamado “movimento sanitário” e que serviram de base para a nova Constituição Federal brasileira” (PINHEIRO, WESTPHAL, AKERMAN, 2005, p. 450).

conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídos da prática corrente e hegemônica, mas reorganizando-os na nova lógica referida pelos princípios da reforma sanitária.

A saúde, na Constituição Federal do Brasil, é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde (MENDES, 1999).

Segundo Pinheiro, Westphal e Akerman (2005), esse documento forneceu um ordenamento jurídico para a concretização desse direito. Além desse princípio incorporado na Constituição, destacam também: participação da população na administração pública e descentralização por meio do fortalecimento do papel do município.

A criação do SUS, em 1988, através da Constituição, regulamentado posteriormente pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) n.º 8080 e 8142, de 1990, explicitou o reconhecimento da saúde como um direito fundamental do ser humano. Por meio dessas leis foram consagrados os princípios fundamentais já incluídos na Constituição: a saúde como direito civil, ou seja, direito do cidadão e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde, considerando a sua determinação social; a construção do SUS, assegurando os princípios da universalidade, da igualdade e da integralidade; o direito à informação sobre saúde; a participação popular; a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios.

Essa descentralização dos serviços para o município traduz-se na municipalização dos serviços de saúde, em que cada município tem autonomia para desenvolver sua política de saúde, de acordo com seus problemas.

A descentralização político-administrativa para os municípios, apregoada pelo Sistema Único de Saúde, enfatizada na Lei Orgânica de Saúde, deveria ser alcançada através da organização dos serviços existentes de forma hierarquizada e regionalizada, com capacidade de resolução<sup>6</sup> em todos os níveis de assistência, devendo ser evitada a

---

<sup>6</sup> Em sua organização interna, o SUS, em seus princípios, traduz resolubilidade como capacidade de a unidade básica resolver, no seu nível, a maioria dos problemas de saúde trazidos pelos usuários.

duplicidade de ações para fins idênticos.

Ao longo desses 18 anos de implantação do SUS, obtiveram-se alguns avanços, como, por exemplo, a melhoria do acesso e a legislação referente à estruturação desse sistema de saúde. No entanto, nesse movimento histórico-social desfavorável às políticas sociais, evidencia-se o descaso, por parte de muitos gestores, para com os serviços públicos de saúde. Ao mesmo tempo em que se presencia intenso comprometimento e responsabilidade por parte de gestores de alguns outros serviços públicos de saúde, como no caso de Itapiúna, Quixadá e Iguatu, no Ceará; Campina Grande, na Paraíba; Camarajibe e Olinda, em Pernambuco; Niterói, no Rio de Janeiro; Curitiba, no Paraná; Joinville, em Santa Catarina; Porto Alegre, no Rio Grande do Sul; e muitos outros municípios que vêm apresentando uma situação de melhorias na saúde pública (MENDES, 1999).

Vivencia-se uma precariedade no atendimento à saúde da coletividade, apesar de a saúde, enquanto direito de todo cidadão, esteja prevista através dessas políticas sociais e econômicas. Acredita-se que essa problemática da precariedade de atendimento à saúde possa ser fruto das condições sociais da população, o que faz com que exista uma demanda maior que a oferta nos serviços públicos de saúde; porém, com uma melhor estruturação do sistema de saúde como um todo, é possível assegurar que os preceitos do SUS sejam seguidos. O SUS deveria garantir o acesso universal, com atendimento integral e gratuito, como é possível perceber na leitura da Constituição Federal, 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 doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Apesar de avançado em seus princípios orientadores, segundo o Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde ainda guarda, em seu modelo de atenção, uma perspectiva fortemente pautada nos fundamentos da biomedicina, o que causará dificuldades a longo prazo para sua sustentabilidade, tanto do ponto de vista financeiro, quanto do potencial de reverter as tendências epidemiológicas dos graves problemas de saúde do país (BRASIL, 2000, p.9).

Na análise de Pereira (2001), a tarefa de construir um novo modelo assistencial,

continua sendo o grande desafio do SUS, sendo que este deveria desenvolver ações visando a melhoria da qualidade de vida da população e não se restringindo a tomar a lógica estrita do financiamento e do atendimento às demandas específicas de doenças.

O modelo biomédico tem seus princípios básicos tão enraizados em nossa cultura que se tornou até o modelo popular dominante. Segundo Capra (1982, p.154), essa “atitude pública torna muito difícil para os médicos progressistas mudarem os modelos atuais de assistência à saúde”.

Esses fundamentos teóricos e metodológicos que ainda acompanham o sistema de saúde hoje em dia, com ênfase na tecnologia de equipamentos, com o uso excessivo de medicamentos e com uma prática da assistência médica altamente especializada, já foram comentados por Capra (1982), há muito tempo atrás, como tendo sua origem nas escolas de medicina e nos centros médicos acadêmicos. O autor já se referia ao fato de que qualquer tentativa de mudança do sistema de assistência à saúde teria que começar, portanto, pela mudança no ensino da medicina.

A compreensão que se pode abstrair desse pressuposto é de que só será possível transcender o modelo biomédico se estivermos dispostos a mudar também outras coisas, a realizar uma completa transformação social e cultural. E, com isso, deve-se entender que a mudança no ensino, por exemplo, deve abranger todas as áreas da saúde, não se atendo unicamente ao ensino nas escolas médicas. Esse argumento é realizado com base no entendimento de que a referência encontrada de autores em relação à medicina é uma questão cultural que, na verdade, é a forma como se manifestam em relação à saúde como um todo.

As idéias e os valores oriundos do modelo médico-hegemônico são predominantes na sociedade. São eles que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes na cabeça dos trabalhadores. “Essas idéias e os interesses que elas representam interferem, a todo o momento, na possibilidade de consolidação do SUS” (FEUERWERKER, 2005, p.491).

O sistema de saúde de um país e, no caso brasileiro, o SUS, é uma tentativa de assegurar a saúde para toda a população nos moldes ditados pela Constituição Federal. O sistema de saúde assume grande responsabilidade perante seus cidadãos.

Refletir sobre as atividades inerentes ao sistema de saúde conduz à

consideração de que uma das propostas que envolvem essas atividades, a de manutenção da saúde, é almejada, prioritariamente, por qualquer membro da comunidade e, para isso, são desenvolvidas ações de diferentes ordens para promovê-la, não somente pelo próprio sujeito envolvido, quanto pelos integrantes do sistema de saúde, como gestores e trabalhadores. Porém, quando há uma alteração, por menor que seja, em qualquer dos elementos componentes da saúde, já se pode considerar o ser humano em um estado de não saúde, o que exige esforços no sentido de restaurá-lo e devolvê-lo ao seu estado normal. Para isso, é necessária a ação organizada do sistema de saúde, desenvolvida conforme a necessidade dos seres humanos, em seus diferentes momentos da vida. A atenção à saúde deve ser direcionada para a realização de processos de trabalho em que haja a utilização de toda a sua força e seus instrumentos de trabalho, com seu aparato humano e tecnológico, em termos de equipe, conhecimentos, equipamentos clínicos, diagnóstico, etc.

A atenção à saúde, segundo Paim (2004), pode ser examinada basicamente mediante um enfoque de resposta social aos problemas e necessidades de saúde e de um serviço compreendido no interior de processos de produção, distribuição e consumo. Como resposta social, insere-se no campo disciplinar da Política de Saúde, sobretudo quando são analisadas as ações e omissões do Estado no que tange à saúde dos indivíduos e da coletividade. Como um serviço, situa-se no setor terciário da economia e depende de processos que perpassam os espaços do Estado e do mercado (PAIM, 2004).

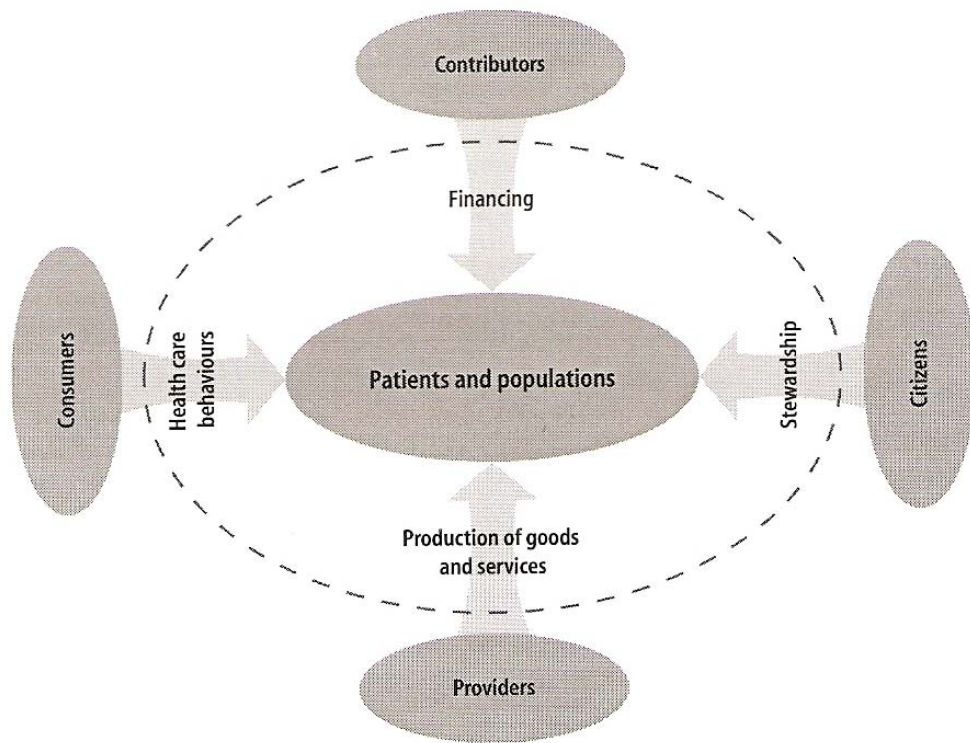
O campo da atenção à saúde parece estar mais acostumado a ser compreendido na ótica da resposta social às necessidades e carecimentos de saúde, sendo considerado dessa forma por grande parte da comunidade e até mesmo, dos trabalhadores em saúde. Tal concepção faz com que a atenção à saúde seja visualizada alheia às relações de mercado. Relacionando esse campo como um serviço que se submete, como qualquer outro serviço, às leis do mercado, entende-se que no interior deste, são desenvolvidas ações de produção, distribuição e consumo, o que faz com que cada cidadão possa perceber seu papel de produtor ou consumidor, ou ambos e, então, possa exercer seus direitos enquanto portador de uma dessas condições.

Concorda-se com Campos (2000) ao reconhecer

que a saúde é um valor de uso. Valor de uso com o sentido que originalmente Marx (1985) atribuiu ao conceito, no volume primeiro de *O capital*. Valor de uso entendido como a utilidade que bens ou serviços têm para pessoas concretas vivendo em situações específicas. Ninguém conseguiria fazer circular uma mercadoria sem valor de uso. A saúde, mesmo quando entendida como um bem público, ou seja, quando lhe é socialmente retirada o caráter de mercadoria, como acontece no Sistema Único de Saúde, já que é produzida como um direito universal e não em função de seu valor de troca, mesmo nestes casos, ela conserva o caráter de valor de uso (CAMPOS, 2000, p.228).

Ao analisar o Relatório de Saúde Mundial, publicado em 2000, percebe-se que nesse relatório há a argumentação de que no sistema de saúde, as pessoas são consumidores, porque elas se conduzem em caminhos que influenciam sua saúde, incluindo suas escolhas sobre a procura e a utilização dos cuidados de saúde. Ou simplesmente, no momento em que uma pessoa faz uma escolha sobre sua dieta, estilo de vida e outros fatores que afetam sua saúde (THE WORLD HEALTH REPORT, 2000).

Algumas vezes, por momentos, os papéis de consumidores e produtores estão combinados em uma pessoa, como exemplificado no relatório citado, quando uma mulher tem seu parto com pouca ou nenhuma assistência. A mulher precisa participar ativamente nesse momento. É preciso lembrar, também, que as pessoas participam do financiamento do sistema. Elas se encontram no sistema de saúde como contribuintes que pagam por ele, de forma consciente, pagando o cuidado de seu próprio bolso ou efetuando o pagamento de seguros de saúde ou contribuições da seguridade social, e de forma inconsciente, quando pagam taxas que são usadas, em parte, no financiamento da saúde (THE WORLD HEALTH REPORT, 2000). Os múltiplos papéis das pessoas perante o sistema de saúde pode ser visualizado por intermédio da figura abaixo:



**Figura 1:** Os múltiplos papéis das pessoas no sistema de saúde (THE WORLD HEALTH REPORT, 2000).

Refletindo sob esse aspecto, do sistema de saúde envolver várias pessoas, nenhuma delas desempenhando unicamente um papel de expectador, que todos têm parte no processo de alguma forma, o processo de planejamento, no contexto da saúde, deve considerar que a decisão de um gestor sobre as ações a desenvolver é fruto da interação entre sua percepção de quais interesses deve seguir e os interesses da sociedade, que não são necessariamente os mesmos.

Dessa interação - motivada pela busca de soluções para os problemas de uma população - resulta a implementação de um plano de saúde capaz de modificar o quadro atual, de modo a alcançar-se uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar, e apoio ao desenvolvimento social dessa mesma população. Nesse sentido, o planejamento das ações de saúde necessárias a uma comunidade, que deve ser efetuado através da realização de um Plano Nacional de Saúde, concretiza a responsabilização dos gestores pela saúde da população



(BRASIL, 2004a). No Plano Nacional de Saúde, elaborado para a gestão 2004-2007, é explicitada essa preocupação de responsabilidade do governo para com a saúde de sua população. Há a argumentação clara a respeito do modelo assistencial em saúde, destacando que o modelo biomédico, vigente ainda, apesar das mudanças paradigmáticas que vêm ocorrendo no campo da saúde, revelou-se caro e pouco eficaz para resolver os problemas sanitários da população brasileira.

Muitos autores, que acompanham de perto as questões ligadas à saúde pública, vêm manifestando que o sistema de saúde, no qual o referencial clínico/biomédico/flexneriano é o alicerce assistencial e tecnológico, é um sistema da doença. Mendes (1999) refere:

Este é um sistema que não valoriza a organização da atenção primária; que exalta o saber e o fazer especializados; que responde passiva, impessoal e ocasionalmente a demandas derivadas da auto-percepção, pela população, da doença; que está aberto à demanda direta em qualquer um de seus níveis; que atua permanentemente a jusante quando já se perdeu a saúde e que é pressionado pela concentração da demanda em hospitais e unidades especializadas. Nele, a atenção primária, ou não está organizada, ou é ofertada por meio de balcões de doenças, receptores passivos de demandas por cuidados médicos, em que podem estar mesclados alguns programas dirigidos a grupos de risco que, entretanto, acabam por se subordinarem à lógica organizacional hegemônica (MENDES, 1999, p. 275).

De acordo com Mendes (2002b), há várias formas para a organização dos sistemas de serviços de saúde no âmbito microeconômico, mas, contemporaneamente, elas agregam-se em duas opções alternativas: os sistemas fragmentados ou os sistemas integrados de serviços de saúde. O autor relata que os sistemas fragmentados de serviços de saúde são aqueles que se (des)organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis entre si, com débil atenção primária à saúde e, por conseqüência, incapazes de prestar uma atenção contínua às pessoas e de se responsabilizar por uma população determinada. Contrariamente, os sistemas integrados de serviços de atenção à saúde, organizada pela atenção primária à saúde, prestam uma assistência contínua a uma população definida – no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com o custo certo – e se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a essa população.

No Brasil, historicamente, tem havido a predominância de um sistema fragmentado de serviços de saúde, com o modelo biomédico de atenção como o guia norteador das ações. O desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde centrado no hospital, nas especialidades médicas e na utilização de alta tecnologia tem sido, em geral, a tônica dos serviços. A atenção básica ocupou um segundo plano e, por isso, “a consolidação do SUS exige não apenas a ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas uma reestruturação da prática assistencial focada na organização de serviços básicos de qualidade e eficientes, capazes de solucionar cerca de 80% dos problemas de saúde” (BRASIL, 2004a, p.10).

Nessa perspectiva, o fortalecimento da atenção básica vem ocorrendo por intermédio da estratégia de saúde da família que busca assegurar atenção integral e qualificada, com investimentos nos vários níveis assistenciais.

Essa estratégia tem o enfoque na atenção primária à saúde, tendo como objetivo “contribuir para a re-orientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (BRASIL, 1997, p.10).

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados (BRASIL, 2007).

O Sistema Único de Saúde, a despeito da complexidade dos problemas de ordenamento e acesso, apresenta elementos propulsores à implementação de alterações na estratégia de intervenção governamental nas três esferas de governo, para superar os obstáculos para o efetivo controle da oferta de serviços visando melhorar o acesso dos usuários, especialmente os de mais baixa renda. Entre outros cabe lembrar:

- o perfil do processo de descentralização, em curso, é favorável em grande parte de seus aspectos;
- existem recursos para investimento, que se utilizados como vetores de

reorientação da oferta via REFORSUS, auxiliaram na obtenção de maior eficácia da rede de serviços;

- formas de organização da Administração Pública brasileira, principalmente pós Plano Diretor da Reforma Administrativa e no âmbito de um novo governo com perfil desenvolvimentista, podem garantir a flexibilidade e autonomia necessárias para o funcionamento das redes prestadoras de serviço, permitindo maior controle da oferta;
- o formato dos mecanismos de financiamento setorial pode tornar-se pró-ativo, por exemplo, através da adoção de vinculações institucionais associadas ao estabelecimento de pisos básicos em todos os níveis de atendimento, auxiliando uma contratualização que efetivamente seja aderente às necessidades e prioridades diferenciadas de atendimento hierarquizadas via ações de planejamento, avaliação e controle;
- reestruturação, em curso, da Atenção Primária abre boas possibilidades para o estabelecimento de uma porta de entrada mais resolutiva e eficaz;
- já existem várias inovações organizacionais e gerenciais em andamento e coerentes com uma mecânica de contratualização que vise aumentar os níveis de acesso, cobertura e ordenamento das ações e serviços, além de alternativas de planejamento da oferta baseados em novos e mais efetivos critérios de microregionalização (SILVA, 2005).

A atuação tradicional do setor saúde conduz à compreensão do indivíduo como isolado de seu contexto familiar e de valores sócio-culturais. Essa tendência generalizante fragmenta e massifica o indivíduo no sistema. O indivíduo é visto como manifestação da doença que ocorre em partes de seu corpo, sem que sejam observadas suas diferentes dimensões, e acaba submetendo-se a vários serviços de saúde que o atendem de forma impessoal, diminuindo a possibilidade de estabelecimento de vínculo entre usuário, serviço e terapêutica. Como conseqüência, os resultados de uma relação assim tendem a ser muito deficitários, pouco resolutivos e implicam em sobretrabalho, ao remeter esse indivíduo para uma outra porta de entrada no sistema.

De fato, diante dessa forma de atenção à saúde, acredita-se que há pouca resolutividade dos serviços de saúde e, neste aspecto, são visualizadas deficiências, como a descontextualização da assistência, o que proporciona pouca segurança e tranqüilidade para a clientela.

A partir dessa compreensão acerca da conformação das práticas de saúde fortemente ligadas às questões sociais, políticas e econômicas, pode-se entender o rumo tomado pelas diversas apresentações que tem o trabalho atualmente. Uma dessas práticas, que vem se consolidando pouco a pouco nas realidades de trabalho, é a

atenção domiciliária.

O domicílio foi considerado por Furtado (2001) como um ambiente que proporciona maior viabilidade e ressonância para o agir além das questões estritamente médicas e técnicas, possibilitando agregar as dimensões emocionais e afetivas. E, com uma grande vantagem, que é a possibilidade de integrar os trabalhadores de ambos os espaços de serviços, como hospitais e rede básica, já que há a probabilidade de que um trabalho conjunto possa ser efetuado, e não somente em nível de referência e contra-referência, mas no compartilhar de responsabilidades.

Esse papel de compartilhamento de responsabilidades também foi destacado por Cotta et al (2002):

Hemos de reconocer, sin embargo, el papel primordial que tiene la atención domiciliaria en la potenciación de la coordinación e integración de los servicios sanitarios y sociales, ya que permite compartir responsabilidades clínicas, organizativas e financieras, y superar la tradicional provisión dicotómica de la asistencia, con lo que puede constituirse en un elemento facilitador e impulsor de una progresiva conexión entre el hospital y la atención primaria (COTTA et al, 2002, p.258).

Essa é uma necessidade manifesta no cotidiano do trabalho em saúde, já que há uma dicotomia que permeia as diversas práticas de trabalho existentes, como no caso do trabalho realizado em instituições hospitalares e nas unidades básicas de saúde. Cada trabalhador desenvolve o seu trabalho isolado, no interior da sua instituição, sem estabelecer relações fora desse espaço, restringindo o seu campo de ação.

A partir dessas reflexões, se reconhece a atenção domiciliária como uma possibilidade de integração dos trabalhadores atuantes em instituições hospitalares com os trabalhadores atuantes na rede básica de serviços de saúde. Esta assertiva visualiza a atenção domiciliária como uma prática que pode se desenvolver em vários momentos, com diversos trabalhadores, não sendo do domínio nem da equipe de atenção primária, nem da equipe de atenção hospitalar, uma vez que há um espaço de assistência que pode ser orientado para cada uma dessas equipes ou para ambas. Nesse espaço de trabalho dessas equipes, há a possibilidade de integração dos trabalhadores, que podem conjuntamente compartilhar momentos da assistência e estabelecer o plano

da continuidade de atendimento. Ele é entendido aqui como o momento em que a atenção domiciliária começa a ser repassada de uma instituição de saúde a outra. Por exemplo, um usuário que recebe alta hospitalar para continuidade do tratamento em nível domiciliar e que este cuidado é realizado inicialmente pela equipe de atenção domiciliária do hospital; após estabilização do quadro clínico, a equipe de atenção domiciliária da rede básica de saúde pode assumir o cuidado. Há um compartilhamento no planejamento do cuidado pelas duas equipes e a equipe hospitalar pode ser novamente acionada, caso necessário.

O papel primordial que pode ter a atenção domiciliária na capacidade de coordenação e integração dos serviços pode ser defendido, já que permite compartilhar responsabilidades, facilitar e impulsionar a conexão entre hospital e outros níveis de atenção, como já ressaltado por Cotta et al (2002).

A atenção domiciliária seria um instrumento com potência para produzir uma assistência comprometida com o estabelecimento de uma relação de vínculo trabalhador/usuário, de promoção do acolhimento e desenvolvimento de coresponsabilidade, direcionando assim para os propósitos do SUS. O PSF, através dela, poderia articular-se aos demais estabelecimentos de saúde, para desenvolverem de forma integrada esse tipo de atividade, visando a prestação de um cuidado mais completo, ou seja, integral e resolutivo.

A atenção domiciliária, como instrumento de intervenção no PSF, na proposta de atenção à família, já é amplamente apregoada pelo sistema. Porém, essa prática, como um trabalho que pode ser desenvolvido por qualquer instituição prestadora de serviços de saúde, ainda é incipiente, estando na fase embrionária como política pública no Brasil, existindo apenas algumas experiências isoladas que servem como modelo de atuação, como em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, em Londrina, no Paraná e em Santos, em São Paulo.

Assim, a atenção domiciliária pode ser uma prática permanente do trabalho em saúde, realizada não só no interior dos Programas de Saúde da Família, mas, também, como uma expansão da assistência hospitalar, compondo uma alternativa para o enfrentamento da crise no setor da saúde, o que pode ser efetuado por meio de programas de atendimento domiciliário, desenvolvido tanto nos âmbitos público

quanto privado. Por isso, é uma estratégia de cuidado que valoriza e potencializa o domicílio como um espaço de cuidado.

Sob este prisma, esse trabalho pode colaborar tanto com as instituições públicas de saúde, na expansão de seus serviços e obtenção de um alcance maior de suas ações, quanto ajudar na resolução da problemática enfrentada pela população carente de atenção à saúde, ao reconhecer o domicílio como um espaço de cuidado, valorizando os recursos físicos e ambientais e o apoio familiar como importantes no cuidado ao cliente dos serviços de saúde. Ou seja, ao reconhecer este ambiente também como próprio ao cuidado, o setor saúde abre mão de alguns pressupostos que restringiam apenas os serviços de saúde como apropriados ao ambiente de cuidado por profissionais de saúde. Muito embora o domicílio já tenha sido reconhecido como um ambiente de cuidado, isso não o incluía como espaço de cuidado profissional, como vem ocorrendo nas experiências referidas anteriormente.

A principal vantagem desta modalidade de trabalho é o fato de estar e de cuidar na família e no domicílio, que passam a ser vistos como influenciadores na melhoria da qualidade de vida do paciente e dos envolvidos no processo, evitando que o doente perca o vínculo familiar e seu meio social e cultural (ALBIERO, 2003).

O encontro entre família e trabalhadores, como um espaço ético – abarcando os princípios de autonomia, confiança e co-responsabilização no processo de cuidados à saúde da família (ALONSO, 2003) significa compartilhamento de responsabilidades. Então se faz necessário esclarecer que não é objetivo repassar para a família o cuidado, já que o sistema de saúde não está tendo condições de fornecê-lo, mas, sim, construir uma assistência em que as respostas se situem o mais próximo possível do nível em que se encontram as necessidades e as possibilidades de atendê-las. Nesse sentido, autores como Pereira (2001) e Furtado (2001) alertam sobre as potências que o domicílio possibilita para a mudança de concepções e, portanto, do processo de trabalho. Esta prática poderá contribuir com possibilidades de operar os serviços de saúde de forma a estabelecer uma relação acolhedora, marcada pelo compromisso e responsabilização pela saúde dos usuários; e pela preocupação com o desenvolvimento da autonomia do usuário, visando a que este vá se apropriando das diversas tecnologias, possibilitando-lhe cada vez mais ir resolvendo ou minimizando parte

daquilo que lhe tem causado sofrimento (PEREIRA, 2001).

O atributo de articular as ações curativas, preventivas, promocionais, assistenciais e educativas não é exclusivo da assistência domiciliária, pode e deve ocorrer em todos os espaços de assistência à saúde. No entanto, as produções científicas têm ressaltado o domicílio com maior potência para promover essa operacionalização (TRUJILLO et al, 1999; PEREIRA, 2001; FURTADO (2001).

É importante que os trabalhadores da saúde entendam que têm um papel a cumprir nessa história e que nada se apresenta repentinamente, sem uma determinação social e histórica. Diante disto, há de se repensar a forma como o trabalho em saúde é desenvolvido e em finalidades diferenciadas do atual modelo de atenção à saúde vigente nas instituições de serviços de saúde.

A atenção domiciliária foi configurada, neste momento, como uma estratégia capaz de se apresentar ao mundo do trabalho como uma alternativa de reorganização do sistema de saúde, exequível, humanizadora e com potencial de resolutividade.

Refletindo sobre essa prática do trabalho, pode-se constatar que não há um único e restrito objeto de trabalho, pois ora este é composto por um sujeito carente de cuidados, ora pela sua família. Ao aprofundar as reflexões, embasada no estudo de diferentes autores, percebe-se que a finalidade da atenção domiciliária que, a princípio, poderia se configurar superficialmente como uma ação imediatista, pontual, engloba no seu interior elementos orientadores para o alcance de necessidades mediatas. Essa prática de trabalho, intitulada atenção domiciliária, integra ações de visita e, também, de internação domiciliária, conforme a necessidade manifesta pela clientela, objeto da ação. Seu desenvolvimento pode ser dado em duas direções: do hospital, em direção ao domicílio; e deste, em direção ao ambiente hospitalar. O que significa dizer que o sistema de saúde local de cada município pode ser organizado de tal forma que tenha a atenção domiciliária como parte de suas ações de saúde e, em que, neste sistema, estejam congregadas diferentes atividades, seja na forma de visita domiciliária com propósitos preventivos e de promoção da saúde, seja na forma de cuidados contínuos no domicílio (internação domiciliária), como o exemplo da Argentina.

É preciso reconhecer, no entanto, que há uma série de aspectos que funcionam como um entrave para sua concretização prática, apesar de seu ideal teórico, dos quais

pode-se destacar a formação dos trabalhadores, a cultura institucional e social, e a dificuldade de extrapolar os limites de sua abrangência territorial, quando necessária uma referência a outros serviços.

Neste sentido, os aspectos ressaltados precisam ser trabalhados e entendidos, ao mesmo tempo, como processuais, pois somente com o transcorrer do tempo vão sendo assimilados e transformados para atingir a finalidade desejada. É importante refletir que, para a implantação do PSF ou qualquer outra estratégia semelhante, faz-se necessária a compreensão do processo de trabalho e do projeto de saúde com o qual este está comprometido no cenário político-social, pois, sem isto, corre-se o risco de mudar somente o local ou o nome do serviço de assistência, sem alterar a lógica que o sustenta.

Uma integração das diversas práticas de trabalhos pode funcionar como elemento potencializador na mudança de modelo. A atenção domiciliária realizada no PSF pode ser uma das formas de cuidar e educar no domicílio, se agregada ao serviço hospitalar como forma de obter a integralização da atenção e à compreensão do processo de trabalho, refletindo no como, para que e por que se faz.

Acredita-se no impacto que esse tipo de atividade possa gerar na qualidade de vida e saúde da população e, ao mesmo tempo, possibilitar a realização de um trabalho interdisciplinar e integrador, motivador da satisfação pessoal e profissional a todos os envolvidos no processo.

Ao finalizar esta reflexão, considera-se importante ressaltar que a atenção domiciliária, percebida como capaz de potencializar a reorganização do atual sistema de saúde, precisa ser repensada no seu aspecto conceitual e operacional. O trabalho desenvolvido na atenção domiciliária, no nosso entendimento, tem uma atuação mais ampliada do que a realização de inquéritos, cadastramentos, controle de faltosos, o que resulta em um serviço com ações pontuais e focalizadas. Propõe-se que a atenção domiciliária seja desenvolvida de forma a proporcionar ações mais integrais ao indivíduo e à família e, ainda, proporcionar uma integração entre os diversos serviços de saúde.



## **CAPÍTULO 4**

### **4 DELINEAMENTO METODOLÓGICO**

#### **4.1 Tipo de estudo**

Neste estudo, trabalhou-se com uma abordagem qualitativa, que apresenta a função de nos localizar, como observadores, no mundo. Segundo Denzin e Lincoln (2006, p.17): “A pesquisa qualitativa consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo”. Os autores referem que essas práticas transformam o mundo em uma série de representações, como as notas de campo, as entrevistas, as fotografias, as gravações, entre outros. “Envolve uma abordagem naturalista, interpretativa para mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem” (DENZIN, LINCOLN, 2006, p.17).

Para esse tipo de pesquisa pode ser utilizada uma variedade de materiais empíricos. Para este estudo utilizou-se o estudo de caso, o qual é “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2005, p. 32). O pesquisador não tem controle sobre os eventos e variáveis, e busca apreender a totalidade da situação, descrevendo, compreendendo e interpretando a complexidade do caso concreto. Há uma tentativa de “compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, assim como na perspectiva do próprio pesquisador” (LEOPARDI, 2002, p.117).

A finalidade de realizar este estudo é refletir, em profundidade, sobre o interesse próprio e singular de uma instituição pública de saúde desenvolver uma

prática de trabalho em atenção domiciliária. De acordo com Lüdke e André (1986), algumas características dos estudos de caso são:

- visam a descoberta;
- enfatizam a ‘interpretação do contexto’;
- buscam retratar a realidade de forma completa e profunda;
- usam uma variedade de fontes de informação;
- revelam experiência vicária e permitem generalização naturalística;
- procuram representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação social;
- utilizam uma linguagem e uma forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisa.

As respostas podem ser buscadas na relação determinada pela história, pela política e pela sociedade. Concorde com Almeida e Rocha (1997), quando, discursando a esse respeito, dizem que é preciso um tipo de abordagem metodológica que vá além dos indivíduos, analisando as relações sociais, numa visão da totalidade do objeto e de suas transformações. Neste sentido, acredito que a teoria dialética encerre esta possibilidade.

O **método dialético** localiza contradições na organização social, as quais são confrontos entre modos opostos ou incompatíveis de dispor a vida social. A tarefa analítica é identificar as conjunturas sociais, que tornam a mudança possível ou provável. Há um comprometimento para com a práxis, o qual acarreta um diálogo continuado entre teoria e prática, e entre líderes e massas (BENSON,1984). Segundo o autor, a análise dialética preocupa-se com o surgimento, dentro de uma formação social, de componentes novos, incompatíveis; e que o processo de produção social gera novas formas de organização social, que contradizem os limites de uma ordem particular. Nessa visão, como a produção social é sempre moldada por contextos sociais, a análise dialética deve sempre incluir um movimento totalizante, localizando observações dentro de formações sociais totais.

## 4.2 Local de escolha

O critério inicial de escolha do local deste estudo foi um serviço público de saúde que se apresentasse, como uma experiência bem sucedida de atenção domiciliária. O Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre/RS, pelas características elencadas a seguir nos pareceu uma escolha apropriada.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), vinculado ao Ministério da Saúde, é um dos maiores complexos hospitalares da América Latina, responsável por 32% das internações de Porto Alegre e 7% das internações do Estado do Rio Grande do Sul. É composto por quatro hospitais:

- Hospital Nossa Senhora da Conceição (geral);
- Hospital Cristo Redentor (trauma, oftalmologia e pronto-socorro);
- Hospital da Criança Conceição (pediatria); e
- Hospital Fêmina (materno-infantil).

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) é uma sociedade anônima, onde o maior acionista é o Ministério da Saúde. Atualmente conta com 828 leitos, e um quadro funcional com cerca de 4.000 funcionários. Além dos cuidados hospitalares, o HNSC também desenvolve ações na área de Atenção Primária à Saúde (APS), através do Serviço de Saúde Comunitária, vinculado à Gerência de Saúde Comunitária.

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) constitui uma rede de doze unidades de saúde, localizadas na Zona Norte de Porto Alegre, abrangendo mais de 100.000 pessoas. Tem sua origem em 1980 com a implantação do Programa de Residência Médica em Medicina Geral. O Serviço foi criado em 1982, através da instalação da sua primeira unidade - Unidade de Medicina de Família, do Hospital Nossa Senhora da Conceição - com o objetivo de aperfeiçoar a formação de recursos humanos na área de Medicina de Família e prestar cuidados à população vizinha ao Hospital (GRUPO, 2006).

A abertura das demais unidades caracterizou-se pela solicitação das comunidades próximas em disponibilizarem no seu bairro serviços conforme o modelo

original baseado na Saúde Comunitária<sup>7</sup>. A estrutura física e de pessoal foi adequada às necessidades das comunidades, desenvolvendo atividades conjuntas na organização e implantação das unidades. As Unidades foram abertas na seguinte ordem cronológica:

- 1982 - Unidade de Medicina de Família do HNSC (Unidade Conceição);
- 1985 - Unidade da Vila Floresta;
- 1986 - Unidade Divina Providência (Valão);
- 1990 - Unidade da Vila SESC;
- 1991 - Unidade Barão de Bagé;
- 1992 - Unidade Santíssima Trindade (Vila Dique);
  - Unidade Jardim Leopoldina;
  - Unidade Parque dos Maias;
  - Unidade Jardim Itu;
- 1993 - Unidade N.Sra. Aparecida;
- 1994 - Unidade COINMA;
- 1995 - Unidade Costa e Silva.

O SSC presta mais de 50.000 atendimentos por mês, com uma resolutividade ambulatorial em torno de 92% das consultas. Aproximadamente 5% destas são atendimentos domiciliares e o índice de internações hospitalares é de cerca de 0,8% das mesmas (média de 200 internações por mês). O planejamento e a avaliação das ações contam com as assessorias do Núcleo de Epidemiologia e do Grupo de Educação em Saúde (GE&S).

A execução e o desenvolvimento das ações e atividades de apoio e manutenção de todos os setores do SSC é responsabilidade de área específica, denominada Setor Administrativo/GSC.

Desde sua implantação em 1980, o programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade é parte fundamental como estímulo constante ao aperfeiçoa-

---

<sup>7</sup> Cabe referir que a saúde comunitária teve, nesse serviço, suas origens na Medicina Comunitária, a qual “retém fundamentalmente a idéia da possibilidade de extensão da medicina às populações carentes através do desencadeamento de mecanismos integradores, de racionalização dos recursos da medicina institucionalizada e dos recursos mobilizáveis ao nível dos grupos sociais objeto dessa prática (DONNANGELO, PEREIRA, 1979, p.13).

mento dos profissionais, contando atualmente com um total de 75 residentes de medicina, enfermagem e psicologia, de 1º ano e 2º ano. O SSC também atua como local de estágios curriculares em convênio com Universidades, estágios não-curriculares, e presta treinamento e assessoria a municípios nas áreas de planejamento, organização de serviços e capacitação de recursos humanos (PSF). O Serviço possui ainda uma área de internação dentro do HNSC, para referência dos pacientes atendidos nas suas Unidades. Essa enfermagem de 32 leitos possui equipe própria de médicos, a qual é responsável pela preceptoria dos médicos residentes no estágio de Medicina Interna.

Os parâmetros de tempo de existência do serviço, a forma de sua implantação, o tipo de proposta e, ainda, a área de abrangência a ser incluída pelo serviço, além de toda a estrutura física e operacional que se encontra amparando as unidades de saúde, caracterizam-no como um serviço bem sucedido de atenção domiciliária. Todos esses são indícios de que é um serviço bem consolidado, que tem mostrado capacidade de se manter ao longo da história como uma proposta com alto grau de envolvimento na comunidade. Alia-se a isto, também, o fato de ser um serviço reconhecido nacionalmente.

Para efeitos deste estudo foi necessário delimitar o espaço da pesquisa, escolhendo uma das doze unidades de saúde, o que foi realizado a partir da apreciação do tipo de atividades desenvolvidas em cada uma dessas unidades. Na descrição do SSC, fornecida pela Coordenadora do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, pode-se observar que somente uma unidade é referida como prestadora de assistência domiciliar, enquanto uma outra é referida como prestadora de visita domiciliar. Portanto, a escolha foi direcionada para a unidade que relata ter a assistência domiciliar como uma de suas atividades, que é a Unidade de Medicina de Família Conceição. E, pensando na questão da historicidade, que é extremamente importante neste estudo, tem o aspecto de ser a primeira unidade que compôs o Serviço de Saúde Comunitária.

A Unidade Conceição apresenta uma sistematização da atenção domiciliária, de forma a viabilizar sua operacionalização, em quatro modalidades (BRASIL, 2003b, p.11):

- atendimento domiciliar: é o cuidado prestado no domicílio, para pessoas

com problemas agudos e que, em função disso, estejam temporariamente impossibilitadas de comparecer à Unidade Básica de Saúde;

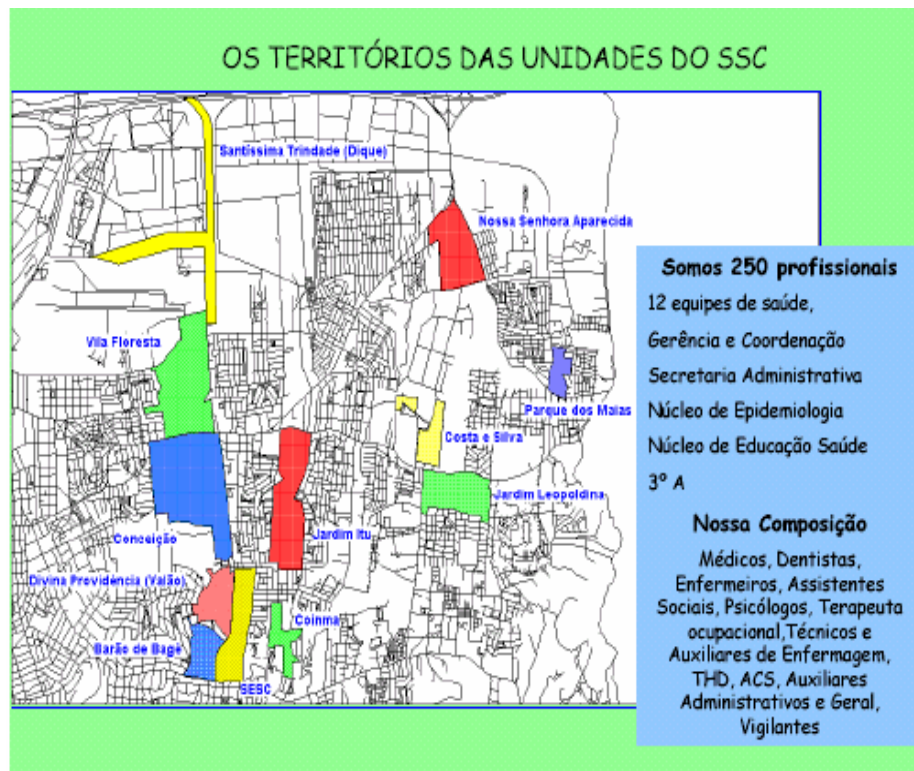
- internação domiciliar: é o cuidado no domicílio, para pacientes com problemas agudos ou egressos de hospitalização, que exijam uma atenção mais intensa, mas que possam ser mantidos em casa, desde que disponham de equipamentos, medicamentos e acompanhamento diário pela equipe da Unidade Básica de Saúde e a família assuma uma parcela dos cuidados;
- acompanhamento domiciliar: é o cuidado no domicílio para pessoas que necessitem contatos freqüentes e programáveis com os profissionais da equipe;
- vigilância domiciliar: é decorrente do comparecimento de um integrante da equipe até o domicílio para realizar ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa da população de sua área de responsabilidade, geralmente vinculadas à vigilância da saúde que a Unidade desenvolve.

Essa unidade tem importância histórica por ter sido a primeira que deu origem ao que se denomina hoje Serviço de Saúde Comunitária. Tem uma população cadastrada de 24.000 pessoas, com uma grande demanda em patologias crônico-degenerativas e emocionais. Sua área de abrangência está delimitada pelas avenidas João Wallig, do Forte Cipó, e Assis Brasil, com a sede na Rua Álvares Cabral, 429.

Na descrição das atividades desenvolvidas, além da assistência domiciliar, constam as de atendimentos ambulatoriais, pequenas cirurgias, grupos de obesos, mulheres, crianças, hipertensos e idosos, além de possuir sala para observação e pronto atendimento.



Fonte: [www.ghc.com.br](http://www.ghc.com.br)



Fonte: [www.ghc.com.br](http://www.ghc.com.br)

### 4.3 Sujeitos do estudo

Na unidade de saúde escolhida como local de desenvolvimento da pesquisa, há uma equipe interdisciplinar de atuação na assistência, composta de duas enfermeiras, duas auxiliares de enfermagem, cinco técnicos de enfermagem, sete médicos, uma psicóloga, uma cirurgiã dentista e três agentes comunitários de saúde. Conta também com quatro médicos residentes, duas enfermeiras residentes, uma residente de psicologia, estagiários e pessoal auxiliar administrativo e de serviços gerais. O coordenador do serviço é eleito anualmente pela própria equipe e, atualmente, é a psicóloga.

Como forma de realizar uma análise da atenção domiciliária prestada no serviço estudado, foi feita uma triangulação de sujeitos na coleta de dados para a pesquisa, utilizando trabalhadores, gestores e usuários. O objetivo foi obter uma visão de todos os envolvidos no processo, tanto trabalhadores quanto usuários, aliando ainda o gestor, pela sua característica específica de domínio sobre os aspectos de estrutura e funcionamento do serviço, podendo ser a fonte que pudesse fornecer dados acerca das facilidades e dificuldades de concretização de um serviço dessa natureza.

Como o foco da pesquisa é no que esse tipo de assistência à saúde, isto é, o trabalho em atenção domiciliária, contribui para melhorar a saúde da população assistida, é que se justifica a inclusão dos usuários. É importante analisar todos os atores envolvidos nesse processo, para obter uma visão mais real da percepção de todas as partes.

Na triangulação dos sujeitos, o primeiro grupo foi constituído de praticamente toda a equipe da assistência, com duas exceções: a psicóloga porque foi incluída no grupo dos gestores devido a sua atual função de coordenadora da unidade de saúde; e um residente de medicina, que estava em período de trabalho no interior do Hospital Conceição, perfazendo um total de vinte e dois trabalhadores. Com isso, pode-se visualizar as particularidades dos sujeitos, aproximando-nos das características do trabalho coletivo, do todo do trabalho realizado. Neste número também estão incluídos os residentes de medicina, enfermagem e psicologia, por se caracterizarem como força



de trabalho componente do serviço de atenção domiciliária. A cirurgiã dentista não se constituiu como sujeito pelo motivo de a atenção domiciliária não estar incluída na rotina de seu trabalho.

O segundo grupo foi composto pelos gestores, tanto do Serviço de Saúde Comunitária, quanto da Unidade de Saúde Conceição e representantes da comunidade que têm participação ativa no Conselho Local de Saúde da comunidade adstrita pela unidade local da pesquisa, em um total de cinco participantes. A gestão do SSC é realizada por um Colegiado de Gestão, do qual fazem parte: a coordenadora do SSC, as chefias das doze unidades de saúde, o representante do grupo de pesquisa e ensino, o representante do núcleo de educação e saúde, o representante de núcleo de epidemiologia e o representante do grupo de trabalho de participação popular. Porém, foi considerado como participante da pesquisa apenas a coordenadora do SSC. A partir da entrevista com a Coordenadora do SSC, foi avaliada a não necessidade da inclusão dos demais componentes do colegiado de gestão como sujeitos da pesquisa, baseado no fato de que poderiam não ter condições de responder às questões levantadas, já que o tema da atenção domiciliária era um tópico que não era discutido nas reuniões.

O Conselho Local de Saúde compõe-se de um grupo pré-determinado, fazendo parte dele três representantes da unidade de saúde, os quais já se conformaram como sujeitos da pesquisa como trabalhadores e três representantes da comunidade. No momento de conhecimento do local da pesquisa, em que a pesquisadora compareceu à unidade e teve um primeiro contato com uma das enfermeiras residentes e uma das enfermeiras atuantes na Unidade Conceição, foi obtida a informação de que somente duas pessoas da comunidade compareciam regularmente às reuniões do conselho. Com base nisso, esses dois membros compuseram a amostra como representantes do Conselho Local de Saúde. Com o desenrolar da pesquisa, descobriu-se que um terceiro elemento era participante ativo desse conselho e, então, ele foi inserido como participante do estudo.

Do terceiro grupo fizeram parte os usuários e nele estão incluídos tanto o paciente como a família. Como não há um número pré-determinado da atenção domiciliária desenvolvida pela equipe da unidade local de pesquisa, esse grupo foi composto a partir do momento da coleta de dados através de observação da assistência

prestada pela equipe. A equipe atuante na unidade Conceição realiza atenção domiciliária de acordo com um protocolo, no qual há uma subdivisão entre as diversas modalidades de atendimento realizadas: atendimento domiciliar, internação domiciliar, acompanhamento domiciliar e vigilância domiciliar. A pesquisadora acompanhou o desenvolvimento de cada uma dessas modalidades que compõem o serviço de atenção domiciliária, com exceção da vigilância domiciliar, já que não foi possível caracterizar nenhuma das ações dentro dessa especificidade, no período de coleta de dados. A finalização das entrevistas com usuários deu-se a partir da saturação dos dados coletados, perfazendo um total de sete usuários. Todos os usuários que compuseram a amostra são idosos, portadores de doenças crônicas, a maioria do sexo masculino e que já se encontram há vários anos inseridos no programa de atenção domiciliária. A cuidadora é a esposa, com exceção das duas usuárias do sexo feminino, que são cuidadas pelas respectivas filhas.

Os sujeitos apresentam, em sua natureza de conjunto, a representação do todo, ou parte de todo o sistema social, no qual se constituem em seus representantes sociais. Portanto, é possível assumir, a partir do princípio fundamental do pensamento dialético, que “o próprio pensamento é apenas um aspecto parcial de uma realidade menos abstrata: o ser humano vivo e inteiro (...) e este ser humano é apenas um elemento do conjunto que é o grupo social. Uma idéia só recebe sua verdadeira significação quando é integrada ao conjunto de uma vida e de um comportamento” (GOLDMANN, 1979, p. 8). Representa dizer que os sujeitos da pesquisa, sejam eles quem forem, trazem em suas particularidades características de sua natureza genérica – social e histórica - e, portanto, representam um conjunto maior que pode estar orientado por necessidades sociais mais ou menos gerais e mais ou menos próximas das carências da maioria da população desprovida ou mais provida da assistência à saúde.

Dentre os trabalhadores, há pessoas com maior tempo de trabalho na unidade, com formação específica na área de saúde comunitária, e outros com menos experiência de trabalho em unidades de atenção primária e sem formação direcionada para essa área. Todos são trabalhadores vinculados ao GHC, trabalhando regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e concursados, com exceção daqueles

trabalhadores mais antigos, em cuja época de início de suas atividades no Grupo ainda não existia o sistema de contratação por concurso público. Segue uma apresentação dessa força de trabalho, no intuito de conhecê-los um pouco melhor e entender seu grau de envolvimento no trabalho desenvolvido.

**Tabela 2:** Composição e qualificação da Força de trabalho da Unidade de Saúde Conceição, do Serviço de Saúde Comunitária, do Grupo Hospitalar Conceição em 2006

<b>Profissão</b>	<b>Horas diárias trabalhadas</b>	<b>Tempo de trabalho</b>	<b>Formação complementar</b>
Auxiliar de Enfermagem	06	4 anos	Técnico em Enfermagem
Técnico de Enfermagem	06	18 anos	-
Técnico de Enfermagem	06	17 anos	-
Técnico de Enfermagem	06	19 anos	-
Técnico de Enfermagem	06	1 ano	Graduação em História e Especialização em Sistemas de Saúde
Enfermeira	06	3 anos	-
Auxiliar de Enfermagem	06	2 anos	Técnico em Enfermagem
Enfermeira	06	17 anos	Preceptor de enfermagem. Especialização em Saúde Pública
Médico	06	7 meses	Especialização em Medicina de Família e Comunidade
Médico	06	21 anos	Especialização em Medicina de Família e Comunidade
Médico	06	23 anos	Especialização em Medicina de Família e Comunidade
Médico	06	19 anos	Preceptor de medicina. Especialização em Medicina de Família e Comunidade
Médico	06	22 anos	Mestrado em Educação Especialização em Medicina de Família e Comunidade. Preceptor de Medicina
Médico	06	23 anos	Especialização em Medicina de Família e Comunidade e Mestrado em Educação
Médico	06	1 ano	Especialização em Medicina de Família e Comunidade
Psicóloga	06	13 anos	Preceptor de Psicologia
Residente de Medicina	06	3 meses	Primeiro ano de Residência
Residente de Medicina	08	1 ano e 6 meses	Segundo ano de Residência
Residente de Medicina	08	3 meses	Segundo ano de Residência
Residente de Medicina	08	1 ano e 6 meses	Segundo ano de Residência
Residente de Enfermagem	08	3 meses	Primeiro ano de Residência
Residente de Enfermagem	08	1 ano e 6 meses	Segundo ano de Residência
Residente de Psicologia	08	3 meses	Primeiro ano de Residência

#### 4.4 Coleta de dados

Com a proposta de fazer um estudo de caso envolvendo a atenção domiciliária desenvolvida em um serviço da rede pública de saúde, foi necessário seguir alguns princípios predominantes no trabalho de coleta de dados. São eles:

- a) várias formas de evidências (evidências de duas ou mais fontes, mas que convergem em relação ao mesmo conjunto de fatos ou descobertas);
- b) um banco de dados para o estudo de caso (uma reunião formal de evidências distintas a partir do relatório final do estudo de caso);
- c) um encadeamento de evidências (ligações explícitas entre as questões feitas, os dados coletados e as conclusões a que se chegou) (YIN, 2005, p.109).

Uma das fontes utilizada justifica-se em razão da necessidade de buscar a política orientadora desse tipo específico de atividade em saúde. O que foi feito através de **levantamento documental**, inicialmente, a partir das diretrizes do atual Sistema de Saúde, tentando uma elucidação através dos documentos oficiais, os quais são guias para o desenvolvimento de toda e qualquer atividade em saúde. O olhar foi no sentido de visualizar como foi estruturada essa forma de assistência, no aspecto da superestrutura, ou seja, como política de saúde, a qual expressa a própria política mais geral do contexto social, que está sendo decodificada ao nível da ação dos trabalhadores e tornando-se diretriz operativa, ou seja, infra-estrutura desenvolvida no e pela ação dos trabalhadores. Importante também foi a análise da documentação relativa a normas e regras do serviço, visando conseguir estabelecer as semelhanças e contradições entre o que diz a macro-política, referentes às leis e determinações oficiais e a micro-política da instituição estudada. O uso mais importante desse tipo de evidência foi corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes.

A busca desse arsenal de documentos foi iniciada anteriormente às demais etapas da coleta de dados, no segundo semestre de 2005, utilizando-se os registros existentes na coordenação do Serviço de Saúde Comunitária, como o Plano Estratégico de Gestão; no setor de epidemiologia do Grupo Hospitalar Conceição, para os dados de morbi-mortalidade do município de Porto Alegre e; por meio de buscas na internet, já que alguns dados estão disponibilizados dessa forma, como o Boletim Saúde para

todos da Secretaria Estadual de Saúde e o BIS – Boletim informativo do SSC. Esse processo de buscas teve continuidade durante o período todo da coleta de dados.

No SSC, como não há uma sistematização do serviço de atenção domiciliária que funcione como uma política mestre para o trabalho desenvolvido nas unidades, não foram encontrados documentos determinantes da política de trabalho. Há o Manual de Assistência Domiciliar (Anexo 1), que foi elaborado por alguns dos trabalhadores da Unidade Conceição, mas que não apresenta o significado, ainda, de política orientadora para as demais unidades. E, outro importante documento utilizado foi a dissertação de mestrado de Lopes (2005), que ofereceu vários elementos históricos do SSC e da unidade de desenvolvimento do estudo.

Índices específicos de morbidade e mortalidade do serviço de atenção domiciliária não foram encontrados, pois não existem programas computadorizados que dêem suporte para a realização desse tipo de levantamento. O setor de epidemiologia do SSC informou que somente tem condições de repassar dados brutos das unidades de saúde como um todo, não sendo possível realizar um olhar mais amíúde desses índices por falta de *softwares* desenvolvidos para tal especificidade.

Foi importante poder acompanhar o desenvolvimento da assistência e o processo de trabalho como um todo, pois pode-se afirmar que “... nunca se pode chegar a uma totalidade que não seja ela mesma elemento ou parte; o problema do método nas ciências humanas é o do corte do dado empírico em totalidades relativas autônomas para servir de quadro a um trabalho científico” (GOLDMANN, 1979, p. 13-4). E, para isto, foi utilizada a **observação direta**, na qual, de acordo com Leopardi (2002, p.168) “o pesquisador entra em contato com a realidade que deseja conhecer, “olha” para ela e anota tudo o que considerar pertinente à sua pesquisa”. Yin (2005, p.113) reconhece a importância da observação direta nos estudos de caso, referindo que os pontos fortes desse tipo de fonte de evidência é que “tratam de acontecimentos em tempo real” e “tratam do contexto do evento”. Para isso, foi construído um roteiro (Apêndice A) para concentrar a atenção no objetivo e foco da pesquisa.

A observação do processo de trabalho em atenção domiciliária desenvolvida pela equipe da unidade foi realizada como primeiro passo no processo de coleta dos dados. A opção justifica-se, pela necessidade de interagir com os sujeitos componentes

do estudo, propiciando, com isto, que nos demais momentos da coleta de dados, já pudesse estar estabelecida uma relação de maior confiança com a pesquisadora, pelo fato de esta já não ser uma pessoa totalmente desconhecida. Assim também foi preservado o momento da observação da atenção domiciliar, de modo a uma maior garantia de transcurso da rotina desenvolvida pelos trabalhadores, embora se reconheça no pesquisador uma pessoa estranha àquele ambiente. Apesar de se reconhecer a possibilidade dessas influências, na maioria das vezes, não foi percebido nenhum constrangimento por parte do trabalhador, em face dessa presença em sua rotina.

Em verdade, muitas vezes, a pesquisadora sentia que os trabalhadores e, nesse caso, especificamente, os componentes da equipe de enfermagem não agiam tão espontaneamente assim, pois procuravam trazer a pesquisadora para participação, seja através de questionamentos, solicitação de opiniões, ou somente para inserção no diálogo com os usuários. São questões que fazem parte do cotidiano de um pesquisador que opta por esse instrumento de coleta de dados, já que por mais que ele interaja com o grupo de sujeitos do estudo, ele não é um deles. Por sua vez, os residentes de medicina e os médicos também não excluía a pesquisadora da situação vivenciada, o que faziam através da apresentação desta à família, e davam continuidade ao seu processo de trabalho sem interferência da figura dela.

A partir do primeiro dia das observações, a pesquisadora dirigia-se até a unidade e permanecia nesta aguardando o momento em que um dos membros da equipe da assistência saísse para realizar uma visita domiciliar. É bom esclarecer que esses trabalhadores se referem sempre ao termo VD (relativo à visita domiciliar), para qualquer ida ao domicílio, seja de caráter pontual para realização de procedimentos, seja para avaliação de caso ou possibilidade de inserção de um paciente no programa de atenção domiciliar, ou seja, para acompanhamento de paciente que já faz parte do programa. Chegava a passar o dia inteiro sentada na unidade, sem que houvesse a saída de qualquer um dos trabalhadores. O espaço mais utilizado para isso era o posto de enfermagem, por sua localização central na unidade, de onde eu poderia visualizar o movimento de todos os trabalhadores. Ao mesmo tempo, procurava não permanecer por espaços de tempo muito longos nesse local, alternando com o refeitório e a sala de

espera no pátio. Esse ato baseou-se na necessidade de não interferência no trabalho da equipe de enfermagem na unidade e pela aparência à comunidade, que ainda não conhecia a pesquisadora, de que houvesse um descaso em seu atendimento, já que uma pessoa encontrava-se no posto de enfermagem sem fazer nada. Foi um tipo de situação que poderia gerar erros de julgamento acerca do trabalho da equipe de enfermagem e reclamações desnecessárias.

Procurava, também, sempre estar lembrando a cada um dos trabalhadores, de que gostaria de ser chamada em caso de saída de qualquer um deles para realização de VD, pois como não estavam acostumados com minha presença, poderiam esquecer e dirigir-se aos domicílios sem me avisar. Ao chegar à unidade, sempre questionava aos trabalhadores que encontrava se não tinham previsão de alguma VD para aquele dia.

No posto de enfermagem, a equipe de enfermagem sempre procurava inserir a pesquisadora nas conversas, explicava o funcionamento de tudo, as rotinas das ações, o preenchimento da papelada, etc. O entrosamento com a equipe de enfermagem foi bastante rápido. Os demais, como os médicos, passavam muito tempo nas salas de consulta, o que fez com que não pudesse haver a mesma relação de entrosamento.

Um dos momentos em que havia maior convivência com esses integrantes da equipe, assim como com a psicóloga, eram as reuniões de equipe, tanto administrativas quanto as específicas da atenção domiciliária.

Foram utilizados, também, esses espaços de tempo passados na unidade para levantamento das normas e rotinas escritas, manuseio dos documentos utilizados na atenção domiciliária, análise dos registros propriamente ditos da atenção realizada no domicílio.

Em muitas ocasiões, a pesquisadora auxiliou a equipe no trabalho, preenchendo as fichas de atendimento no computador, até mesmo verificando pressão arterial em momentos em que havia muitas pessoas aguardando atendimento. Outra ação realizada por diversas vezes foi a distribuição de medicamentos na farmácia, que fica ao lado do posto de enfermagem.

Acredita-se que o fato de a pesquisadora ter se disponibilizado a desenvolver essas pequenas ações serviu para aproximá-la da equipe, quebrando “o gelo” inicial motivado pelo desconhecimento um do outro e fazendo com que os trabalhadores se

sentissem mais à vontade com a sua presença.

Quando surgia uma VD, o trabalhador que iria desenvolvê-la era acompanhado desde o momento do preparo do material a ser levado, observando instrumentos de trabalho utilizados, questionando a finalidade da VD.

Os momentos em que mantinha contato com os trabalhadores na unidade, aproveitava para observar as interações interpessoais e intra-grupais estabelecidas, os sentimentos aflorados nessas relações e que pudessem estar interferindo tanto positiva quanto negativamente no processo de trabalho. As reuniões também se caracterizavam como espaços de observação dessas interações.

O deslocamento para a realização das VD era efetuado a pé, pois não há uma viatura disponibilizada para tal e em vista de que toda a região abrangida pela unidade é calçada e passível de chegar sem percorrer grandes distâncias. Durante o percurso, os trabalhadores são cumprimentados por muitos moradores da região, que os reconhecem, alguns até os parando para conversar.

O acompanhamento dos trabalhadores no desenvolvimento das ações era realizado para todas as VD que se efetuaram durante o período de março a junho de 2006, com exceção de algumas em que a pesquisadora ainda encontrava-se fazendo o percurso de deslocamento de ônibus até a unidade, quando a necessidade de realização da VD exigia seu desenvolvimento imediato. Com o passar do tempo, outras VD consideradas como muito pontuais, por exemplo, para coleta de material para exames de laboratório e controle de pressão arterial, também deixaram de ser acompanhadas. Houve ocasiões em que coincidia a saída para VD por parte de dois trabalhadores ao mesmo tempo, fazendo com que precisasse ter uma opção que direcionasse o acompanhamento. Nesse caso, a pesquisadora optava por acompanhar o trabalhador que ainda não tivesse sido observado em seu processo de trabalho na atenção domiciliária. No total, 29 VDs foram acompanhadas pela pesquisadora.

Foi utilizado um diário de campo para registrar as atividades desenvolvidas, para diminuir as possibilidades de serem deixados de lado aspectos que pudessem ser considerados importantes no momento da análise. Nele foram incluídos conteúdos referentes ao que e como estava sendo feito, e por quem e para quem estava sendo realizado. Porém, não era feita nenhuma anotação enquanto estava no domicílio,



deixando para fazê-lo no retorno à unidade, para evitar constrangimentos por parte dos trabalhadores e dos usuários, evitando reduzir um pouco a sensação de estarem sendo analisados.

O registro era efetuado procurando fornecer todos os detalhes da interação pessoal entre trabalhador e usuário, além das ações desenvolvidas. O diálogo, também, foi reproduzido, já que nesse espaço de tempo imediatamente posterior à VD, as lembranças do momento vivido eram muito fortes e claras. A digitação dos dados coletados no diário de campo era efetuada ao final de cada dia de observação.

Nesse diário também eram realizados registros das reuniões de equipe, buscando dados para complementação da compreensão acerca do processo de trabalho.

Nem todos os trabalhadores foram observados no processo de trabalho em atenção domiciliária, pois durante o tempo em que a pesquisadora permaneceu na unidade, dois médicos, um residente de medicina e a psicóloga não efetuaram nenhuma visita domiciliária. Como não se podia permanecer indefinidamente nesse processo de observação aguardando que esses trabalhadores desenvolvessem esse tipo de atenção, e os dados que emergiam da observação estavam tornando-se repetitivos, optou-se por manter aqueles trabalhadores fora dessa etapa de coleta de dados, mas sendo utilizados na etapa de entrevista.

A terceira fonte de evidências foram as **entrevistas individuais** com trabalhadores, gestores e usuários do programa de atenção domiciliária. Yin (2005) refere-se à mesma como sendo uma das mais importantes fontes de informações para um estudo de caso, apresentando como ponto forte a possibilidade de focar diretamente o tópico do estudo de caso. Entre os trabalhadores, o objetivo foi elucidar: a concepção de assistência domiciliária; a influência das políticas públicas no seu processo de trabalho; a percepção que têm acerca das contribuições reais na situação de saúde da população; e as dificuldades e facilidades de desenvolvimento desse tipo de trabalho na rede pública de saúde, em um direcionamento para o processo de trabalho desses sujeitos. Para orientação nesse momento, a pesquisadora utilizou um roteiro de entrevista conforme pode ser observado no Apêndice B.

Em relação aos gestores, foi realizada uma entrevista com a Coordenadora do Serviço de Saúde Comunitária, com a Chefe da Unidade de Saúde Conceição e com os

três representantes do Conselho Local de Saúde, utilizando um outro roteiro, com questões formuladas de forma a investigar a estrutura, o funcionamento e a efetividade desse tipo de trabalho (Apêndice C). Estes sujeitos foram sendo entrevistados de forma intercalada com os trabalhadores, para que se pudesse ir refletindo com o conjunto de dados obtidos, com todos os envolvidos no processo de atenção domiciliar.

E, entrevistas também foram realizadas com os usuários do sistema de saúde envolvidos (Apêndice D), visando identificar concepções sobre esse serviço, compreender o que os clientes assistidos pensam em relação ao cuidado prestado e como visualizam os benefícios dele para consigo e sua família.

Após transcorrido um mês de observações, esse processo de entrevistas foi iniciado. Primeiramente foram contemplados os usuários do programa de atenção domiciliar, a partir do julgamento de que a realização destas entrevistas não interferiria na continuidade da observação direta. Para a concretização desse momento, era aproveitado o espaço de tempo após o acompanhamento de uma VD, quando o trabalhador encerrava seu processo de trabalho no domicílio e retornava para a unidade de saúde. A pesquisadora, então, solicitava permissão da família para permanecer no domicílio e estabelecer um diálogo com a mesma.

Com o esclarecimento do objetivo do estudo que estava sendo realizado, da justificativa para sua inserção como participantes da pesquisa e assegurando questões como livre participação e anonimato sem prejuízo na continuidade de sua assistência pelos trabalhadores da unidade de saúde, não houve problemas para o desenrolar das entrevistas. Não pareceu haver constrangimento nem pelo uso do gravador. A dificuldade encontrada foi a necessidade de explicar detalhadamente cada pergunta do instrumento, tendo, muitas vezes, que repeti-las, pois as pessoas não têm entendimento acerca das questões levantadas. Isso fazia com que a pesquisadora precisasse esmiuçar bem cada questão e utilizar cada resposta fornecida para explorar um pouco mais o tema. Esse processo levava duas horas em média. As entrevistas eram transcritas ao final de cada dia.

Chegou-se ao número de usuários componentes do estudo através da saturação dos dados, ao se perceber que havia um mesmo tipo de entendimento do processo de trabalho em atenção domiciliar. Além disso, prolongar essa etapa não traria

benefícios à pesquisa. Não são temas com que a população esteja acostumada a discutir.

Após três meses de observação, as demais entrevistas tiveram continuidade, sendo realizadas conforme a disponibilidade dos trabalhadores e alternando com os gestores. Optou-se por marcar a data de realização destas com os trabalhadores que já tivessem sido observados um maior número de vezes, pois mesmo depois de transcorrido esse período de tempo, ainda havia um número de trabalhadores que não tinham realizado VD sob observação da pesquisadora. Esse espaço de tempo sem VD por parte desses trabalhadores era justificado por não ter sido necessária a participação deles em nenhuma VD ou por terem realizado alguma no final do expediente de trabalho, quando a pesquisadora já não se encontrava na unidade. O trabalho desenvolvido no interior da unidade consome bastante tempo dos trabalhadores e, por isso, alguns médicos e, principalmente, os residentes de medicina, optavam em desenvolver suas VDs após o dia normal de trabalho.

Com isso, os primeiros entrevistados do grupo de trabalhadores foram os integrantes da equipe de enfermagem, que se programavam para desenvolver VD durante os turnos de trabalho. A carga horária desses trabalhadores é maior que a dos demais, sendo considerada como suficiente para a distribuição de todas as tarefas inerentes a eles no transcorrer da jornada de trabalho.

As entrevistas eram realizadas durante o horário de trabalho, em dias que não havia nenhum trabalhador de folga e em espaços de tempo considerados por eles como mais calmos. A pesquisadora ficava a sós com o participante do estudo em uma sala de consulta e o restante da equipe assumia todo o trabalho da unidade. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas no mesmo dia, após a pesquisadora deixar a unidade. Foram raras as vezes em que o processo de entrevista teve que ser interrompido para utilização da sala ou para o trabalhador retornar às suas funções na unidade. Nesse caso, a entrevista era retomada assim que possível, não causando problemas.

Os trabalhadores, em geral, não tiveram dificuldade em responder às questões levantadas. Algumas respostas precisavam ser desdobradas, no intuito de serem mais bem esclarecidas. Foi um momento em que aparentaram tranqüilidade e pareciam já

acostumados com a presença da pesquisadora.

Dois dos trabalhadores, que foram acompanhados durante a realização da atenção domiciliária, não foram sujeitos da entrevista. Um é uma das residentes de enfermagem, que acabou sendo chamada para trabalhar em outro Estado e abandonou a residência, sem que houvesse tido o tempo para ser entrevistada. E o outro é um dos médicos que, por única e exclusiva questão de horário disponível, acabou não participando desta etapa. Não se considerou necessário estender o tempo de pesquisa para tal, uma vez que os dados emergidos das demais entrevistas encontravam-se em um mesmo patamar geral, já saturados.

Em relação aos gestores, como já relatado anteriormente, participaram a chefe da unidade de saúde, a coordenadora do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) e os três membros do Conselho Local de Saúde (CLS) da unidade, que eram os representantes da comunidade nesse conselho.

Os gestores que participaram do estudo, por serem representantes da comunidade no CLS, apresentaram muita dificuldade em discutir a totalidade das questões, mesmo as referentes às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como universalidade, equidade e intersetorialidade. Os demais gestores demonstraram facilidade na exploração dos temas.

Com a coordenadora do SSC foi agendado um horário e a entrevista foi realizada na sala dela no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Com os demais, através de horário também agendado previamente por telefone ou no momento de uma das reuniões do conselho, foi realizada na própria unidade de saúde.

Houve a participação da pesquisadora em duas reuniões do CLS, objetivando acompanhar a sua dinâmica, o tipo de discussão realizada e, também, avaliar a necessidade de inserção de algum outro membro do conselho como participante do estudo, o que não foi necessário.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Respeitando os aspectos éticos concernentes a toda e qualquer pesquisa, antes

de ser iniciada a coleta de dados, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Grupo Hospitalar Conceição, após obter a autorização da Coordenadora do Serviço de Saúde Comunitária (Apêndice E). Como o estudo envolve seres humanos, foi guiado pelas determinações da Resolução 196/96, do Ministério da Saúde, obtendo o Parecer nº. 105/05, do CEP (Anexo 2).

Anteriormente à realização das entrevistas com os gestores do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, trabalhadores e usuários da Unidade Conceição, foram apresentados a eles, enquanto sujeitos da pesquisa, os propósitos do estudo, solicitando sua participação voluntária através da anuência em um consentimento (Apêndice F para trabalhadores e gestores e Apêndice G para usuários), em duas vias, permanecendo uma dessas com o entrevistado.

Os relatórios parciais da entrevista e da observação realizada foram submetidos aos sujeitos, visando garantir a validação dos achados. Foi assegurado o anonimato no momento de divulgação da pesquisa e garantido o retorno dos dados para ciência do conteúdo dos mesmos.

A identificação dos sujeitos entrevistados foi realizada com a primeira letra da categoria profissional a que pertencem (E para os membros da enfermagem; M para médicos; R para residentes, sendo seguido da letra correspondente à especificidade da residência, se é de enfermagem, medicina ou psicologia; G para os gestores; e F para familiares/usuários) acrescida do número de ordem de realização da entrevista.

#### **4.6 Análise dos dados**

Compreendendo a atenção domiciliar como um trabalho em saúde, foram realizadas as reflexões embasadas nesse pano de fundo, pressupondo-a enquanto um substrato histórico e dialético do trabalho em saúde.

Desta forma, a base estruturante da análise foi calcada a partir de seus “elementos componentes do processo de trabalho que são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; os meios de trabalho, o instrumental” (MARX, 1985, p. 202) e o produto de

trabalho.

O método materialista histórico-dialético caracteriza-se pelo movimento do pensamento através da materialidade histórica da vida dos homens em sociedade, isto é, trata-se de descobrir (pelo movimento do pensamento) as leis fundamentais que definem a forma organizativa dos homens durante a história da humanidade (PIRES, 1997).

De acordo com essa mesma autora:

O princípio da contradição, presente nesta lógica, indica que para pensar a realidade é possível aceitar a contradição, caminhar por ela e apreender o que dela é essencial. Neste caminho lógico, movimentar o pensamento significa refletir sobre a realidade partindo do empírico (a realidade dada, o real aparente, o objeto assim como ele se apresenta à primeira vista) e, por meio de abstrações (elaborações do pensamento, reflexões, teoria), chegar ao concreto: compreensão mais elaborada do que há de essencial no objeto, objeto síntese de múltiplas determinações, concreto pensado. Assim, a diferença entre o empírico (real aparente) e o concreto (real pensado) são as abstrações (reflexões) do pensamento que tornam mais completa a realidade observada. Aqui, percebe-se que a lógica dialética do Método não descarta a lógica formal, mas lança mão dela como instrumento de construção e reflexão para a elaboração do pensamento pleno, concreto. Desta forma, a lógica formal é um momento da lógica dialética; o importante é usá-la sem esgotar *nela e por ela* a interpretação da realidade (PIRES, 1997, p.87).

Na teoria marxista, o materialismo histórico pretende a explicação da história das sociedades humanas, em todas as épocas, através dos fatos materiais, essencialmente econômicos e técnicos. A sociedade é comparada a um edifício no qual as fundações, a infra-estrutura, seriam representadas pelas forças econômicas, enquanto o edifício em si, a superestrutura, representaria as idéias, os costumes, as instituições (políticas, religiosas, jurídicas, etc).

Ao propor desenvolver o estudo na abordagem dialética, o objeto do estudo que é a análise do trabalho desenvolvido por uma equipe de atenção domiciliária de um serviço público de saúde, passa a ser decodificado nos seus conceitos estruturantes, pois “os conceitos do pensamento dialético se referem às transições, às passagens..., que tendem a ser excluídas da inteligibilidade definida pela instabilidade...” (LEFEBVRE, 1983, p.36).

Desta forma, o pensar sobre o objeto corresponde a assumi-lo como fenômeno

político, o qual implica a historicidade, ou seja, “revela as condições e situações concretas” (LEFEBVRE, 1983, p.37), para as quais o estudo terá se aproximado ao investigar esta realidade particular em suas relações e contradições com o contexto social mais geral, no qual esse fenômeno particular é a própria manifestação daquela realidade em conjunto (LEFEBVRE, 1983).

Portanto, o método permite estudar o objeto em seu movimento interno, desenvolvido pelo próprio trabalho em conjunto com suas características estruturais interdependentes, ou seja, autônomas em seu conjunto interno e, ao mesmo tempo, pertencentes ao movimento externo do contexto das políticas de saúde, como já referido, representantes do contexto social mais geral no qual foram criadas. São políticas que expressam suas relações (continuidade, descontinuidade, qualidade e quantidade) e contradições com o próprio contexto que as criou nos espaços particulares concretos - o movimento real do trabalho em estudo.

Para esta apreensão de seu movimento, no foco da abordagem dialética, manteve-se atenção às características do objeto, considerando as regras práticas do método:

- promover uma análise objetiva do objeto de estudo - o processo de trabalho;
- apreender o conjunto das conexões internas do e no processo de trabalho, ou seja, os seus desenvolvimento e movimento interno;
- apreender os aspectos e os momentos contraditórios do e no processo de trabalho e suas conexões com a totalidade, aqui expressa pelas políticas de saúde;
- analisar a luta, o conflito interno das contradições no e do processo de trabalho e sua tendência (em vir a ser ou cair no nada);
- atentar para o tudo que está ligado a tudo e que uma interação insignificante, em determinado momento, pode tornar-se essencial num outro momento ou sob outro aspecto;
- penetrar cada vez mais fundo do que ficar na simples coexistência observada, por meio da busca pela riqueza do conteúdo e da forma do e no processo de trabalho; e
- por último/primeiro, o processo de aprofundamento do conhecimento vai do

fenômeno à essência e da essência menos profunda à mais profunda - é infinito (LEFEBVRE, 1983).

Desta forma, o estudo do processo de trabalho em atenção domiciliária, por meio do método dialético, torna-se rigoroso e fecundo, dado que o método permite ligar o fenômeno particular aos princípios universais do seu desenvolvimento e permite detectar os possíveis aspectos do fenômeno em particular e sua vulnerabilidade à ação (LEFEBVRE, 1983), mais claramente suas potencialidades de mudanças na organização do trabalho interno e externo ao processo particular estudado.

Ao ser efetuada uma análise de um serviço, programa, projeto ou processo de trabalho, há uma dimensão avaliativa concernente a esse processo. Buscando a coerência com tal afirmação foram elaboradas categorias de análise do processo de trabalho desenvolvido em atenção domiciliária, no caso específico da unidade estudada, ajudando a explicitar os parâmetros, a partir dos quais será apreciado o trabalho que vem sendo desenvolvido nessa unidade de atenção à saúde, com relação a sua contribuição.

A construção de categorias nos ajuda na avaliação desse processo, ou seja, ajudam na

elaboração, negociação e aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar ou julgar o contexto, mérito, valor ou estado de um determinado objeto, a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e organizações (SILVA, BRANDÃO, 2003, p. 3).

Assim, a pergunta de pesquisa a ser respondida neste estudo, o será mediante categorias; para Silva e Brandão, (2003) indicadores, construídos e descritos, como forma de demonstrar o alcance das respostas á pergunta de pesquisa. De acordo com os autores citados, uma pergunta com propósito avaliativo só pode ser respondida se for efetuado um recorte sobre o que deve ser analisado e esse recorte é definido pelos indicadores. Esses indicadores, por sua vez, informam a respeito de determinado sujeito ou objeto e tão importante quanto definir o indicador é formular sua descrição,



que explicita seu significado. “Os indicadores devem ser plenos de sentido especialmente para aqueles que atuam frente a uma dinâmica social específica” (SILVA, BRANDÃO, 2003, p.8). Para isto, deve ser reconhecido e explicitado o contexto em que é desenvolvido o trabalho.

Em vista da pergunta de pesquisa - De que modo a atenção domiciliária, desenvolvida na rede pública de saúde tem contribuído com a saúde da população? – foram analisadas as possíveis respostas a essa pergunta. Levando em conta o referencial teórico adotado neste estudo foram construídos indicadores com base nos pressupostos de um serviço de saúde pertencente ao SUS e apregoado como de APS. Assim foi compreendido que um serviço de atenção domiciliar deve ter seu processo de trabalho guiado pelos princípios norteadores desse sistema; que a saúde é um direito de todo cidadão e está garantida na Constituição da República Brasileira e que trabalhadores, gestores e usuários são partícipes no processo de construção da saúde. Estes foram considerados estados observáveis do processo de trabalho e do comportamento dos atores envolvidos na atenção domiciliária, oferecendo subsídios para responder à pergunta de pesquisa e portanto, constituíram-se como os indicadores avaliativos para este estudo:

- os trabalhadores da atenção domiciliária desenvolvem seu processo de trabalho segundo as diretrizes da APS, demonstrando conhecimento da atenção primária à saúde como seu eixo norteador do trabalho e o aplicando na sua prática. O processo de trabalho desenvolvido na unidade de estudo é discutido visando entender como os princípios ordenadores da APS, como o primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária (Starfield, 2002) são concretizados no cotidiano de trabalho.

- os trabalhadores e gestores seguem os princípios do SUS que fundamentam a atenção básica: os trabalhadores e gestores operacionalizam os princípios do SUS na atenção domiciliária prestada, de modo a suscitar uma práxis integradora entre os serviços disponibilizados à comunidade adstrita ao serviço de saúde. A reflexão efetuada toma a direção de alguns dos princípios que fundamentam a atenção básica no SUS como integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade e participação comunitária.

- percepção da saúde como direito: os usuários reconhecem que a atenção domiciliária é uma forma de alcançar a saúde a que têm direito; os trabalhadores e gestores reconhecem que a saúde é um direito do cidadão. A discussão realizada embasa-se na premissa de que a saúde como direito significa o acesso universal e equânime aos serviços de saúde e apresenta um foco principalmente na questão da avaliação dos trabalhadores e serviço como forma de assegurar que a saúde dos usuários esteja sendo garantida.

- vínculo e satisfação da população com a atenção domiciliária: usuários, trabalhadores e gestores são capazes de agir em conjunto na resolução de problemas; os trabalhadores e gestores reconhecem que a atenção domiciliária é um espaço útil e importante para os usuários. A análise se processa no sentido de entender o processo de formação do vínculo entre trabalhadores e usuários do serviço de atenção domiciliária por meio das relações entre estes e, também, refletindo acerca da concepção da humanização da assistência que perpassa o trabalho desenvolvido. Um ponto importante abordado neste tema refere-se à questão da satisfação da clientela com o serviço, que é considerada como característica de um trabalho que valoriza o usuário no sistema de saúde.

Como forma de sistematizar todo o processo da pesquisa e auxiliar outros pesquisadores na construção de estudos semelhantes é apresentado um protocolo de todo o processo metodológico desenvolvido, na forma de um quadro-resumo.

**PROTOCOLO DO ESTUDO DE CASO “A ATENÇÃO DOMICILIÁRIA E DIREITO À SAÚDE: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL”**

**TESE:** A atenção domiciliária, compreendida como uma dimensão do trabalho em saúde, contribui para a saúde da população, na medida em que os trabalhadores desenvolvem seu processo de trabalho segundo as diretrizes da Atenção Primária de Saúde; trabalhadores e gestores seguem os princípios do SUS; os usuários são percebidos e se percebem como cidadãos plenos de direitos e deveres; a população desenvolve vínculo com o serviço oferecido.

**OBJETO DO ESTUDO E OBJETIVO:** Análise de uma iniciativa bem sucedida de atenção domiciliária, que vem sendo desenvolvida na rede pública de serviços de saúde, com o objetivo de refletir de que forma esta tem sido uma estratégia de reorganização do sistema de serviços de saúde.

**PLANEJAMENTO DA COLETA DE DADOS**

<p>Visita ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição – conversar com a Coordenadora do SSC; buscar políticas norteadoras do trabalho desenvolvido; buscar produção acadêmica de pesquisas realizadas no serviço; buscar acesso aos boletins informativos do SSC e ao plano gestor; obter o manual de atenção domiciliária do SSC</p>	<p>Visita à Unidade de Saúde Conceição – conversar com enfermeira e médico responsáveis pela implantação do serviço de atenção domiciliária; conhecer o serviço; conhecer os trabalhadores; obter relatórios do trabalho desenvolvido; participar de reuniões da unidade; acessar documentação utilizada para o desenvolvimento da atenção domiciliária.</p>	<p>Visita ao Setor de Epidemiologia do GHC - busca de dados sistematizados; índices de morbimortalidade da população assistida pela Unidade de Saúde Conceição.</p>	<p>Acesso à internet – busca da legislação e políticas norteadoras do trabalho em saúde do sistema público, da atenção básica e da atenção domiciliária.</p>	<p>Observação do processo de trabalho desenvolvido em atenção domiciliária – três meses de acompanhamento dos trabalhadores durante a realização da atenção domiciliária.</p>	<p>Entrevista individual com trabalhadores, gestores e usuários do serviço de atenção domiciliária – após encerrada a etapa de observação do processo de trabalho.</p>	<p>Participação em reuniões do Conselho Local de Saúde – observar tema das discussões e participação da comunidade.</p>
---	--	---	--	---	--	---

<b>INDICADOR</b>	<b>O QUE BUSCAR</b>	<b>ONDE BUSCAR</b>
Desenvolvimento do processo de trabalho segundo as diretrizes da APS	As diretrizes: primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, focalização na família e orientação comunitária no trabalho em AD.	Na observação do processo de trabalho (o que, por quem, como e para que é feito) desenvolvido em atenção domiciliar; no Manual de Assistência Domiciliar do GHC; no Plano Gestor do SSC; na produção acadêmica; nos relatórios da unidade.
Desenvolvimento do trabalho seguindo os princípios do SUS que fundamentam a atenção básica	Os princípios: integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade e participação no trabalho em AD.	Entrevista com trabalhadores, gestores e usuários; observação do processo de trabalho desenvolvido em atenção domiciliar; Manual de Assistência Domiciliar do GHC; Plano Gestor do SSC; relatórios da unidade de saúde; boletins informativos do SSC e Secretaria Estadual de Saúde.
Percepção da saúde como direito	Informação e acesso dos usuários ao serviço; avaliação do trabalho desenvolvido em AD.	Entrevista com trabalhadores, gestores e usuário; observação do processo de trabalho desenvolvido em AD; relatórios da unidade.
Relação de satisfação e vínculo da população com o serviço	Sentido de vínculo; satisfação do usuário; humanização da assistência.	Entrevista com trabalhadores, gestores e usuário; observação do processo de trabalho desenvolvido em AD; relatórios da unidade.
<b>RELATÓRIO DO ESTUDO DE CASO</b>		
Contextualização do local de estudos – nuances históricas, políticas e de trabalho.	Discussão e análise dos achados em relação a cada um dos indicadores elencados como forma de apresentação dos resultados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalhadores da atenção domiciliar desenvolvem seu processo de trabalho segundo as diretrizes da APS;</li> <li>- Trabalhadores e gestores seguem os princípios do SUS que fundamentam a atenção básica;</li> <li>- Percepção da saúde como direito;</li> <li>- Vínculo e satisfação da população com a atenção domiciliar.</li> </ul>	Síntese dos resultados, sugestões para futuras pesquisas e dificuldades na realização do estudo.

## **CAPÍTULO 5**

### **5 RESULTADOS**

Esta etapa compõe-se de duas bases estruturais, em uma tentativa de clarificar o processo de apresentação dos achados do estudo efetuado. Inicialmente, há uma contextualização do local de estudo, com suas nuances históricas, políticas e de trabalho; e, logo a seguir, os dados mostram-se dispersos no fluir dos indicadores elencados para análise.

#### **5.1 Contextualização**

##### **5.1.1 Aspectos conjunturais**

Porto Alegre é a capital do Rio Grande do Sul, estado localizado no extremo sul do País, que faz fronteira com a Argentina e o Uruguai. Nos dois séculos de existência, sempre ocupou lugar de destaque no cenário nacional. Com uma população de mais de 1 milhão e 360 mil habitantes, de 25 etnias, Porto Alegre ganhou reconhecimento internacional por ter sediado o Fórum Social Mundial (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

Considerada a metrópole da qualidade de vida do Brasil pela Organização das Nações Unidas (ONU), possui mais de um milhão de árvores em suas ruas e acumula mais de 80 prêmios e títulos que a qualificam como uma das melhores cidades brasileiras para morar, trabalhar, fazer negócios, estudar e se divertir. Seus indicadores de qualidade de vida são favoráveis nos principais índices de desenvolvimento humano: saúde, saneamento básico, educação, meio ambiente e economia.

A expectativa de vida média é de 71,4 anos, sendo de 66,2 para os homens e de 76,2 para as mulheres. Em relação à densidade apresenta o índice de 29 habitantes/hectare e apresenta um crescimento populacional na ordem de 1,35% ao

ano. Apresenta a 1ª posição no Estado em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) - R\$ 14 bilhões, 655 milhões, 093 mil e o PIB per capita de R\$ 10.437,00 (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

Na *website* da prefeitura de Porto Alegre, já citado, encontra-se a relação dos indicadores de qualidade de vida abaixo discriminados:

- Índice de alfabetização: 96,7% (IBGE 2000)
- Índice de mortalidade infantil: 13,93 óbitos por 1.000 nascidos vivos (SMS2002)
- Abastecimento de água: 99,5% da população (Dmae)
- Fornecimento de energia elétrica: 98% domicílios
- Coleta de esgoto: 84% da população (Dmae)
- Esgoto tratado: 27% da população (Dmae)
- Recolhimento de lixo: 100% dos bairros (DMLU)
- Coleta seletiva do lixo: 100% dos bairros (DMLU)

Em relação à saúde, Porto Alegre é reconhecida como referência científica. A competência técnica de seus profissionais, a qualificação dos seus hospitais e demais serviços de saúde, assim como suas universidades têm reconhecimento público. A cidade tem 35 hospitais, 883 clínicas, 204 consultórios, 19 laboratórios de análises patológicas, 41 laboratórios de análises clínicas, num total de 1.182 estabelecimentos voltados aos serviços de saúde. O total de leitos hospitalares é 7.906, sendo 5.816 ocupados pelo SUS. O Hospital de Pronto Socorro é referência pela excelência no atendimento das urgências e emergências traumatológicas.

Considerada o segundo centro de assistência à saúde no Brasil, Porto Alegre é referência internacional para transplantes, cirurgias cardíacas e plásticas. Pela sua localização no Mercosul, a estrutura em saúde da capital gaúcha tem efeito multiplicador na economia, interagindo com atividades como educação, pesquisa, turismo, transporte, indústria e comércio. É atração para eventos, cursos e congressos capazes de expandir conhecimentos e ações em saúde e setores afins (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

Como forma de contextualizar um pouco a situação da saúde no município de Porto Alegre, são apresentadas as principais causas de óbitos no ano de 2003, de

acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM:

- Doenças do aparelho circulatório: 3.200
- Doenças do aparelho respiratório: 1.038
- Doenças do aparelho digestivo: 479
- Doenças do sistema nervoso: 270
- Algumas doenças infecciosas e parasitárias: 737
- Neoplasias (tumores): 2.297
- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas: 547
- Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários: 24
- Transtornos mentais e comportamentais: 82
- Doenças do ouvido e da apófise mastóide: 2

Na tabela abaixo é apresentada uma série histórica da proporção de óbitos por faixa etária, em Porto Alegre, nos anos de 1980, 1990, 1995, 1999, 2000, 2001, 2002 e 2003.

**Tabela 3:** Proporção de óbitos por faixa etária em Porto Alegre

<b>Faixa Etária</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
Menor de 1 ano	12,4	5,7	4,7	2,9	3,5	2,9	2,7	2,5
1 a 4 anos	1,6	0,8	0,8	0,5	0,6	0,6	0,5	0,3
5 a 19 anos	2,8	2,4	2,4	2,1	2,1	1,7	2,1	0,6
20 a 49 anos	18,8	18,8	20,3	19,2	19,0	17,8	18,5	18,2
50 ou + anos	63,5	71,9	71,7	75,3	74,8	76,9	76,2	77,2

Fonte: SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade – 2000/2003 – PORTO ALEGRE

### 5.1.2 Aspectos estruturais

A Secretaria Municipal de Saúde é o órgão gestor do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, e tem como atribuições coordenar os serviços, as ações e políticas de saúde na cidade. Tem a gestão plena do sistema municipal de saúde desde o dia 13 de fevereiro de 1998 (informação verbal)<sup>8</sup>. Estabelece ações integradas e intersetoriais com outros setores públicos e privados das esferas municipal, estadual e federal.

<sup>8</sup> Informação fornecida pela Coordenadora da Rede de Atenção Básica de Porto Alegre.

Ter a gestão plena do sistema municipal significa que o gestor municipal assume a responsabilidade pelo conjunto de ações e serviços de saúde em seu território, o que implica a gestão da totalidade de recursos correspondentes a essas ações, que devem estar previstos no teto financeiro destes municípios e serem repassados diretamente do fundo nacional para o fundo municipal de saúde (LEVCOVTIZ, LIMA, MACHADO, 2001, p.285).

O município de Porto Alegre não tem uma real gestão do sistema de saúde como um todo, pois não tem gerência sobre o Grupo Hospitalar Conceição, por exemplo, que recebe sua parcela da verba destinada ao município, direto na sua conta bancária, sem entrar na divisão geral de todos os serviços de saúde (informação verbal)<sup>9</sup>.

Sob a jurisdição do município de Porto Alegre existem 125 unidades que prestam atenção à saúde, sendo 117 unidades básicas de saúde, oito centros de saúde e dois hospitais. Conta ainda com 84 equipes do Programa de Saúde da Família. As unidades básicas são as estruturas que respondem pelas ações de atenção básica à população. É a principal porta de acesso das pessoas ao sistema de saúde. Os centros de saúde são organizados para oferecer à população assistência especializada ou de urgência e emergência de média complexidade. O Programa de Saúde da Família foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1994, com objetivo de redirecionar o modelo de saúde no país, fortalecendo a atenção básica à saúde. Esta estratégia prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral, contínua e de qualidade, estimulando a organização da comunidade e efetiva participação popular (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

A Unidade de Saúde Conceição caracteriza-se como um local de atendimento em Atenção Primária à Saúde (APS), vinculada a um grupo hospitalar de grande porte - O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) - 100% público, que proporciona respaldo estrutural para muitas ações de assistência, como exames laboratoriais e de rádio-diagnóstico, internação hospitalar, consultas com especialidades, assessorias diversas,

---

<sup>9</sup> Informação fornecida por um dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, em maio de 2007.



preparo e esterilização de material, manutenção de equipamentos, enfim, proporcionando o apoio necessário para que a unidade possa ter continuidade na atenção.

Apesar de, historicamente, aos hospitais ser destinado o desenvolvimento de processos de trabalho relacionados a cuidados secundários e terciários, é possível perceber vantagens na realização de ações voltadas à atenção primária. E isso não somente pelas facilidades que apresenta esse tipo de serviço, o hospital, de oferecer uma referência para o trabalho nas unidades de APS, como pela possibilidade de o mesmo estar deslocando um pouco o foco do seu cuidado para um objeto além do corpo doente. Esse é um tipo de entendimento que já vem sendo observado por parte de alguns gestores, que percebem que os hospitais têm uma lógica de produtividade baseada na doença, o que não estimula ações diferenciadas, direcionadas à manutenção e à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Enquanto há uma mobilização da sociedade para evitar o adoecimento, o hospital só produz se as pessoas continuarem adoecendo.

E, por haver esse tipo de lógica de financiamento dos hospitais, em que os seus custos são cobertos, praticamente, pelo número de Autorização de Internações Hospitalares (AIHs), acaba prevalecendo a Lei de Roemer, que diz que “se há leitos hospitalares, eles tendem a ser usados”, independentemente da necessidade da população (MENDES, 2002b, p.47).

Os hospitais que têm tentado extrapolar suas ações para além dessa lógica instalada, promovendo a realização de processos de trabalho voltados a outras espécies de objetos, que não o indivíduo doente, têm enfrentado dificuldades quanto à sua manutenção e a seu ressarcimento de ações, pois os órgãos macro-estruturais não apresentam, ainda, esse posicionamento.

De acordo com Mendes (2002b), há dois caminhos que podem ser trilhados imediata e concomitantemente, como forma de contrapor-se à ineficiência sistemática do SUS, provocada pelo grande número de pequenos hospitais, que são os que apresentam esse tipo de problemática de necessidade de utilização dos leitos hospitalares como forma de garantir a sua eficácia financeira. O primeiro deles refere-se ao término do pagamento dos pequenos hospitais por procedimentos, para não

incentivar a utilização dos leitos, o que poderia ser feito através de “um orçamento global por hospital ou avançar para uma captação que cobrisse, também, os gastos com esses hospitais”; e o segundo, trata-se da “conversão desses hospitais em unidades de apoio à saúde da família nos pequenos municípios” (p.49).

No Rio Grande do Sul (RS), houve uma preocupação com essa questão enfrentada pelos hospitais, fazendo com que a Secretaria Estadual da Saúde elaborasse um programa que foi inserido como um dos programas prioritários dessa Secretaria, com destinação de recursos previstos para início no ano de 2003. O programa denomina-se Parceria Resolve e é uma política pública que procura inserir no ambiente hospitalar a cultura de prevenção e promoção da saúde, para não permanecer somente a cultura curativa e o tratamento da doença. Muda a forma de financiamento dos serviços hospitalares no RS, utilizando recursos do Estado. No pensamento dos gestores envolvidos, enquanto todo sistema público luta para melhorar os índices de saúde e diminuir o número de pessoas doentes, os hospitais só ganham se as pessoas adoecem. E a lógica do novo programa muda essa relação, garantindo o funcionamento dos hospitais mesmo quando o número de doentes diminuïrem (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

O significado desse tipo de preocupação por parte dos gestores é a possibilidade do desenvolvimento de uma atenção integral à saúde, em que todos assumam esse compromisso e tenham responsabilidade com essa questão. Então, há a priorização de atendimento ambulatorial e extra-hospitalar, e os indicadores são ações para: diminuição da mortalidade infantil; atendimentos ambulatoriais a dependentes químicos e portadores de sofrimento psíquico; abertura de leitos de saúde mental em hospitais gerais; campanhas; hospital-dia; atendimentos domiciliares; apoio ao Programa Saúde da Família, entre outros.

O GHC, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) de Descentralização, Integralidade da Atenção e Participação da Comunidade, apresenta um conjunto de diretrizes que permeiam os processos de trabalho no interior de seus serviços, tanto da rede hospitalar, quanto do Serviço de Saúde Comunitária (SSC). O perfil do trabalho a ser desenvolvido, em quaisquer que sejam os seus espaços, apresenta o sentido de atenção a objetos de trabalho que não sejam

unicamente caracterizados como um corpo doente. A mentalidade presente na gestão atual é demonstrada na indissociabilidade entre a Gestão, a Atenção à Saúde e a Formação de Pessoas, nos processos de inovações e ampliações assistenciais. São estas diretrizes: integralidade da atenção; democratização da gestão; operação sistêmica interna e externa; e transformação em pólo de educação e pesquisa (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2006).

Em relação à integralidade da atenção, pressupõem que todos os recursos e tecnologias necessários e existentes nas unidades e demais serviços do SUS estejam disponibilizados ao cuidado. E é salientado que o eixo da atenção deve ser a pessoa e suas necessidades, superando o foco nas doenças e nos procedimentos.

No caso da democratização da gestão, há a argumentação de que é essencial o protagonismo, tanto dos trabalhadores do GHC quanto da sociedade civil, na condução dos destinos da instituição. Isso porque acreditam na participação como eixo da gestão. Para tanto, existem espaços como: conselho de administração; conselho de acompanhamento da gestão do GHC; fórum de representantes; e mesa de negociação dos trabalhadores do GHC.

A terceira diretriz refere-se ao SUS como eixo da organização de cada unidade do GHC entre si e com os demais serviços. Sendo que, do ponto de vista interno, deve explorar ao máximo suas potencialidades, com colaboração mútua e utilização de sistemas comuns entre suas unidades. Do ponto de vista externo, trata do papel propositivo que o GHC deve assumir na agenda de organização do SUS, direcionando seus serviços às necessidades da população.

E, por último, a questão de transformação em pólo de educação e pesquisa, com eixo na formação dos trabalhadores em Gestão e Assistência, capacitação e desenvolvimento de pessoas e educação à saúde da população, com a pesquisa voltada para as necessidades do SUS.

A partir dessas diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, e orientado pelos eixos norteadores da Reforma da Atenção Hospitalar no Brasil promovida pelo Ministério da Saúde (MS), conforme o Seminário Nacional da Atenção Hospitalar realizado em dezembro de 2004, foi constituído o Plano Estratégico de Gestão (PEG) do GHC (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2006).

O Plano Estratégico de Gestão é composto de 13 programas, sendo cada programa desdobrado em vários projetos a serem desenvolvidos nas Unidades Hospitalares (Hospital Cristo Redentor; Hospital Criança Conceição; Hospital Nossa Senhora da Conceição e Hospital Fêmeina) e de Saúde Comunitária do GHC, observando as suas vocações e a integração entre estas Unidades e delas com a rede SUS. Os programas são os seguintes:

- 1 - qualificação das portas de urgência/emergência;
- 2 - atendimento às metas da contratualização;
- 3 - consolidação como pólo de formação e pesquisa do SUS;
- 4 - capacitação da infra-estrutura;
- 5 - implantação de linhas de cuidado;
- 6 - implementação de políticas afirmativas da cidadania;
- 7 - incentivo às políticas de atenção básica;
- 8 - melhoria das condições de trabalho;
- 9 - melhoria da gestão de estoque;
- 10 - mudança do modelo de gestão técnico-administrativa;
- 11 - qualificação do processo de gestão participativa;
- 12 - qualificação da gestão de pessoas;
- 13 - zelo pelo patrimônio público e segurança física.

O SSC, como uma unidade pertencente a esse grupo hospitalar, segue as diretrizes postas pela atual gestão e cumpre seu papel junto ao SUS, a partir do momento que desenvolve ações em todas as direções sinalizadas pela proposta de trabalho do GHC. Através das doze unidades de saúde, que desenvolvem atenção primária à saúde, percebe-se uma tentativa de realização de ações voltadas para as necessidades da população adstrita a cada uma delas, buscando a satisfação dessas necessidades. Além disso desenvolvem o trabalho através da integração multiprofissional e intersetorial, com as demais unidades do GHC, para a concretização de ações que estão aquém do limite de cada trabalhador ou de cada unidade de trabalho.

Especificamente no caso da democratização da gestão, há o estímulo por parte de cada uma das doze unidades, em relação à participação da comunidade. Isso se

processa através da criação do Conselho Local de Saúde (CLS), em que participam membros da comunidade e trabalhadores da unidade de saúde, em número paritário, e que têm o intuito de discutirem questões ligadas à saúde da população, tanto no sentido de busca por formas de satisfação das necessidades descortinadas, quanto de contínua avaliação do processo de trabalho. Ainda, esses representantes do CLS atuam em Conselhos Intercomunitários, buscando discussão conjunta de problemáticas vivenciadas pela maioria e levando os problemas levantados para o Conselho Municipal de Saúde. E o trabalhador que ocupa a posição de coordenador da unidade de saúde participa do Conselho Gestor do SSC, estabelecendo um nível de discussão amplo acerca da situação da saúde como um todo e do trabalho que vem sendo desenvolvido em todas as unidades pertencentes ao serviço.

No tocante à operação sistêmica interna e externa, os trabalhadores das unidades de saúde procuram agir dentro dos princípios norteadores do SUS, propondo ações, sem esperar por determinações da gestão, atuando diretamente nos focos em que detectam os problemas. Assumem seu papel de compromisso com a população carente de cuidados de saúde, tomando para si a responsabilidade pela sua assistência integral. Internamente ao serviço, estimulam trocas de conhecimento e propostas de trabalho conjunto.

Na perspectiva de tornar-se pólo de educação e pesquisa, há o investimento na formação, que é concretizada através das residências médicas e multiprofissionais, de servir como campo de estágio para alunos dos cursos ligados à área da saúde de diferentes universidades, assim como também para alunos de cursos técnicos. Outro fator que contribui com essa diretriz é que os trabalhadores recebem incentivos financeiros para participação em eventos que mostrem o trabalho desenvolvido no SSC.

### 5.1.3 Aspectos organizacionais

Em relação ao processo de trabalho realizado pelas equipes das unidades de saúde, cada uma delas tem sua especificidade e desenvolve ações de forma a contemplar a satisfação das necessidades da comunidade a ela adstrita, e que se

dividem em atividades preventivas, de educação em saúde, de assistência, de formação de recursos humanos, entre outras.

A Unidade de Saúde Conceição, já tendo sido apresentada mais amiúde em momento anterior, passa agora a ser caracterizada em relação à sua organização de serviço, em que pese o processo de trabalho realizado, a força de trabalho que a constitui e os instrumentos disponíveis, tanto no que se refere aos recursos materiais, quanto às normas e diretrizes de funcionamento.

É uma unidade que é denominada como uma unidade de medicina de família e comunidade. Lopes (2005, p.96) refere que:

Medicina de Família e Comunidade é a especialidade médica que presta assistência à saúde de forma continuada, integral e abrangente para indivíduos, suas famílias e comunidade; integra ciências biológicas, clínicas e comportamentais; abrange todas as idades, ambos os sexos, cada sistema orgânico e cada doença.

Na unidade existe um direcionamento das atividades para diversos processos de trabalho, como realização de: consultas médicas, de enfermagem e de psicologia; procedimentos em geral; vacinação; grupos de apoio; atenção domiciliária. Com referência aos grupos de apoio, estes variam conforme a necessidade descortinada pelos trabalhadores no decorrer do seu cotidiano de trabalho. Por exemplo, o grupo de cuidadores, destinado a familiares ou cuidadores de pacientes, que fazem parte do programa de atenção domiciliária, aconteceu durante uns dois anos, porém, foi extinto devido ao fato de já estar há muito tempo mantendo os mesmos integrantes. Essa constância levou a equipe a considerar a sua não necessidade de continuidade. Fazendo parte do rol dos grupos que se mantêm de forma constante, estão os grupos: das Arteiras (trabalhos de artes manuais), de crianças, da terceira idade, Viva Leve (reeducação alimentar) e de hipertensos.

Com exceção dos grupos, as demais atividades são desenvolvidas individualmente pelos trabalhadores, cada um na sua especificidade, como nos casos das consultas e procedimentos. Nos grupos há a participação de membros diferentes da equipe, como, por exemplo, psicóloga, enfermeira, auxiliar ou técnico de enfermagem,

residentes e médicos. Na realização das visitas para assistência no domicílio, normalmente, cada trabalhador se desloca sozinho até o local de moradia do cliente. Não faz parte da rotina, a realização em conjunto da visita domiciliária, por membros diferentes da equipe de saúde. Cada trabalhador se organiza individualmente para a concretização das visitas que lhe são pertinentes. Salvo no caso de alguns médicos que, algumas vezes, solicitam o acompanhamento de um membro da enfermagem para a realização de procedimentos.

Em relação às consultas, existem duas formas de agendamento: ao longo do dia, para a realização das consultas no decorrer do mês; e outra é a consulta que é realizada no dia da marcação, sendo necessário o comparecimento no início da manhã, quando se iniciam as atividades na unidade.

A unidade iniciou sua existência no interior do Hospital N. Sra. da Conceição (HNSC), estabelecendo seus limites de alcance da assistência pelas áreas adjacentes a esse hospital, como já explanado anteriormente. No momento, está estruturada fisicamente fora do ambiente hospitalar, em espaço geográfico próximo, de modo a continuar com a mesma população adstrita.

A mudança do espaço deu-se por pressão política por parte dos gestores que, segundo Lopes (2005), desde o início ofereceram resistências a que essa unidade fosse implantada dentro do hospital. Ao mesmo tempo, esse autor refere que o fato de a unidade ter essa localização teve importância geopolítica na instituição, possibilitando o início e a manutenção do SSC. As pressões e tentativas de fechar a unidade persistiram.

Inicialmente ainda proporcionadas por remanescentes do Corpo Clínico que tentou impedir sua criação, e depois por convicções de técnicos e gestores das diversas instâncias da saúde, principalmente a nível federal. A questão sempre colocada era a de que um grupo hospitalar com a complexidade do GHC não deveria envolver-se com atenção primária à saúde (LOPES, 2005, p.21).

Esse tipo de entendimento parece ainda persistir por parte de muitos, o que certamente repercute na organização do SSC. Essa constatação pode-se extrair através da leitura da obra citada, em que se percebe essa dificuldade até mesmo na alocação de

equipe multiprofissional com número de profissionais suficiente e adequado, e na capacidade de instalações físicas adequadas para as diversas unidades de saúde.

A Unidade Conceição, enquanto se localizava no HNSC (dezembro de 1982 a dezembro de 2004), tinha espaços bem definidos e considerados mais adequados pela equipe de trabalho da unidade, do que o espaço disponibilizado a partir da mudança. Mesmo assim, as condições estruturais não se apresentam como de má qualidade, porém, faltam espaços para o desenvolvimento das ações, chegando ao ponto de, em determinados dias, haver falta de salas para consultas.

A dificuldade de assistência à população, evidenciada por meio da problemática da falta de salas, é compreendida pelo fato de o processo de trabalho na saúde ser ainda fundamentado na ação médica tradicional, centrada na doença. É demonstrada a existência de inadequação na organização do processo de trabalho, que apresenta uma predominância em atividades de consultas clínicas. Como é salientado por Merhy (1995), apesar de se ter ciência da importância da consulta dentro do processo de trabalho em saúde, este não deve ser limitado a ela, envolvendo toda a equipe e recursos externos.

No relato de Lopes (2005, p.96):

A medicina de família e comunidade tem se desenvolvido em todo mundo como a opção eficaz para promover a mudança na abordagem aos problemas de saúde das pessoas (individual), famílias, grupos e comunidade (coletivo), pois é campo do conhecimento médico comprometido e orientado por princípios de atuação que rompem com a prática biomédica tradicional, enfrentando efetivamente as dificuldades na prestação do cuidado à saúde dispensado hoje.

Porém, a concretização desse tipo de processo de trabalho não é tarefa simples, pois envolve questões relativas a preparo e formação dos trabalhadores e real compreensão desse tipo de trabalho por parte dos trabalhadores e gestores. Quer dizer que não basta definir que esse é o modelo de assistência à saúde que deve direcionar as ações a serem desenvolvidas em uma unidade de saúde, se não houver uma focalização nessas questões anunciadas.

Pensar na melhoria da qualidade de atenção à saúde não é fácil porque, segundo



Mendes (2002b), o ambiente externo, contaminado pela ideologia flexneriana, cria uma série de obstáculos que necessitam ser identificados e superados. O autor está fazendo uma alusão ao trabalho no PSF, porém, como este é considerado um modelo de APS, pode ser feita a transposição da reflexão para a questão assinalada neste momento. Há a argumentação de que os obstáculos que se fazem presentes para a implantação e concretização do PSF, e as estratégias de superação deles movem-se nos espaços político, ideológico e cognitivo-tecnológico. Explica que a dimensão política advém do fato de que a introdução desse modelo pode contrariar interesses consolidados de determinadas especialidades médicas; a dimensão ideológica surge em função da mudança cultural que precisa introduzir, rompendo com o paradigma flexneriano; e a dimensão cognitivo-tecnológica decorre da necessidade de novos conhecimentos e novas tecnologias.

Há uma queixa geral por parte da comunidade em relação à mudança física da unidade, tendo sido feito, inclusive, um abaixo-assinado na época da mudança, objetivando conseguir a permanência da unidade no interior do hospital. Referem que essa mudança afetou a qualidade da assistência recebida, dificultando o acesso aos serviços. Parece que as necessidades de utilização dos demais serviços hospitalares eram mais bem atendidas naquele contexto, talvez pela facilidade de deslocamento. Ou não, já que a unidade encontra-se em um prédio localizado a uma distância de meia quadra, o que não estaria trazendo grandes deslocamentos. Então, a explicação poderia estar baseada na relação entre pares que é estabelecida no interior das organizações. Significa que uma unidade localizada no interior da instituição a qual tem quase todos os outros serviços necessários para a concretização da assistência, como setor de raios-x, laboratório, marcação de consultas, entre outros, é considerada como parte do corpo de serviços dessa instituição, o que faz com que tenha um tratamento diferenciado de uma unidade externa ao ambiente.

*(...) Ficou ruim aquele cantinho, não sei por que tiraram de dentro do hospital. Onde é que se viu, nós não somos gente para ter lugar no Conceição? Botaram nós lá naquela casinha, agora até já estou me acostumando, mas no começo, não dava vontade nem de ir (F2).*

Como uma unidade que tem a característica de ter sido criada seguindo o modelo da APS, desenvolve suas ações conformando-as de acordo com os preceitos desse modelo. Segundo Mendes (2002b), a atenção primária à saúde deve desempenhar um papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema integrado de serviços de saúde. E, para isso,

deve cumprir três funções essenciais: o papel resolutivo, intrínseco a sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde – o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação, o de organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o de responsabilização – o de co-responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam (p.17).

O desenvolvimento desses diferentes papéis tem sido foco de atenção dos trabalhadores da Unidade de Saúde Conceição, ao longo dos anos de existência da unidade, em uma tentativa de superação do tradicional modelo biomédico que tem sido priorizado nos serviços de saúde em geral, mesmo nas unidades básicas.

O exercício de uma atenção primária à saúde de qualidade deve ser o norte das unidades básicas de saúde e deve ser incentivada pelos gestores. Isso é justificável porque:

as deficiências qualitativas da atenção primária à saúde vão implicar internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial e, até mesmo, na alimentação de uma parte significativa de procedimentos de alto custo que podem ser evitados por uma atenção primária à saúde eficaz, como parte das diálises renais e dos transplantes (MENDES, 2002b, p.76).

Nesse sentido, é possível visualizar ações sendo realizadas na Unidade Conceição, no intuito de aproximação com esse conceito de APS de qualidade, e um dos processos de trabalho que se direciona para o alcance do objetivo desse modelo de atenção à saúde é a atenção domiciliar. Isto porque o trabalho é desenvolvido imbuído do espírito de manter as pessoas em suas casas, mesmo quando apresentam algum problema de saúde, tentando, ao máximo, evitar a internação hospitalar.

Ao desenvolver atenção domiciliária, estão cumprindo as três funções essenciais da APS: de resolutividade, por tentarem solucionar os problemas e necessidades das pessoas sob sua responsabilidade; de organização, por direcionar os fluxos de atendimento, referindo para outros serviços se a necessidade disso se fizer mostrar; e, de co-responsabilização pela saúde da população adstrita, já que se comprometem com a busca de soluções para situações que fujam de sua alçada, buscando dar uma resposta à comunidade.

A atenção domiciliária começou a ser desenvolvida desde o início das atividades da unidade, porque o modelo de atenção à saúde que norteou as ações foi baseado no modelo inglês, que tinha essa atividade como parte do mesmo e, também, por haver o entendimento de que essa é uma ação específica de serviços de APS. Tal assertiva é revelada através dos depoimentos a seguir:

*Esse serviço, desde a origem dele, ele se espelhava muito no modelo britânico de médico de família. Está incluso nesse modelo a assistência domiciliar. Na origem do serviço inclusive tinham muitos profissionais que foram para a Inglaterra fazer sua formação lá, então isso sempre foi um lugar forte no sentido de achar que é da conta da atenção primária dar o atendimento integral e continuado, mesmo quando a pessoa por algum motivo não pode ir ao posto (G1).*

*(...) isso é uma coisa que é inerente àquilo que a gente chama de atenção primária em saúde, ou um cuidado que a gente dispensa a uma população definida, ou saúde comunitária, seja lá o nome que se der, como uma das formas de cuidar das pessoas e cuidá-las em casa, seja porque elas não possam vir ou porque elas requeiram esses cuidados domiciliares (M5).*

*(...) desde aquela época (concepção do serviço) a gente fazia isso, como uma parte do nosso processo de trabalho. Assim como era atender consulta, fazer grupo, ir às escolas, enfim, diversas atividades, a assistência domiciliar, ou seja, atender as pessoas em casa fazia parte. Sempre foi assim, era um princípio de atuação (M6).*

Segundo Lopes (2005), o sistema público inglês passou a ser sucesso e referência no mundo, seguido pelo modelo socializado Canadense. Já nos EUA consolida-se o modelo baseado no médico de família privado sem adstrição da clientela, embora como parte de um sistema de saúde que exclui grande parte da população a qual não pode pagar a assistência.

O Brasil também se espelha nesses modelos e, então, surgem:

programas de especialização médica inspirados na figura do “general practitioner”(inglês), no “family physician” (americano) modificados a partir da realidade local. Três dos principais núcleos localizam-se no Rio Grande do Sul e sobrevivem até hoje: Unidade Sanitária São José do Murialdo e Hospital N.S. da Conceição em Porto Alegre, e Universidade Federal de Pelotas (LOPES, 2005, p.77).

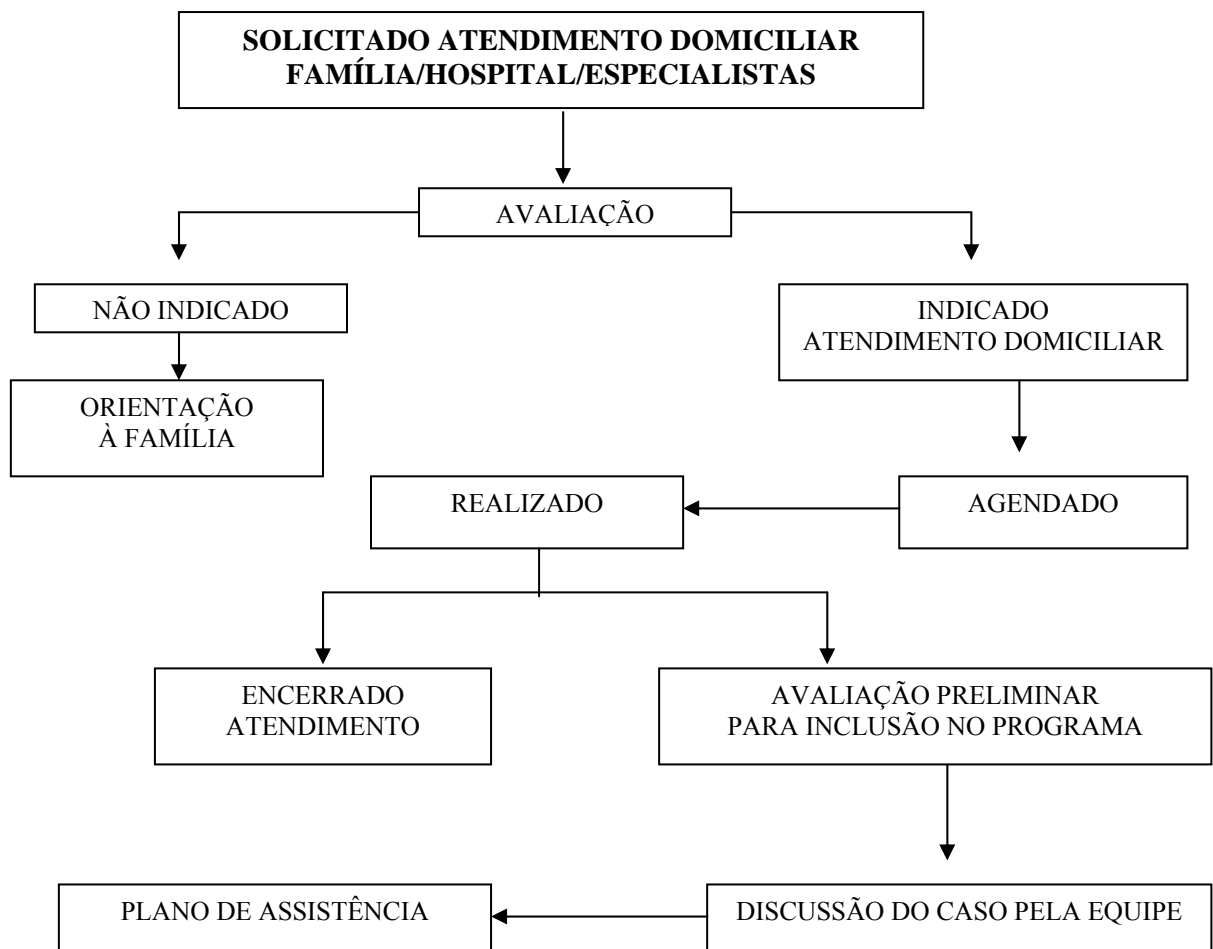
As atividades que devem ser desenvolvidas em unidades de APS são atividades relativas a diversos aspectos da assistência, como promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação de estados de doença e até mesmo a cura depois das patologias estarem corporificadas nos indivíduos. De acordo com Starfield (2002, p.28), a APS “é a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde”. Segundo a autora citada, o diferencial do trabalho de outros níveis de atenção está posto justamente no fato de que ela forma a base e determina o trabalho desses outros níveis.

A intencionalidade manifesta através da leitura do Manual de Assistência Domiciliar da Unidade Conceição, o qual direciona as atividades desenvolvidas nesse tipo de processo de trabalho, é a de contemplar todas as ações relativas à APS. Ao estabelecerem diversos níveis de atendimento, tais como atendimento domiciliar, internação domiciliar, acompanhamento domiciliar e vigilância domiciliar, estão demonstrando essa preocupação de alcançar todos os aspectos da assistência. Pode-se utilizar a visita domiciliar como forma de colher dados acerca do estado de saúde da comunidade, de realizar adstrição da clientela, de efetuar busca de faltosos a programas existentes na unidade, de promover divulgação dos programas e serviços disponibilizados na unidade, de realizar ações de educação para a saúde, entre outros. O atendimento domiciliar já pode ser considerado uma atividade mais direcionada a grupos populacionais que necessitam de um acompanhamento por parte da equipe de saúde, em que são agregados a ele, também, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, mas existe o componente de reabilitação de estados de adoecimento. E, através da internação domiciliar, há a possibilidade de acompanhamento mais

constante e amíúde de pacientes acometidos de condições patológicas agudas. Neste caso, o objetivo primeiro é o de cura do processo patológico.

O Manual estabelece a forma como deve estar organizada a atenção domiciliária em Atenção Primária à Saúde (APS), referindo que esta deve ter o trabalho conjunto da equipe e da família como estrutura fundamental e prever instrumentos que sistematizem os serviços prestados na lógica da hierarquização, resolutividade e continuidade da atenção. E ainda como parte do processo de trabalho das equipes do cotidiano, deve primar pela multiprofissionalidade e interdisciplinaridade.

Nesse instrumento também se encontra discriminado o processo de inclusão de pacientes ao processo de atenção domiciliária, que se pode dar por iniciativa ou necessidade da pessoa enferma, de familiares, vizinhos, profissionais da equipe, hospitais, outros profissionais ou serviços do sistema de saúde. A seguir é apresentado o fluxograma desse serviço, a partir da solicitação do atendimento:



Como uma das características da atenção primária é uma maior familiaridade dos trabalhadores com o paciente, por meio da atenção domiciliária há o reforço desse aspecto, uma vez que os trabalhadores estão desenvolvendo seu processo de trabalho no ambiente e contexto do cliente e da família. Essa atividade, inclusive, é uma forma de alcançar uma atenção continuada, a qual deveria ser um objetivo das unidades pertencentes a esse nível de atenção. Starfield (2002) considera que as unidades de atenção primária deveriam envolver uma proporção maior de pacientes que recebem atenção continuada do que aqueles que chegam pela primeira vez no serviço.

Nesse sentido, a Unidade Conceição propõe-se a isso, no momento em que no rol das ações do seu processo de trabalho há um direcionamento para esse tipo de atenção. O processo de trabalho em atenção domiciliária foi pensado de forma a contemplar os aspectos inerentes a um serviço de APS.

A força de trabalho que compõe a unidade está composta por diversos elementos, objetivando conseguir uma interação interpessoal e intragrupal no processo de trabalho desenvolvido. Em vista disso, a composição da equipe encontra-se assim: uma enfermeira, três ou quatro auxiliares ou técnicos de enfermagem e três ou quatro médicos em cada turno; uma residente de enfermagem, uma residente de psicologia e duas residentes de medicina de primeiro ano; uma residente de enfermagem e dois residentes de medicina de segundo ano; uma psicóloga; duas auxiliares de serviços gerais; e quatro assistentes administrativos.

Os componentes que perfazem a força de trabalho da unidade atuam distribuindo-se nas diversas atividades desenvolvidas, de forma que em todas as ações haja a presença de mais do que um membro da equipe de saúde, a não ser nas consultas e na realização de procedimentos, em que há o atendimento individual dos trabalhadores. E, também, no caso da visita domiciliária, que como já foi exposto, nem sempre é desenvolvida em parceria.

Há uma tentativa, por parte da coordenação da unidade, de que o trabalho seja desenvolvido de modo participativo e integrado, o que se percebe através da existência de reuniões semanais para discussão acerca do andamento da unidade e para discussão de casos clínicos e de pacientes assistidos na atenção domiciliária. Os depoimentos a seguir demonstram essa tentativa de integração da equipe através das reuniões:

*Se tu leva um problema para lá, é bem recebido, tenta ser discutido. Todos os membros da equipe são acolhidos, são resolvidos (E2).*

*A gente tem sempre nas segundas-feiras, tem aquela reunião que a gente tem notícia dos acamados e que a gente tenta resolver em equipe, a discussão do caso, quando o caso é difícil, envolve problemas outros da família, dos cuidadores, de intrigas entre eles, a gente discute na equipe (M2).*

Em tais momentos, toda a força de trabalho é convocada a participar e todos podem se expressar livremente, trocando idéias, dando opiniões, sugerindo mudanças, em uma tentativa de constante aprimoramento do processo de trabalho. É claro que, como em todos os espaços, sempre há aqueles trabalhadores que, mesmo tendo liberdade para opinarem, permanecem em uma posição de escuta e aceitação do que é argumentado pelo restante da equipe.

No desenvolvimento de qualquer que seja o processo de trabalho, há elementos que se destacam em relação a sua motivação para e no trabalho, seu empenho e iniciativa na resolução de problemas e sua co-responsabilização pelo desenvolvimento das ações. Em parte, sem levar em conta a subjetividade de cada trabalhador no tocante a sua forma de expressão e temperamento, a justificativa de tais tipos de conduta pode estar atrelada à divisão do trabalho. Isso porque os trabalhadores que, em sua maioria, têm uma maior participação nas decisões e que se manifestam de uma forma mais direta e segura, são os trabalhadores que se encontram em nível hierarquicamente superior na divisão do trabalho, como médicos, enfermeiras, psicóloga e residentes. O que se pode pensar diante disso é que, mesmo em tentativas de existir uma gestão compartilhada, historicamente foi construída uma relação de subalternidade dos trabalhadores com menor nível de escolaridade, o que faz com que esses trabalhadores assumam uma posição de expectadores no trabalho.

Nessa conformação da força de trabalho, é possível perceber um grande poder de influência por parte dos médicos na política de gestão do serviço. Segundo Pires (1998), os médicos têm ocupado, majoritariamente, os altos cargos de direção das instituições. Os demais membros da equipe apresentam uma atitude de respeito pela experiência e pelo conhecimento adquiridos na formação deste trabalhador. Passam

uma impressão de exaltação à figura do médico, mesmo que não seja no sentido positivo, de reconhecimento do e pelo trabalho, e sim pela posição de destaque assumida.

Há a percepção da interação estabelecida entre os diversos componentes da equipe de trabalho através da observação do trabalho realizado. A relação interpessoal mostra sinais de pequenos conflitos entre os níveis hierárquicos e, também, entre os pares dos turnos de trabalho diferentes. Os sujeitos do trabalho têm uma tendência de apresentar uma maior afinidade com os colegas que atuam de forma mais próxima a eles, talvez pelo estabelecimento de uma forma similar de desenvolvimento do processo de trabalho. Como o desenrolar do trabalho em outro turno é diferenciado, há certa dificuldade de aceitação desse modo de ação, fazendo com que os trabalhadores hesitem em estabelecer parcerias para a realização de um trabalho conjunto, integrado.

É comum que as relações hierárquicas se manifestem na maioria das relações de trabalho, o que não significa uma postura de exacerbação de poder. Certo grau de hierarquia se faz necessário para que haja um elemento responsável pelo trabalho como um todo, mas essa responsabilização de um trabalhador não exclui o compartilhamento de decisões e a discussão conjunta das problemáticas enfrentadas no cotidiano de trabalho. No SSC e na Unidade Conceição, há esse movimento no sentido da realização de um trabalho ditado e gerenciado pela totalidade da força de trabalho. Os resultados, porém, encontram-se ainda incipientes, devido em parte a um modo de fazer que foi construído ao longo do tempo e encontra-se arraigado em cada trabalhador.

O MS, em seu Plano Nacional de Saúde, prevê o fortalecimento da gestão democrática, com a participação dos trabalhadores de saúde na gestão dos serviços, assegurando a valorização profissional, bem como fortalecendo as relações de trabalho e promovendo a regulação das profissões, com vistas a se efetivar a atuação solidária, humanizada e de qualidade. Nesse sentido, uma das estratégias para o alcance deste objetivo pode ser a realização do planejamento estratégico participativo (GELBCKE et al, 2006). Esse tipo de gestão, em que há a intenção de conclamar todos os envolvidos no sistema de saúde - trabalhadores, gestores e usuários - a participarem do processo de planejamento das ações tem sido a tônica da atual gestão do SSC.



Existe uma questão relacionada à gestão do trabalho, que foi considerada pelo gestor do SSC e por um dos trabalhadores da unidade como tendo sido causadora de grande interferência no processo de trabalho da unidade de saúde, principalmente em relação à continuidade da atenção domiciliar desenvolvida. Refere-se ao processo de pactuação feito com o Município no ano de 2002 e que foi responsável pelo aumento da área de abrangência das unidades de saúde do SSC. Esse processo deu-se em função da necessidade de terminar com os vazios assistenciais no município. Com isso, houve a promessa de ampliação dos recursos humanos e do auxílio financeiro para aumentar a área física.

*A gestão passada do município, concomitante também com o Conselho Municipal, fizeram uma pactuação na cidade para acabar com os vazios demográficos. Só que o município não tinha como se expandir no todo e o GHC fez um contrato de metas, que são as contratualizações. O Conceição ampliava a área para não ter mais vazio nas áreas de assistência. Só que nisso tinham uma capacidade de equipe para três e foi para oito, dez, explodiu. A proposta era, via um contrato de metas, ampliar as unidades na área física e contratar pessoal. Só que acho que foi um erro isso, porque tu perde o vínculo em áreas muito grandes. Mas Porto Alegre ficou sem vazio assistencial. Mas, com isso, todas as questões da atenção foram modificadas, porque a demanda do ambulatório sufoca. Dentro disso diminui essa atenção à família que é essa atenção de ir no espaço domiciliar (G1).*

Como é possível perceber por intermédio do depoimento acima, o pacto não foi cumprido pelo gestor municipal, fazendo com que as unidades ficassem sobrecarregadas de trabalho, já que permaneceram com o mesmo quantitativo de recursos humanos e a mesma área física. Essa foi uma problemática que influenciou em muito o processo de trabalho na atenção domiciliar, visto que o aumento da demanda à unidade fez com que o tempo disponibilizado para ações externas à unidade ficasse comprometido.

*Com a implantação do PSF pelo município, piorou muito o serviço da unidade, pois solicitaram que aumentasse a área, que o município daria mais funcionários e medicação, o que não aconteceu. Na Unidade Conceição, a assistência domiciliar perdeu muito nos últimos anos por causa do aumento da área (E8).*

O local do estudo não é uma unidade de PSF, porém, essa pactuação com o município ocorreu em função de ser uma unidade que já vem, historicamente, trabalhando nos moldes almejados pelo Ministério da Saúde para o trabalho das equipes de saúde da família. Segundo Lopes (2005), o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição precede e constitui-se num dos marcos contribuintes ao processo de mudança do Sistema Único de Saúde brasileiro e serviu de base para a criação e a implantação da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde, continuando a ser referência na construção do novo modelo assistencial.

Diante disso, não teria lógica o município implantar uma unidade de PSF em áreas já assistidas pelo SSC e, então, apenas solicitou a ampliação de cobertura populacional. O SSC é reconhecido nacionalmente, e isso foi entendido pelos gestores, mas não houve a contrapartida esperada, o que ocasionou, pelo que foi possível apreender dos depoimentos dos participantes do estudo, perdas na qualidade do processo de trabalho desenvolvido nas unidades de saúde.

## **5.2 Indicadores**

### **5.2.1 Os trabalhadores da atenção domiciliária desenvolvem seu processo de trabalho segundo as diretrizes da APS**

Esse tema apresenta como pano de fundo as questões relacionadas aos elementos do processo de trabalho como objeto, finalidades, instrumentos e produto. Esses elementos foram visualizados no transcorrer do desenvolvimento do processo de trabalho em atenção domiciliária pelos trabalhadores por meio de seus depoimentos e são comparados com as diretrizes da APS. Ou melhor, é realizada uma discussão envolvendo os princípios ordenadores da APS relacionados por Starfield (2002) como sendo imprescindíveis para concretização desse tipo de atenção à saúde, dos quais: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária.

O processo de trabalho em saúde é norteado por diretrizes, normas e conceitos

que advêm de uma superestrutura relacionada a leis, decretos, pareceres que conformam o sistema de saúde como um todo. O sistema de saúde direciona o desenvolvimento de processos de trabalho, por meio de um modelo de atenção à saúde a ser seguido, enquanto uma estratégia para alcançar as metas governamentais, que deveria ser, por princípio, a saúde para todos os cidadãos.

Nesse sentido, os serviços de saúde, sejam hospitalares ou de unidades básicas, tendem a desenvolver seu processo de trabalho segundo o modelo apregoado pelo sistema nacional de saúde. É necessário que se relativize, pois sempre existem forças heterogêneas e contrárias às políticas traçadas nos ambientes onde se operacionalizam essas políticas. Se assim não fosse, não precisaríamos de estudos analíticos, como esse. Para as unidades básicas que compõem o sistema de serviços de saúde existe uma determinação exposta através da Política Nacional da Atenção Básica, a concepção e a forma de como essa atenção deve ser desenvolvida. A atenção básica, de acordo com o Ministério da Saúde, caracteriza-se:

por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006c, p.10).

Como já discutido anteriormente, a atenção básica, também designada como atenção primária à saúde, tem um histórico antigo na busca da saúde para todos. Surge da reflexão de membros de vários países, que enfrentam a problemática da dificuldade da população com o acesso à saúde e acabam por elaborar um conjunto de guias e conceitos extraídos da discussão conjunta e de seu entendimento de como o sistema de saúde deveria se mobilizar para atingir o patamar esperado de saúde para todos no ano

2000. Esse processo de discussão deu-se na Conferência de Alma-Ata, em 1978, e as recomendações foram apresentadas no Relatório dessa Conferência.

Pode-se perceber como os serviços são influenciados por essas diretivas, a partir dos depoimentos de vários trabalhadores atuantes na unidade de saúde que foi foco do presente estudo de caso, ao dissertarem acerca do motivo da realização da atenção domiciliária na sua unidade de trabalho:

*É um dos princípios da medicina de família, você atender toda a comunidade. Quem não consegue vir ao posto, a gente tem que ir em casa, faz parte do papel do médico de família. Acredito, não só do médico, mas todo funcionário que está na atenção primária (RM2).*

*Eu acho que isso é uma parte importante da atenção primária, a assistência domiciliar, pelo vínculo com o paciente e por conhecer as condições de moradia, as condições familiares dele e ver ele mais integralmente (RE1).*

*Desde que a gente concebeu o serviço, fez o projeto em 82, a gente tinha como um dos princípios ou uma das atividades fundamentais atender as pessoas em casa. Antes nem se falava em assistência domiciliar, não se falava em programas de assistência domiciliar, mas a gente sempre considerou que isso era importante e devia fazer parte da nossa atuação como médico de família (M6).*

Os trabalhadores demonstram que os princípios e fundamentos da atenção primária à saúde encontram-se inseridos no dia-a-dia de quem atua nesse tipo de serviço. Encaram a atenção domiciliária como parte intrínseca do trabalho desenvolvido nesse modelo de assistência, o que demonstra uma compreensão dos objetivos que podem ser alcançados através dela.

Quer parecer que o trabalho desenvolvido é tão enraizado historicamente que não se realiza, atualmente, somente em vista de uma necessidade da população a qual atende. O que não quer dizer que a necessidade não exista, ao contrário, há ampla manifestação desta, tanto pelos trabalhadores e gestores, quanto pelos usuários. O que se percebe é que a necessidade é histórica e tornada inerente a esse tipo de trabalho, a APS, através do tempo.

Pode-se visualizar tal constatação por meio dos relatos e da própria história da APS, que foi, aos poucos, sendo incorporada por esse serviço de atenção básica.

Em diversos locais do mundo já a partir da década de 70 (século XIX), e no

Brasil mais intensamente a partir de 1984, a prestação de cuidados à saúde sofre alterações significativas. Iniciam-se movimentos que alteram os modos de “fazer” e propõe novos modelos de “agir” em saúde. É neste contexto que surge como especialidade a medicina de família e comunidade e o Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Esta mudança decorre, da diversidade dos problemas que interferem no processo saúde-doença, na dificuldade dos serviços de saúde darem conta às diferentes demandas de cuidado das pessoas – individuais e coletivas – e das realidades dos diferentes locais do sistema de saúde (LOPES, 2005, 101-102).

Outros autores que ressaltam essa questão são Matumoto, Mishima e Pinto (2001, p.237), quando relatam que “as práticas de saúde atuais lidam com a identificação de necessidades constituídas da mesma forma em processos sócio-históricos.” Como se pode perceber, as necessidades não são atuais, porque a necessidade de saúde não é atual, ela sempre existiu como forma de proporcionar aos seres humanos condições de vida e trabalho e, conseqüentemente, de subsistência. Ao mesmo tempo, as necessidades de saúde, que são históricas, mudam de acordo com os valores de uso/troca, fazendo com que as práticas de saúde acompanhem essas mudanças, organizando-se de forma a atender aos carecimentos sociais.

A saúde é uma das necessidades dos seres humanos, que se mobilizam em sua busca contínua. Uma das formas de ter meios para promover e manter a saúde é o trabalho. Reflete-se que a condição de saúde dos seres humanos é composta a partir da sua realidade de vida e das condições econômicas e sociais em que eles têm de viver. Fromm (1983), um estudioso das idéias marxistas, coloca a importância, sempre ressaltada por Marx, de se estudar o homem e sua história partindo do homem real e de suas condições, e não se atendo somente às idéias dele.

Visualiza-se esse tipo de questão ao se refletir acerca da forma como teve origem a APS no Brasil e no mundo. A partir da observação da realidade das populações, que não estavam tendo acesso à saúde, é que essa necessidade se mostrou clara aos olhos do mundo inteiro e exigiu a mobilização de todos.

Hoje em dia, passados mais de vinte anos de tentativa de implantação dessa modalidade assistencial pelos países do mundo todo, a saúde ainda apresenta-se como carente de atenção, e a comunidade permanece com necessidades de cuidado oriundas,

em parte, das suas condições econômicas e sociais. Pode-se acompanhar essa linha de pensamento através dos depoimentos de alguns usuários do serviço público de saúde:

*Eu não tenho como pagar um médico particular, então eu tenho auxílio do Hospital Conceição. Toda a parte de enfermagem, médico (F1).*

*Não tem convênio nenhum, nós estamos os dois aposentados. Hoje em dia não há nada que chega (F2).*

São pessoas idosas, aposentadas, que moram sozinhas e não podem contar com auxílio de filhos ou outros parentes que também não têm condições de ajudar. O serviço público está oportunizando a concretização do direito à saúde a essas pessoas, por meio do acesso ao sistema de saúde e, no caso, principalmente, da assistência domiciliária, ao acesso facilitado através da não necessidade de deslocamento até uma unidade de saúde.

Quando se reflete sobre o processo de trabalho em saúde, percebe-se que não se tem como separar finalidade do serviço e necessidade de saúde. São conceitos que se entrelaçam, já que a finalidade do trabalho deve estar aliada à necessidade de o mesmo ser desenvolvido. No caso da Unidade de Saúde Conceição, a maioria dos sujeitos participantes da pesquisa, sejam trabalhadores ou usuários, relaciona a finalidade do serviço na atenção domiciliária com a necessidade da população adstrita a ela. Essa necessidade é embasada no deslocamento dos usuários até a unidade de saúde, que é evitado através da atenção realizada no domicílio. Vejamos:

*Eu fui lá, conversei, porque eu não tenho como levar ele todas as vezes daqui lá, é difícil, mesmo que eu leve de táxi, aí chega lá, tem que tirar ele no colo, botar na cadeira ...fica mais difícil (F3).*

*A finalidade dela, desse desenvolvimento, é para as pessoas que estão acamadas, não podem se deslocar para a unidade (G3).*

*Eu vejo que a finalidade é com relação à dificuldade que esses pacientes têm de chegar até o posto. Como eles têm essa dificuldade, então, a equipe vai até esse paciente para tentar dar uma atenção melhor para ele (E5).*

*Eu acho que é proporcionar uma assistência a pessoas que não podem vir ao posto, seja temporária ou definitivamente (M1).*

*A finalidade do serviço de assistência domiciliar, eu acho que é prestar um serviço ao acamado, não só da parte clínica médica, mas também*

*enfermagem, psicologia, uma abordagem multidisciplinar para a pessoa que está acamada, não tem condições de ir até a unidade de saúde (RM3).*

Essa é uma necessidade descortinada no real do cotidiano do serviço, que desponta como necessidade posta pela clientela assistida. Porém, é uma necessidade posterior à necessidade de criação do serviço de atenção domiciliar que, este sim, advém historicamente de necessidades mais gerais, como discutido anteriormente. Poder-se-ia dizer que existem necessidades mediatas, que tiveram todo um antecedente histórico de criação e necessidades imediatas, que são aquelas advindas de especificidades locais.

As necessidades imediatas podem apresentar-se de diferentes formas como, por exemplo, solicitação por consultas, controle de sinais vitais, curativos, imunização, exames laboratoriais, ou outro tipo qualquer de atenção que exija a presença do trabalhador de saúde no domicílio. No caso específico da atenção domiciliar desenvolvida na Unidade Conceição, as ações concretizam-se na figura, geralmente do idoso que, por sua própria condição de vida, apresenta maior dificuldade de locomoção, tem mobilidade diminuída e exige então uma atenção direcionada a ele.

E, trazendo mais para a questão micro do processo de trabalho, o trabalhador, ao realizar a atenção domiciliar, dá início a esse processo objetivando atender a uma finalidade mais imediata, o motivo gerador da assistência, como no caso dos exemplos citados acima, que são bem pontuais e exigem sua resolução. No entanto, o processo de trabalho também tem necessidades mediatas, que são aquelas descortinadas no decorrer da assistência, quando o trabalhador encontra-se no domicílio e, ao desenvolver as ações para satisfação da necessidade imediata, observa a realidade de vida e saúde do paciente e do grupo familiar. A partir desta observação, há a possibilidade de expandir o olhar para as demais questões que envolvem a saúde como um todo.

Nessa relação de reconhecimento de necessidades, fazem-se presentes a concepção do processo saúde-doença e o projeto que se defende, considerando-se as necessidades a partir de um recorte biológico ou considerando-se as relações da vida

em sociedade, transformando-as nesse filtro, objeto das ações de saúde (MATUMOTO, MISHIMA, PINTO, 2001). Isso significa que as necessidades podem ser vistas e trabalhadas rumo à sua satisfação, de diferentes formas, conforme o modelo de saúde que alicerça o serviço em que é prestada a ação.

Se a visão que se tem do processo como um todo é ampla, o trabalhador não permanece em um cuidado centrado unicamente no indivíduo, mesmo que este tenha sido o motivador do início da assistência. Ele inicia pela tentativa de atingir aquela finalidade imediata, que pode ser a realização de um curativo, o controle de sinais vitais, o alívio de dores, etc., mas amplia o seu olhar para o contexto familiar e social e estabelece as relações com esse meio, expandindo o cuidado para além de um corpo individual.

De acordo com Kirchhof (1995, p.61), as atividades em saúde “representam processos de trabalho das profissões de saúde que, por princípio, estariam direcionadas ao alcance de uma finalidade mais geral, ampliada”. A autora alude à questão de que o processo de trabalho em saúde é concretizado por meio de atividades que apresentam finalidades imediatas que se destinam a, juntas, alcançarem uma finalidade mediata, que é mais ampla. Em vista desse entendimento, é que se faz esse tipo de assertiva, de que o trabalhador da saúde na atenção domiciliária pode iniciar seu processo de trabalho visando finalidades imediatas, como as exemplificadas acima, mas, deve apresentar uma intencionalidade de alcançar uma finalidade mais ampla, considerada como a finalidade mediata de seu processo de trabalho, visando a atenção do ser humano como um todo, não permanecendo restrito à uma ação pontual, que se encerra em si mesma.

Por isso é que se pensa, também, na existência de serviços em que não há a atenção domiciliária sendo desenvolvida porque os trabalhadores e gestores apresentam uma concepção do processo de saúde e de adoecimento que os leva em direção a uma conformação assistencial diferenciada como forma de atender à necessidade que está sendo visualizada. Para os trabalhadores que atuam em uma lógica de APS, essa mesma necessidade se direciona para a atenção no domicílio, porque esse tipo de atenção faz parte da sua concepção de saúde e, logo, assistencial.

Ao se discutir a finalidade posta através dos depoimentos de trabalhadores,



gestores e usuários, em que esta despontou como a assistência a pacientes sem condições de se deslocarem até a unidade de saúde, reflete-se que esta é uma finalidade imediata, mas que contém finalidades mediatas no interior do seu processo de desenvolvimento, pois pensar em prestar atenção à saúde de um indivíduo significa visualizá-lo como um ser singular, mas um ser que se encontra inserido em um contexto de vida, de relações, o que o torna carente de necessidades outras compondo o seu processo de ser saudável.

Esta visão parece ser a que estaria embasando a atenção domiciliária na unidade estudada ao analisarmos o manual que o grupo desenvolveu e que deveria servir como guia para todo trabalhador ao realizar esse tipo de atividade. Entretanto, através da observação do trabalho propriamente dito, essa questão parece não estar sendo contemplada pela grande maioria dos trabalhadores. Percebe-se um atendimento individualizado, direcionado para uma pessoa em sua particularidade, e realizado no modelo clínico de atenção, com enfoque em problemas ou queixas apresentadas.

Se nos reportarmos à diferenciação estabelecida por Starfield (2002) em momento anterior deste estudo, perceberemos que o enfoque da atenção realizada é um dos marcadores que distinguem o tipo de modelo que está guiando o serviço. A autora traz que, em um modelo convencional, o enfoque da assistência é na doença e na cura, enquanto o enfoque da atenção primária é na saúde, com prevenção, atenção e cura. E que o conteúdo do trabalho deve ser uma atenção abrangente e não somente um foco em problemas específicos.

Agora, para que o trabalho em APS realmente se processe nos moldes ditados pelas concepções que a norteiam, segundo Starfield (2002), é preciso que haja o conhecimento e a operacionalização de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária. A autora afirma que só haverá uma atenção primária à saúde de qualidade, quando esses seis princípios estiverem sendo obedecidos, em sua totalidade.

Em relação ao princípio do primeiro contato que, segundo a definição de Starfield (2002), implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais procura-se atenção à saúde, acredita-

se que a realização da atenção domiciliária, por si só, já pode ser considerada como um passo nessa direção. O desenvolvimento deste processo de trabalho tem significado, para os trabalhadores, uma forma de proporcionar acessibilidade a pessoas que não têm condições de obter cuidados de saúde nos espaços formais, como as unidades de saúde. E no decorrer da assistência, essa questão também é atendida na medida em que novos problemas são solucionados ou encaminhados para resolução por outros setores, sempre que se apresentam.

Esse é um aspecto importante vinculado à atenção domiciliária, pois envolve uma atenção constante por parte dos trabalhadores aos usuários, sem que haja a necessidade de solicitação por parte dos últimos. Como coloca Starfield (2002), uma das diferenças essenciais entre a APS e a atenção oferecida por outras especialidades está posta justamente no acesso universal e que não deve ser necessariamente relacionado ao grau de necessidade, pensando que não se pode esperar que os usuários conheçam a gravidade ou urgência de seus problemas a ponto de buscarem atendimento para eles. E a atenção domiciliária, em sua organização interna, deve apresentar uma rotina de visitas aos domicílios, como forma de acompanhar o estado de saúde de seus usuários.

Na realidade, essa é uma questão que pareceu não estar muito organizada atualmente. Essa reflexão está embasada na observação do processo de trabalho desenvolvido durante o período da coleta de dados e, também, nos depoimentos dos usuários, que relatam não existir, no momento, uma rotina no comparecimento dos trabalhadores às suas residências:

*Às vezes eles vêm. Não é uma rotina, que vêm de tanto em tanto tempo. Era antes, agora não é mais. Não sei por que mudou (F2).*

*O serviço da medicina de família mudou muito, não é mais o mesmo e não sei por quê. Há anos atrás vinham na casa de quinze em quinze dias, e agora não é mais assim, vêm somente quando chamam. Gostaria se fosse uma coisa assim de uma vez por mês, dar uma passada ao menos para ver como tá (F4).*

*A (...) (nome do trabalhador) me falou que vai vir um médico que faz tempo que não vem. Na enfermagem tudo bem, elas vêm, nem que seja só para visitar, medir pressão, essas coisas (F5).*

Através da observação do trabalho realizado e das problemáticas evidenciadas durante este momento, foi possível perceber um déficit no planejamento interno, na medida em que foram observadas situações características disso. Um exemplo foi na análise da pasta na qual ficam arquivadas as fichas de atendimento, tipo *check-in-list*, (Anexo 3) dos pacientes que fazem parte do programa de atenção domiciliária. Foi constatada a presença de grandes e variados espaços de tempo entre uma visita domiciliária e outra, o que levou a consideração da existência de uma falta de regularidade nelas.

Ao mesmo tempo em que há uma preocupação em assistir a uma clientela necessitada de atenção à saúde, o que é feito através da atenção domiciliária, configurando-se em uma tentativa de proporcionar acesso à saúde por parte desta população, não existe uma sistematicidade, que pode estar justificada, em parte, pela demanda excessiva existente na unidade de saúde, fazendo com que essa atividade de assistência no domicílio seja suplantada pelo envolvimento com outras ações oriundas dessa demanda espontânea à unidade.

O motivo talvez possa estar em que a concepção existente sobre a atenção domiciliária, desde o início da estruturação da unidade de saúde, não tenha sido difundido entre os novos integrantes que foram se inserindo na equipe com o decorrer do tempo. A equipe inicial, que concebeu o serviço, tinha suas idéias permeadas pelos ideais da medicina comunitária e o organizaram com base nestes ideais. Percebe-se a importância de ter uma pessoa ou um grupo de trabalho constantemente direcionado pela filosofia do serviço. É uma tarefa que compete ao gestor, ou a alguém que o represente perante o serviço, no sentido de uma retomada dessa filosofia esporadicamente, como forma de mantê-la dentro do espírito inicial, evitando deixar cair a qualidade da atenção prestada.

Esse tipo de preocupação está se fazendo presente na atual gestão do Serviço de Saúde Comunitária, que vem tentando trazer a questão da atenção domiciliária à discussão entre os diversos trabalhadores atuantes nas doze unidades de saúde que compõem o SSC.

*Espero que esse grupo tenha esse alcance de desencadear um processo de construção de uma política do serviço. Hoje quem determina a forma de trabalho é cada equipe. Tem aquele manual de orientação, mas não foi*

*sistematizado como política. Então, ela fica se organizando no micro (G1).*

A gestão que vem tentando ser exercida por este trabalhador visa a realização de um trabalho conjunto entre os membros de cada equipe atuante em uma unidade de saúde, assim como entre estas e as demais unidades e o próprio colegiado de gestão. Para desempenhar com êxito essa função tem adotado uma atitude profissional de compartilhamento de decisões e de convite aos trabalhadores a uma maior aproximação das problemáticas evidenciadas no seu cotidiano de trabalho com a busca de soluções para estas. A intenção de sistematizar a atenção domiciliária desenvolvida em cada uma das doze unidades de saúde que compõem o SSC é um dos exemplos desse desejo de compartilhamento de responsabilidades, assim como é um compromisso com a atenção à saúde da população. Essa última assertiva baseia-se no entendimento de que esse gestor visualiza a atenção domiciliária como uma das ações inerentes à atenção primária em saúde que precisa ser assumida concretamente pelo SSC.

Percebe-se esse gestor reconhecendo que sua função deve ser entendida como: “La asunción de una nueva función que, en un entorno de medicina gestionada y de trabajo en equipo, es decisiva para los resultados finales sobre la salud de los ciudadanos que produce el equipo de atención primaria” (BADIA, CONTEL SEGURA, ORTI, 2001, p. 1).

Para uma efetiva realização da atenção domiciliária, há necessidade de que outras ações sejam desenvolvidas, para que esta ocorra a contento. Significa dizer que existe uma organização de trabalho voltada não somente à composição de infraestrutura e recursos humanos, mas também à capacitação dos trabalhadores e a organização acerca da forma como o trabalho irá se desenvolver. O aspecto da qualificação tem extrema importância, justamente pelo fato de que a equipe não é sempre a mesma. Ela sofre alterações com o decorrer do tempo, seja pelo motivo que for. Isto exige que as pessoas que estão se inserindo na proposta de trabalho sejam inseridas no modelo, de forma que possam apresentar comprometimento com ele.

A observância desse aspecto no processo de trabalho é papel fundamental do dirigente, coordenador de serviço ou representante do gestor. Seja o nome que for que tiver esse elemento com função de direção de uma equipe de atenção primária, o importante é que não seja, como abordado por Badia, Contel Segura e Orti (2001), apenas um porta voz das decisões do grupo e sim um líder profissional que consegue o melhor serviço para a população a que atende, prestando atenção especial ao desenvolvimento dos profissionais que dirige e sendo fiel a missão que tem estabelecida sua organização de trabalho.

A filosofia que está por trás de cada ação e do serviço como um todo precisa ser discutida permanentemente e apreendida aos novos trabalhadores, evitando, assim, que cada um faça do jeito que imagina deva ser feito. Quando há um modelo de assistência à saúde que esteja orientando para a realização das atividades dentro de um serviço, o processo de trabalho não pode ficar à mercê da individualidade de cada trabalhador. É interessante refletir como a teoria e a prática são conceitos que se compõem e se contrapõem ao mesmo tempo, pois um precisa do outro; eles não podem ser vistos isoladamente. Não é tarefa simples o direcionamento da questão prática de acordo com a teórica, já que para isso são necessários elementos que nem sempre temos a nosso dispor, como as distorções entre o modelo APS e o modelo inculcado na grande maioria dos cursos de formação dos profissionais de saúde, ou mesmo as precárias condições de oferecer um serviço de educação permanente aos trabalhadores. No decorrer do desenvolvimento do processo de trabalho estão envolvidos aspectos que se fazem presentes em algum momento e que funcionam como impeditivo dessa conjunção teórico-prática, dando margem a que outra conjunção se concretize.

Para exemplificar, pode-se trazer a questão da demanda à unidade de saúde que, por vezes, pode acabar ocupando todos os espaços e fazer com que os trabalhadores se vejam mergulhados nela, sem perceber que estão sendo estrangulados por ela e que, em vista disso, não conseguem mais desenvolver seu trabalho da forma como o conceberam. Não efetuando paradas estratégicas para reflexão, estão sob o risco de deixarem diversas ações serem subsumidas por essa demanda.

Entendemos que, além da importância de se trabalhar com os novos integrantes das equipes acerca das finalidades do trabalho a ser produzido na assistência

domiciliária, somente esse processo não é suficiente, em vista da realidade ser extremamente dinâmica, na qual existem não só diferentes sujeitos, mas, também, diferentes projetos circulando. Essa questão precisa ser problematizada nas reuniões de equipe, ou seja, provocar uma discussão e reflexão acerca do processo de trabalho que vem sendo desenvolvido, questionando o que está sendo realizado, por que e para quem, além de pensar em que contexto a assistência domiciliária está sendo realizada.

Um dos gestores trouxe a questão da problemática gerada pela ampliação da área adstrita, o que ocorreu com todas as unidades do Serviço de Saúde Comunitária. Ela relata que essa ampliação foi realizada em vista de uma pactuação feita com o município, conforme já abordado anteriormente.

*Com isso todas as questões da atenção foram modificadas, porque a demanda do ambulatório sufoca. Só que a demanda, se tu não a inverte ou pensa de forma diferente, ela sempre amplia. Vai mudando o perfil de atenção. Fica estimulando uma coisa mais individual, menos coletiva. Mas dentro disso diminui essa atenção à família que é essa atenção de ir ao espaço domiciliar (G1).*

No momento, a reflexão a ser realizada não é a da demanda não estar permitindo a realização da atenção domiciliária. Essa demanda é que não está permitindo espaços que possam estar sendo utilizados para uma avaliação da atenção domiciliária, e para um processo educativo junto aos trabalhadores que a desenvolvem.

No início do período de coleta de dados, houve a informação de que todo trabalhador que fosse inserido na equipe de trabalho, antes de ter um paciente de atenção domiciliária sob seus cuidados, seria convidado a fazer uma leitura compreensiva do “Manual de Assistência Domiciliar”, e receberia orientações acerca desse processo de trabalho. Além de que a primeira visita domiciliária seria realizada em conjunto com algum colega que já estivesse imbuído do espírito e do objetivo desse tipo de atividade. Porém, essa não foi uma questão que tenha ficado demonstrada na prática. Durante o período de observação da pesquisa, acompanhou-se um trabalhador que, pela primeira vez, estava na assistência a um paciente inserido no programa de acompanhamento domiciliar. Percebeu-se que o trabalhador não passou por nenhum tipo de treinamento, não recebeu orientações do tipo: o que fazer; como

fazer; por que fazer. Assim como não lhe foi fornecido um plano assistencial, o que, teoricamente, deveria ter sido feito.

Parece que nenhum suporte foi fornecido a este trabalhador, a não ser a presença de uma colega que o acompanhou, pois foi necessária sua orientação quanto aos materiais a serem reunidos antes de deslocar-se ao domicílio. No momento da realização da atenção domiciliária, o trabalhador mostrou-se inseguro, questionando ao pesquisador como preencher o *check-in-list* de avaliação do paciente e o que colocar no prontuário do paciente.

A organização desse processo de trabalho está sofrendo interveniências, prejudicando-o. E se tem a tendência explicativa de relacionar essa deficiência à alta demanda da clientela à unidade de saúde, o que faz com que haja o completo envolvimento dos trabalhadores com ela e acabem “deixando correr o barco” no que se refere à atenção domiciliária, por exemplo. Essa é uma lógica invertida dentro do modelo que os trabalhadores apregoam seguir. A realização de outras atividades como a atenção domiciliária pode contribuir para conseguir inverter, um pouco, essa demanda.

O que tem transparecido é que o modelo clínico é o que está predominando nas ações dos diversos trabalhadores atuantes na unidade. Isso foi constatado, tanto nos depoimentos, quanto e, muito mais claramente, na observação do processo de trabalho realizado.

*Têm um modelo muito na clínica, sabe. Têm horas longas de ambulatório. Fazem clínica. Quero dizer que estão centrados naquilo, não no coletivo e isso dá uma diferença na assistência (G1).*

Essa foi uma questão geral que se mostrou durante as visitas domiciliares acompanhadas. Não parece existir diferença entre um atendimento prestado no domicílio e um atendimento realizado em uma das salas de consulta da unidade de saúde. O molde das ações é o mesmo: uma consulta clínica com todos os passos desta, como exame físico, perguntas acerca de medicações utilizadas, funcionamento dos órgãos do corpo e prescrição médica no caso de a visita ser realizada por um dos

médicos. Na maioria das vezes, não foram visualizadas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças ou ações educativas sendo desenvolvidas. Assim como - e aí se adentra na questão do objeto de trabalho - a família, em geral, não é considerada como o objeto de trabalho nessa atividade, e não há demonstração de valorização do contexto domiciliar.

O direcionamento das ações dos trabalhadores é para o indivíduo doente, acamado, sem possibilidade de deslocamento até a unidade de saúde. Isto não seria problema, se a família estivesse incluída no cuidado. O processo de trabalho pode ser iniciado orientando-se o cuidado para um indivíduo especificamente, mas quando a ação é guiada pelo modelo de APS, temos a obrigatoriedade de estender esse objeto para além do indivíduo doente, aproveitando esse momento ímpar de contato com o ambiente de vida da família para avaliar o todo, e avaliar todos os membros desta família e, assim, cuidar dela. Acerca dessa questão, na NOB-SUS 1996 está redigido:

O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias (SUS, 2004, p.87).

Algumas falas retratam o objeto de trabalho na atenção domiciliária:

*Para o paciente, o serviço é para o indivíduo que estiver precisando, acamado. O objeto direto é o paciente. Mas a gente ajuda a família também, orientando eles no cuidado do paciente. Às vezes a família está tão atrapalhada que a gente acaba ajudando a família, a família precisa de ajuda para cuidar o paciente (E2).*

*Aqui no posto é principalmente para pacientes acamados, idosos que por algum motivo, alguma doença, não conseguem mais caminhar ou para pacientes acamados de qualquer faixa etária (RM2).*

*Eu acho que o nosso cliente é a pessoa, o acamado, principalmente. A pessoa que teve um evento que o deixou acamado, ou uma pessoa que fica temporariamente incapacitada, tipo sofreu um acidente de trânsito. Mas basicamente é o idoso acamado por alguma seqüela neurológica, um problema ósteo-muscular, alguma artrose, acho que é basicamente isso (M1).*

*O objeto são as pessoas que precisam desse cuidado, sejam pessoas que estejam acamadas, não conseguem sair da cama, nem das casas, ou das*



*peessoas que podem não estar acamadas, mas tem uma limitação importante, seja por falta de um membro ou por problema respiratório. Enfim, qualquer uma limitação que esta pessoa possa ter, para mim essa é a definição e este é o objeto de trabalho (M5).*

Esses depoimentos encontram eco na maior parte dos trabalhadores, principalmente, quando são observados no desenvolvimento de seu processo de trabalho. Na prática de trabalho, os esforços estão concentrados na realização do cuidado a um indivíduo doente, acamado ou debilitado por algum motivo. Mesmo com a convivência familiar gerada por meio desse atendimento individualizado no domicílio, os demais membros da família não são contemplados com um cuidado dirigido à sua saúde, mesmo que sejam também pessoas idosas como o próprio paciente objeto do cuidado. Não transparece que haja um projeto de trabalho voltado para a saúde do cuidador como sujeito que necessita de atenção, não só pelo aspecto de se manter em condições de permanecer executando seu papel de cuidador, mas, também, como um ser humano que carece de cuidados de saúde.

Em estudo desenvolvido por Rodrigues, Watanabe e Derntl (2006), os autores consideraram que, muitas vezes, “os programas de assistência domiciliar preocupam-se com o cuidador apenas quanto ao desempenho desta função, esquecendo que ele tem outros papéis a desempenhar e necessidades a eles relacionadas, além das próprias demandas de saúde”(RODRIGUES, WATANABE, DERNTL, 2006, p.499) .

Um aspecto que se salienta, principalmente, no depoimento do trabalhador E2 e no depoimento que virá logo a seguir, passa uma primeira impressão de que a família encontra-se compondo um objeto de trabalho. Porém, na continuidade da fala e, ao se buscar enxergar o que está além dessa aparência, fica claro que a atenção realizada à família é unicamente no sentido de manter o cuidador atuante em seu papel.

*Tu tens que ver, porque às vezes a família está cansada, e tu tem as vezes até que sentar com a família, com quem cuida. A gente faz muito. Ou a gente chega de volta da visita domiciliar e diz para a equipe, que foi visitado tal paciente e que tu achas que a família também precisa ser ajudada, ou quem cuida. Ou a esposa, um filho, uma filha, ou até uma empregada, o cuidador. Eles nos auxiliam muito porque aí tu não tens que ir todos os dias ver o paciente (E4).*

Observem-se as sentenças que foram grifadas nos depoimentos. Elas dão a noção exata de qual importância é dada à família. Essa relação com a família não pode ficar no nível de transformá-la em um aliado no cuidado do seu familiar, instrumentalizando-a para esse cuidado e, sim, considerá-la como um agrupamento de seres humanos que necessitam, também, serem cuidados.

Nesse sentido, Rodrigues, Watanabe e Derntl (2006) sugerem algumas ações que comportam a possibilidade de implementação do cuidado aos cuidadores, tais como:

A identificação de cuidadores secundários ou de pessoas que pudessem ajudar em outras atividades que não sejam as de cuidado, de forma a possibilitar ao cuidador um tempo para cuidar de si ou para descansar; a criação de grupos de cuidadores onde estes teriam a oportunidade de discutir entre si as suas dificuldades e as estratégias de cuidado com a própria saúde e trocar experiências sobre as ações de cuidado com o outro; assistência domiciliar ao cuidador para atendê-lo do ponto de vista médico, psicológico, social e funcional, procurando manter e restaurar sua autonomia e o seu conforto (RODRIGUES, WATANABE, DERNTL, 2006, p.499).

Em algumas falas também pode-se perceber que há uma visão diferenciada por parte de alguns poucos, como por exemplo:

*Parte da pessoa que está doente. Eventualmente pode se estender para a família e coisa e tal, mas o foco é a pessoa que está doente. Se tu perceber que a família tem problema que mereça uma intervenção, a gente pode fazer isso no domicílio também (M6).*

*Deveria ser para o paciente e para a família. Eu acho que é o paciente (G1).*

*Normalmente quando a pessoa vai atender em casa é porque foi chamado ou foi consultar para alguma coisa. A pessoa vai atender aquele paciente, termina às vezes sendo o problema dos familiares. Então, nesse caso, além do paciente, os familiares se tornam o conjunto (G2).*

*Eu acho que é a pessoa e a família. Porque às vezes a família está um trapo, porque é uma coisa muito desgastante, o cuidador (RP).*

Já se teve oportunidade de ver que um dos princípios ordenadores da atenção primária à saúde, que precisa ser conhecido e operacionalizado é a focalização na fa-

mília. “A focalização na família torna indispensável considerar a família como sujeito da atenção o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde” (STARFIELD, 2002, p.14).

O reconhecimento desse princípio é crucial para uma atenção de qualidade nos moldes da APS. Ele pode estar se perdendo com o passar do tempo. Os trabalhadores mantêm a realização de reuniões semanais para discussão da atenção domiciliar e esse espaço precisa ser utilizado para esse fim, em uma tentativa de resgatar a essência de um processo de trabalho em atenção primária.

A perda desse espaço de reflexão e discussão foi um dos aspectos observado durante o período de coleta de dados. As reuniões são utilizadas para discussão de casos clínicos, apresentação de relatórios de trabalho e discussão de temas em geral com convidados de outros setores. Essa perda de espaço foi constatada durante o período de observação. Também despontou no relato de um dos trabalhadores entrevistados:

*Às vezes a coisa sai do prumo. Tanto que assim, as reuniões de segunda-feira, quando eu cheguei, eram bem para discussão de casos. Os casos da assistência domiciliar. Pelo menos duas segundas-feiras por mês a gente discutia os casos da assistência domiciliar. Agora eu acho que já faz horrores de segunda-feira que não se fala do programa de assistência domiciliar, não se dá notícia de paciente (E6).*

Por que a atenção domiciliar não está sendo privilegiada nessas discussões? O que a faz ficar em segundo plano? Não existem assuntos relativos a esta que precisam ser discutidos, lembrados, avaliados? E, ainda, por que o programa de acompanhamento ao cuidador se extinguiu?

Houve um momento em que um dos trabalhadores chamou a atenção para o fato de estarem perdendo as prioridades que, no caso, são a apresentação dos casos de atenção domiciliar nas reuniões programadas inicialmente para tal. Tal posicionamento foi ocasionado porque um dos pacientes que seria apresentado ao grupo para avaliação de inclusão ou não no programa, não mais o seria por falta de tempo. Tinham sido colocados em pauta vários assuntos que ainda precisavam ser discutidos, o que levou a residente que estava de responsável pela apresentação do

caso decidir, em conjunto com um dos preceptores, adiar o relato para a próxima reunião. Foi uma decisão não realizada em conjunto, e quando um dos outros preceptores apercebeu-se do que estava ocorrendo, fez a colocação em relação a essa problemática. E complementou:

*Essa reunião foi criada para inclusão e discussão dos planos dos acamados. Os outros assuntos ficam para quando sobrar um tempo, e não o contrário (M5).*

É interessante como as coisas vão acontecendo de forma rotineira e os trabalhadores não se dão conta de que algo está se perdendo no meio do caminho. Por exemplo, esse caso da utilização das reuniões da atenção domiciliária para discussão de outros temas da assistência na unidade. Começa como um item a mais na pauta, no sentido de melhor aproveitamento do tempo, e vai tomando uma proporção tal que faz com que se invertam as prioridades. Mais uma vez, reitera-se a importância de ser mantido o foco no objeto do trabalho. O que pode fazer os trabalhadores despertarem para a realidade do que está acontecendo? Pode-se cogitar que, nesse momento, o “despertador” pode ter sido o elemento externo, na figura do pesquisador, cujo foco da atenção estava voltado justamente para as questões envolvendo a atenção domiciliária.

A hipótese levantada não é impossível, porque, querendo ou não, a presença do pesquisador acaba interferindo no processo de trabalho, por ser um elemento estranho ao grupo, com função de observação do trabalho. Porém, isso não é o mais importante nesse momento. O principal é perceber que há que se manter o trabalho em seu eixo original. Até porque esse tipo de ocorrência continuou ao longo do tempo desta pesquisa. Não houve a problematização da situação evidenciada, já que as reuniões permaneceram sendo utilizadas para apresentação de relatórios e discussão de outros assuntos não pertinentes à atenção domiciliária.

Em muitos lugares, o enfermeiro tem assumido o papel de gerenciador do processo de trabalho, por sua formação geral, suas noções de administração, seu suporte ético e humanizado no relacionamento com a equipe de trabalho, entre outros aspectos. Cruz, Barros e Ferreira (2001), ao trazerem a experiência da Escola de

Enfermagem da Universidade Federal Fluminense com *Home Care*, relatam que uma das atribuições da enfermeira é a liderança da equipe de enfermagem e da equipe de saúde.

Lacerda (2000) refere que a enfermeira tem um papel de destaque na equipe de saúde, sendo ela quem coordena as ações da equipe, e quem é sempre acionada para a solução dos problemas. “Ela é o eixo da situação, talvez porque tenha a visão do todo da situação” (p.177).

Nos Estados Unidos, a coordenação do cuidado no processo de trabalho nos serviços de atenção domiciliar é realizado por uma enfermeira, que geralmente transmite informações de um especialista a outro e estabelece uma relação entre os médicos que tratam do paciente. No Canadá, a enfermeira coordena o cuidado, provê a maior parte dele e monitora o paciente, enquanto o médico é quem determina o programa de cuidado. Já, em Israel, os médicos têm um papel mais central na atenção domiciliar do que em outros países. A maior parte do cuidado é realizado pelo conjunto médico-enfermeira, sendo que em algumas unidades o médico também coordena o cuidado (BENTUR, 2001).

Segundo Shepperd et al (1998a), no Reino Unido, o Sistema Nacional de Saúde provê atenção domiciliar como uma alternativa ao cuidado de pacientes que estão clinicamente estáveis e não requerem acesso a diagnósticos e especialistas médicos. A responsabilidade por esses tipos de serviços é assumida pela enfermeira.

Em um trabalho desenvolvido com espírito de coletividade, de inter-relações, qualquer um dos trabalhadores componentes da força de trabalho pode desempenhar um papel ativo, chamando a atenção para as questões que evidenciam escapando ao restante do grupo. Porém, é necessário que exista um elemento que assuma o papel de coordenador do processo como um todo, em uma tentativa de manter o trabalho sendo realizado dentro do modelo assistencial proposto. E, concorda-se que essa posição seja assumida pela enfermeira, justamente pela sua formação, o que a leva a demonstrar mais aptidão para lidar com problemas, realizar gerenciamento de serviços, exercer controle do processo de trabalho, entre outras habilidades específicas desse trabalhador.

Como foi mencionada a coordenação no sentido de organização e controle do

processo de trabalho, em que há uma estrutura física e humana que permite a concretização e o acompanhamento do trabalho, há necessidade de ser explicitada a outra noção de coordenação envolvida, sempre que se reporta à atenção primária em saúde, que é a esta como um dos princípios ordenadores da APS. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante, assegurando a oferta de uma combinação de serviços e informações de saúde que atendem as necessidades dos pacientes e que também envolva a ligação entre esses serviços.

De acordo com Starfield (2002, p.195), a coordenação:

pode ser facilitada por meio de vínculos mais formais entre os níveis de atenção e melhores linhas de comunicação e ser aprimorada por mecanismos eletrônicos de fluxo de informações, para melhor integrar a atenção em diferentes níveis e tipos de profissionais.

Seguindo essa linha de pensamento, pode-se pensar na questão dos prontuários dos pacientes e, no caso específico da unidade estudada, no prontuário da família. Este é um instrumento de grande importância para o alcance desse princípio ordenador, visto que nele estão congregadas informações e impressões levantadas por vários membros da força de trabalho. É a forma mais lógica e metodologicamente organizada de manter uma comunicação efetiva entre os diversos trabalhadores e, até mesmo, entre serviços.

No momento de apresentação do serviço de atenção domiciliar à pesquisadora, houve o repasse de informações relativas ao prontuário da família. O destaque foi de que este é um instrumento de trabalho utilizado por toda a equipe de forma duplicada, na unidade de saúde e no domicílio, como forma de compartilhamento de informações e facilitador das decisões por parte de qualquer dos trabalhadores que esteja realizando o cuidado. Foi relatado que é utilizado não somente pelos trabalhadores da unidade, mas, também, por trabalhadores de outros serviços e que sejam solicitados a prestar assistência no domicílio, como os serviços de atendimento de urgência.

*Abre prontuário de família e deixa no domicílio até que tenha alta. Todos escrevem nesse prontuário, inclusive equipes de pré, como SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) se forem chamados (E8).*

No acompanhamento do trabalho foi percebido que, embora haja uma intenção de compartilhamento de informações do prontuário, isso não se processa na realidade, nem entre os próprios trabalhadores da unidade, e nem com os demais serviços que tenham prestado assistência ao paciente da atenção domiciliária em algum momento. Teve-se oportunidade de acompanhar a assistência de uma paciente que, por ter apresentado uma piora no seu quadro geral durante a noite, o familiar chamou um serviço de atendimento de urgência existente no município, o ECOSALVA, com o qual a família tem um convênio. Foi observado que não foi efetuado nenhum registro no prontuário domiciliar por parte do profissional que assistiu à paciente.

Mas será que os trabalhadores atuantes nesse serviço de atendimento têm ciência da existência do prontuário domiciliar? E, não o tendo, os familiares estão informados acerca da importância desse instrumento de trabalho?

Essa questão alerta para o fato de que está se perdendo uma excelente forma de desenvolver uma integração entre serviços. Podem-se visualizar duas formas de concretização dessa integração entre serviços, uma através da ampla informação aos usuários do serviço de atenção domiciliária sobre a utilização adequada do prontuário domiciliar, fazendo com que eles mesmos sejam os transmissores da necessidade de registro; e outra por intermédio da busca pelos serviços com os quais os usuários mantêm convênios, visando divulgar o trabalho realizado e solicitar a colaboração em relação ao preenchimento do prontuário. Essa é uma tarefa inerente ao gestor que, devido à sua função de dirigente do serviço, é o responsável pelo estabelecimento de relações entre os setores e serviços, de forma a facilitar o processo de trabalho e garantir a qualidade da assistência prestada pelos trabalhadores que atuam sob sua coordenação.

Como referido por Badia, Contel Segura e Orti (2001, p.1): “La singularidad del ámbito de atención primaria obliga a considerar aspectos de gestión estratégica,

prestando especial atención al entorno y a las alianzas estratégicas con otros proveedores de servicios sociales y sanitarios.”

Percebe-se que o prontuário é referido por muitos dos trabalhadores como um dos instrumentos de trabalho, mas, contraditoriamente, não parece ser visto na prática com a importância de que é revestido. A começar pelo preenchimento tanto do prontuário existente na unidade, como do prontuário domiciliar, em que parece existir uma opção pessoal por um deles. Os próprios trabalhadores referem que normalmente não efetuam o registro em ambos os prontuários, apesar de saber que isso seria o correto, como ressaltado pelos entrevistados RE1 e RM3.

Durante a observação do processo de trabalho desenvolvido em atenção domiciliária, ficou clara a diferença de conduta dos trabalhadores em relação ao registro no prontuário. Todos os médicos e residentes de medicina observados levam o prontuário da unidade até o domicílio, para consulta deste naquele ambiente, mesmo não efetuando nenhum registro no local. E não questionam ao familiar acerca da existência do prontuário domiciliar. Ao retornarem à unidade, mesmo que não seja no momento imediato do retorno, realizam o registro da assistência prestada. Ao ignorarem o prontuário domiciliar, não estarão posicionando-se em uma atitude de desinteresse pelo trabalho dos demais integrantes do serviço de atenção domiciliária? Essa postura profissional não estará imbuída de um sentimento de que há um interesse somente nos dados que estão em seu poder, no caso, registrados no prontuário da unidade? Ou, então, por estarem assumindo que há um descaso geral em relação ao prontuário domiciliar, confirmam esse fato através da utilização em mãos do prontuário da unidade, em que estão registrados todos os dados necessários para re/conhecimento do histórico do paciente assistido.

Já, os trabalhadores de enfermagem, incluindo as residentes, não retiram o prontuário da unidade para realizarem atenção domiciliária. Ao chegar ao domicílio, a grande maioria solicita ao familiar o prontuário domiciliar e efetua registros nesse instrumento. Porém, nem todos preenchem o prontuário da unidade. Que significado apresentam posturas tão distintas entre trabalhadores de um mesmo serviço? Ao mesmo tempo em que integrantes desse serviço valorizam o prontuário domiciliar, o que o fazem por meio da utilização deste, não se incomodam por não estar havendo a



mesma utilização por parte dos demais trabalhadores. Isso é o que é demonstrado através da atitude de manutenção dessa forma de trabalho, em que não houve a observação por parte da pesquisadora de que tal fato os estivesse incomodando ou de ter presenciado alguma tentativa de chamar a atenção para essa questão em reuniões ou mesmo no dia-a-dia de trabalho.

A forma de registro também não é padronizada, a não ser entre os trabalhadores médicos, que mantêm o mesmo sistema utilizado nos ambulatórios e unidades de internação hospitalar. Este sistema consiste de histórico, lista de problemas, lista de medicações utilizadas e evolução. O método de realização da evolução médica é conhecido como SOAP, em que o trabalhador organiza os dados da atenção prestada no domicílio, seguindo uma ordem em que primeiramente são descritas as informações relatadas pelo paciente e pelo familiar em relação ao estado de saúde do primeiro (S); em seguida, há a descrição dos sinais e sintomas observados durante a realização da assistência (O); logo após é discriminada a avaliação estabelecida pelo trabalhador em relação ao paciente objeto da atenção (A) e; por último, é registrado o plano de tratamento orientado, exames que tenham sido solicitados, enfim, a conduta tomada pelo trabalhador (P).

Os trabalhadores da enfermagem não mantêm a sistematização da assistência realizada em nível hospitalar. A sua participação em relação ao prontuário manifesta-se na forma de realização de evoluções de enfermagem, a qual é desenvolvida em formato contínuo, sem separação dos dados na forma ordenada como SOAP. Todos os dados que precisam ser avaliados no momento da atenção domiciliária estão discriminados em um *check-in-list*, que fica armazenado em uma pasta própria, no posto de enfermagem. Este instrumento, normalmente, acompanha o trabalhador no domicílio, e é preenchido nesse local.

Se houver uma atenção particularizada ao item evolução, é possível confirmar a pouca importância atribuída ao prontuário como instrumento de trabalho. Primeiramente, pelos trabalhadores de enfermagem, que registram poucos dados, parecendo como se nada tivessem a dizer a respeito do paciente e da família assistidos, o que parece que perpetua a posição de subordinação em relação aos trabalhadores médicos.

Pode-se perceber que, mesmo nesse tipo de serviço, em que há uma verbalização de que o trabalho é desenvolvido em equipe, de forma conjunta, com participação de todos os trabalhadores de forma homogênea, na prática, tal relação não se apresenta dessa forma. E por que se tem essa impressão? Porque, a partir do momento em que os próprios trabalhadores de enfermagem (principalmente auxiliares e técnicos) não valorizam o seu próprio trabalho, na forma de estarem mostrando a sua capacidade de observação, avaliação e conduta através de um registro completo no prontuário, não se pode esperar que os demais trabalhadores o façam. Entende-se que a evolução curta e praticamente sem conteúdo é justificada pelos trabalhadores pelo fato de existir a metodologia de registro no *check-in-list*. Porém, esse instrumento não compõe o prontuário, o que faz com que os outros trabalhadores tenham a necessidade de recorrer à pasta, onde permanecem armazenados esses instrumentos, a fim de tomar ciência da avaliação realizada pela enfermagem. E será que o fazem? No espaço de tempo de desenvolvimento desta pesquisa, não foi constatada essa busca em nenhum momento.

A partir destas observações, pode ser depreendido que os trabalhadores não valorizam o prontuário domiciliar, no momento em que os médicos não o utilizam; a enfermagem faz a evolução, mas não cobra do restante dos trabalhadores que o façam; e o prontuário domiciliar é incompleto, contando, na maioria das vezes, apenas com as folhas de evolução. Essa problemática evidenciada em relação ao uso do prontuário domiciliar não garante a continuidade da atenção já que “para que os prontuários sirvam como um mecanismo de continuidade, eles devem conter informações importantes a respeito dos pacientes” (STARFIELD, 2002, p.394).

O prontuário é um importante instrumento de trabalho. Através dele é visualizado o trabalho desenvolvido, compondo um precioso instrumento de informação e de avaliação de condutas. Segundo Starfield (2002), os prontuários e os sistemas de informações servem a quatro funções:

Em primeiro lugar, são importantes como um auxílio à memória dos profissionais na atenção aos pacientes e como uma ferramenta epidemiológica no planejamento da atenção às populações. Em segundo, os prontuários médicos são documentos legais importantes: é considerado que o que aparece num prontuário reflete os processos da atenção e, portanto, fornece evidências quando estes processos são colocados à prova. Em terceiro, os prontuários médicos influenciam os processos de atenção. Em quarto lugar, os prontuários

médicos servem como uma fonte de informações a respeito da qualidade da atenção e indica como melhorá-las (STARFIELD, 2002, p.598).

Retomando as palavras iniciais de um dos entrevistados, de que esse instrumento seria utilizado por todos, inclusive trabalhadores de outros serviços, para compartilhamento de informações, há a obrigação de refletir na contradição entre teoria e prática. Mais uma vez ressalta-se que o processo de trabalho se transforma no decorrer do tempo, com a cotidianidade das ações, quando a rotina vai tornando as ações irrefletidas. Mesmo com a intencionalidade teoricamente manifesta, o conteúdo da prática permite perceber a utilização do prontuário de forma que não parece haver assimilação dos reais benefícios que advêm do seu correto uso como instrumento de trabalho.

Ao se refletir sobre essa questão, entende-se que o princípio da coordenação não vem recebendo a necessária atenção. Em parte, pela problemática abordada em relação à utilização do prontuário como fonte de informações e integração de trabalhadores e serviços. Como esse princípio da APS significa a coordenação de toda a orientação e apoio que a pessoa recebe, através desse aspecto é demonstrado como essa coordenação não vem sendo inserida no dia-a-dia de trabalho.

E outro aspecto, do qual se pode dizer que é parte desse mesmo princípio, é a questão da intersetorialidade. Para concretização do princípio da coordenação, os trabalhadores que compõem a força de trabalho da unidade, precisam assegurar o atendimento das necessidades dos pacientes através da oferta de uma combinação de serviços e informações de saúde. Para isso é necessário que estabeleçam uma ligação entre os setores e serviços que podem estar proporcionando a satisfação dessas necessidades.

Essa é uma questão que se encontra relativamente pouco explorada nessa unidade de saúde, havendo certo desconhecimento de seu significado entre os trabalhadores:

*Eu não tenho experiência quanto a isso, não saberia te responder. Em função do paciente que eu tenho, mas, quase não ouço as pessoas falarem que há isso (E5).*

*Acho que sim, se precisar eles fazem. Acho que a forma é um passando para o outro o que a pessoa está precisando (G4).*

*Eu não sei te dizer muito bem, eu nunca precisei acionar nenhum serviço e não fiquei sabendo (RM3).*

*Essa pergunta eu não sei bem. Se eu não tenho como resolver, eu ligo, eu comunico a... (enfermeira) (E9).*

Entre os trabalhadores que apresentam esse posicionamento, estão aqueles que compõem a força de trabalho da unidade há pouco tempo (menos de dois anos), mas também um dos gestores do Conselho Local de Saúde que já ocupa essa função há dez anos e um trabalhador que atua na unidade há mais de cinco anos. O que significa que esse desconhecimento não está atrelado unicamente à pouca experiência de alguns trabalhadores, que faz com que ainda não tenham tido a oportunidade de vivenciar situações que lhe dêem condições de argumentar sobre o assunto.

Talvez esse seja um tema que deva ser pauta de discussões nas reuniões da equipe e dos conselhos locais, no intuito de proporcionar um melhor entendimento e assimilação do conteúdo que reveste esse conceito.

A intersectorialidade pode ser entendida como:

O desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos (SUS, 2004, p.196).

Os demais trabalhadores entrevistados, apesar de apresentarem um posicionamento diferenciado dos já descritos, o fazem com base no modelo clínico de assistência, exemplificando esse conceito sempre com ações voltadas ao mesmo, sem estabelecer uma relação da saúde com outros elementos que possam estar interferindo na situação de saúde dos pacientes e da família. Ao serem questionados acerca do desenvolvimento da intersectorialidade, manifestam-se na forma dos depoimentos a

seguir:

*O que acontece muitas vezes, quando a coisa fica difícil de ser contornada em casa, a gente encaminha para a emergência (M1).*

*Por exemplo, um especialista que vá lá dar uma avaliada, é difícil, é complicado. Mas se consegue, no contato assim, da gente, no papo (M2).*

*Eu acho que a gente tenta e muitas vezes a gente consegue. Por exemplo, a gente consegue algumas referências e contra-referências. Usar outros profissionais (E8).*

*Acontece a solicitação de exames, já é uso de outros setores. Até um simples raio-x, uma ecografia, às vezes não tem no hospital, eles buscam fazer particular, em outros lugares. Tem n exames, tomografia, e outros especialistas, como neurocirurgião, que isso aí a gente tem uma central para ligar, para fazer a solicitação (E1).*

Quer parecer que a noção de uma atuação intersetorial não está sendo assimilada concretamente por diversos membros da força de trabalho, tanto da área da medicina quanto da enfermagem. Esta atuação vem no sentido do estabelecimento de parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos. Um dos entrevistados expressa essa relação da saúde com outros determinantes:

*O conjunto tem que ser ligado, se você morar numa casa que não tem esgoto, a doença prolifera, se não tem luz, você tem que estar com a velinha acesa e quando vê pegou fogo na casa. Então eu creio que esse conjunto tem que ser ligado. Saúde é tudo, é moradia, é alimentação, são as condições que a pessoa tem (G2).*

Porém, mesmo para aqueles que têm uma compreensão mais abrangente acerca das necessidades de saúde da população, ressaltam a inexistência de um caminho formal que funcione como orientador das ações dos trabalhadores.

*Não tem um caminho formal, mas tem pelo conhecimento de cada um (RM1). Eu acho que não está muito bem organizado isso (E5).*

*A gente vai buscar e para tudo isso precisa tempo, disposição, não tem onde tu vás buscar uma assessoria. Tu vai ter que criar, a gente está sempre*

*criando alternativas. Tem uma rede que na verdade somos nós próprios, nossos conhecidos, os próprios pacientes usuários (G5).*

*Eu acho que a gente, as questões nossas, das relações com outros serviços, outros setores, é uma dificuldade, isso eu tenho clareza. Também porque o serviço de saúde não está organizado pensando nisso (M5).*

*A gente não consegue, acho que o sistema de saúde público não facilita isso. A gente consegue eventualmente por algum conhecimento, alguma coisa, algum caso especial lá que precise, de alguma coisa. Mas não como regra e como uma coisa fácil (M6).*

O trabalho que é desenvolvido acaba na dependência da individualidade de cada trabalhador na busca por tentar resolver questões que escapam de sua ação imediata enquanto um trabalhador da área da saúde. É necessário que haja uma organização do sistema como um todo e de cada um dos serviços na sua particularidade, para que os trabalhadores sejam orientados quanto à forma de agir diante de situações que envolvam a utilização de outros setores. Então, os trabalhadores não podem ser culpabilizados se a intersectorialidade, como um conceito inserido no interior do princípio da coordenação em atenção primária à saúde, não está sendo contemplada no cotidiano dos serviços de saúde. Pois:

*Se, por um lado, multiplicam-se iniciativas criativas nos espaços locais, a potência política que o trabalho intersectorial exige – tanto no controle de recursos como no estabelecimento de prioridades de ação – escapa da governabilidade das equipes e está ausente da agenda da maior parte dos gestores da saúde e dos prefeitos (FEUERWERKER, 2005, p.495)*

Ao mesmo tempo, será que não há uma operacionalização desse conceito apenas por não haver uma direcionalidade na organização do trabalho? Será que o modelo clínico não vem sendo priorizado nas ações dos mais diversos trabalhadores? Durante o período de acompanhamento do processo de trabalho em atenção domiciliária na unidade de saúde escolhida, não se teve oportunidade de visualizar nenhuma ação intersectorial sendo desenvolvida. Assim, além da necessidade de articulação política, por parte dos gestores, para dar efetividade a ações intersectoriais,

que articulem serviços municipais e estaduais, ainda delineamos outras duas possibilidades explicativas para essa situação: uma, levando em conta a clientela atendida, que é diferenciada, não se caracterizando como indivíduos que apresentem necessidades de interveniência dos trabalhadores da saúde em outras áreas que não a estritamente ligada às questões curativas do processo de saúde-doença; e a outra concernente aos trabalhadores que desenvolvem suas atividades pautadas em um processo de trabalho eminentemente centrado na clínica, não visualizando a interferência de outros fatores como contributivos no processo de saúde e de adoecimento da população assistida.

Um dos gestores explicitou o tipo de problemática ressaltado na segunda hipótese como sendo uma evidência em algumas unidades de saúde:

*Em algumas unidades é desenvolvida a intersetorialidade, em outras não. Como que tu vai pensar nisso se tu tiver um enfoque de olhar lá o vivente, ver se está respirando, quantas batidas tem? (G1).*

Em relação à primeira hipótese, a população adstrita à unidade de saúde apresenta condições de vida em que não há a interferência de problemáticas como falta de higiene e saneamento, inadequadas condições de moradia, deficiência na provisão de alimentos, entre outros. Como já abordado em momento anterior deste estudo, o bairro onde está situada a unidade de saúde tem uma adequada infra-estrutura. No entanto, também estão sob a jurisdição desta unidade duas microáreas consideradas de risco, em vista das precárias condições de habitação, higiene, saneamento e renda. São moradores que, como usuários do sistema público de saúde, precisam ser assistidos nos aspectos concernentes à potencialização de sua saúde.

Ao se analisar os indicadores de saúde do município de Porto Alegre e os índices de mortalidade, percebe-se como são necessárias ações complementares entre os diversos setores. Exemplificando: na questão do saneamento, há a constatação de que apenas 27% do esgoto é tratado, sendo encontrado uma mortalidade de 737 habitantes no ano de 2003 por doença infecciosa e parasitária (RIO GRANDE DO SUL, 2005). São questões que interferem nas condições de saúde da população e,

portanto, necessárias de serem contempladas pelos serviços.

O mesmo gestor que apresentou o posicionamento anterior nos alerta para o fato de que na unidade de saúde foco do presente estudo há certa resistência quanto ao trabalho nas microáreas de risco, sinalizando que a atenção domiciliar desenvolvida nesse local direciona-se praticamente só para a parte de acamados que, no caso, é o acompanhamento domiciliar. Pode-se acompanhar:

*Eu acho que a Unidade Conceição se apresenta muito como atenção domiciliar só a parte do acamado. Essa outra coisa da vigilância, ela até pode por no manual, mas ela não faz o exercício no sentido de crença. Agora é que eles estão mapeando a segunda área de risco (G1).*

Essa também foi uma questão abordada por um dos trabalhadores:

*A equipe não queria trabalhar áreas de risco. A equipe acha que com uma população de trinta mil habitantes, com dez mil prontuários, eles já têm trabalho suficiente, não precisa sair para a rua (E6).*

É claro que a resistência explicitada tem uma justificativa na alta demanda. Mas não se pode perder de vista os objetivos que norteiam o trabalho em atenção primária e acabar deixando-os de lado em vista de uma realidade que sufoca o outro sentido do trabalho. A cultura de consulta é histórica e ela precisa ser invertida através de ações que transformem essa lógica.

Retornando ao aspecto da primeira hipótese explicativa para a pouca atuação intersetorial, pode-se perceber como ela tem somente uma parte de verdade, já que a área de abrangência da unidade não é composta somente desse tipo de clientela. E, considerando o último depoimento, do trabalhador E6, reflete-se na direção de que a segunda hipótese apresenta um maior conteúdo de verdade do que a primeira.

O modelo clínico é tão forte, está tão enraizado no interior dos serviços e na própria formação dos trabalhadores, que trabalhar outras conformações assistenciais aliadas a esse modelo é uma tarefa difícil para o conjunto dos trabalhadores. O mesmo se dá para aqueles que já se encontram mais instrumentalizados nesse sentido, uma vez



que parecem estar permanentemente desenvolvendo um trabalho que percorre um caminho contrário aos demais. A necessidade de estarem constantemente em situação de embate na luta pelos ideais da atenção primária pode tornar o processo de trabalho exaustivo e desanimador.

Essas questões devem funcionar como motivadoras para que os gestores alimentem focos de discussão no interior dos serviços, como forma de estimular a reflexão da necessidade de ampliar o enfoque do modelo atual. Essa ampliação é representada pela incorporação do modelo epidemiológico, ao modelo clínico dominante, centrado na doença, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes. Uma das ações exigidas para sua concretização está posta na intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde (SUS, 2004). E, para isso, mais uma vez reitera-se que deve ser assumida uma postura de articulação com outros setores, visando à construção de condições indispensáveis à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Esse modelo, que se encontra vigente historicamente no dia-a-dia dos serviços de saúde e que concentra sua atenção no caso clínico, deve ser enriquecido e transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu ambiente, como já foi realçado anteriormente.

A atenção domiciliária assume uma conotação de continuidade do cuidado que foi iniciado através de um contato anterior a ela, que se desenvolveu na forma de consulta na unidade de saúde, participação em grupos terapêuticos, atendimento nas salas de vacinação ou mesmo através de uma visita domiciliar realizada para levantamento de dados pelo agente comunitário de saúde.

No entendimento de Lacerda (2001, p.15), é importante que o cuidado domiciliar seja percebido como continuidade “pois atende as questões de humanização das pessoas envolvidas e realmente individualiza os cuidados e respeita a diversidade cultural das famílias”.

Uma das formas demonstrada pelos trabalhadores de estarem de acordo com esse princípio é percebida no depoimento abaixo:

*Algumas vezes, a gente faz visita domiciliar para buscar faltosos, para ir atrás de pacientes que deixaram de acompanhar ou que tem alguma doença contagiosa, precisa tomar direitinho o medicamento e não vem (RM2).*

O processo de trabalho desenvolvido na atenção domiciliar comporta esse tipo de ação, de acompanhamento dos usuários para o seguimento de orientações repassadas, de busca por aqueles que se comprometeram a retornar à unidade e não o fizeram, de avaliação na continuidade do uso de medicações ou da realização de vacinas e até mesmo providenciando coleta de material para exames daqueles usuários em que o deslocamento até a unidade de saúde para consulta foi um esforço que pode ser amenizado.

A continuidade consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos. Segundo Starfield (2002, p.60):

A continuidade pode ser alcançada por intermédio de diversos mecanismos: um profissional que atende ao paciente ou um prontuário médico que registra o atendimento prestado, um registro computadorizado ou mesmo um prontuário trazido pelo paciente. O quanto o estabelecimento oferece tais arranjos e a percepção de sua obtenção pelos indivíduos na população indica a extensão da continuidade da atenção.

As questões discutidas até o momento demonstram, em parte, essa relação de continuidade estabelecida pelo serviço de atenção domiciliar. E a clientela do serviço tem a percepção dessa situação, como se pode observar nos depoimentos a seguir:

*O resultado (da atenção domiciliar) é uma atenção maior para ela, com resultado de que ela está assim sempre monitorada, vamos assim dizer (F5).*

*Se precisar, eles me encaminham, mas com ela ainda não aconteceu nada que eu precise procurar fora, só quando eles me encaminharam para fisioterapia (F6).*

A discussão suscitada leva na direção de um dos outros princípios ordenadores da atenção primária à saúde, no entendimento de Starfield (2002), que é o da integralidade. A autora concebe que a integralidade exige a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam as necessidades mais comuns da população adstrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos

e sociais que causam as doenças.

Em vista disso é que se entende que esse princípio encontra-se interligado ao princípio da coordenação, um exigindo e sendo exigido pelo outro, um complementando e sendo complementado pelo outro.

O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional. A concretização dessa imagem ideal de um “sistema sem muros”, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção – do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado –, ligados por corredores virtuais que ultrapassem de fato as fronteiras municipais com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados, embora consensual em seus princípios, tem se mostrado de difícil realização, demandando estudos de avaliação que contribuam para a sua efetiva implantação (HARTZ, CONTANDRIOPOULUS, 2004, p.1).

Em razão de a integralidade ser um dos princípios do SUS, optou-se por deixar a discussão em relação aos achados encontrados durante o processo de pesquisa para o momento imediatamente posterior a este, quando, então, todos os princípios do SUS serão abordados e refletidos.

E se passa à abordagem de um dos outros princípios ordenadores da atenção primária, em uma tentativa de visualizar como se processa a aproximação dos trabalhadores com esse princípio: a longitudinalidade.

Longitudinalidade não é uma palavra que aparece em qualquer dicionário. Ela é derivada de longitudinal, que é definido como “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos”. Longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. A continuidade não é necessária para que esta relação exista; as interrupções na continuidade da atenção, por qualquer motivo, necessariamente não interrompem esta relação (STARFIELD, 2002, p.247).

Entende-se que o processo de trabalho desenvolvido na unidade de saúde estudada já parte desse princípio como norteador de suas ações, visto que desde o começo da estruturação da unidade houve a preocupação em delimitar uma área de abrangência, como forma de direcionar o trabalho a ser executado. Essa delimitação serve como restrição do foco da atenção para uma atuação factível.

E o tipo de atenção desencadeado através da atenção domiciliar conforma-se como atendendo a essa questão da longitudinalidade, pois, por intermédio desta é estabelecida uma estreita relação entre trabalhadores e paciente/família, fazendo com que mesmo que a atenção no domicílio seja finalizada e tenha outros encaminhamentos, esteja garantido o vínculo entre eles. O vínculo criado apresenta um significado muito importante nessa relação, posto que em caso de qualquer dúvida ou preocupação por parte da família, a procura pela solução tem sempre o mesmo caminho, ou seja, a busca pelo trabalhador que se tornou sua referência na unidade de saúde.

O acompanhamento regular, ao longo do tempo, dos usuários que pertencem à área de abrangência da unidade de saúde, seja através de ações realizadas na unidade ou por intermédio da atenção domiciliar, significa o seguimento do princípio da longitudinalidade. Assim, é que é referido por Starfield (2002) que a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população que deveriam receber atendimento da unidade.

Nesse sentido, os trabalhadores de saúde servem como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independente da presença ou ausência de problemas relacionados à saúde de seus usuários. Proporcionar uma atenção longitudinal significa que:

Aqueles indivíduos na população identificam uma fonte de atenção como “sua”; que os prestadores ou grupos de prestadores reconhecem, pelo menos implicitamente, a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa (não para a doença); e que esta relação existe, por um período de tempo definido ou indefinido, até que seja explicitamente alterada (STARFIELD, 2002, p.248).

O estabelecimento desse tipo de relação entre trabalhadores e usuários pode ser

associado a diversos benefícios, incluindo menor utilização de serviços, melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, menos doenças preveníveis, melhor reconhecimento dos problemas dos pacientes, menos hospitalizações e custo total mais baixo. Isso tudo porque no âmago da questão há uma preocupação em manter uma relação pessoal ao longo do tempo, orientada para a pessoa e não para um problema. Quando é estabelecido esse tipo de relação, o trabalhador está ciente de que mesmo que decorra um tempo em que não há uma continuidade de atenção, o vínculo está mantido e o serviço será novamente acionado para utilização na eminência de uma necessidade despertada.

#### 5.2.2 Os trabalhadores e gestores seguem os princípios do SUS que fundamentam a atenção básica

A atual conformação do sistema público de saúde, universal, que prioriza o atendimento integral e a gratuidade, começou a ser construído com o processo de redemocratização do país e antes de sua criação pela Constituição de 1988 (BRASIL, 2002, p.7). Como já foi abordado em momento anterior, o evento mais marcante dessa construção foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada de 17 a 21 de março de 1986. As orientações advindas dessa Conferência se concretizaram legalmente através da Constituição Federal, então definindo o que se chama hoje de Sistema Único de Saúde.

Construí-lo a partir do papel, fazê-lo avançar, aperfeiçoá-lo, moldando-o às necessidades particulares das diversas regiões deste nosso país continental, exige a conjunção dos esforços de todos os brasileiros (AMARAL, 2004, p.9).

Segundo Elias (2004), o SUS é um conjunto de princípios e diretrizes. O SUS fundamenta-se em três princípios: universalidade, igualdade e equidade. As diretrizes também são em número de três: descentralização, participação da comunidade e atendimento integral. Esses princípios e diretrizes, que estão editados na Lei Orgânica de Saúde - Lei 8.080/90, para fazer cumprir o mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde, serviram de base para a organização da atenção básica. A atenção básica tem como fundamentos os seguintes princípios: saúde como direito; integralidade da assistência; universalidade; equidade;

resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento; e participação (SUS, 2004).

A direção deste texto segue uma análise desses princípios, visando entender como são percebidos pelos trabalhadores da unidade de saúde focalizada, aliando, também, a forma como concretamente os desenvolvem no seu cotidiano de trabalho. A discussão sobre saúde como direito e humanização do atendimento, por seu caráter intrinsecamente ligado à percepção da população assistida, está inserida nas próximas temáticas de análise; e a intersetorialidade, por sua vez, está discutida no tema de análise anterior.

### **A integralidade**

De acordo com Hortale (2004), o termo tem sido empregado sob diversos matizes: como articulação entre níveis de prestação de serviços de saúde, como integração entre os setores público e privado, como uma importante diretriz na gestão dos serviços e como proposta de modelo de atenção. Na Lei 8.080, a integralidade da assistência é entendida como “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema” (SUS, 2004, p. 195).

Há maior explicitação desse conceito por Paim (2004), que relata a contemplação de quatro perspectivas na composição da integralidade:

- a) como integração de ações de promoção, recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.) que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (PAIM, 2004, p.18).

Essa amplitude conceitual não se encontra exposta diretamente nos depoimentos dos trabalhadores e gestores entrevistados. A conotação da integralidade apresentada toma o sentido de um trabalho desenvolvido de forma multiprofissional

pela maioria dos sujeitos da pesquisa, como se pode observar nas falas abaixo:

*É mais de um profissional que lida com a assistência. Se necessário, tem a psicologia, enfermeiros, técnicos, médicos, a nossa equipe dispõe disso aí, além do dentista, mas o dentista não vai ao domicílio. Então, dentro da necessidade daquele indivíduo, todos esses componentes da equipe se mobilizam para aquele paciente. Então, a integralidade dele é abrangida (E1).*

*Eu acho que tu consegue estar mais atento porque tu também estás vendo da perspectiva de outras profissões, como o médico está percebendo isso, como o enfermeiro, de alguma forma tu aprende um pouco com isso (RP).*

*Que tenha essa comunicação, que todos possam ver junto, discutir junto (RM1).*

*Eu acho que esse é o maior desafio, porque tu tens que ter uma equipe coesa, que consiga trabalhar integrada, que se conheça. Não adianta tu colocares vários profissionais cada um com a sua especificidade se a equipe não puder trabalhar integrada (G5).*

*Vai ser utilizada uma equipe de saúde. Não vai ser utilizado só um profissional. Vão ter várias pessoas, desde o administrativo que recebe o telefonema, recebe a visita, o pessoal de enfermagem, então, também tem um envolvimento de mais pessoas da equipe (M4).*

Esse tipo de colocação é visualizada por parte dos trabalhadores em geral, seja qual for a sua especificidade profissional. A direção dos depoimentos toma sempre o sentido de integração da equipe, de trabalho conjunto, como se isso garantisse a concretização da integralidade. Entende-se que, se existem vários olhares sobre um mesmo objeto de trabalho, há uma tendência de aumentar a abrangência do cuidado, já que cada trabalhador apresenta uma formação diferenciada. Claro que o conceito contido nas normas do SUS contempla o componente de integração entre trabalhadores e serviços, de forma a alcançar a totalidade da assistência almejada. Entende-se que esse componente é imprescindível para a concretização desse princípio, como é assinalado por Hartz e Contandriopoulus (2004), ao referirem que o conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, ao conceito de:

*Integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de*

cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional (HARTZ, CONTANDRIOPOULUS, 2004, p.S331).

Essa necessária relação de cooperação e coordenação entre os serviços de saúde ainda apresenta-se muito deficitária, o que funciona como impeditivo para que se alcance uma atenção integral. Um dos gestores apresenta essa questão:

*Tinha que funcionar a referência e contra-referência, que até hoje não está funcionando. Geralmente, eles até tentam fazer uma referência, que é obrigação dele que está no serviço. Se isso não é minha competência, eu vou passar para aquele que cuida dessa parte. Mas, geralmente, quando chega naquela ponta, encontra barreira, tem que marcar, tem que ficar na fila, tem que ficar esperando para atender, é para daqui há um mês, daqui há dois meses ou três (G2).*

É nesse ponto que se mesclam os princípios da integralidade e da intersetorialidade, este último já tendo sido comentado em momento anterior. Há necessidade de uma efetiva intersetorialidade para viabilização da atenção integral preconizada. Por isso se entende que a multiprofissionalidade não significa, necessariamente, a garantia de integralidade das ações, pois, apesar da possível integração entre os trabalhadores poder ser considerada um instrumento na efetivação da integralidade, pela troca de saberes e complementação no cuidado, ainda há que se considerar que pode existir uma gama de profissionais apenas coexistindo em um serviço, sem contribuição para um cuidado integral.

Um dos trabalhadores estabelece uma diferenciação:

*Eu acho que a integralidade é muito pequena, eu acho que a gente tem é uma multiprofissionalidade. Acho que a gente está engatinhando nessa questão da integralidade que é muito complicado, é muito difícil. Acho que a gente avançou muito no aspecto multiprofissional (M6).*

Mesmo o relato desse trabalhador parece focar a integralidade como ligada à



integração interprofissional e não ao conjunto de ações necessários a sua efetivação. Há uma conotação intrínseca de trabalho realizado com a presença de vários tipos de profissionais, porém, sem uma concreta integração entre eles.

O trabalho de várias categorias profissionais dentro de um mesmo serviço de saúde não é novidade. Todos os grandes serviços hospitalares possuem médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e outros profissionais de saúde que surgiram, em última instância, do próprio desenvolvimento e da incorporação de tecnologias pelo modelo technoassistencial biomédico. Entretanto, como o conhecimento científico racionalista trabalha com o indivíduo e sua compartimentalização, nos espaços acima referidos, as várias categorias profissionais trabalham paralelamente, havendo pouca ou nenhuma discussão e elaboração entre as várias categorias entre si, resultando em uma atenção fragmentada aos pacientes. Cada categoria desenvolve seu campo de conhecimento e sua prática isoladamente das outras (ANDRADE et al, 2004, p.158).

As várias categorias profissionais, necessariamente, devem trabalhar em conjunto, havendo espaço para aplicação do campo de conhecimento exclusivo de cada uma em muitas situações. Como o indivíduo é um todo que faz parte de uma família, de uma comunidade, em um determinado tempo histórico, torna-se necessário um tipo de abordagem totalizante para que se alcance o objetivo de promover saúde e qualidade de vida (ANDRADE et al, 2004).

Por outro lado, no conjunto do diálogo travado com os trabalhadores, é possível perceber a extrapolação no entendimento dessa questão, adquirindo uma outra face, apesar da predominância da noção de multiprofissionalidade. Apesar de haver uma atenção focada na clínica, os trabalhadores apresentam uma visão de contextualização do cuidado e ressaltam a importância de avaliar a clientela em relação a outros aspectos que não puramente os de caráter biológico:

*Você consegue ver o paciente como um todo melhor do que quando você está no consultório, porque sempre você vai estar em contato com o cuidador também, você consegue ver o que o paciente está comendo, os perigos que ele tem, consegue dar maior orientação para dentro de casa (RM2).*

*Tem que ver primeiro as questões mais urgentes de doença, depois tu vê uma outra esfera mais ampla de prevenção de outras doenças e manutenção da saúde, e acho que numa esfera mais ampla, estudar um pouco as próprias relações familiares, os obstáculos físicos (M1).*

*Aquela coisa de tu trabalhares ele no meio dele, na realidade. Trabalhar a*

*família, trabalhar o paciente, notar que ele não é um pulmão (E6).*

*Tu está indo no ambiente do paciente, então, tu consegue ter uma visão mais integral do todo, da família, e se acaba entrando mais nessas intimidades da vida (M4).*

*Tu vê a pessoa de uma forma mais abrangente, mas também a família. E, obviamente, que extrapolando isso, a questão da rede, a rede social. Se a família não dá conta, tem a rede social, seja ela igreja, o próprio condomínio, que os vizinhos se mobilizam (M5).*

*Eu acho que a gente os vê como um todo, vê tudo o que ele está precisando. Não só na parte física, mas também, às vezes, a gente pede que uma psicóloga o acompanhe, a gente vê o ambiente que ele está, dá uma olhada para ver se dá para melhorar alguma coisa (E2).*

*Tem essa possibilidade na assistência domiciliar, de ver a casa, de ver como é a relação da família. Uma visita que eu fiz, eu vi como me fez diferença ter ido à casa da pessoa, ter visto as condições de vida, ter visto as outras pessoas da casa, como é que estavam agindo. Eu vi como foi importante ter conhecido a casa. Porque uma coisa é o paciente vir aqui e nos contar e outra coisa é a gente poder ver (RM1).*

A contextualização adquire importante papel em relação à possibilidade de realização da integralidade, visto que envolve a articulação de ações preventivas e assistenciais. E essa articulação:

Envolve um duplo movimento por parte dos profissionais. De um lado, apreender de modo ampliado as necessidades de saúde. De outro, analisar o significado para o outro das demandas manifestas e das ofertas que podem ser feitas para responder as necessidades apreendidas, tendo em vista tanto o contexto imediato do encontro como o contexto da própria vida do outro, de modo a selecionar aquilo que deve ser feito de imediato e gerar estratégias de produzir novos encontros em contextos mais adequados àquelas ofertas impertinentes no contexto específico daquele encontro (MATTOS, 2004, p. 1414).

Entretanto, apesar desse elemento estar presente nos depoimentos extraídos das entrevistas realizadas, na observação do processo de trabalho na atenção domiciliar, foram oportunizados poucos momentos em que esse tipo de ação foi contemplado. Ou, pelo menos, se há esse tipo de avaliação, ela permanece pouco explicitada pelo trabalhador, subjetivada, sem transparecer, sem que haja a divulgação da análise

efetuada, sem registros e sem orientações aos usuários que estivessem embasadas nesse tipo de avaliação.

O indivíduo deve ser considerado parte da família, da comunidade, do sistema social, do ambiente. Qualquer ação de saúde que se pretenda realizar deverá incidir sobre este conjunto, porque o ser humano não existe sozinho, isolado, sendo resultado das relações que estabelece. É preciso compreender que melhorar a qualidade de vida, promover a saúde de um ser humano implica agir no contexto em que ele se insere, no espaço em que ele vive (CAMPOS, 2003).

A avaliação do paciente como um todo, extrapolando o aspecto de um corpo em processo de adoecimento, foi observada ao acompanhar a trabalhadora RE1 a um domicílio para realização de um curativo, e ao visualizá-la fazendo uma abordagem para além desse ato, investigando hábitos de vida e saúde. A trabalhadora RM2 também investigou esses aspectos, não se detendo somente no exame físico. O trabalhador M1 avaliou o aspecto psicológico de um usuário da atenção domiciliária, temporariamente inapto a locomover-se e o esforço empreendido por seu cuidador ao assumir a responsabilidade do cuidado por um tempo longo.

Na forma como apresentado pelos trabalhadores descritos acima, os seres humanos são encarados como sujeitos e, por isso, compostos por diversas dimensões, a biológica, a psicológica e a social. Entendendo o sujeito desse modo faz-se necessária uma atenção totalizadora, levando em conta todas essas dimensões, pois são seres indivisíveis, que não podem ser explicados por meio de seus componentes separadamente (CAMPOS, 2003).

No geral, há um processo de trabalho desenvolvido com foco nas ações clínicas, em detrimento de atividades de promoção da saúde e prevenção de processos de adoecimento. Concretamente, não parece haver preocupação, da maioria dos trabalhadores em desenvolver esse tipo de atividade. Pode-se perceber essa intenção quando, por exemplo, a trabalhadora RM2 orienta um usuário da atenção domiciliária quanto à realização de exercícios de memorização e a trabalhadora E1 orienta o familiar a participar do grupo de cuidadores. São ações que estão claramente vinculadas à necessidade de prevenção de problemas. A maioria dos trabalhadores, porém, não demonstra o entendimento desse tipo de necessidade, uma vez que se

detêm em avaliação clínica dos pacientes e na orientação de atividades curativas para solução de problemas já existentes. E, segundo Mattos (2004, p.1414), “o princípio da integralidade é exercido por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro”.

Ao refletir sobre essa questão preventiva do processo de trabalho em saúde, e de como ela parece ainda não fazer parte do cotidiano dos trabalhadores, parece contraditório com a história vivida nos diversos períodos do sistema de saúde, uma vez que a história do movimento preventivo na saúde não é recente. A integralidade assumida como uma diretriz na organização do SUS deriva, originariamente, de uma noção proposta pela chamada medicina integral, que gerou a proposta da medicina preventiva nas escolas médicas americanas (PAIM, 2004; MATTOS, 2006).

Em linhas gerais, a medicina integral criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária. Inseridos num sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, os médicos tendiam a recortar analiticamente seus pacientes, atentando tão-somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram. Isso significava ao mesmo tempo a impossibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes de seus pacientes. Além de fragmentária, aquela atitude freqüentemente adotada por médicos era vista como reducionista, pois o conhecimento médico nas diversas especialidades ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais (MATTOS, 2006, p.4).

A idéia de medicina integral encontrava-se ligada à medicina preventiva, justamente por entender que a atenção à saúde estava sendo muito concentrada nos aspectos biológicos e curativos, o que exigia uma mudança de mentalidade no trabalho. E isso, não parece ter sido incorporado nem nos discursos dos trabalhadores em saúde da atenção básica, nem realmente assimilado no processo de trabalho.

O problema está no movimento pendular que perpassa a organização dos serviços de saúde, ora preventivo, ora curativo. O desafio está posto no desenvolvimento de uma prática que permita incorporar essas duas vertentes simultaneamente e ainda, aliar a estas outras dimensões como a promoção, a reabilitação, a subjetividade, etc.

A integralidade, em sua ampla concepção, precisa ser assumida em sua totalidade. Não o sendo perde-se parcelas importantes do cuidado, mesmo que haja a compreensão de seu significado e importância, visto que a defesa de um conceito não tem a mesma facilidade em relação à sua execução.

Considerando a abrangência do conceito de integralidade, Campos (2003) alerta para o que pode parecer uma contradição à definição transcrita na Constituição: “Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1990). Segundo o autor citado:

A prioridade atribuída à prevenção tem, nesse particular, uma forte conotação política, e leva em consideração a trajetória da atenção à saúde no Brasil. O texto constitucional busca resgatar a enorme dívida do sistema de saúde diante da prevenção das doenças da população brasileira. Assim o fez para dar um sentido de mudança à forma como, historicamente, se desenvolveu a assistência à saúde no Brasil. As organizações do setor sempre dividiram suas ações em médico-assistenciais e preventivas e, por sua vez, tiveram pesos distintos no sistema, e foram oferecidas de maneira desigual. Hoje busca-se oferecer assistência integral através de uma maior articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico (CAMPOS, 2003, p.573-574).

Além de todos esses aspectos já ressaltados até o momento como determinantes e condicionantes na questão da integralidade, assinala-se um outro aspecto considerado como interferindo na concretização da assistência. Nos depoimentos a seguir há a alusão a eles:

*Em vários pontos da AD a gente tem um problema que desestimula muito o olhar mais integral da equipe e a vontade da equipe de se envolver mais, que é o desabastecimento nas medicações básicas. Por mais que a assistência farmacêutica não seja o todo da integralidade, é uma parte que perpassa vários momentos. Então, a questão da integralidade ela fica assim, se quebrando, porque se eu também não tenho remédio, eu não oriento muito. Quando a engrenagem do sistema seja numa atenção micro ou macro vai falhando, a integralidade vai furando (G1).*

*Olha, eu acho que a gente tenta, acho que ainda falta alguma coisa. Por exemplo, algumas medicações tu não consegue, tu entende (E8).*

Esse tipo de problemática evidenciada afeta a forma de trabalho e desestimula

outras ações que possam estar sendo desenvolvidas no conjunto do trabalho. Isso porque a clínica não é a única base sustentadora da atenção à saúde, mas é importante ser conjugada com as demais questões da assistência. E, quando já está presente um processo de adoecimento no ser humano, objeto do cuidado, há dificuldade de prestar uma assistência integral sem a presença de um dos itens considerados imprescindíveis para a amenização ou controle do problema instalado.

Autores como Franco, Bastos e Alves (2005) também ressaltaram, em seu estudo envolvendo a relação médico-paciente em um Programa de Saúde da Família, que na singularidade do momento clínico, elementos macrocontextuais, como a assistência farmacêutica, repercutem na relação médico-paciente ao comprometer a continuidade da assistência.

É possível perceber como a “simples” existência desse princípio formalizado no texto constitucional não garante sua materialidade. Como é apresentado no texto da VIII CNS, há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entende-se que cabe aos gestores de cada instância, mesmo no nível micro, buscar formas de desenvolvimento desse princípio, assegurando as condições para que os trabalhadores realizem seu processo de trabalho em conformidade com a proposta do sistema de saúde.

Ao se tomar o processo de trabalho realizado na unidade de saúde focalizada, no sentido da análise dele como um todo, como uma unidade de atenção básica/atenção primária à saúde, é possível perceber ações sendo desenvolvidas no intuito de atingir o princípio da integralidade em sua ampla acepção. A realização da atenção domiciliária pode ser considerada um exemplo de tentativa de alcance desse princípio, já que oportuniza: o contato com o ambiente da população adstrita; o conhecimento da realidade de vida e saúde da comunidade; a visualização das relações familiares, sociais e comunitárias; a vivência de uma relação multiprofissional; entre outros. Entretanto, ao se extrair a atenção domiciliária do processo de trabalho em geral e analisá-la como um serviço separadamente, encontra-se dificuldade de visualização da noção de integralidade sendo produzida no interior desse processo de trabalho.

Ressalta-se, ainda, a necessidade da atenção domiciliária estar fundamentada em um processo de trabalho que esteja comprometido com a produção do cuidado. Portanto, esta precisa pautar-se em uma visão ampliada do processo saúde doença e em uma concepção de homem como um ser de necessidades que se desenvolvem e resolvem socialmente, necessidades estas que extrapolam as necessidades de natureza biológica.

A integralidade não é fácil de ser produzida ou alcançada no interior dos diversos processos de trabalho em saúde, porque sempre irão existir fatores interferentes que extrapolam a ação dos trabalhadores e dos gestores do nível micro. Mas entende-se que cada trabalhador tem um papel para sua consolidação, mesmo que seja pequeno diante da magnitude das ações necessárias na gestão macro do sistema de saúde. Seu papel é de fundamental importância para os usuários e para os próprios gestores que, para realizar sua função de forma efetiva, precisam ter por base o conhecimento dos trabalhadores, já que estes detêm a noção das necessidades de saúde por vivenciá-las cotidianamente.

### **A universalidade e a equidade**

Outro dos princípios da atenção básica em saúde que passa a ser discutido agora é a universalidade. Uma das formas do poder público assegurar a saúde como um direito de todos e dever do Estado é garantindo o acesso universal e igualitário às ações e ao serviço de saúde, em todos os níveis. Essa questão encontra-se legitimada no artigo 196, seção II, da Constituição da República de 1988 (SUS, 2004).

Ao se analisar o conteúdo dos depoimentos quando os trabalhadores discorrem sobre a questão da universalidade da assistência, percebe-se que o posicionamento de todos é exatamente na direção do acesso aos serviços como o aspecto primordial de garantia desse princípio:

*O acesso, a facilidade. Disponibilizar essas coisas que a rede tem para oferecer, um medicamento que o SUS disponibilize. Fitas de HGT para pacientes diabéticos, essas coisas que se tem (E6).*

*É um dos princípios do SUS, acho que todo mundo tem que ser visto, e os acamados fazem parte da população do posto (RM3).*

*Eu acho que a assistência domiciliar vem também para tentar fazer cumprir esse princípio, até para que todas as pessoas tenham acesso a todo o serviço*

*de saúde, de complexidade maior a menor. Para que as pessoas tenham direito como cidadãos à saúde, à assistência. E para que não fiquem fora disso em função de alguma dificuldade, então, eu acho que vem a cumprir esse princípio, de todos terem acesso, direito à saúde, já que não se pode ir ao local, então que uma pessoa vá lá (RM1).*

É difícil para os trabalhadores pensar separadamente sobre o trabalho desenvolvido na atenção domiciliária e o trabalho desenvolvido na unidade como um todo. O que chama a atenção é o fato de destacarem a atenção domiciliária em si como uma tentativa de garantia da universalidade, como se pode observar nos depoimentos de RM1 e RM3. Se a universalidade significa garantir o direito à saúde por parte de toda a população, proporcionando seu acesso aos serviços, a prática da atenção domiciliária está tentando garantir esse direito àquelas pessoas que não têm condições de se locomoverem até a unidade de saúde.

E, ao ser pensado na proporção de pacientes idosos que fazem parte da população adstrita à unidade de saúde em questão, os quais apresentam uma série de deficiências e problemas de mobilidade ocasionados pelo seu envelhecimento, fica clara a necessidade dos trabalhadores atuarem com base em alternativas de cuidado que não somente as centralizadas na unidade. Essa é uma porção da comunidade que é altamente merecedora de atenção domiciliária, e que se beneficia muito com sua inclusão no serviço. Diversos estudos têm demonstrado esse caráter benéfico.

A assistência à saúde do idoso tornou-se prioridade, tendo em vista o aumento progressivo da expectativa de vida observado nas últimas décadas.

A população mundial com idade igual ou superior a 60 anos compreende cerca de 11% da população geral, com expectativa de aumento nas próximas décadas. No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, a população de idosos passou de 6,1% em 1980 para 7,3% em 1991, devendo chegar por volta de 10% em 2010. Estimativas do IBGE indicam que em 2003 a população de idosos em Porto Alegre respondia 11,8% do total (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

O Ministério da Saúde, visualizando o grande contingente de pessoas idosas



presentes na sociedade atual, entende que há necessidade de proporcionar assistência integral a esse grupo populacional. Uma das formas de tentar garantir essa assistência expressa-se na Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, que institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL, 2006).

As ações do Município voltadas ao idoso, além do atendimento de suas doenças, visam ao desenvolvimento de ações preventivas e educativas buscando melhorar a qualidade de vida. Nesse contexto, o mais importante não é a doença, mas a repercussão dela na vida do idoso.

Sabe-se que as pessoas idosas são mais suscetíveis às doenças e apresentam maior debilidade física e funcional do que as mais jovens. Tem-se visualizado nas instituições hospitalares uma grande parcela de idosos, o que incorre em riscos de iatrogenias, evento muito comum nessa clientela, como é ressaltado por Caplan et al (1999). Nesse sentido, parece que a atenção domiciliária é útil a essa camada da população, a qual pode estar sendo cuidada em seu próprio ambiente e sem que se exponha aos riscos presentes nos hospitais, não só referentes à infecção hospitalar, às iatrogenias, mas, também, àqueles riscos advindos do tempo de permanência nessa instituição, como depressão, angústia e mal estar.

No estudo de Stessman et al (1996) há a referência de que com a inserção a um programa de atenção domiciliária, a porção de idosos internando em hospitais gerais ou geriátricos tem caído. Assim como Elkan et al (2001) relatam que as visitas domiciliares para pessoas idosas podem reduzir a mortalidade e admissão a instituições de longa permanência.

A atenção domiciliária, vista na perspectiva de proporcionar acesso ao serviço de saúde por meio de seus trabalhadores àqueles seres humanos que se encontram temporária ou definitivamente sem condições de comparecer à unidade, pode ser pensada como uma estratégia de cumprir o princípio da universalidade. No entanto, há um outro aspecto na relação universalidade/atenção domiciliária que merece destaque, pois foi realçado pela grande maioria dos trabalhadores. Eles fazem referência ao fato de existir uma delimitação geográfica e critérios de inclusão no programa, argumentando que isso faz com que não haja uma universalidade real:

*É mais um princípio que tem e que às vezes a gente pensa: se é universal não pode ter delimitação de área. Todos têm direito ao acesso ao serviço. Aí nós*

*vamos ver que é diferente, pode ser que tu perguntes para a população e ela diga que não. Eu fui pedir uma visita domiciliar, pois minha mãe passou mal e eles não foram. Ela não recebeu a assistência universal que ela gostaria de ter. Se tu conversar com o profissional, ele vai dizer que tem critérios (G1).*

*O critério que tem sido utilizado, pelo que eu conheço do programa, é de não poder se locomover. É sempre uma coisa complicada, porque tu ficas pensando, tá e daí, o fulaninho coitado estuporado, mas ele consegue se locomover. É complicado, é bem complicado (RP).*

*Tu vê algumas coisas no sentido que têm pacientes que tu achas que precisam receber esse atendimento domiciliar, mas através de critérios que existem, esse paciente não é colocado no programa. Então, eu não sei se ele é tão universal assim, até que ponto essa universalidade é colocada na assistência domiciliar (E5).*

*Eu não vejo assim uma universalidade, porque desde a maneira dos pacientes chegarem aqui para pegarem medicação. Eu acho assim, é um direito único, o SUS, é um dever do Estado e um direito das pessoas. Eu acho que é para todos, toda a rede nacional. Agora, tu chega numa unidade, tu não pode ser atendida porque tu não pertence àquela unidade (E7).*

*Se já está dizendo que é universal, é para todos. A única restrição que tem aqui é a restrição demográfica, da área geográfica. Mas a universalidade do acesso, todos têm direito ao atendimento. É claro, dependendo da avaliação, se ele preenche os critérios para estar numa assistência domiciliar (M4).*

Na verdade, nenhum sistema de saúde irá conseguir a universalidade no sentido de prestar assistência a todos e, em vista disso, é que o desenvolvimento dos processos de trabalho nos serviços prestadores de cuidados à saúde são regulados através de padrões estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde. Entender os princípios que regulam o sistema de saúde é uma necessidade para todos os trabalhadores da saúde e precisam ser discutidos e repensados no interior das equipes de trabalho.

A reflexão da universalidade inserida no contexto da atenção domiciliária é discutível ao se analisar seu conceito isoladamente de outros princípios, pois, neste caso, tem-se a tendência de julgar o processo de trabalho muito duramente, como se fosse algo tão simples e fácil. É como se as coisas pudessem se encaixar em rótulos: ou é ou não é. E, nada pode ser assim considerado, de forma tão absoluta. Principalmente em relação à saúde de seres humanos, que é tema tão singular e que precisa de diversos olhares, sob vários prismas. A saúde é um direito universal e cabe

aos gestores, aos trabalhadores e aos próprios usuários buscarem formas de garantir esse direito. É preciso assegurar que toda a população tenha condições de acesso aos serviços de saúde.

No centro dessa reflexão é que se faz importante a relativização do conceito e a junção com outros aspectos da atenção à saúde, como os aspectos estruturais e gerenciais do processo de trabalho, em uma linha de pensamento que envolve a forma e as condições de realização do trabalho. Significa dizer que se as condições de trabalho proporcionadas não oferecem a possibilidade de atendimento universal, no sentido de totalidade da população, faz-se necessário que haja uma mobilização dos trabalhadores para que a assistência seja prestada àqueles seres humanos mais carentes de atenção e que não apresentam a mesma facilidade de acesso de outros. Merecem destaque os depoimentos abaixo:

*Eu acho que a universalidade não há, não são todos os pacientes que a gente vai aceitar para fazer visita domiciliar, a gente tem alguns critérios para aceitar. Você acaba sendo universal por atender a todos, inclusive aqueles que não podem vir no posto. Então, por esse lado, você tem a universalidade, aqueles que não teriam atendimento e às vezes precisam até mais, mas por outro lado, se todos quiserem assistência domiciliar, a gente não vai dar. Ele acaba sendo universal porque você faz com que todos tenham acesso à saúde, mas se você pensar na assistência domiciliar, não é universal (RM2).*

*A universalidade é para prestar cuidado a todos. Isso não é feito, porque não tem como prestar cuidado a todos os pacientes que a gente tem. A nossa demanda aqui não tem como dar assistência domiciliar para todo mundo com o número de funcionários que a gente tem. Daí, vem o outro princípio que é o da equidade, dar mais aos que precisam. E justamente por isso é que tem os critérios de seleção de quem é que a gente vai fazer visita domiciliar ou não. Então, a partir daí, justamente por não conseguir a universalidade, que a gente precisa da equidade para definir quem serão as pessoas visitadas ou não (RE1).*

*Não tem universalidade para toda a comunidade porque já ponho critérios. Isso é objetivo de organização para que pelo menos algumas pessoas eu consiga ver, porque todas, eu não vou conseguir. Um dos motivos de ter criado esses critérios é para conseguir fazer, senão a gente não conseguiria fazer (E8).*

Essa aparente contradição exposta quanto à atenção domiciliária ser ou não instrumento para a universalidade manifesta-se amplamente nos depoimentos dos diversos trabalhadores. É um movimento interessante, em que cada momento do

processo de trabalho em saúde está sujeito a uma análise diferenciada, pois adequada às necessidades do próprio trabalho e da população a que atende. Se a atenção domiciliária pode ser visualizada como compondo por si mesma a universalidade, ao ser pensada como um processo de trabalho isolado dos demais distancia-se desse conceito.

A totalidade da assistência à saúde significa proporcionar atenção a todos, nos diversos níveis de necessidades, com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, estabelecendo as diferenciações necessárias de atendimento e contextualizando os diversos momentos do processo de trabalho. Na saúde é complicado e impossível estabelecer análises de conceitos ou situações isoladamente uns dos outros, porque eles se complementam para, juntos, obterem o alcance da atenção adequada ou, pelo menos, para chegarem o mais próximo possível da atenção desejada.

Quando os trabalhadores se questionam acerca da concretização do princípio da universalidade, estão verbalizando o que está se apresentando a eles como uma contradição, uma vez que, ao mesmo tempo, argumentam que a forma do trabalho realizado obedece às necessidades postas. E aí é que desponta a questão da organização do serviço por meio de critérios de inclusão, como uma maneira de garantir que não existam vazios assistenciais, ou seja, parte da população sem assistência. Então, o que está sendo desenvolvido é uma forma de regulação necessária, o que não significa uma forma de trabalho contrária aos princípios do SUS.

*A gente tem os critérios de inclusão. Então, esses critérios norteiam a universalidade. Tem casos que seriam bons, as pessoas gostariam de ser vistas em casa, mas de certa maneira elas podem vir ao posto, então, eu acho que tu consegue ter uma universalidade de acesso e tornar isso factível na medida em que tu aponta critérios claros de inclusão (M1).*

*Essa proposta de ser universal pelo SUS é um projeto extremamente ambicioso porque isso implica a que todas as pessoas tenham acesso a esse tipo de tratamento. Eu acho que isso é uma situação ideal, mas entendo que nós estamos muito longe disso. Apesar de ser um procedimento que exija muito pouco em termos materiais, ele exige muito em termos de disponibilidade e preparo das pessoas (M3).*

*De que forma se fazer isso se não se tem os recursos todos? Teria que ter uma equipe muito maior ou realmente a regionalização ser respeitada, a gente poder ter um posto de acordo com aquela população. Tu não dá conta de quem está ali na porta, como é que tu ainda vai buscar quem está lá, quem não tem o acesso? (G5).*

*O tamanho da nossa população, hoje eu diria que é inviável estender a assistência domiciliar para toda a população. Porque nós teríamos um número de casos tão grande que provavelmente a gente não trabalharia mais dentro da unidade e sim só fora, ou pelo menos um período grande. Mesmo sendo um preceito do SUS, na questão do tamanho das nossas pernas, é impossível. Nós temos critérios muito bem estabelecidos para assistência domiciliar (M5).*

*Falta funcionários em geral, enfermeiro, médico, técnico. Como é que a gente vai dar conta de atender as pessoas que vêm no posto, se é dentro do horário que a gente tem que abre um espaço para a assistência domiciliar? (E1).*

As necessidades são atendidas de acordo com as condições estruturais, organizacionais e humanas disponíveis. Como já foi discutido em momentos anteriores, a demanda da população à unidade é alta, o que faz com que haja um direcionamento de ações para assistir às necessidades descortinadas diante dessa clientela que busca o serviço. Aliada a isto, há a questão do dimensionamento de pessoal frente à ampliação da área de abrangência da unidade, que não acompanhou essa mudança, gerando acréscimo das atividades cotidianas no local de trabalho. Durante o período de observação para a pesquisa, em momento de conversa informal com uma das enfermeiras, esta manifestou que a atenção domiciliária perdeu muito nos últimos anos por causa do aumento da área. Essa situação faz com que os trabalhadores, mesmo percebendo a necessidade de desenvolvimento de ações diferenciadas, que estejam mais de acordo com o modelo assistencial preconizado na atenção primária à saúde brasileira, não o façam por deficiência nas condições para tal, como é o caso da atenção domiciliária.

Há o entendimento por parte dos trabalhadores de que o acesso deva ser garantido aos serviços de saúde, e a forma encontrada para isso se mostra por intermédio da assimilação de um outro princípio orientador do SUS, o princípio da equidade. Como está posto na Política Nacional de Atenção Básica, deve haver uma preocupação em:

Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adstrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade (BRASIL, 2006c, p.11).

São princípios que caminham juntos na tentativa de assegurar a atenção à saúde. Em vista disso, é preciso refletir que os serviços têm um papel na melhora da saúde, mesmo em face das notáveis iniquidades na distribuição de riquezas. Como o nível global de gastos em serviços de saúde não está uniformemente associado a melhores níveis de saúde, qualquer efeito dos serviços de saúde deve ser uma consequência de características específicas destes serviços.

Equidade é um dos princípios da ética. Qualquer sistema de saúde – ou política de saúde – que queira ser ético, deve considerar a equidade (STARFIELD, 2002).

Quando Starfield (2002) defende que a atenção primária à saúde deve ser orientada para a comunidade, ela alerta para o fato de que os recursos devem fluir para áreas em que são mais necessários, diminuindo, assim, as iniquidades entre as populações. “A atenção primária, através de sua orientação comunitária, tem responsabilidade de maximizar a extensão na qual os serviços de saúde podem superar as desvantagens sociais e seus efeitos adversos sobre a saúde” (STARFIELD, 2002, p. 534). Mas, é importante que haja o entendimento do verdadeiro sentido da atenção primária, como já foi realçado em espaço anterior, e não o entendimento de que essa é uma prática de saúde voltada para os pobres.

Pensando nessa questão, tentou-se apreender como os trabalhadores entendem a concretização do princípio da equidade no seu dia-a-dia de trabalho. Nesse aspecto há uma diferença de percepção por parte dos diversos membros da equipe de saúde. Alguns apresentam um entendimento da equidade em estreita ligação com o conceito de igualdade de atenção, em que há uma preocupação em assistir a todos da mesma forma:

*Qualquer indivíduo tem o mesmo acesso, tem o mesmo atendimento, não se prioriza ah aquele é mais carente, não. Qualquer um tem os mesmos acessos, tem os mesmos direitos (E1).*

*A gente atende gente que mora em loteamento, com isso ou aquilo, cheio de coisas luxuosas e atende a [...] (paciente residente em uma das áreas de risco) também, atende os dois lados da moeda (E3).*

*Acho que é conforme a necessidade, independente se está melhor financeiramente ou menos, o atendimento é igual para nós, não tem diferença de cor, raça, condições sócio-econômicas, todos são tratados igual. E com a mesma assistência (E4).*

*Não tem diferencial em nada, tudo é igual, o atendimento é unificado para*

*todos, o mesmo tipo de atendimento para todos, pelo menos na nossa unidade (G3).*

*Eu acho que todo mundo é tratado da mesma forma. Não te digo por todas as pessoas e por todos os profissionais da equipe, porque algumas pessoas têm uma restrição um pouco maior de ir nesses locais mais pobres, preferem ir à casa do rico, mas isso é uma coisa de cada um.(...) Gostando ou não, tem que ir (E6).*

A palavra equidade no aspecto semântico está bastante próxima à palavra igualdade, podendo até constar como seu sinônimo. A etimologia de ambas revela o mesmo elemento formador, “*equ-*”, antepositivo do latim “*aequus*” que pode significar unido, justo, imparcial ou favorável (PINHEIRO, WESTPHAL, AKERMAN, 2005). No dicionário Aurélio encontra-se a definição de equidade como sendo a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um (AURÉLIO, 2004).

Na concepção de Starfield (2002), os termos igualdade e equidade não são sinônimos.

O alcance da “igualdade” na saúde requer que as iniquidades sistemáticas nos determinantes da saúde (incluindo, entre outros, o acesso a prestação de serviços de saúde adequados) sejam reduzidas. Os meios para fazê-lo podem exigir diferentes abordagens em diferentes grupos sociais de acordo com suas diferentes necessidades. A equidade na oferta de recursos leva em consideração as necessidades subjacentes na decisão a respeito dos níveis apropriados de recursos a serem disponibilizados para cada subgrupo da população para reduzir as desigualdades sistemáticas no estado de saúde entre os grupos da população distinguidos pelas diferenças nas vantagens sociais (STARFIELD, 2002, p.667).

A categoria dos médicos posiciona-se na linha de pensamento de proporcionar atenção àqueles seres humanos mais necessitados, mais carentes de atenção e que, por isso mesmo, exigem um tratamento diferenciado:

*Talvez seja no sentido de ver as pessoas que mais precisam, nos chamam e a gente vai lá cobrir essa necessidade. Acho que seria mais ou menos nessa linha de pensamento, de conseguir ver essas pessoas em casa, que têm muita dificuldade, que não conseguem vir até aqui, com o objetivo final de que todos tenham acesso. Mais da maior dificuldade (RM1).*

*Tudo é programado conforme a necessidade. Se é uma pessoa da área de*

*risco, tu vai ter mais controle. Agora, se a pessoa tem todo o suporte, tem condições, exames feitos particulares ou convênio é igual, a assistência é igual (M2).*

*Dependendo das limitações econômicas, de saúde das pessoas, se tenta oferecer mais de acordo com as necessidades para se tentar chegar mais perto dessa equidade. Claro que têm pessoas que têm condições de comprar um colchão piramidal, de ter uma cama hospitalar. Bom, se a pessoa não tem essas condições a gente tenta conseguir através do próprio hospital. A mesma coisa com cadeira de rodas, se tenta oferecer isso para quem não tem condições (M4).*

*Eu te diria o seguinte, segue as mesmas limitações da universalidade. Eu não vejo muito diferente disso. Teoricamente, as pessoas que precisam mais, deveriam ter mais. Este é o princípio. E acho que a gente tenta na medida do possível, com algumas pessoas que estão nas chamadas micro-áreas de risco. Essas têm uma preferência ou um olhar diferente da equipe para essas pessoas. Eu te diria que a gente consegue fazer isso de uma forma muito natural. Acho que na questão de pensar medicação, pensar recurso, pensar todas as coisas que estão envolvidas. Algumas a gente só receita e a família tem que se virar. Outras a gente pensa duas vezes, bom, se é por pouco tempo, tem um recurso no serviço que pode ser utilizado, então, se utiliza. Bom, se nenhum desses recursos está disponível, interna por algum tempo (M5).*

*Em relação à equidade, eu acho que também se busca ter uma preocupação com isso, tanto como o caso de uma pessoa que só precisava do cuidado com a escara, então só cuidava da escara, mas aí a gente vê lá a [...] (nome de uma paciente), que mora lá no curtiço. Bom, ela tem uma dedicação muito mais intensa, as pessoas vão mais seguido lá, enfim, há um investimento maior, porque precisa mais. Isso a gente tem (M6).*

No entendimento de Duarte (2000), no campo sanitário os significados mais comuns atribuídos à equidade são variantes das expressões “igualdade de acesso” e “tratamentos iguais para mesmas necessidades”. O autor refere que, em geral, esses princípios ocupam lugar de destaque nos propósitos das políticas de saúde. “A concepção que decorre a partir desta leitura é a de que a cobertura universal dos serviços e a não discriminação de acesso aos recursos de diagnóstico e tratamento caracterizam um sistema de saúde equitativo” (DUARTE, 2000, p.447).

Almeida (2000) destaca duas importantes dimensões que devem ser consideradas na abordagem da equidade em saúde: as desigualdades nas condições de vida e saúde e as desigualdades no acesso e consumo de serviços de saúde.

Em um estudo desenvolvido com o objetivo de realizar uma análise crítica dos



relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, para verificar como foi sendo apropriado o conceito de equidade em saúde, pelas 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde, Pinheiro, Westphal e Akerman (2005) relatam que o termo equidade é utilizado inicialmente poucas vezes e até de modo indevido.

O tratamento do tema é incompleto, não destacando grupos sociais desfavorecidos e suas necessidades em saúde, o que indica uma resistência inicial à incorporação do conceito, como um critério para a elaboração das diretrizes de políticas públicas. O discurso a respeito da equidade permanece geral e amplo, apresentando avaliações e proposições vagas e inespecíficas (PINHEIRO, WESTPHAL, AKERMAN, 2005, p.457).

Diante desse achado, pode-se perceber quão difícil e complicado é consolidar uma diretriz política na prática profissional. A começar pela interpretação de seu conceito, que pode gerar variadas formas de entendimento. Os trabalhadores têm como guia norteador de suas ações as diretrizes políticas, que dão a conformação de seu trabalho. E, se documentos oficiais, como os Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, apresentam pouca especificidade conceitual, dando margem a múltiplas interpretações, como esperar dos trabalhadores a assimilação do que realmente é esperado deles na posição de um dos responsáveis diretos pela concretização desse princípio?

Compete ao setor público de saúde a tarefa de incorporar os princípios da equidade às políticas sociais desenvolvidas,

que precisam cumprir o duplo papel de atenuar as iniquidades sociais, atuando sobre os fatores que determinam os diferenciais injustos e evitáveis em saúde, e prover toda a população de atenção e serviços que atendam às necessidades de saúde, respeitando as particularidades de cada grupo social, com o mesmo nível de qualidade. Apenas desta forma estará sendo desenhado um sistema de saúde equânime (DUARTE, 2000, p. 462).

A concepção de equidade, abordada por Duarte (2000), faz a referência à obrigação dos serviços em adequar suas ações conforme a característica da população adstrita a eles, proporcionando, assim, atenção à saúde de acordo não só com a sua

necessidade, mas, também, com as condições de acesso a esses serviços. Mais uma vez é possível perceber a estreita ligação dos conceitos de equidade e universalidade de acesso, pois assistir equanimemente significa oportunizar acesso àqueles que têm mais dificuldade na obtenção do mesmo. Então, a noção desse conceito não se atém a assistir a todos de forma igual, no sentido de não se ter preconceitos ou discriminação no cuidado, mas, assistir diferentemente aqueles que mais precisam, justamente por serem mais carentes de atenção ou terem menos condições de obtenção desta atenção.

No momento em que os trabalhadores se voltam para a realização de ações para os moradores das áreas de risco, desenvolvendo atenção domiciliária para essa população, estão procurando compensar os efeitos das desigualdades de condições sociais. Estão operando em favor de um grupo menos privilegiado, contribuindo, assim, para aumentar a oportunidade de alcance de condições mais saudáveis de vida para essa população.

A concepção de equidade, que embasa o Serviço de Saúde Comunitária como um todo, está exposto na direção desse tipo de entendimento, como se pode visualizar em uma das publicações mensais desse serviço, o BIS, que é um boletim informativo:

Quando se discute a idéia de equidade em saúde pública, busca-se refletir, sobre as ações para diminuir desigualdades e para a distribuição equitativa de recursos de saúde. Não se trata de conceber os diferentes grupos atendidos como iguais. Não se trata de querer diminuir suas diferenças culturais, ou biológicas, mas se trata de diminuir desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Portanto, o que se deseja através da busca da equidade em saúde não é a “igualdade” entre moradores da cidade, usuários dos serviços, e nada semelhante a tal idéia. Procura-se, pelo contrário, compreender as desigualdades entre os grupos, peculiaridades culturais e sócioeconômicas, reconhecendo diferenças injustas no sentido de condições de vida. Assim, reconhecendo a desigualdade injusta é possível promover a diminuição desta “distância entre extremos”, buscando um ponto médio, mais justo. O trabalho voltado para o mapeamento das microáreas de risco, nas quais as chances de vida são menores e os riscos de morte são maiores, tem esta preocupação, a de diminuir as desigualdades injustas e indesejáveis (O BIS, 1998).

Uma forma de tentativa de alcance desse princípio norteador pode ser observado por meio do depoimento de G1:

*Isso a gente teve um processo bem legal. Em 1995 a gente começou a trabalhar com conceito de equidade de uma forma mais aprofundada. A gente começou a trabalhar com micro áreas e com uma metodologia de*

*georeferenciamento - Sistema de Informação Georeferenciada (SIG). E isso deu uma qualificada no olhar. (...) e se encontrou todos os pontos de vulnerabilidade. Aqui (se referiu à unidade do estudo) não aderiu ao trabalho, de vigilância, de equidade. Agora é que estão fazendo um novo movimento, tímido, com as três agentes, cadastrando a segunda área (G1).*

Para chegar à delimitação das problemáticas vivenciadas na área adstrita à unidade de saúde, foi necessário um mapeamento dessa área e um levantamento desses problemas, podendo, então, estabelecer as prioridades de ação direcionadas às necessidades descortinadas. Essa é uma atividade que faz parte da atenção primária à saúde na tentativa de alcançar o princípio da equidade. Porém, como foi realçado no depoimento acima, o desenvolvimento de um trabalho voltado aos grupos mais vulneráveis custou a acontecer na unidade de saúde estudada, que apesar de existir há mais de vinte anos, somente há mais ou menos dois iniciou a focalizar suas ações para essa população. O que parece estar ligado à vinda dos agentes comunitários de saúde para compor a equipe de trabalho, que precisou planejar o trabalho desses profissionais e então, viu a possibilidade de direcioná-los para essa necessidade que, por falta de recursos humanos, não vinha sendo contemplada.

Ao mesmo tempo, a problemática da falta de recursos humanos permanece, pois a área de abrangência da unidade aumentou sem que o quantitativo de recursos humanos acompanhasse essa mudança, como já foi comentado. A enfermeira responsável pelos agentes comunitários de saúde apresenta uma disposição de dirigir sua atenção para a população mais necessitada e tem envidado esforços nesse sentido, porém, esse é um trabalho bem exigente e que demanda tempo além do que é disponibilizado para tal. O tempo de trabalho é consumido pela demanda espontânea à unidade de saúde e há uma supervalorização de atividades clínicas em detrimento de ações preventivas e no ambiente externo à unidade.

Além desse aspecto de acúmulo de atividades clínicas na unidade de saúde ocasionadas pela grande demanda, alia-se a isso também o fato de que a maioria dos trabalhadores não apresenta disposição para o desenvolvimento de atividades voltadas para grupos menos privilegiados da comunidade. Essa sensação foi repassada durante

o período de observação do processo de trabalho e até mesmo por meio da colocação por parte de alguns trabalhadores.

É um trabalho que não tem condições de ser realizado por apenas um trabalhador, como a enfermeira responsável pelos agentes comunitários de saúde. Há necessidade de mobilização da equipe como um todo. Teve-se a oportunidade de acompanhar a enfermeira, juntamente com as agentes de saúde, em visitas domiciliares a moradores das duas áreas de risco, em que foi possível observar a preocupação com a saúde dessa clientela, com ações de promoção da saúde como orientação nos hábitos de vida e higiene, cuidados com o corpo e a mente, busca de soluções para problemas de saneamento, limpeza e riscos ambientais. É um tipo de atenção domiciliária que se encaixa na modalidade de vigilância à saúde. Quando desenvolvem atenção domiciliária a pacientes acamados, com problemas de adoecimento, pode-se considerar que é uma modalidade de acompanhamento domiciliar, e este é sempre realizado dentro do modelo clínico.

Entende-se que tanto a compreensão de equidade quanto a de universalidade (incluindo aqui uma avaliação da validade dos critérios para inclusão de famílias em VD) são importantes pontos de pauta a serem discutidos nas reuniões da equipe, visando disseminar os conceitos entre os trabalhadores, realçar a importância da sua efetivação e estabelecer formas de alcançá-lo. Essa proposta propicia um compartilhamento de conhecimentos e de entendimento do processo de trabalho realizado. Um dos exemplos de que há concepções diversas entre os trabalhadores é demonstrado por intermédio do depoimento a seguir:

*Não é muito equânime as coisas. Eu acho que às vezes tem pacientes que têm toda uma estrutura para não precisar de atendimento em casa e recebe. E tem pacientes que tem toda uma dificuldade por trás econômica, de repente vive numa área de risco e que não recebe o atendimento tão pontual como o outro que não é. Acho que não é muito equânime isso (E5).*

Mesmo a grande maioria dos trabalhadores se manifestando quanto à realização de um trabalho baseado na equidade, no momento em que um tem um entendimento diferenciado, há necessidade de reflexão, pois isso faz parecer que o tema não está

compreendido na sua totalidade.

### **A resolutividade**

Na continuidade da análise sobre a capacidade dos gestores e trabalhadores seguirem os princípios do SUS em seu processo de trabalho, um outro princípio ligado à atenção básica passa a ser discutido: o princípio da resolutividade. Ao serem questionados acerca desse item, o posicionamento é quase sempre no sentido positivo, de vislumbrarem a atenção domiciliar sendo resolutiva, dentro dos objetivos a que se propõe.

*A gente consegue resolver praticamente tudo. Só se ele estiver muito grave para a gente não resolver o problema, encaminhar para o hospital (E3).*

*É menos custo para o município, Estado essa assistência a domicílio. Ele não ocupa uma vaga no hospital, nem numa emergência (E4).*

*É muito importante isso porque resolve. O paciente logo, logo, se não for uma doença gravíssima que tiver que ser hospitalizado, ele logo, logo está de pé (G3).*

*Facilita o acesso, os familiares vêm aqui e dizem que o fulano está precisando de uma visita, está com problema. Aí vai alguém lá (RP).*

*Eu acho que essas pessoas se sentem bem amparadas (RM1).*

*Acho que no momento que tu deixa as pessoas bem orientadas, tu deixa um telefone à disposição... Têm pacientes que há muito tempo não vão para uma emergência, já tiveram febre, já tiveram infecções respiratórias, já tiveram infecções urinárias, e a gente consegue manejar em casa (M1).*

*O que a gente não resolve, não é porque nós não podemos resolver, é porque não tem solução (M3).*

*Diminuiu bastante o número de hospitalização. É raro o paciente que necessite hospitalizações. Só uma grande complicação (M4).*

*O resultado é bom, a gente consegue, muitas vezes, organizar a família, mobilizar a família, Evita muitas vezes a pessoa de internar, tu já conhece, tu vai lá, tu medica, para não ir para emergência, para o hospital, fica em casa (M6).*

Parece que a resolutividade está associada à resolução de problemas clínicos apresentados pelos pacientes, confirmando mais uma vez o alicerce teórico e

conceitual que move essa atenção. Entende-se que em vista desse modelo ser tão presente e preponderante nas atividades diárias, os trabalhadores fazem sempre a relação da atenção domiciliária com a atenção dirigida aos pacientes acamados. Na verdade, segundo o manual de assistência domiciliar elaborado pelos próprios trabalhadores, essa atividade compõe a modalidade de acompanhamento domiciliar. Outras ações seriam encaixadas nas modalidades de atendimento domiciliar, internação domiciliar e vigilância domiciliar. Porém, a alusão é sempre à modalidade específica de acompanhamento, visto que os trabalhadores sempre se referem aos pacientes acamados que fazem parte do programa.

Na verdade, esse tipo de paciente é bastante beneficiado com esse tipo de atenção, uma vez que a equipe garante a assistência no próprio ambiente de vida, junto de seus familiares e sem os riscos de estar sendo cuidado no interior de um ambiente hospitalar. Diversos estudos têm demonstrado as vantagens desse tipo de atenção domiciliária, como Lacerda (1996), Duarte e Diogo (2000), Shepperd et al (1998a), Richards et al (1998), Wilson et al (1999), Davies et al (2000), Jordhoy et al (2000), Ram et al (2004), entre outros.

Uma outra questão que chama a atenção é a afirmação de que a atenção domiciliária tem sido resolutiva no sentido de evitar internações hospitalares, como se pode visualizar nos depoimentos dos trabalhadores M1, M4 e M6. Porém, ao mesmo tempo em que há essa manifestação, outros trabalhadores afirmam que isso não é mensurável. Então, são colocações embasadas no desenvolvimento do processo de trabalho, quando refletem que muitos pacientes que são assistidos pela equipe de atenção domiciliária, se assim não o fossem, teriam que ser hospitalizados como forma de garantir a assistência. Não há dados estatísticos sobre isso, o que faz com que as reflexões sobre o tema sejam totalmente empíricas. Os depoimentos abaixo expressam essa questão:

*Falta a gente trabalhar a questão da informação, da circulação da informação. Da importância da gente ter esse objeto, a epidemiologia como uma ferramenta. (...) Para tu ter resolutividade tu tem que ter informações. (...) Minha paciente está bem, ela melhorou, ela saiu, ela teve alta. Eu vi a resolutividade, ela teve alta, mas eu não qualifiquei a resolutividade. E ela tem que ser qualificada (G1).*

*Não sei te dizer em números, em estatística (...) A gente teria que fazer mais pesquisa que a gente não faz, para poder dizer realmente, com dados mais*

*específico (G5).*

*Eu ainda não tenho como fazer uma avaliação total, por exemplo, dos meus pacientes que estão no programa, agora que a gente começou a fazer direitinho, porque não tenho a coisa no computador, tem que fazer muito manual, se foi feito a visita, se não foi feito a visita, quem foi lá, como é que está sendo esse atendimento do profissional, se o paciente não está internando, ou se está internando, se está melhorando, se não está melhorando. Mas isso tem que ser medido e eu não tenho isso (E8).*

É importante trabalhar com dados reais, que confirmem o que está sendo percebido na prática de trabalho. Muitas vezes, ao ser efetuado um estudo formal, o que parece estar se desenrolando na prática não corresponde à realidade. E no caso de confirmação desta, no momento em que existem dados comprobatórios, pode-se tentar conquistar os gestores a contribuir com o serviço, a efetuar melhoramentos, a fornecer recursos humanos e materiais, visto que a necessidade está sendo apresentada e os benefícios evidenciados.

A possibilidade de dar visibilidade aos trabalhadores e serviços dá-se por intermédio da realização de pesquisas. E, para a concretização dessas pesquisas há a necessidade da disponibilização de dados.

*A pesquisa em atenção primária e a tradução dos achados da pesquisa em política e prática clínica são ingredientes essenciais para alcançar as duas principais metas de qualquer sistema de serviços de saúde: otimizar a saúde da população por meio do emprego do conhecimento mais avançado sobre causa de enfermidade, o manejo de doença, além da maximização da saúde e minimização das disparidades sistemáticas nos estados de saúde associados ao acesso diferenciado aos benefícios do conhecimento (STARFIELD, 2002, p. 660).*

Ainda em relação a este tema, existem algumas problemáticas ressaltadas, que interferem na obtenção da resolutividade esperada, como a falta de recursos humanos, a necessidade de exames diagnósticos e de avaliação de especialistas e a organização do serviço.

*Tinha que ter mais equipes, mais condições (G2).*

*Algumas vezes eu tenho dificuldade com a resolutividade, quando se precisa de algum exame, quando a gente precisa fazer diagnóstico, seguir um pouco além da investigação. Às vezes você tem que acabar internando o paciente porque ele não consegue (RM2).*

*O que falta, às vezes, é a supervisão ou o parecer de algum especialista, que é difícil, porque as especialidades não vão em casa e isso está meio complicado (M2).*

*A gente não tem estudos recentes, mas alguns de nossos estudos mais antigos mostram que a gente tinha uma resolutividade. A gente não pode ter algumas coisas que aumentariam a resolutividade, como fisioterapia (M5).*

*Essas pessoas que estão sendo acompanhadas, acredito eu que eles tenham um suporte entre aspas, mas não é aquilo também. Tu viste aquela mulher que a gente foi, que já tinha morrido. E aquele outro paciente que ficou dois meses sem ser visto? Para que ele foi incluído se não tem porque de ir lá? Eu acredito que tem que mudar. Para funcionar tem que ter mais organização. E comunicação também (E7).*

*Eu acho que talvez por esse problema, a problemática de estar meio perdendo espaço, não está sendo tão bem resolvida como já foi (RM3).*

Dois dos depoimentos acima podem ser relacionados com a organização do serviço. O depoimento do trabalhador E7 vai na direção de que a resolutividade poderia estar sendo melhor alcançada caso houvesse mais comunicação entre os membros da equipe, nas próprias reuniões ou repassando informações uns aos outros. O questionamento que esse trabalhador se faz expressa a preocupação no tocante à correta avaliação dos pacientes inseridos no programa de atenção domiciliar, pois se há uma real necessidade deste paciente ser assistido em nível domiciliar, como é “esquecido” quando os trabalhadores responsáveis por sua assistência estão de férias ou afastados do trabalho por alguma razão? Como fica a questão da resolutividade na assistência a este paciente?

Já o trabalhador RM3 faz referência à utilização dos espaços destinados à realização das reuniões da atenção domiciliar com discussões diversas, fazendo com que aquela passe a ser secundária ou, até mesmo, deixada de lado. Isso já foi discutido em momento anterior do estudo, sendo realçado neste momento por ter sido mencionado como um aspecto do trabalho que está prejudicando a atenção domiciliar, que poderia estar sendo mais discutida e refletida e obtendo, então, mais



resolutividade nas ações.

Os trabalhadores RM2, M2 e M5 abordam a necessidade que o serviço sente de aliar outros trabalhadores à atenção domiciliária. Essa é uma questão que poderia estar sendo mais bem desenvolvida, se houvesse um bom sistema de referência e contra-referência, ou mesmo uma integração dentro da própria instituição, pois certamente há especialistas no GHC que poderiam fazer esse trabalho em parceria com a unidade de saúde da família.

Essa dificuldade, encontrada em muitos serviços, dificulta a resolutividade da assistência, pois impede a continuidade da atenção.

A obediência ao princípio da continuidade da atenção, que viabiliza a função organizativa da atenção primária à saúde, surge como um dos principais problemas, tal como Mendes (2002b) depreende das falas de um gestor e de um coordenador de um Programa de Saúde da Família (PSF). Os sujeitos do estudo referem que, em municípios habilitados apenas na gestão plena da atenção básica, há dificuldade na organização de um sistema de referência e contra-referência, (MENDES, 2002b). Porém, este não é o caso do município de Porto Alegre, que tem a gestão plena do sistema.

Havendo uma continuidade do cuidado à comunidade a quem se dirige a atenção, está-se assegurando a concretização de parte do princípio da integralidade da assistência, pois aquelas ações consideradas necessárias para assistir ao paciente como um todo e que estão fora do alcance do nível de atenção em que o serviço se encontra precisam ser redirecionadas para os serviços que possuam as condições de prestá-las.

A questão da integralidade já foi discutida anteriormente, mas como há uma inter-relação de todos os princípios e diretrizes do SUS, em uma mescla constante, na intenção de alcançar a totalidade da assistência, ela foi retomada para clarear essa questão que vem sendo discutida em relação à resolutividade. O trabalho nas unidades de atenção primária implica:

Fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro dela. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários (STARFIELD, 2002, p.62).

Há necessidade da existência de um vínculo bem estabelecido entre a atenção primária, a secundária e a terciária, em que os serviços sejam organizados conforme as necessidades da população. A gestão, não somente do trabalho em si, mas da estruturação e organização dos serviços precisa ser projetada para que existam profissionais e unidades suficientes a cuidar das necessidades naquele nível, bem como uma integração entre esses níveis a ser desenvolvida, pois essa não é uma obrigação do trabalhador, que se encontra face a face com os usuários.

Segundo Mendes (2002b), para cumprir seu papel em um sistema integrado de serviços de saúde, a atenção primária deve cumprir três funções essenciais:

O papel resolutivo, intrínseco à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde – o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação, o de organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o de responsabilização – o de co-responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam (MENDES, 2002b, p.17).

Em estudo desenvolvido com o objetivo de analisar o funcionamento dos Programas de Internação Domiciliar implantados em três municípios, dois de São Paulo e um do Paraná, identificando elementos que sinalizassem a inserção desses programas na mudança da atenção à saúde, foi percebida a necessidade de sistematizar a referência e a contra-referência entre esses programas e a rede de cuidados progressivos dos municípios (SILVA et al, 2005). Os autores referem que essas articulações permitirão novas relações técnicas e sociais e a organização dos processos de trabalho na lógica da vigilância à saúde.

Para que o sistema de referência e contra-referência seja efetivo e eficaz, torna-se necessária a construção de parcerias entre instituições públicas e privadas. A parceria pode ser entendida como trabalho articulado e participativo, mantendo-se uma relação horizontal entre as instituições, respeitando e preservando a identidade de cada uma, e estabelecendo-se uma rede progressiva de cuidados, rompendo com a concepção da hierarquia e níveis de atenção (SILVA et al, 2005, p. 395-396).

No tocante à falta de recursos humanos, sobre a qual um dos participantes chamou a atenção, é uma problemática que interfere na consolidação de praticamente todos os princípios, visto que não há como desenvolver um trabalho da forma almejada sem uma equipe estruturada para tal. A gama de atividades que precisam ser desenvolvidas no processo de trabalho em saúde assume uma proporção gigantesca se não houver um quantitativo humano adequado. E, sem uma consonância do numérico de trabalhadores com a necessidade de ações, não há condições de alcance de resolutividade em nenhum tipo de serviço.

Um dos trabalhadores apresenta uma visão diferenciada em relação à resolutividade do trabalho desenvolvido com a atenção domiciliar. Essa diferença está posta na relação modelo assistencial/resolutividade. Como é possível perceber por meio do depoimento que virá logo a seguir, esse trabalhador faz uma análise de que o processo de trabalho não é desenvolvido da forma esperada para o tipo de serviço considerado:

*Tu trata os sintomas dele, o paciente tem a dor, ele precisa receber alimentação via sonda nasogástrica. Mas tu vais a um ponto, é isso que ele precisa. Acho que a gente não o trabalha como um todo. Acho que tu és resolutivo no momento que tu trata a dor, vendo por essa visão. Ele tem uma queixa, por exemplo, pressão alta, tu vai lá, dá medicação tal e está resolvido o problema (E5).*

Entende-se que o trabalhador referido tem ciência do modelo de atenção que vem sendo desenvolvido, centrado na clínica, e faz uma avaliação positiva da resolutividade diante da realização desse modelo. No entanto, fica claro que não vai além. Então, a avaliação da resolutividade está na dependência do prisma através do qual se está olhando. Parece que foi essa a intenção da explanação realizada, ou seja, se a análise é do processo de trabalho que está sendo desenvolvido, no interior do modelo que o está guiando, a resposta é uma; se a análise é no sentido do modelo que deveria estar sendo efetivado, a resposta pode ser outra.

O modelo assistencial é um ponto de reflexão que apresenta um movimento de idas e vindas, pois é o alicerce que guia qualquer trabalho em saúde. No âmago do trabalho desenvolvido em atenção básica/atenção primária, existe ainda um princípio

norteador para a concretização desse modelo, que ainda não foi explorado. Trata-se da participação da comunidade, que foi regulamentada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

### **A participação da comunidade**

Para uma operacionalização da participação comunitária nas várias esferas (local, municipal, estadual e federal) de governo, foram criadas duas instâncias colegiadas: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde (SUS, 2004).

As Conferências de Saúde possibilitam a inserção da participação social no âmbito do poder executivo, tendo como objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política de saúde em cada nível de governo e os Conselhos de Saúde:

Buscam participar da discussão das políticas tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura e, onde se manifestam, com maior ou menor representatividade, os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas que pretendem direcionar os recursos para prioridades diferentes (SUS, 2004, p.121).

Os Conselhos existem e funcionam e, apesar de todas as suas limitações, constituem um dos mecanismos mais democráticos de controle das atividades públicas existentes no país. Suas limitações têm a ver com o grau de organização da sociedade civil, os problemas intrínsecos dos mecanismos representativos de participação e as práticas políticas dominantes no país, entre outros elementos (FEUERWERKER, 2005).

Na questão investigada junto aos participantes da pesquisa sobre a participação comunitária, transpareceu o quanto este é um tópico que não se mantém ao lado dos demais princípios, quanto à importância de efetivação. Existe uma diversidade de conotações relativas à participação comunitária, centrando a participação das pessoas da comunidade no Conselho Local de Saúde; atendo esse quesito ao estabelecimento de inter-relações de ajuda entre os membros da comunidade; atrelando a participação à necessidades individuais, entre outros.

O Serviço de Saúde Comunitária, com sua característica essencial de direcionar

os processos de trabalho nas unidades de saúde sob sua jurisdição, apresenta um posicionamento de estimulação à participação comunitária.

*Nós tivemos sempre, o forte deveria ser, tanto pelo nome, saúde comunitária, um serviço que primasse pela participação da população na gestão do serviço. Eu acho que a gente faz muita coisa, a gente tem todo um grupo de trabalho de participação popular que desencadeia oficinas, discussão nos conselhos locais. (...) Pelo menos a gente tem um roteiro, tem uma assembléia que é anual, com todos os representantes dos conselhos locais, na qual se tiram prioridades para desencadear no trabalho um movimento para o ano seguinte (G1).*

O depoimento desse gestor traduz a vontade de que esse princípio seja efetivado no cotidiano de trabalho dos serviços, no sentido de participação real e responsabilidade nas decisões. Considera que o envolvimento de todos os segmentos com interesse na saúde, como gestores, trabalhadores e usuários apresentam extrema importância para a consolidação do SUS.

Entende-se que a participação almejada para gestores e trabalhadores extrapola os limites de comparecimento em reuniões dos conselhos, para a realização de trabalhos de mobilização da população com vistas a conhecerem e interferirem no sistema de saúde, já que o olhar sobre o sistema se estende até os seres humanos que vivenciam as necessidades de saúde.

A participação envolve, também, processos de avaliação do impacto dos serviços na saúde. É uma forma de compatibilizar o trabalho às necessidades de saúde, e de reformular planos e estratégias que não estão obtendo o sucesso esperado, e traçar novos mais coerentes com cada população adstrita. Segundo Wright, Parry e Mathers (2005), a participação é um valor central nesse processo avaliativo, empoderando a todos os envolvidos nos processos decisórios e corrigindo o déficit democrático entre o governo e a sociedade. Os autores relatam que a participação transmite a sensação de que a saúde e a tomada de decisões pertencem à comunidade, e as experiências pessoais dos cidadãos se convertem em um fator essencial de formulações mais adequadas de políticas públicas.

Os trabalhadores, ao se referirem à participação da comunidade no Conselho Local de Saúde, apresentam um manifesto de inconformismo com a atual situação

encontrada:

*Parece que estava diminuída, a gente está conseguindo retomar. Dois anos está meio afastado o conselho gestor local. Tinha uma associação chamada Asumef faz cinco anos, com sócios e tudo. Só que essa associação se desvinculou da medicina comunitária e se associou numa ONG. Então, as pessoas da comunidade começaram a se dividir, começaram não, se dividiram (E4).*

*Pouquíssima. Até está sendo discutido agora, vai entrar num esquema de trabalho, de um projeto que está sendo feito até 2007. Agora está sendo feito uma busca, tentando traçar metas, tinha só quatro que participavam de uma população de 40 mil, aí tu vêes que participação é essa. Agora na última reunião parece que vieram 20 ou 25. Parece que a [...] (gestora da unidade) deu uma tarefa para essas 20 pessoas, de cada uma trazer mais uma, para ver. As pessoas cansaram, não querem mais participar, desanimaram. Ninguém quer participar, eles só querem ser atendidos (E7).*

*Está bem lento. Pela nossa população em geral, tinha que ter bem mais, mais grupo, bem mais tudo. E a gente decaiu, a gente tinha isso, a gente tinha bastante rede de apoio, tipo a comunidade era bem engajada conosco, e de repente... Nós tínhamos dois órgãos, o conselho gestor e a Asumef, não sei se tu ouviste falar? Então se desfez um e ficou outro. Outro trabalhava melhor e por isso ficou meio perdido (E9).*

*Falta um pouco de entrosamento com a própria comunidade. A comunidade não comparece às reuniões para ficar sabendo, para que possa explicar, explicar a finalidade. Nós temos discutido mais com os agentes mesmo (G2).*

*Sabe como é, a comunidade se retrai, se inibe de ir às reuniões. Nós convocamos para ir às reuniões, pedimos a participação de todas e vem muito pouca, um plenário assim de 20, 30 pessoas. Não são participativos, isso é em todo lugar, não é só aqui (G3).*

Pode-se extrair das falas de E4 e E9 a questão da participação diluída em dois foruns locais, o Conselho Local de Saúde e a ASUMEF. Esta última é uma associação dos usuários da unidade de medicina de família, que, pelos depoimentos, depreende-se que apresenta objetivos relacionados à integração da comunidade entre si e com os trabalhadores, e incentiva a ajuda mútua, sem propósitos de controle social e participação no acompanhamento dos processos de trabalho desenvolvidos pela equipe de saúde. Os entrevistados ressaltaram a realização de festas de aniversário e eventos para angariarem fundos objetivando adquirir recursos para membros mais carentes da comunidade.

Visualiza-se o sentido de participação desse tipo de associação, em uma das

dimensões relatadas por Crevelim (2005), como sendo a participação assistencialista. O autor refere que essa modalidade de participação pouco pode contribuir para a emancipação e a autonomia dos sujeitos envolvidos no processo, mas revela-se, ao mesmo tempo, necessária e complementar em áreas de maior exclusão social. Talvez essa associação servisse como uma forma de unir as pessoas em torno de objetivos comuns e como um canal que pudesse ser utilizado para alcançar a comunidade.

Pela exposição dos sujeitos entrevistados, infere-se que, a partir do momento em que a associação afastou-se da unidade de saúde, alguns membros da comunidade acompanharam esse distanciamento e o Conselho de Saúde ficou relativamente “mutilado”. Talvez os representantes da comunidade neste conselho tenham se sentido desmotivados, sem colaboradores e, por isso, suas funções tenham passado despercebidas. Ou, quem sabe, as suas ações também não apresentam uma lógica de controle social e estariam sendo realizadas no mesmo sentido da associação? Um dos gestores do CLS refere-se à função principal nesse fórum:

*Nós vamos à reunião do conselho gestor também, mas nós queremos mais é reivindicar, nossa pressão mais é em reivindicar (G2).*

Quer parecer que, mesmo os representantes do CLS, cidadãos que ocupam esse espaço há vários anos, apresentam um comportamento não correspondente com o que se espera de um conselho comunitário, ou seja, avaliar as ações de saúde que estão sendo realizadas e opinar quanto às questões nesse nível, não se atendo unicamente aos aspectos assistenciais, mas também de prioridades a serem assumidas pela gestão da unidade. Nas reuniões em que se teve oportunidade de participar durante a realização da pesquisa, por exemplo, o assunto girou sempre em torno da necessidade de ampliarem a área física da unidade de saúde. Essa é uma necessidade real, devido ao tamanho da população adstrita, porém, enquanto esse tema não for resolvido, nada mais é discutido?

Outra questão que faz refletir acerca do papel que o CLS vem desempenhando refere-se ao completo desconhecimento do funcionamento do serviço de atenção domiciliária. Foi possível perceber, pelos contatos feitos com os membros do

conselho, que lhes faltam condições de dissertarem a respeito desse serviço. Pode ser percebido, pelas falas e depoimentos, que eles não têm nenhuma noção do processo de trabalho realizado. Atuam somente com base em queixas, não tendo a iniciativa de conhecerem o trabalho e avaliarem o que vem sendo realizado.

Parece que não há assimilação do conceito de participação como: “democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo controle social na gestão do sistema” (SUS, 2004, p.196).

A queixa da pouca participação da comunidade encontra eco no estudo desenvolvido por Oliveira e Gusmão (2004), em Vitória da Conquista - Bahia, onde os autores também encontraram queixas dos membros dos conselhos em relação à pouca participação da comunidade nas reuniões.

Essa falta de participação, e até de conhecimento acerca do trabalho desenvolvido pelos conselhos de saúde, pode ser percebido na análise dos depoimentos dos usuários/famílias. Eles relatam não apresentar nenhuma participação na unidade de saúde e no conselho local:

*Não, eu nunca fui chamada, nunca participei de nada (F2).*

*Não, por enquanto a gente não está participando, eu já tive convites, mas por falta de tempo mesmo, eu nunca participei de nada (F3).*

*Não sei do que se trata. Não tenho participação nenhuma no trabalho (F4).*

*Não participo de nada. Eu sei que existe um grupo de cuidadores, mas eu não participo, até para não deixar ela sozinha (F5).*

*Já ouvi falar, mas nunca entrei em maiores detalhes. Eu só vim uma vez numa reunião dessas (F6).*

Esse tipo de comportamento não é de estranhar. Se os próprios membros do conselho não têm ciência exata do seu papel, muito menos a terá o restante da população que, a princípio, não possui o preparo para exercer a função como se espera que esses representantes tenham. É importante, nesse momento, ser considerado que a participação é uma decorrência de uma sociedade que tem como princípio a cidadania,



sendo essa uma construção que ocorre socialmente e vinculada a valores sociais, antropológicos e, sobretudo, morais.

Deve-se ressaltar que há uma falta de tradição do nosso povo em movimentos sociais e no exercício da cidadania (TEIXEIRA, 2004).

No estudo de Noronha, Lima e Machado (2004), há a referência a uma produção de Labra (2002) sobre a temática de conselhos de saúde, onde são destacados vários problemas relacionados à dinâmica do seu funcionamento, entre os quais:

a) a baixa adesão popular aos conselhos, devido a desconhecimento, desinteresse das associações comunitárias e falta de maturidade para uma participação ativa; b) a utilização dos conselhos como espaços para reivindicações específicas ou denúncias e a ausência de discussões substantivas; c) a falta de apoio político, ou mesmo o boicote por parte das autoridades e a interferência do gestor no sentido de neutralizar as discussões, tornando-as meramente informativas e alheias aos interesses da comunidade; d) a atuação nociva ou desrespeitosa do gestor, na qualidade de presidente do conselho; e) as dificuldades para a manutenção da paridade frente à representação de grupos específicos e dos prestadores privados e f) as dificuldades de relacionamento existentes entre os representantes dos usuários e a associação que os escolheu (LABRA Apud NORONHA, LIMA, MACHADO, 2004, p.74).

Uma outra concepção acerca da participação está posta na relação de ajuda mútua e solidariedade entre os diversos membros da comunidade:

*Se tu pedir ajuda, eles ajudam. Por exemplo, aquela velhinha está sozinha lá. As pessoas mais próximas vão lá visitar, conversam (E2).*

*Eu consigo ver participação social só em relação aos vizinhos, uma vizinha cuidar da outra vizinha. De resto, da comunidade em geral, não tem (RM2).*

*Acho que zero, muito fraca. A participação social é muito fraca. Não sei se é gente que estimula pouco ou se realmente não existe uma iniciativa. Por exemplo, a gente poderia ter um banco de cuidadores, de pessoas que estão disponíveis para ser cuidadores, por exemplo, isso a gente não tem. Falta de participação social não é um problema só da assistência domiciliar, tu já deve ter visto (M1).*

*Tem, no geral tem. Principalmente assim, vizinhos, eles meio que se unem até para tentar ajudar, de vim dar notícias, de vim solicitar que tu vás (M2).*

*Eu percebo de uma maneira muito assim, vamos supor, eu vou lá atender uma velhinha no apartamento tal essa pessoa tem muito pouco recurso em casa, eu praticamente não estou tendo com quem me aliar, e o que eu percebo, os vizinhos, eles abrem a porta para ti, eles te dão informação da pessoa, eles te ligam dizendo que está isso e isso acontecendo. O momento da história da*

*participação social e daí não acho só na questão da internação domiciliar, porque isso é uma parte do nosso trabalho, mas o que eu vejo é assim, há muito pouca participação dos técnicos em atividades, ou em coisas com a comunidade. Se faz muito pouco isso, apesar de ser um serviço que uma parte nossa é a parte comunitária, o serviço com a comunidade. No meu entendimento, no meu ver, a equipe de saúde participa muito pouco(M3).*

*A gente consegue muitas coisas com os vizinhos, muitos vizinhos abraçam aquele paciente que está ali (E8).*

No sentido exposto nos depoimentos, os trabalhadores dão uma conotação de solidariedade ao princípio da participação. Talvez porque todas as questões investigadas deviam ser respondidas em relação à atenção domiciliária, o que poderia ter trazido alguma dificuldade de inserir dentro desse serviço o conceito de participação social. Parece que os participantes se limitavam a refletir na participação da comunidade no trabalho desenvolvido na atenção domiciliária e, diante disso, não conseguiam estabelecer a relação com o conceito como um princípio do SUS.

A participação da comunidade no trabalho é um elemento importante que está contido no conceito do SUS, porém visto na forma de colaboração com o serviço, opinando, avaliando o serviço e acompanhando seu desenvolvimento.

Observa-se que, no espaço não institucionalizado da participação da população no interior da equipe, ou seja, na relação direta e cotidiana do usuário e serviço e do usuário e trabalhador, o usuário está ausente do planejamento e da tomada de decisão. Ou seja, no plano assistencial e da construção do projeto assistencial comum, o trabalho em equipe está “para dentro” da equipe. Nesse sentido, reproduz-se o modelo de “pensar por”, “planejar por”, “decidir por”, ao invés de “pensar com”, “planejar com”, “decidir com” o usuário e a população (CREVELIM, 2005, p.330).

O maior desafio das equipes está justamente na construção de possibilidades efetivas de um processo de trabalho em que o usuário seja partícipe, integrando-se a um projeto assistencial comum com a equipe de saúde. Nesse sentido percebe-se um movimento nessa direção pela equipe de saúde da unidade pesquisada, que ainda não tinha acontecido até o momento da coleta de dados, mas que estava sendo planejado.

Os trabalhadores estavam reunindo-se com o objetivo de elaborar o planejamento anual, no qual iriam constar ações de mobilização dos próprios trabalhadores e da comunidade para maior participação conjunta, inclusive com a presença de familiares nas reuniões da atenção domiciliária. Esta é uma forma de dar visibilidade ao trabalho realizado e contar com a colaboração dos usuários no serviço.

Um dos trabalhadores manifestou que há dificuldade dos trabalhadores em desenvolver trabalhos integrados com a comunidade:

*Deixa bastante a desejar. A gente tem uma dificuldade muito grande de trabalhar com conselho gestor (...) eu acho que tu podes colocar isso como uma falha grave porque como que tu vai trabalhar saúde da população sem saber trabalhar com a população? Mas eu acho que é difícil. Essa equipe é uma equipe que tem muita dificuldade de trabalhar com a população (E6).*

Apesar da importância de realizar trabalhos envolvendo a comunidade e de trazer a população para dentro das unidades de saúde, como forma de garantir que ela tenha acesso às informações em saúde e que compartilhe o processo de trabalho com a equipe, como principal interessada, responsabilizando-se pela concretização da assistência esperada, essa não é uma tarefa fácil. Primeiro, pela própria questão do espaço de tempo que precisa ser destinado a esse tipo de atividades e que, no caso da unidade em estudo, encontra-se bastante comprometido. Em segundo lugar, pela necessidade de adaptação dos trabalhadores às situações em que o processo de trabalho já não estará mais sendo discutido dentro dos limites da equipe. Isso exige capacidade de aceitação de críticas, opiniões contrárias e acima de tudo tolerância, pois, muitas vezes, as questões discutidas precisarão ser explicadas detalhadamente aos usuários, que não apresentam o mesmo entendimento dos trabalhadores. Teixeira (2004) destaca a dificuldade que algumas equipes têm de reconhecer na comunidade uma parceira no trabalho para a viabilização da saúde.

Uma vertente explicativa para o pouco desenvolvimento de uma participação conjunta entre comunidade e trabalhadores pode ser pensada no sentido do modelo assistencial realizado. Em estudo desenvolvido sobre o Programa de Saúde da Família, Oliveira e Gusmão (2004) referem que:

A visita domiciliar passa a ser exercida quase exclusivamente no atendimento em casos de doença. Esses aspectos comprometem a relação da equipe com a comunidade, tendo como consequência a baixa participação popular no CLS e nos grupos de educação. A baixa participação popular, por sua vez, compromete o próprio PSF, a construção social da saúde, a reversão do modelo hegemônico e as dimensões da sustentabilidade (OLIVEIRA; GUSMÃO, 2004, p. 95).

Apesar da unidade de estudo não ser uma unidade de PSF, os dois tipos de unidades têm objetivos semelhantes, uma vez que a estratégia pensada pelo governo teve como parâmetro, para sua implantação, o processo de trabalho desenvolvido nas unidades do Serviço de Saúde Comunitária do GHC (LENZ, 1999; LOPES, 2005). E, como já discutido em momentos anteriores, na unidade estudada tem sido realizada a atenção voltada para os processos de adoecimento.

É importante ressaltar que o processo de redemocratização no Brasil é recente, e a população ainda encontra-se presa às raízes da não participação, pois são fruto de um período histórico em que esse direito foi negado com fortes mecanismos de controle sobre as liberdades/responsabilidades individuais e coletivas. Portanto, ainda é preciso construir a cultura da participação da comunidade.

No estudo desenvolvido por Crevelim (2005), o autor refere-se à necessidade de capacitação da comunidade para a participação, o que pode ser efetuado por meio de cursos e repasse de informações visando ao envolvimento de um maior número de pessoas.

E não só a comunidade em geral, mas os próprios membros dos conselhos de saúde, uma vez que nem estes apresentam participação efetiva, apesar de que o Ministério da Saúde já tenha feito um grande movimento em prol da capacitação desses representantes da comunidade. O Ministério da Saúde até o ano de 2004 tinha qualificado:

31 mil conselheiros de saúde em todo o Brasil. Os recursos para fortalecer o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), superiores a R\$ 4 milhões, vieram do Programa de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Reforsus). A meta do projeto era clara: fornecer aos conselheiros de saúde informações para o desenvolvimento de habilidades e competências para o exercício de suas funções. Com isso, o ministério reforçou a ação dos conselhos de Saúde, que são elementos fundamentais na implementação do SUS. Em 2003, quando o SUS completou 15 anos, o Ministério da Saúde promoveu amplo debate social para fazer um balanço do sistema e apontar novos rumos para o futuro da saúde pública no Brasil. Em dezembro do mesmo ano, a gestão participativa e o controle social da saúde estiveram entre

os temas discutidos durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília (BRASIL, 2004d, p.20).

Os cidadãos que representam a comunidade no Conselho Local de Saúde da unidade em estudo já estão ocupando essa posição há mais de dez anos. Isso serve para demonstrar que a educação é um processo permanente e que não pode deixar de ser realizada e retomada sempre.

Alguns trabalhadores refletem acerca do aspecto de pouca participação da comunidade, como sendo acomodação, por não se sentirem comprometidos e nem atingidos individualmente em função das problemáticas da saúde e da unidade.

*Não temos uma participação ainda efetiva. Acho que isso é uma meta.(...) Eu não sei se as pessoas ainda se sentem querendo usufruir do serviço e não dar (G5).*

*Acho que assim como em outras coisas, não tem muito envolvimento da comunidade, acho que nisso também não. Acho que as pessoas parecem que só vão se envolver quando, como a gente é no dia-a-dia, quanto a gente perde um negócio. Aí todo mundo vai vir porque não tem mais. É difícil as pessoas terem essa consciência (RP).*

*Eu vejo como uma coisa com limitações próprias de uma população de classe média baixa, que para algumas coisas acha que não precisa muito, não acostumada a ter este, vamos dizer, esta dimensão comunitária, não tem coisas em comum, nem de origem, enfim, então, as pessoas ainda não estão acostumados a isso. O que a gente vê é que na medida em que elas começam a ter alguma participação, seja no atendimento, seja como o conselho gestor, elas começam a ter um outro entendimento, isso facilita (M5).*

O último depoimento demonstra a importância que a participação apresenta, apesar de saber que ainda é incipiente. Quer parecer que a comunidade não participa por ainda não ter sentido a necessidade disto. Não se pode deixar de considerar essa relação da necessidade na vida dos seres humanos. Marx e Engels (1978) já referiam que os seres humanos precisam estar em condições de viver para fazer história. Nesse processo de busca pela sobrevivência, buscam as formas de satisfazer suas necessidades e, a partir do momento que as satisfazem, são conduzidos a novas

necessidades. Talvez não tenha chegado o momento ainda de a participação social ser considerada uma necessidade para essa população.

Pode-se considerar que os trabalhadores e gestores têm um papel a cumprir junto à população que assistem, no rumo de que esses cidadãos tenham a compreensão de que a participação deve ser visualizada como uma necessidade, pelo menos mediata, senão imediata. É primordial que a população se aperceba de que pode interferir na gestão da saúde, colocando as ações e os serviços na direção dos interesses da comunidade, em uma relação entre Estado e sociedade “na qual o conhecimento da realidade de saúde das comunidades é o fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor” (SUS, 2004, p.121).

### 5.2.3 Percepção da saúde como um direito do cidadão

A primeira premissa de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, é a dos seres humanos estarem em condições de viver para poderem “fazer história”.

A vida, contudo, implica antes de mais nada comer e beber, uma habitação, vestuário e muitas outras coisas. O primeiro ato histórico, pois, é a produção dos meios de atender a essas necessidades, à produção da própria vida material. E esse é, de veras, um ato histórico, uma condição fundamental de toda a história, que hoje, como há milhares de anos, tem de ser executado todos os dias e todas as horas simplesmente a fim de sustentar a vida humana (FROMM, 1983, p.173).

Nesse processo de construção e permanência do ser humano histórico no mundo, a saúde é um aspecto fundamental que lhe dá condições de ser e viver e que, como já foi discutido em momento anterior, é uma conjugação de diversos fatores como habitação, alimentação, lazer, trabalho, entre outros. O direito de todo e qualquer cidadão às formas de alcançar essas condições encontra-se legitimado na Constituição da República do Brasil de 1988.

Entre os direitos universais dos seres humanos está o direito à saúde, que significa que:

Cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas – econômicas e sociais – que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito

significa, igualmente, o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral) (SUS, 2004, p. 71).

O direito à saúde e os direitos sociais, segundo Soares e Lunardi (2002), começaram a ser reconhecidos universalmente a partir da Segunda Guerra Mundial, com o surgimento de vários movimentos e códigos em defesa dos direitos humanos e de códigos questionando o poder do Estado, em relação aos seus cidadãos, destacadamente, a luta pelos direitos à saúde.

O direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida, e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. Todo o cidadão brasileiro tem esse direito.

Como resultado do processo de descentralização e de aperfeiçoamento de gerência, o SUS conseguiu aumentar sua consistência, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde. “A estratégia básica foi levar a saúde às populações e deixar de esperar que os doentes procurem os hospitais. A palavra que pode resumir os resultados da década é "inclusão"” (BRASIL, 2002, p.29).

A saúde, como direito dos cidadãos, deve ter serviços e ações providos de forma descentralizada e submetidos ao controle social. Dessa forma, a proposta do SUS encontra-se como a melhor doutrina da construção da cidadania. O Sistema Único de Saúde (SUS) representa, com todas as suas dificuldades, a maior reorganização institucional da história brasileira. Em nenhuma outra época houve, dentro de um setor da vida pública, um movimento tão abrangente de descentralização das decisões, uma forma tão democrática de controle social e uma garantia tão ampla de direitos aos cidadãos brasileiros.

A cidadania pressupõe igualdade de direitos, implica uma relação recíproca de respeito aos direitos e deveres entre os cidadãos e o Estado, visando à materialização dos desejos do sujeito, através de discussões sócio-políticas; a participação dos envolvidos nesse espaço pode significar a redistribuição dos direitos a todos (...) (SOARES; LUNARDI, 2002, p. 65).

Na prática social, o exercício de cidadania tem sido realizado por meio da instituição dos Conselhos de Saúde, em que a sociedade vive a relação Estado/População e constrói seu conceito de direito à saúde. O SUS tem estimulado o controle social dos serviços de saúde mediante a criação e o desenvolvimento de Conselhos Estaduais, Municipais, Distritais e Locais de Saúde.

Dessa forma, têm surgido, em inúmeros municípios brasileiros, esses conselhos que, de modo mais ou menos consciente, começam a controlar o sistema de saúde. Há quem estime que, hoje, há mais conselheiros municipais de saúde que vereadores em nosso país. Ainda que, em muitos lugares, esses conselhos sejam motivo de distorções partidárias, clientelistas ou corporativas, o resultado global é positivo e aponta para um movimento democratizador na saúde, sem precedentes em nenhum outro espaço social da vida nacional (MENDES, 1999, p.55).

Esse tema de controle social já foi discutido na temática anterior, porém, como é uma forma de os cidadãos estarem exercendo essa sua condição de cidadania, é que foi novamente abordado neste momento.

Outra questão importante em relação às formas de garantia desse direito está posta na Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990 – o Código de Defesa do Consumidor – que inclui, entre outros, o direito à proteção da vida e da saúde, a escolha de produtos e serviços, o direito à efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais e coletivos, a informação correta, a facilidade de defesa de seus direitos e a qualidade dos serviços públicos. De acordo com o art. 22 do Código de Defesa do Consumidor, os órgãos públicos, por si ou suas empresas, estão obrigados ao fornecimento de serviços adequados, eficientes, seguros e, também, de serviços essenciais e contínuos (BRASIL, 1990).

Assim como já comentado em momento anterior a respeito da pouca participação comunitária nos serviços de saúde, chama a atenção a questão de como as pessoas não têm conhecimento acerca dos serviços em si e o quanto são desinformadas. A postura que se observa durante o desenvolvimento do processo de trabalho na atenção domiciliar é a de passividade, de espera pela conduta dos trabalhadores. E, ao serem questionados sobre se todos os membros da comunidade têm o direito à saúde que está assegurado Constitucionalmente, a resposta é vaga,



apresentando-se no sentido de “acho que sim”. Parece que a população sabe somente de si, o que vem a conotar uma relação de descaso com as questões da saúde em geral, já que somente passam a participar do processo no momento em que sentem a particular necessidade em seu ambiente familiar.

Na verdade, os próprios familiares salientam a desinformação dos membros da comunidade:

*Eu acho que sim, e se tu fores procurar, tu achas várias coisas que as pessoas têm direito e não sabem (F5).*

*Muita gente é desinformada, eu acredito (F3).*

*Fui eu que o levei lá. Ela estava ali com aquela pessoa doente, sem condições de caminhar direito, e eu disse: vai lá à medicina de família, é a coisa mais boa aquilo ali, ou eles vêm aqui, te atendem, fazem exames, tira sangue, faz tudo(F7).*

O próprio serviço de atenção domiciliária é um trabalho que, de acordo com o último dos depoimentos acima, não é de conhecimento de muitas pessoas da comunidade. Porém, ao mesmo tempo em que parece não estar havendo uma divulgação do serviço - o que seria uma obrigação legal - se esta for realizada pode ser que não haja condições de atendimento de todas as solicitações de assistência que possam vir a ser feitas. Isto porque já foi evidenciado que a demanda à unidade de saúde é extremamente alta, e que o quantitativo de trabalhadores não corresponde à realidade da necessidade da população. Um dos trabalhadores, inclusive, salientou bem esse aspecto:

*A gente vai vendo, enquanto a gente tiver perna, a gente vai fazer, mas isso não é uma coisa que seja difundida, propagada, porque imagina que para o tamanho da nossa população, se a gente tivesse que atender todo mundo em casa, pelo menos as pessoas que precisam, inviabilizaria o atendimento dentro da unidade (M5).*

Então, contraditoriamente à necessidade de divulgação dos serviços como garantia de cidadania, existe a necessidade da não divulgação para garantir a

realização do processo de trabalho considerado mais necessário e/ou prioritário. Mesmo entendendo a importância da atenção domiciliar como significado de acesso àqueles seres humanos mais dependentes de cuidado, atualmente, os trabalhadores não têm condições humanas de desenvolvimento desse tipo de processo de trabalho a todos. E, por isso, salientam sempre, a importância dos critérios estabelecidos para inserção de novos pacientes no programa. Para que, pelo menos estejam seguindo o princípio da equidade, dando mais atenção aos mais necessitados desta.

E justamente, um dos maiores objetivos do atendimento domiciliar, de acordo com Diogo, Paschoal e Cintra (2000), é o de garantir que os indivíduos muito dependentes consigam ter acesso ao sistema de saúde, como qualquer outro cidadão. Assim, indivíduos que não conseguem chegar às unidades de saúde, devido ao seu alto grau de dependência, conseguem que a eles seja dispensada a atenção necessária, acabando, então, com a “iniquidade da exclusão” (DIOGO, PASCHOAL, CINTRA, 2000, p. 147).

Pode-se visualizar, no conjunto dos dados, tanto extraídos das entrevistas quanto da observação do processo de trabalho desenvolvido na atenção domiciliar, a preocupação dos trabalhadores com o acesso desses usuários comprometidos em sua condição física, o que traz um significado implícito de entendimento do direito de todos de conseguirem ter o acesso aos serviços de saúde.

*A vantagem existe assim, um paciente precisa de exames de laboratório, o pessoal da enfermagem vai até a casa, colhe os exames, depois entrega para o médico dele, e ele não precisa nem sair de casa. Então, essa é uma vantagem, paciente às vezes de 80-90 anos, mora dois velhinhos, se viram dentro de casa. Um paciente hipertenso tem aquela dificuldade, ou está com osteoporose, está com alguma dificuldade de descer, anda com andador ou anda com bengala, não consegue descer. Daí, o médico diz assim: uma vez por mês o auxiliar ou técnico deve ir lá verificar a pressão, se está bem ou não. Ele praticamente não está integrado ao programa dos acamados e sim um atendimento mensal ou de dois em dois meses, de ver só a pressão, e aí a gente evolui no prontuário e dá para o médico responsável (E4).*

Em relação ao contraponto realçado acerca da informação, reflete-se, também, sobre a relevância de que seja cada vez mais estimulada a participação da comunidade nas questões de saúde, fazendo com que se sintam envolvidos e compromissados com

esta. Argumenta-se essa assertiva baseado no fato de que, ao tempo que estiver havendo conhecimento acerca dos serviços, estará se tendo, também, entendimento das problemáticas evidenciadas no cotidiano, o que pode auxiliar na luta da comunidade, junto com os trabalhadores, por melhores condições de desenvolvimento do trabalho.

A saúde é um direito de todos, mas, ao mesmo tempo que isso é dito e ouvido tão facilmente por todos, quais os cidadãos que estão exercendo esse direito? Ter direitos implica em ter deveres, também. E, no caso da saúde, reflete-se que se tem o dever de conhecer os serviços, de participar no planejamento e na avaliação das ações, como forma de garantir que o direito à saúde esteja sendo cumprido. São dois lados da mesma moeda.

Apesar de existirem representantes da comunidade que estão nos conselhos locais, municipais e estaduais no intuito de legitimar a participação comunitária nos serviços de saúde, há necessidade de o restante da população estar presente nas discussões realizadas em nível micro, nas unidades de saúde e comunidade, para aliar-se na busca pelo nível de assistência à saúde desejada. Um dos gestores salientou que têm um papel na luta pelos direitos da população:

*Falta de atendimento que eu vejo que tem condição de ser atendido, eu vou procurar saber por que, e vou ao local saber por quê. Se não tem condições, nós vamos para a diretoria saber, porque nós temos que ter (G2).*

Porém, se a comunidade não compartilhar as suas dúvidas, os seus anseios com seus representantes, o gestor irá lutar ou reivindicar por aquilo que entende como necessário, que conhece e percebe através de suas próprias experiências, o que pode não ir ao encontro das necessidades reais da população.

Qualquer mudança na saúde está permanentemente interagindo na disputa de valores gerais na sociedade. A finalidade desejada com o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde só pode ser afirmada democraticamente com:

(...) a incorporação do cidadão na definição de projetos, na afirmação do tipo de sociedade que se deseja, na ação política como materialização das possibilidades de gestação de projetos de interesse geral (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p.1350).

Como forma de materialização de projetos de interesse em geral, um aspecto premente que envolve o processo de trabalho é sua avaliação. Como saber se as necessidades de saúde estão sendo satisfeitas? Como garantir que está se desenvolvendo o tipo de trabalho necessário para a população adstrita? Através da avaliação contínua dos serviços prestados, de modo que se possam ter parâmetros para manutenção ou transformação do trabalho. Entende-se esse aspecto avaliativo dos serviços como sendo um importante componente de validação dos direitos da clientela, por ser a forma de assegurar que os níveis de saúde dessa clientela sejam atingidos.

Esse aspecto foi um dos elementos investigados junto aos sujeitos participantes do estudo, para tentar entender se e como eram desenvolvidos processos de avaliação, tanto o do trabalho, quanto o dos trabalhadores. Houve unanimidade, por parte dos usuários, de entender que nunca participaram de nenhum processo avaliativo e que sequer foram questionados acerca do trabalho que vem sendo desenvolvido pela equipe de atenção domiciliária. Uma das famílias manifesta-se positivamente em relação a isso, inferindo que talvez tal processo não se dê por não haver necessidade, já que para eles parece clara a importância e relevância da realização desse tipo de prática de trabalho:

*É que a gente está sempre tão contente. Mas com esse objetivo de fazer uma avaliação se estamos satisfeitos, se temos alguma queixa, não. E não temos queixa mesmo, teria só a enaltecer (F3).*

Esse é um aspecto bem visível na observação do desenvolvimento do processo de trabalho na atenção domiciliária: a satisfação de estarem sendo assistidos em seu domicílio. Porém, isso não garante a qualidade da assistência, pois os usuários apresentam um limite de entendimento, que é ditado por aquilo que percebem que é a sua necessidade. E, já se consideram muito agraciados somente pela existência de tal serviço ao seu alcance.

Em relação aos trabalhadores, quanto à avaliação do serviço, esta se apresenta com o sentido focado na realização das reuniões semanais para discussão dos casos de atenção domiciliária:

*Nós temos reuniões semanais para pacientes da assistência domiciliar. Nas reuniões se faz avaliação, se vê quando entra alguém novo no programa, se vê quem tem paciente, quem não tem paciente, quem vai entrar, como é que estão sendo as visitas, as dificuldades, se precisa de alguma mudança, é feito nessas reuniões (E1).*

*Existe um dia, segunda-feira, a equipe se reúne e tem meia hora disponível para trazer esses casos para quem atendeu ou para quem não atendeu. Por exemplo, eu atendi e numa outra ocasião, outro atendeu. Aí ele traz, e como proceder, se o paciente agravou, se não agravou, se está melhor, se deve continuar no programa dos acamados ou não, se ele já pode ganhar alta, mesmo tendo ainda a continuidade do serviço, para dois meses ou mais em casa, e sai do programa. Isso é avaliado, cada paciente é avaliado (E4).*

*Avaliação rigorosa não tem, a gente tem a reunião de acamados, que eram feitas todas as segundas, mas que está meio bagunçado, vão ser menos dias, mas vão ser mais organizados. Quando vai colocar um paciente que não estava em assistência domiciliar, vai colocar, ele é passado na reunião de equipe e se traça um plano, o auxiliar de enfermagem vai uma vez por mês, a enfermeira vai a cada dois meses, o médico também. Eu acho que essa é a maior avaliação que tem, avaliação quando entra no programa. Depois que se tem o programa, eu acho que tem menos avaliação (RM2).*

*A gente tem sempre nas segundas-feiras, tem aquela reunião que a gente tem notícia dos acamados e que a gente tenta resolver em equipe, faz discussão do caso. Quando o caso é difícil, envolve problemas da família, dos cuidadores, de intrigas entre eles, a gente discute na equipe (M2).*

O termo avaliação envolve diversas conotações que podem estar relacionadas ao processo de trabalho em si, à evolução clínica do usuário do serviço, ao produto alcançado por meio do trabalho, à qualidade da assistência, entre outros. O sentido apresentado nos depoimentos mostra-se como incluindo apenas as questões diretas de cada paciente assistido por meio da atenção domiciliária. Há a manifestação da avaliação na acepção de controle e evolução de casos. Quando RM2 refere que eles não têm uma “avaliação rigorosa”, percebe-se haver o entendimento da palavra avaliação apresentando uma nuance muito mais profunda do que acompanhamento de casos, mas que no momento não vem sendo desenvolvida.

Diversos participantes apresentaram esse entendimento e manifestaram que, no trabalho realizado na atenção domiciliária, não é desenvolvido um processo avaliativo:

*A gente não tem ainda um momento para avaliar como está. Pelo menos até hoje, eu não sei se existe esse método avaliativo em relação aos pacientes acamados, aos pacientes em internação domiciliar, e dos profissionais eu desconheço (E5).*

*Tem quando, por exemplo, o paciente veio aqui e pediu por que mudou o médico, ninguém mais está indo, e aí acaba tendo que ter uma avaliação. Não tem uma coisa sistematizada, nem para ver se está sendo resolutive. Nem dos trabalhadores (RM2).*

*Não tem assim um instrumento para avaliar especificamente. Tem uma ficha que a gente já mudou vinte vezes, e que nunca conseguiu tirar nem um dado. Tem lá quantas visitas, quem faz as visitas, tempo médio das visitas, quantas vezes cada profissional vai. Seria uma maneira de fazer uma avaliação dos profissionais, da equipe e do próprio programa. Para não dizer que nunca conseguiu, em 1998 a gente conseguiu, tirou os dados lá de um ano, onde se pode ver, antes da gente fazer a discussão de casos em equipe com estabelecimento de um plano de ação, como é que funcionava, número de visitas médias, média de visitas, depois de fazer essa discussão de casos. A gente viu que teve uma mudança, antes as visitas eram concentradas no médico e especialmente no médico residente. As enfermeiras faziam poucas visitas, a enfermagem muito poucas e depois que a gente passou a discutir o caso e dividir as tarefas e tal, houve um reequilíbrio, as visitas médicas caíram, as visitas da enfermeira aumentaram, dos auxiliares também e houve uma diminuição do número de chamados (M6).*

*Nós estamos sem avaliação. Agora a gente está começando o básico de saber quantas visitas a gente está fazendo, porque antes nem isso eu podia ver. Por mais que tivesse boletim, tu puxar um programa lá, nós fizemos ´n` treinamentos, ´n` coisas, já fizemos manual, nunca dá certo. Na verdade, o programa avaliado como tem que ser nunca foi. Além de que a gente tem que fazer manualmente, eu só posso saber se foi feita a visita, quem foi. Posso até dizer, essa está bem, ou estão indo ver, mas o máximo que eu posso fazer é como eu fiz hoje, olhar e ver que esse não foi esse mês, para cobrar, mas isso não é uma avaliação, não sei qual é o vínculo que ele tem lá (E8).*

*Não existe nenhum indicador, por exemplo, de que a assistência domiciliar diminui internações, ou de que diminui mortalidade, isso é uma coisa que está por construir ainda (M1).*

Como é possível apreender dos depoimentos, há uma compreensão da necessidade da existência da avaliação no serviço, porém, um dos entraves técnicos que se apresenta como impeditivo para a concretização deste processo é a falta de um programa computadorizado, que auxilie, que facilite o trabalho de armazenamento e controle dos dados. Um dos gestores já tinha chamado a atenção para essa questão ao discutir, em momento anterior deste estudo, o resultado, o produto do trabalho desenvolvido com a atenção domiciliária, afirmando que eles não têm como quantificar o trabalho realizado, por não existir uma sistematização, não existirem indicadores epidemiológicos construídos. Tanto esse gestor quanto os trabalhadores

que foram citados acima demonstram ter ciência da importância do processo avaliatório agregado e articulado à dinâmica específica dos processos de trabalho. “Avaliar e monitorar o desempenho desses serviços é hoje uma importante necessidade para as proposições que buscam aprimorar a qualidade da atenção” (SALA, NEMES, COHEN, 1998, p.742).

No entanto, não é fácil para os trabalhadores que se encontram envolvidos com as problemáticas do cotidiano dos serviços, como a alta demanda da população, conseguir estabelecer períodos de tempo durante o espaço de trabalho para estruturarem uma lógica de avaliação. Essa é uma tarefa para os gestores, que devem se responsabilizar por esse processo, mobilizando os trabalhadores a refletirem e participarem disso, mas a partir de instrumentos concretos e facilitadores para o alcance dos objetivos das avaliações que serão realizadas.

Entende-se que a avaliação é um processo que deva ser estruturado e realizado em nível micro, pelos serviços; mas que deva ser um processo institucionalizado em nível macro, na organização do serviço como um todo. Ao se investir na institucionalização da avaliação está-se contribuindo decisivamente com o objetivo de qualificar a atenção à saúde, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde, além do que se estará auxiliando os serviços na construção de uma cultura avaliativa. Estará se reforçando junto a gestores, trabalhadores e usuários que sempre há o que melhorar. Por isso precisamos criar um programa periódico de avaliação. Um dos gestores alerta para que esse processo, que está iniciando no Serviço de Saúde Comunitária, vá então, facilitar o engajamento das unidades de saúde, que terão um guia norteador e poderão se sentir mais motivados a efetivarem avaliações do processo de trabalho e estarem, assim, de posse de dados que auxiliem a melhorar a qualidade da assistência:

*Não vejo pontos avaliativos. Acho que as pessoas fazem alguns ensaios. Quando vão discutir um caso de assistência, tu estás avaliando a tua atenção. Quando tu avalias as ações de vigilância, as mais comuns, tipo vacinação também está qualificando. Mas aquela avaliação mais fina não tem, porque a gente não sistematiza direito, a gente não produz tanto conhecimento na assistência domiciliar. Acho que agora várias coisas vão melhorar, porque como a instituição está pensando numa política de avaliação, pode ser que influencie. Tu ter uma política institucional de avaliação e desempenho profissional, essa que está saindo, não é só uma proposta de avaliação individual, mas assim como tu é avaliado, tu avalia teu coordenador. Tem avaliação de equipe e avaliação individual que influencia a avaliação de*

*equipe. Se tu comesas a ter esse tipo de avaliação na assistência domiciliar...*  
(G1).

O SSC do GHC está iniciando a refletir sobre a consolidação da avaliação no serviço, acompanhando uma política governamental que vem tentando se inserir no sistema de saúde. Por reconhecer que os processos de avaliação no Brasil ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuindo caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão, o Ministério da Saúde (MS), alinhando-se, no plano internacional, ao movimento da institucionalização da avaliação que vem sendo implantado em diversos países como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e França, lançou o documento *Avaliação na Atenção Básica em Saúde* (BRASIL, 2005).

O MS apresenta como um dos pressupostos nesse documento:

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades (BRASIL, 2005, p.18).

Quando há esse tipo de determinação em nível das superestruturas, a avaliação fica mais facilitada, o que não significa que seja fácil, sua realização nos espaços microestruturais. Porque é no nível macro que são elaboradas as políticas, as diretrizes norteadoras do trabalho, e no nível micro é que elas são desenvolvidas de forma adaptada às suas próprias necessidades e realidade. Facilita porque funcionam como exemplo e como guia das ações. De qualquer forma, sabe-se que a sistematização da avaliação no cotidiano dos serviços é complicada, em virtude da organização do trabalho atual, com os trabalhadores sentindo-se sobrecarregados por uma demanda que extrapola os limites de seu trabalho.

Anteriormente à proposta de avaliação da atenção básica pelo MS, o SSC fez



alguns ensaios nessa direção. Em 2001 houve a implantação de dois indicadores de avaliação sistemática da qualidade e dos resultados das ações do Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Os dois indicadores implantados, a Cobertura Vacinal Para o Esquema Básico no Primeiro Ano de Vida e o Índice de Kessner são acompanhados mensalmente pela coordenação, e o sistema de informações permite que a qualquer momento a equipe de saúde verifique seus resultados, inclusive de forma gráfica, no computador de sua Unidade (O BIS, 1998).

E com a continuidade dessa preocupação demonstrada, percebe-se o direcionamento de uma ação para a questão dos direitos dos usuários que, como cidadãos, têm que poder visualizar como o processo de atenção à sua saúde está se desenvolvendo. A institucionalização da avaliação possibilita que se preste contas à sociedade das opções dos gestores a partir da análise de seus processos e resultados. Conhecer e participar desse processo é um direito de todo e qualquer cidadão, mesmo que ele não o exercite e aja como se nem soubesse da existência do mesmo, como parece ser o caso dos usuários da unidade estudada.

Avaliar o desenvolvimento dos serviços de saúde não é somente necessário, mas imprescindível para o alcance da qualidade da assistência desejada. A avaliação,

deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005, p.7).

Trata-se de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. A apreciação do processo de trabalho desenvolvido na atenção domiciliária fornece condições de se chegar ao conhecimento acerca da forma como se está oferecendo esse serviço de saúde à população e ter subsídios para sua transformação, se necessário for. Segundo Camargo Junior et al (2006), realizando uma apreciação da dimensão técnica dos serviços de saúde, é possível focalizar a adequação destes às necessidades dos clientes e a qualidade dos serviços.

Nesse sentido, os autores ressaltam que, para alcançar a efetiva consecução dos

objetivos do SUS em sua plenitude, há a dependência da incorporação dos processos de avaliação à sua dinâmica de funcionamento. “Só com a reflexão embasada e cuidadosa sobre o que se faz e como se faz é possível de fato alcançar cobertura, resolutividade e acesso, e, mais importante, com efetivo controle social” (CAMARGO JUNIOR et al, 2006, p.240).

Os gestores do sistema de saúde e dos serviços de saúde em particular demonstram sua responsabilidade com os serviços no momento em que se preocupam com sua avaliação sistemática. Essa preocupação faz transparecer o interesse pela qualidade desses serviços e pela qualidade da atenção dispensada neles, já que a qualidade da atenção à saúde significa que

as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde (STARFIELD, 2002, p. 419).

Para atingir a qualidade desejada, é preciso elaborar critérios de avaliação que funcionem como indicadores dessa qualidade. No sentido de normatizar os processos avaliativos nos serviços de atenção domiciliar, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do MS, estabeleceu indicadores que devem ser levados em conta para sua concretização como: taxa de mortalidade para a modalidade internação domiciliar; taxa de internação após atenção domiciliar; taxa de infecção para a modalidade internação domiciliar; taxa de alta da modalidade assistência domiciliar; e taxa de alta da modalidade internação domiciliar (RESOLUÇÃO..., 2006).

É preciso que os gestores expressem concretamente a preocupação com essas questões, na forma de protocolos, programas de avaliação, instrumentos epidemiológicos e metodológicos que facilitem a realização desse processo pelos trabalhadores. A gestão do SSC iniciou uma mobilização nesse sentido, esperando regulamentar um pouco o processo de avaliação da atenção à saúde desenvolvida nos serviços sob sua jurisdição, mas ainda não conseguiu desenvolvê-la no serviço de atenção domiciliar. Espera-se que, a partir do momento em que a avaliação for uma prática sistematizada e regulada institucionalmente, haja coesão das unidades de saúde

no seu desenvolvimento.

A questão de avaliar o processo de trabalho realizado demonstra preocupação e responsabilidade com a garantia dos direitos dos cidadãos usuários do sistema de saúde. Garantir o direito à saúde não é só garantir acesso aos serviços, mas, também, garantir que a qualidade da atenção dispensada no interior desses serviços seja a melhor possível e a mais adequada às necessidades da população. Na unidade de saúde estudada, não há uma preocupação latente com essa questão, tanto que não existem processos avaliativos. Porém, existe preocupação quanto à resolução de quaisquer problemáticas que tenham sido evidenciadas no decorrer da assistência, ou que sejam trazidas pelos usuários. Segundo os participantes da pesquisa, há sempre uma tentativa de solução para os problemas elencados:

*Quando nós recebemos a reclamação da própria pessoa. Nós colocamos uma caixinha de sugestões lá na frente, eu tenho a chave para abrir ela, para ler e depois levar para a chefia (G2).*

*Traz na grande equipe que alguma coisa não está funcionando bem, essa avaliação é feita (E4).*

*Essa avaliação é feita por nós, os gestores. Nós vemos onde a coisa está desenvolvendo, onde está deficiente. E a gente faz uma avaliação do serviço e leva ao conhecimento da diretoria (G3).*

*Isso é trazido para nós de volta em forma de se queixar do doutor ou se queixar que a enfermeira não foi ou se queixar que estão tentando fazer ficar em casa uma pessoa que não pode ficar em casa (M3).*

Há uma mobilização em face de queixas, de problemas manifestados, mas não se pode dizer que haja um olhar direcionado para a organização do trabalho, no sentido de ver e perceber a forma como vem sendo desenvolvido e analisar se essa forma contempla as necessidades da clientela. E isso dá-se tanto em relação à avaliação do processo de trabalho em si quanto dos trabalhadores individualmente, que não se sentem avaliados:

*Ainda não ocorre, ainda não existe uma avaliação dos trabalhadores (E3).*

*Eu acho que não tem essa sistemática assim, acaba não havendo isso (M1).*

*É passado aqui na equipe, por exemplo, foi cobrado que estava meio*

*desleixado, meio de lado, ninguém sabia de ninguém, quem era paciente de quem, o que o fulano tinha, o que o cicrano tinha. Mas ninguém te avalia, nunca ouvi ninguém dizer: olha, tu estás desenvolvendo muito bem. Até hoje ninguém veio fazer isso, ninguém me avaliou (E7).*

Já as enfermeiras tomam para si a responsabilidade de desenvolvimento da avaliação da atenção domiciliar no sentido da continuidade na rotina de realização do serviço. Na apreensão do conteúdo expresso nas falas e no transcorrer do processo de trabalho, realmente há um acordo tácito de que a enfermeira é a figura responsável pela manutenção e pelo controle dessa prática.

*Quem faz isso, na realidade, somos nós, as enfermeiras. Por isso que enfermeira é chata mesmo. Todos os auxiliares de enfermagem têm que visitar uma ou duas vezes por mês. Tinha um auxiliar de enfermagem que não estava preenchendo aquela ficha de avaliação (check-in-list) (E6).*

*E há um controle, até quem controla isso sou eu, a quantidade de visitas, se as pessoas estão sendo visitadas mesmo, com que frequência elas estão sendo visitadas. E eu faço esse controle, de cobrar as pessoas que não visitaram e também de repassar ao profissional de referência dessas pessoas na unidade quando é solicitada alguma visita. Mensalmente eu falo para cada pessoa se tem algum problema (RE1).*

*As enfermeiras têm o controle dos pacientes em acompanhamento e há quanto tempo aqueles pacientes não são vistos (M1).*

Pode-se perceber que, mesmo despontando um elemento como responsável pelo serviço, não há um significado de avaliação na real acepção da palavra, ou seja, no sentido de realizar um trabalho de identificação de problemas e reorientação de ações desenvolvidas, avaliando as práticas e mensurando o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.

Na compreensão de Silva e Brandão (2003, p.3), a avaliação oferece aos atores “a possibilidade de criar espaços de reflexão sobre a prática, desconstruir idéias vigentes ou construir sentidos comuns em relação a conceitos e discursos”. Há essa conotação em vista de que a avaliação pode apoiar os trabalhadores e gestores a fazer escolhas mais consistentes em relação aos rumos de suas iniciativas.

Reflete-se acerca dessa questão, chamando mais uma vez a atenção para o

aspecto da sobrecarga de trabalho. Os trabalhadores precisam ter espaços de tempo destinados a pensar e a refletir sobre o trabalho que vêm desenvolvendo, sob a pena de distanciarem-se da proposta de trabalho do SUS, e acabarem por permanecer na realização de ações que não contemplam os princípios do sistema de saúde como um todo. Em qualquer serviço de saúde é importante que existam períodos destinados à avaliação de como e por que as atividades são desenvolvidas e que resultado está se conseguindo alcançar por intermédio delas. E no SUS, que pode ser considerado um sistema de saúde jovem, mais necessários ainda são os processos avaliatórios, como forma de demonstrar a viabilidade e efetividade do sistema.

Nos serviços de atenção básica/primária à saúde, a avaliação conforma-se como um elemento de alcance de um dos princípios ordenadores de sua efetivação. Segundo Starfield (2002, p.538), no princípio da abordagem orientada para a comunidade, a avaliação é utilizada para “definir e caracterizar a comunidade; identificar os problemas de saúde da comunidade; modificar programas para abordar estes problemas; monitorar a efetividade das modificações no programa”.

Por isso, não se pode perder de vista essa necessidade no intuito de otimizar a saúde da população por meio de ações direcionadas e adequadas às suas características peculiares. E deve ser uma avaliação realizada por todos os integrantes do sistema de saúde, gestores, trabalhadores e usuários. Havendo essa totalidade de intenções integradas com o mesmo propósito, há maior possibilidade de se chegar ao nível de saúde desejado por todos. Nisso reside a importância da participação do usuário que passa a enxergar-se como responsável, também, pela garantia de seu direito à saúde.

Teixeira (2004) refere que, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde e de melhor adequação do serviço às expectativas da sua comunidade alvo,

a abertura para a avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, exercita a aceitação da visão e percepção do outro e favorece, ainda, a realização de análises socioantropológicas necessárias para uma melhor contextualização do serviço de saúde oferecido (TEIXEIRA, 2004, p. 81).

Destaca-se que o contexto da atenção domiciliária é um palco ideal para a realização de processos avaliativos e de inserção dos usuários nesse processo. Sem o desenvolvimento desses processos está se deixando de incluir o usuário como cidadão. É claro que não se deve restringir o conceito de cidadania ao quesito da avaliação apenas. Entende-se como parte importante, mas não se pode deixar de considerar o avanço na conquista já alcançada na direção do reconhecimento da saúde como um direito, no mínimo “quando se amplia o acesso, reduzem-se filas de espera e aumenta-se o respeito pela dor e dificuldade dos usuários dos serviços” (TAKEMOTO, SILVA, 2007, p.339).

#### 5.2.4 Vínculo e satisfação da população com a atenção domiciliária

As relações interpessoais e intergrupais perfazem componentes importantes na organização dos serviços de saúde. Dada sua importância, é por meio dela que se adentra no mundo do trabalho desenvolvido na atenção domiciliária como forma de analisar o sentido de vínculo entre trabalhadores e usuários existente no serviço de saúde estudado, assim como o nível de satisfação dos usuários em relação à prestação de assistência às suas necessidades.

Só através de relações entre si,

Os homens-indivíduos-trabalhadores “entram” nos processos de trabalho; essas relações não são apenas “subjetivas”, mas se objetivam em relações com os objetos e instrumentos de trabalho, e quando o processo termina deve haver como resultado, ao mesmo tempo: produtos, re-produção ampliada das forças naturais dominadas, reprodução das relações sociais referidas aos objetos e aos instrumentos e, dentro e através disso tudo, re-produção dos próprios indivíduos-trabalhadores (MENDES GONÇALVES, s.d., p.14).

O ser humano, como um ser social, não existe, não vive, não trabalha, não se reproduz, senão organizado em grupos com outros seres humanos. As necessidades que, transformados em finalidades, guiam todos os processos de trabalho, não são os dele, trabalhador individual, mas os do grupo, da comunidade, que inclui sempre homens e mulheres de diversas idades (MENDES GONÇALVES, s.d.).

E, pensando nessas relações entre os seres humanos, discute-se aqui uma das questões elencadas para estudo e que foi investigada junto à clientela do serviço de atenção domiciliar da unidade de saúde estudada, a humanização da assistência.

É um dos fundamentos da atenção básica e apresenta estreita ligação com outros princípios já debatidos, como a participação social, por exemplo. Como afirmam os autores logo a seguir, a participação

Deve assegurar a mais ampla permeabilidade da atenção e da formação em saúde às necessidades dos usuários. As necessidades dos usuários das ações e serviços de saúde passam à condição de direito, seja porque como pessoas, todos temos o direito de sermos atendidos conforme nossas necessidades, seja porque este é o objeto da saúde: assegurar plena atenção às necessidades das pessoas. Toda a regulação relativa à saúde deveria ser usuário-centrada, em última instância, único motivo para ordenar serviços de atenção e instituições de formação de profissionais (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p. 1401).

A partir do momento em que as ações são voltadas para a satisfação das necessidades dos usuários, já carregam consigo um significado de humanização da assistência, visto que não é um trabalho desenvolvido de forma descolada da realidade e sim estruturado para ser desenvolvido de acordo com a potencial clientela dos serviços de saúde. Humanizar significa reconhecer que as pessoas buscam os serviços para a resolução de suas necessidades de saúde, e reconhecê-las como sujeitos de direitos. “Humanizar é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia” (FORTES, MARTINS, 2000, p.31).

Reconhecendo a necessidade de investir em estratégias para melhorar a qualidade de atendimento e aumentar o acesso da população a serviços, profissionais e medicamentos, o Ministério da Saúde lançou, em 2003, em toda a rede do SUS, a política intitulada HumanizaSUS, que busca tratar o cidadão como usuário único e não como mais um. O Ministério estabeleceu como prioridades, para as ações de humanização: a redução das filas e do tempo de espera para exames, consultas e cirurgias; a garantia do direito de o paciente e de seus familiares terem acesso à informação sobre a saúde e sobre o profissional que presta o atendimento; e a garantia da gestão participativa dos trabalhadores e usuários do SUS (BRASIL, 2004d).

Uma das premissas da nova política é proporcionar atendimento integral ao usuário. É uma política transversal, cuja filosofia é deixar o usuário mais próximo do sistema de saúde. Um dos fundamentos da HumanizaSUS diz respeito à atuação da sociedade civil. A política diz que

Usuários e trabalhadores têm o direito de participar da gestão dos serviços de saúde. Esse instrumento já existe por meio dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde e deve ser reforçado ainda mais. A participação dos trabalhadores e dos usuários é fundamental, pois a atuação da sociedade evita que o SUS seja apenas um serviço com a visão do gestor (BRASIL, 2004d, p.6).

Os usuários do serviço de atenção domiciliar desenvolvidos na unidade foco da pesquisa não apresentam essa noção de participação nem como direito nem como dever, simplesmente porque não participam. Entretanto, quando questionados acerca de como entendem que está o trabalho da atenção domiciliar em relação ao aspecto de humanização, há o manifesto:

*É ótima, muito boa, a turma é maravilhosa, porque elas são interessadas (F3).*

É como se apresentassem um significado de atenção e carinho no momento da assistência:

*Ela é muito querida, está sempre conversando com a mãe, tem um carinho assim, não sei se pelo idoso ou pela pessoa (F6).*

*É bom, atenciosos, atendem as pessoas direito (F7).*

E, também enfocam a relação estabelecida com o trabalhador, que faz com que se sintam privilegiados no momento em que possam precisar do serviço:

*O médico diz: a senhora não precisa nem vir de madrugada marcar. Talvez até porque eu tenho 60 anos e estou cuidando dele há dezoito anos. Dr. .... (nome do médico) disse: a senhora vem aqui, espera, se não for um caso muito grave, a senhora fala rapidinho comigo, que eu vou lhe atender. Se não, espera até o final que eu vou lhe atender, a senhora não vai deixar de ser*



*atendida (F1).*

*Se eu sair daqui e for lá e ficar na porta do Dr. .... (nome do médico) e ele me ver, ele me manda entrar. Mas eu penso que tem gente que foi para lá as seis da manhã, porque eu vou chegar aqui e passar na frente de todo mundo (F4).*

Puccini e Cecílio (2004, p.1346), com base nas idéias de Vazquez (1990), apresentam uma conceituação de humanização que compreende “a essência humana não como algo abstrato e imanente a cada indivíduo ou como algo universal que se manifestaria nos indivíduos, mas como o conjunto das relações sociais”. Os autores relatam que não é no indivíduo que podemos encontrar a essência humana, mas sim nas relações sociais, das quais ele mesmo é um produto. Assim, a essência humana passa a ser compreendida como algo que só pode ser desvendado no conjunto das relações sociais, que produzem tanto a natureza do homem social como a de indivíduos, pois o indivíduo à margem dessas relações é uma abstração e a essência humana, concebida como atributo individual, é tão abstrata quanto ele (PUCCINI, CECÍLIO, 2004).

O estabelecimento de relações de respeito, de atenção, de interesse pelo ser humano, faz com que o processo de trabalho flua de forma natural. Os usuários sentem-se respeitados e valorizados diante desse tipo de atitude e isso faz com que colaborem mais facilmente com a equipe. Essa essência reflete-se no dia-a-dia dos trabalhadores e no desenvolvimento de suas ações na atenção domiciliária. Mesmo quando os entrevistados manifestam a humanização como natural do trabalho realizado em saúde comunitária, pode-se refletir que essa é uma conotação embasada no processo de relações que se dá entre trabalhadores e comunidade.

*Sempre teve isso como natural, intrínseco do trabalho que se faz. Dificilmente tu vai ouvir um de nós não tratando pelo nome, dificilmente alguém vai dizer: a pessoa do 8022. Médico a gente não tem esse problema, porque para trabalhar neste serviço, tem que ser médico de família. Médicos de família fazem uma formação de residência medica em que isto é a tônica (M5).*

E, pensar em um tipo de atitude natural e esperada por parte de todos os trabalhadores remete à questão do próprio serviço de atenção domiciliária, que é

considerado pelos sujeitos entrevistados como sendo uma forma de humanização do cuidado:

*É uma forma mais humanizada, mais individualizada, de ver a pessoa (RM1).*

*Indo na casa, de se colocar disponível, de estar próximo da família (M2).*

*Já no trabalho de assistência domiciliar tu cria um vínculo maior e que acaba tendo essa humanização do atendimento. Isso aí até está dentro do trabalho, já não tem nem como explicar se tem que ter a humanização ou não nesse tipo de atendimento. Acho que isso está implícito que tem (M4).*

*Se tu te dispões a ir até a casa de uma pessoa é porque tu já estás preocupado com essa pessoa, tu já estás preocupado em cuidar dela direito (RE1).*

*No simples fato de eu ir até a residência, chegar, cumprimentar o paciente, perguntar como ele está, eu acho que isso aí faz parte, o primeiro contato, de tu ir até a residência do paciente ver como ele está, se interessar, ele vai ver que tu estás te interessando por ele (E7).*

A atenção domiciliária tem sido considerada por diversos estudiosos da área como sendo uma forma mais humanizada de prestar o cuidado, principalmente se for comparada com o cuidado prestado no interior dos hospitais, por ser realizada no próprio ambiente de vida dos usuários (LACERDA, 2000; KERBER et al, 2002; ALBIERO, 2003, entre outros).

Ao adentrar no domicílio, os trabalhadores lidam com a dimensão subjetiva presente nas relações estabelecidas entre os seres humanos, principalmente com seres humanos “em seus espaços de poder, de privacidade, de maior autonomia de viver suas vidas, ou seja, ao sair do espaço conhecido e vivido dos serviços de saúde, há a chance de horizontalizar mais as relações entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde” (PEREIRA et al, 2004, p.78).

A convivência dos trabalhadores com os usuários no espaço domiciliar faz com que as relações entre ambos se estreitem, criando um vínculo maior e, com isso, proporcionando maior segurança à clientela do serviço. A questão do vínculo é outra das características do serviço que os participantes encaram como relacionada à humanização da assistência:

*Cria-se um vínculo e um profissional referência, ou os profissionais referência (E1).*

*A gente vê o paciente como pessoa humana, em primeiro lugar, não é como um objeto ou coisa assim. Cria um vínculo muito grande (E4).*

*Tu precisa criar é o vínculo com a família. Dessa forma tu vai humanizar, tu vai conseguir fazer com que, tanto a ..... (usuária que mora com o filho e companheiro em um cortiço) quanto a ..... (paciente do programa de acamados, que reside em uma das áreas de risco) se sintam importantes. Criar um vínculo através do laço de confiança. A partir do laço de confiança que tu cria, a partir do teu trabalho, de tu mostrar que tu realmente sabe (E6).*

*Conhecemos as pessoas desde pequenas, os pequeninhos hoje já estão adolescentes, os adolescentes já estão adultos. Então, tu conheces os pacientes há vinte anos, eu já estou aqui há 13 anos. Então, tu acaba conhecendo as famílias, conhecendo as histórias, é isso que acaba criando, acho que vai humanizando (G5).*

*Porque tu já conheces as pessoas. O fato da gente ver outras situações na casa, já temos esse preparo para observar o todo, então, isso é uma situação que nos auxilia muito. E tu conhecendo a realidade da pessoa, tu tendo um procedimento de acordo com aquela realidade, fazendo aliados dentro da rede ali da família, eu acho que tudo isso é humanização (M3).*

O vínculo criado por meio da qualidade da relação estabelecida com os trabalhadores de saúde através da atenção domiciliária é uma das vantagens relatadas pelos pacientes e familiares quando lhes solicitado a comentar acerca das facilidades da realização dessa atividade.

*Eu tenho aquela segurança de que se eu preciso recorro a eles, sei que ali alguém vai me orientar, dizer o que é para fazer (F4).*

*Eu tenho muita segurança. Porque hoje em dia, se tem um problema, se tem que baixar, coisa e tal, eu corro ali, eles arrumam tudo para mim. Eu digo que estou precisando de alguma coisa e elas já dizem que pode deixar que elas vão dar um jeito (F1).*

Essa relação existente entre a família e os trabalhadores tem um significado de confiança e segurança e esse aspecto hoje em dia, cada vez mais, reveste-se de um caráter primordial para os usuários do sistema público de saúde, pela necessidade que têm de sentirem-se inseridos no sistema, e conseqüentemente, tranquilizados para o

caso de precisarem de cuidados de saúde. Não são todas as pessoas que conseguem efetuar o pagamento de planos de seguros de saúde ou arcar com despesas extras por utilização de serviços de autônomos ou de empresas de assistência médica.

A realidade, em geral, das famílias moradoras na área de abrangência da unidade de saúde estudada, é condizente com a situação financeira abordada, apesar de possuírem uma infra-estrutura adequada de moradia e não estarem ao ponto da não satisfação das necessidades mais básicas, como alimentação, moradia e educação. E se o nosso olhar se dirigir à outra parcela da comunidade adstrita, que é a residente nas consideradas áreas de risco, então, a sensação de segurança obtida através do relacionamento com os trabalhadores da saúde é ainda mais imprescindível e necessária, pois são seres humanos que apresentam um maior número de necessidades a serem satisfeitas.

A vinculação estabelecida com os usuários por meio da atenção domiciliar é conseguida com uma forma de tratamento adequado da pessoa, com respeito à sua individualidade, às diferenças de linguagem, de cultura, de valores, e assumindo uma posição de escuta atenciosa, direcionando todo o foco de atenção para aquele indivíduo/família naquele momento ímpar da relação. As relações entre trabalhadores e usuários “são otimizadas pelos vínculos que se estabelecem no cotidiano da ação cuidadora no domicílio, centradas nas demandas e necessidades da pessoa cuidada, e são vistas como positivas para garantir a qualidade do cuidado” (SILVA et al, 2004, p.34).

Vínculo, para Merhy (1997, p.138) significa:

O profissional de saúde ter relações claras e próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário.

Segundo Camargo Junior et al (2006), pode-se pensar no vínculo em três dimensões: como afetividade, como relação terapêutica e como continuidade.

Na primeira dimensão, o profissional de saúde deve ter um investimento afetivo positivo tanto na sua atuação profissional quanto no paciente, construindo, assim, um vínculo firme e estável entre ambas as partes, o que se

torna um valioso instrumento de trabalho. A idéia de *vínculo* como uma relação terapêutica põe em relevo a palavra *terapêutica*, tomada em um sentido específico, relacionado com o ato de dar atenção. A continuidade é fator importante de fortalecimento do vínculo e do mútuo conhecimento/confiança entre profissional e paciente. Vínculo também implica responsabilização, que é o profissional assumir a responsabilidade pela condução da proposta terapêutica, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada nem impessoal (CAMARGO JUNIOR et al, 2006, p.228).

Foi possível observar no cotidiano do processo de trabalho na atenção domiciliária a atitude dos trabalhadores compondo essas dimensões. Todos apresentam uma postura cordial, amigável, respeitosa no trato com os seres humanos no espaço domiciliar. Um aspecto importante é que não há um sentido impresso ou expresso da pressa; os trabalhadores utilizam-se do espaço de tempo destinado à atenção domiciliária com muita paciência e dedicação. Quando há essa primazia pelo bom atendimento, são grandes as chances de ser realizada uma assistência adequada e com bons resultados.

A questão da continuidade que compõe a terceira dimensão exposta por Camargo Junior et al (2006) já foi abordada em espaço anterior de discussão, na concretização dos princípios ordenadores do trabalho na atenção primária à saúde. Significa uma atenção continuada à clientela, o que faz com que se estabeleça uma relação de profundo vínculo entre trabalhador e usuário, e proporciona que o trabalhador seja reconhecido por seu trabalho e considerado um indivíduo de referência por parte do usuário, para as questões relacionadas à sua saúde. A busca pelo trabalhador-referência em caso de surgir uma necessidade como falta de uma medicação, alterações na situação de saúde do usuário, dúvidas relacionadas ao processo de vida e saúde, entre muitas outras, foi um aspecto considerado tanto por trabalhadores quanto pelos usuários como uma vantagem da atenção domiciliária. Isso se manifesta por meio de um forte laço estabelecido entre os seres humanos em relação na atenção domiciliária, que se perpetua pela continuidade da assistência ao longo do tempo.

*Eles são muito receptivos à nossa equipe na visita, a família se vincula mais, cria um vínculo mais íntimo com a unidade. Depois mesmo que não exista*

*mais, por óbito ou depois que não precisam mais da assistência, eles criam vínculo com aqueles determinados profissionais, e eles ficam com uma referência, aquelas pessoas ali são as referências, a Dra. Fulana, a fulana da enfermagem... Então, eles criam esse vínculo (E1).*

*Na assistência domiciliar tu tens mais condições, tu observas mais, pelo número de vezes que vais acabar indo, porque crias um vínculo maior, pela frequência das consultas, tu estás indo no ambiente do paciente, então, tu consegues ter uma visão mais integral de todo, da família, e se acaba entrando mais nessas intimidades da vida. Porque tu vais estreitar mais vínculos (M4).*

A formação desse tipo de laço afetivo e efetivo se proporciona por ser a atenção realizada no ambiente de vida da clientela, que é considerado como propício para a efetivação de uma relação de proximidade:

*Isso é fácil, eu acho que é mais fácil do que no ambiente do posto. Porque tu estás lá com a pessoa, tu estás conversando, tu estás vendo, tu vais vendo o que dificulta aquele cuidado. Tu trocas com ela. Vendo que é diferente num consultório, que tem uma mesa no meio, que ela já vai ter dificuldade para te dizer e pode ser que tu não entendas, porque as linguagens são diferentes. Ela também não vai entender tua orientação. Se tu fazes um bom atendimento domiciliar, seja ele como for, o resultado é no ato (G1).*

Em estudo efetuado em uma unidade pertencente ao SSC-GHC, por Paskulin e Dias (2002), os autores concluíram que os usuários da unidade por eles pesquisada percebem a qualidade do atendimento que recebem no domicílio e salientam a relação existente entre essa qualidade e a valorização do vínculo e da continuidade do atendimento. Esse é um dos fatores que torna a atenção domiciliária tão vantajosa. “O estabelecimento de vínculo, de uma relação mais personalizada e mais humanizada é visto como um dos atributos proporcionados pela assistência no domicílio” (PEREIRA et al, 2004, p.78).

A valorização desse espaço de cuidado significa reconhecer os usuários como sujeitos únicos, singulares e integrais. Integrais no sentido de perceber que eles não são somente corpos, mas que apresentam emoções, sentimentos e valores que têm estreita relação com o seu corpo físico e biológico. O que faz com que se perceba essa

relação entre trabalhador/usuário é a posição assumida no contexto da atenção domiciliária, de envolvimento e de atenção com os seres humanos sob seu cuidado. O cuidado humanizado prima pela essência do ser humano enquanto um ser único, indivisível, autônomo, na compreensão do ser humano enquanto um ser integral (BACKES, KOERICH, ERDMANN, 2007).

*Você acaba participando mais da vida do paciente. Eu acho que fica mais humano, você acaba se envolvendo mais com aquele paciente. Agora você conhece, sabe onde mora, tem mais dados (RM2).*

*Tu tentar saber como é a rotina daquela casa, saber um pouco mais da intimidade, do que a pessoa gosta, fazer comentários sobre as coisas que tu vê, tipo, ah, tu gosta de pintura, tu gosta de ver TV deitado, conhecer os outros familiares também. Identificar os principais acontecimentos familiares, as coisas boas da família. Acho que é mais ou menos nesse sentido (M1).*

O envolvimento demonstrado tanto por meio das falas quanto da observação do trabalho em si faz com que se acredite em um processo de trabalho humanizado por parte da equipe da unidade estudada. Essa atitude de respeito pelo outro traduz uma relação de empatia dos trabalhadores com os usuários, pois há um conhecimento da realidade de vida e saúde dos seres humanos sob seu cuidado e há uma compreensão dos significados que apresentam para cada um deles o fato de estar necessitado de cuidados de saúde. Manifesta-se uma responsabilização pelo cuidado do outro, que faz com que sejam atores e produtores da saúde, tomando a saúde como valor de uso. “Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares” (BRASIL, 2004c, p.7).

Acredita-se que se as pessoas compreenderem e forem partícipes do seu processo de cuidado, este terá maior eficiência e eficácia. O usuário não deve ser e não é um ser passivo diante de tudo o que acontece na unidade de saúde e em especial com ele mesmo, na unidade ou no domicílio. De acordo com Camargo Junior et al (2006), o cliente reage aos atos assistenciais e, se houver uma relação acolhedora e uma forma de agir sobre o seu problema de saúde que seja satisfatória, ele poderá se motivar para ser sujeito do seu próprio processo assistencial, assumindo certo protagonismo no cuidado à sua saúde.

No relato de Diogo, Paschoal e Cintra (2000), os trabalhadores precisam saber dosar a maior racionalidade e conhecimentos com uma afetividade espontânea, e estabelecer laços de empatia, que vão facilitar a adesão do paciente e do cuidador às recomendações e condutas propostas.

Uma relação de vínculo entre trabalhadores e usuários foi evidenciada por meio do diálogo travado com os pacientes/familiares durante a realização das entrevistas e durante a observação do processo de trabalho na atenção domiciliar. Porém, um dos usuários chamou a atenção para uma problemática que dificulta esse processo. Alerta para a questão da troca dos responsáveis pelo acompanhamento do paciente, ocasionada em virtude da mudança no quadro dos residentes de medicina e enfermagem da unidade de saúde:

*Eu só notei uma coisa, mas isso é normal, eles trocam muito. Quer dizer, quando o pessoal aqui, da enfermagem, da área médica, está conhecendo a gente, troca. Porque o médico, a enfermeira, o próprio técnico, ele acostuma e ele vê os problemas do dia-a-dia. Aí troca, vem outro e tem que se adaptar a tudo aquilo (F3).*

Essa constatação ressalta a importância da continuidade da atenção ao longo do tempo, pelos aspectos de: aproximação proporcionada entre trabalhadores e usuários; relação afetiva possibilitada; confiança na figura do profissional de saúde; facilidade na tomada de decisões e na condução do processo assistencial; entre outros. O trabalhador que assume a responsabilidade pelo paciente/família passa a conhecer profundamente aqueles usuários, o que facilita, sem dúvidas, o seu trabalho. E, perante sua retirada do processo assistencial e da inserção de um novo trabalhador, a impressão é a de que a assistência foi reiniciada, em vista de que há necessidade de estabelecer entrosamento com o novo integrante e, muitas vezes, repetir informações com o intuito de situar esse novo ser à dinâmica daquela família assistida.

Esse aspecto de troca de integrantes na equipe é considerado um problema pelos próprios trabalhadores, que precisam imbuir o novo trabalhador do espírito de trabalho desenvolvido na unidade. Salientam que, na época em que ocorrem essas trocas, sempre há certa desorganização no trabalho, precisando haver um direcionamento de



esforços no sentido de retomada do processo de trabalho. No entanto, essa é uma questão que faz parte do cotidiano de trabalho de um serviço que funciona como campo de ensino e da qual não se pode fugir. A possibilidade que existe é a de que paralelo aos residentes haja a figura de trabalhadores efetivos da unidade permanecendo como elo entre a família e o serviço de saúde, e fazendo com que o desligamento de um residente e a inserção de outro seja efetuada de forma progressiva, sem que haja a impressão de um corte na assistência. Sabe-se que este trabalhador existe na figura do auxiliar ou técnico de enfermagem, porém, parece que este é um papel a ser assumido pelo enfermeiro e médico.

É a ligação existente entre trabalhador e usuário que faz com que a questão da mudança de profissionais na assistência assumam tanta importância. O vínculo criado entre eles torna a relação mais humanizada e permite sentirem-se mais à vontade. Nesse processo assistencial merece suma importância a escuta, tendo sido muito ressaltada pelos trabalhadores:

*Acho que no simples fato de poder ouvir esse paciente. Para mim tem todo um processo de humanização, mas acho que no momento que tu para, senta e ouve aquela criatura colocar os seus anseios, suas necessidades, suas angústias, acho que tu já estás fazendo o teu papel, estás sendo humano, em parar e ouvir (E5).*

*Todo esse processo que a gente estabeleceu de acolher a pessoa. Por exemplo, tem um problema, acha que precisa, ou tem indicação de alguém de cuidado domiciliar, a pessoa vem aqui, é escutada, é visto com ela se tem ou não indicação, é feito uma visita de avaliação. Sempre vai ter alguém que vai escutar, vai ver, vai avaliar e vai adequando o cuidado à medida que ela precisa, mais ou menos (M6).*

*Quando tu estás atendendo um paciente e aí tu começa a conversar, as pessoas desabafam, falam coisas que morrem ali, tu só escuta e fica ali, tu não traz para a equipe. Tu escutas, principalmente, os cuidadores que **eles não têm muito com quem falar, são pessoas muito solitárias, às vezes até querem consultar e só de tu ires lá e escutar, indiretamente tu dá uma assistência para o cuidador** (E1).*

Saber ouvir é um aspecto extremamente importante no cuidado dos seres humanos. E saber ouvir vai além do ato de escutar o que o outro fala, procurando compreender o que está sendo dito e compartilhar do sentimento que está sendo colocado naquele momento especial de relação. Saber ouvir:

Com os ouvidos e, também, com os olhos, os sentimentos e a razão. O dito e não dito. Não só as frases, mas a entonação, a velocidade, a ironia. Prestar atenção na mímica, nos gestos, no olhar. No silêncio. O não-verbal pode traduzir melhor a realidade do que o verbal. É indisfarçável, geralmente (DIOGO, PASCHOAL, CINTRA, 2000, p. 147).

O processo de escuta apresenta uma relação de respeito ao ser humano, na tentativa não somente de acolhida aos anseios, às angústias, mas às necessidades descortinadas no momento da atenção domiciliária. “Se o trabalhador passa a ouvir e está colocado numa posição de responsável por desencadear algum tipo de resposta, de solução para o problema identificado, cria-se, então, uma situação de maior envolvimento” (TAKEMOTO, SILVA, 2007, p.336).

Escutar os usuários, ainda, significa, segundo Leitão (1995, p.49), “oferecer possibilidades para o surgimento de maneiras novas de convivência, entendimento e trabalho dentro dos Serviços de Saúde”. O que leva à reflexão sinalizada por meio do último depoimento, na porção grifada, cujo conteúdo demonstra a importância da realização do grupo de cuidadores, visto que estes seres humanos precisam de um suporte não só técnico, mas, também, psicológico para a manutenção de seu papel como cuidador.

Como se sabe que muitos cuidadores não têm como se afastar do domicílio pelo fato de não terem com quem dividir esse papel, cabe aos trabalhadores pensarem em formas de solucionar essa questão, em vista da importância que assume a oferta desse apoio aos familiares ou cuidadores. Uma possibilidade pode ser a busca, na comunidade, por voluntários que possam estar substituindo os cuidadores durante o espaço de tempo utilizado para sua participação no grupo. A preocupação com esse tipo de questão é uma forma de humanização, já que se preocupa com as necessidades dos cuidadores, que também são usuários do sistema de saúde.

O entendimento dessa assertiva apresenta-se bem explanado por Takemoto e Silva (2007), quando referem que:

"Humanizar" as relações entre usuários e trabalhadores, conseqüentemente "humanizando" o processo de produção de serviços de saúde, significa reconhecer os sujeitos como dotados de desejos, necessidades e direitos. A finalidade última do processo de trabalho em saúde é justamente a produção de algo – a ação de saúde – que responda a necessidades de saúde dos usuários. Reconhecê-los como sujeitos significa comprometer-se com a

satisfação de necessidades, entendendo a saúde como um direito, pela construção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização (TAKEMOTO, SILVA, 2007, p.337).

Duas situações observadas durante o acompanhamento do processo de trabalho na unidade e nos domicílios foram consideradas como características de uma equipe que está tentando desenvolver um trabalho humanizador. Uma refere-se à realização de um grupo, o grupo das arteiras, com encontros semanais, com o propósito de proporcionar momentos de lazer e bem-estar para a população e, com isso, garantir um vínculo dessa comunidade com a unidade de saúde, em que participam vários membros da equipe e todos se voltam para a realização de atividades manuais diversas, como, por exemplo, tricô, crochê, bordado e pintura. Puccini e Cecílio (2004) relatam que dentre as diferentes proposições encontradas nos serviços de saúde que traduzem a intenção humanizadora está a organização de atividades de convívio, amenizadas e lúdicas como as brinquedotecas e outras ligadas às artes plásticas, à música e ao teatro.

Uma questão bem burocrática, mas cuja realização é extremamente facilitadora para as famílias assistidas pelo serviço de atenção domiciliar, é o preenchimento do atestado de óbito. Todo o paciente que está sendo assistido pelo serviço, em caso de óbito, mesmo em horários nos quais a equipe não tenha condições de comparecer até o domicílio, como no caso de ser a noite, tem garantido que o médico responsável pelo paciente assinará o atestado de óbito. Sem dúvidas, esse é um aspecto que auxilia muito a família que passa por um momento tão difícil como a morte de um ente querido.

Além de ter sido oportunizada a vivência desses momentos, um dos trabalhadores expressou muito bem uma relação direta com o cuidado humanizado:

*Por exemplo, o paciente com câncer, chega um determinado momento, o serviço de oncologia diz: nós não temos mais nada para fazer. Tem que ir para casa. Mas ali é talvez o momento que a família e a pessoa mais precisem de ajuda, não medicamentos ou procedimentos, mas de cuidado. E aí a pessoa é mandada para casa. E do ponto de vista biológico lá não tem o que fazer, mas do ponto de vista humano, é quando as pessoas mais precisam de apoio. E aí é onde a gente entra. Acaba ajudando, na história de preparar para a morte, atestado de óbito, e até de organizar a família que não sabe o que vai fazer. Como é que vai organizar esse momento? (M6).*

Mas, também, como característico de um serviço em que atuam trabalhadores com diferentes formas de pensamento e formação, houve o posicionamento de alguns membros da enfermagem que visualizaram posturas um tanto quanto descoladas desse caráter humanizador da assistência:

*Eu assisti uma visita num caso terminal de uma paciente. Eu achei uma coisa muito rápida (E7).*

*Eu não sei, porque hoje mesmo eu estava repassando as informações para a pessoa responsável pelo programa com relação ao paciente que foi visitado ontem, e eu coloquei que o paciente precisa do atendimento médico, do acompanhamento psicológico, ser avaliado para ver se há necessidade de tomar uma medicação, que para mim estava gritante aquilo. A pessoa disse: ah, o médico e o pessoal da psicologia tem que se reunir, aquela coisa toda, então, eu não achei uma coisa muito humana isso, porque tu nota que o paciente precisa naquele momento, e ah, ainda vão se reunir para ver se há uma possibilidade (E5).*

Essas posições assumidas pelos trabalhadores servem para demonstrar como a equipe precisa utilizar melhor os espaços das reuniões da atenção domiciliar para discutir os assuntos que envolvem a realização do serviço, visto que reflexões como essas deveriam estar sendo analisadas e discutidas por todos em busca de um denominador comum. Sabe-se que há coisas que não se consegue transformar devido à interferência de fatores externos ao serviço, mas todos os trabalhadores precisam estar cientes disso e entenderem os motivos para tal. Sabe-se também que existem tantas outras coisas que podem ser transformadas e não o são, por não haver o espaço de reflexão e avaliação necessárias, que conduzam a essa mudança.

Ao serem analisados os princípios que o Ministério da Saúde apresenta como norteadores da política de humanização, percebe-se o sentido expresso de humanização extrapolando a relação microcontextual dos trabalhadores com os usuários no momento do cuidado. A forma como esse cuidado é prestado na prática assume grande importância, porém existem outros fatores comprometidos no processo de trabalho como um todo e que interferem na consolidação desse princípio, como se pode visualizar logo a seguir:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de

compromissos/responsabilização.

2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2004c, p. 9-10).

Em vista disso, reflete-se que o processo de humanização ainda está por ser alcançado em sua totalidade, uma vez que em momentos anteriores desse espaço de discussão foi demonstrado que elementos cruciais para a realização de uma assistência integral como trabalho interdisciplinar e intersetorialidade ainda não atingiram o grau de desenvolvimento que se espera de um serviço do SUS.

Na reflexão de Puccini e Cecílio (2004), os autores aliam a concretização da humanização à integralidade do cuidado:

Assim, sugere-se que, sob a influência do movimento de humanização, a integralidade assistencial pode ser desenvolvida não, apenas, como superação de dicotomias técnicas entre preventivo e curativo, entre ações individuais e coletivas, mas como valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, do zelo e da dedicação profissional por alguém, como outra forma de superar os lados dessas dicotomias. A integralidade do cuidado deixa de ser, portanto, uma simples junção técnica das atividades preventivas e curativas, individuais e coletivas. Os diferentes saberes e práticas, o cuidado e a atenção dispensados a uma pessoa pelos profissionais de saúde são necessários para a sua realização. A integralidade, para concretizar-se, depende do reconhecimento e da valorização do encontro singular entre os indivíduos, que se processa no necessário convívio do ato cuidador (PUCCINI, CECÍLIO, 2004, p.1351).

Como um dos aspectos da valorização do usuário no sistema de saúde, ressalta-se a relevância de levá-los em conta na opinião do mesmo sobre os serviços que lhe são ofertados e a avaliação de seu nível de satisfação diante dos mesmos. Na unidade de saúde em estudo, não há um processo de avaliação do nível de satisfação dos usuários assistidos pelo serviço de atenção domiciliar, como é demonstrado por meio

dos depoimentos a seguir:

*Não existe um processo de acompanhamento da satisfação dos usuários. Eu acho que algumas unidades já fizeram avaliações de período. Tipo, agora vamos saber o que o povo está pensando, a senhora gostou do atendimento? Mas não uma coisa sistematizada, que tenha uma periodicidade respeitada, que seja re-olhada a avaliação passada com a avaliação feita agora (G1).*

*Olha, eu não sei te dizer se a gente tem, porque eu não tenho conhecimento de que a gente tenha alguma coisa, formalmente assim não (E1).*

*Sabe que eu acho até que não tem um acompanhamento formal mesmo (RM1).*

*Acho que não existe um indicador que trate dessa coisa da satisfação. A gente sabe que os pacientes gostam muito do atendimento, mas não existe uma coisa avaliativa com relação a isso, eu desconheço (E5).*

*Eu não sei se existe um instrumento formal, eu acho que essa pergunta nós não fazemos (M3).*

*Não tem nenhum questionário, não tem nenhuma avaliação (M4).*

Esse tipo de investigação acerca do grau de satisfação da clientela dos serviços de saúde não é uma prática comum na maioria dos serviços públicos brasileiros. É uma questão mais merecedora de atenção por parte das organizações privadas, por visualizarem a população como um conjunto de consumidores e, por isso, demonstrarem preocupação em avaliar a opinião daqueles que se utilizam de seus serviços.

Os serviços públicos de saúde ainda não adquiriram o hábito de perceber o usuário como um consumidor, que tem um papel atuante como regulador das ações dos produtores que lhe prestam serviços e, ainda como alguém que decide sobre o seu tratamento, aderindo ou não às recomendações do serviço. Nem a população está acostumada a se ver nesse papel, a enxergar a saúde em uma relação de mercado. Como já foi refletido em momento anterior deste estudo, Paim (2004) aborda que esta é uma das formas de encarar a atenção à saúde, situando-a no setor terciário da economia, compreendendo os serviços de saúde situados no interior de processos de produção, distribuição e consumo. E, nessa lógica de pensamento, destaca-se a importância do conhecimento e do entendimento que a população, como consumidora

dos serviços de saúde, tem acerca dos próprios serviços que consome.

Ao mesmo tempo em que há a constatação de que não existem momentos formais de avaliação do nível de satisfação dos usuários, percebe-se que a mesma não carrega um significado de descaso com a clientela do serviço. Parece que há uma percepção positiva da atenção dispensada pelos trabalhadores aos usuários, que é relacionada à forma de tratamento estabelecida entre pacientes/familiares e trabalhadores e à forma com que os trabalhadores são recebidos no ambiente domiciliar. Consideram que a população mostra-se satisfeita com a assistência, a partir do momento que expressam essa satisfação por meio de gestos de carinho, de atenção, de sorrisos, de uma recepção cordial e alegre no espaço familiar e doméstico. Julgam que a relação interpessoal é tão forte que, no momento em que surgirem dúvidas, problemas e não satisfação com alguma situação, haverá a procura espontânea pela figura de um dos trabalhadores no intuito de evidenciá-la e solicitar sua resolução.

*Eles dizem para a gente: Olha, eu não estou contente. Ou porque a gente vai pouco ou porque o médico não está acertando, porque o paciente está piorando. Eles dizem. Mas isso a gente observa como tu é recebido, como tu é tratado, ou como eles te procuram no teu setor, isso a gente observa bem, muito bem (E4).*

*Eu acho que a gente infere subjetivamente, eu ganho muito presente, eu ganho muita louvação, me agradecem muito. Eu vou caminhando pelos corredores do edifício onde mora a pessoa, as pessoas me conhecem falam comigo e os comentários são ótimos (M3).*

*Na verdade fica sendo pessoa a pessoa, o profissional que vai a casa e o paciente. Normalmente, quando ele não está satisfeito, ele vem buscar, ele tem acesso, vem falar com a chefia, tem ouvidoria, ele vai dizer que não está satisfeito (G5).*

*Olha, a gente pode dizer que faz uma pesquisa qualitativa, que é através do retorno que as pessoas dão, ou pelo menos de não haver reclamações. Pelo que me lembre, não tem nenhuma reclamação sobre alguém ter sido mal atendido, terem deixado de atender alguém, o máximo que acontece é se não foi alguém no dia que estava marcado, no dia seguinte vai alguém. Então, não tem reclamações. Eu acho que a gente tem essa percepção de que está funcionando, está bem (M6).*

*Acho que nunca foi necessário isso porque justamente as pessoas sempre demonstram que é boa a qualidade, sempre agradecem. Parecem estar satisfeitas com a assistência, então, acho que por isso nunca foi feito um material que precisasse ver a satisfação dessas pessoas, porque parece que todos estão satisfeitos (RE1)*

*Acho que o único grau de satisfação que você tem é se eles reclamam muito na porta, ou se eles falarem que está bem. Não tem nada sistematizado (RM2).*

A atenção domiciliária caracteriza-se como um meio de aproximação entre o serviço - por intermédio dos trabalhadores - e os usuários do sistema de saúde. Esse tipo de atividade contribui para uma efetiva integração entre esses elementos, uma vez que, segundo Jesus e Carvalho (2002, p.54), isto favorece “o encurtamento da distância entre o que é normatizado como sendo o melhor para as famílias, em termos de saúde, e a realidade vivida por elas”. Entende-se que essa relação estabelecida e a contextualização do cuidado proporcionam um vínculo real entre a comunidade e os trabalhadores, que se sentem valorizados e amparados nas suas necessidades. As relações interpessoais caracterizam-se como importante instrumento de trabalho na prática de atenção domiciliária e são fruto de um trabalho social e histórico, imanente nesse tipo de prática.

No movimento das relações sociais estabelecidas, os trabalhadores encontram-se em um processo de busca por novas formas de contemplar a satisfação de necessidades da comunidade sob sua chancela. Estão nesse rumo, por meio de um amplo processo de discussões entre si mesmos, e tentando trazer a população, isto é, os usuários como aliados nessa luta. Um exemplo é a inserção dos familiares de pacientes assistidos pelo serviço de atenção domiciliária nas reuniões semanais do grupo; no momento da pesquisa, estavam tentando viabilizá-la para o próximo ano. Essa é uma forma encontrada pelos trabalhadores de conseguir a participação comunitária no serviço. E que pode ser considerada, também, um meio de procederem continuamente a uma avaliação do serviço, uma vez que o elemento familiar apresenta as condições ideais de auxiliar nesse processo avaliativo.

Por enquanto, porém, tal situação ainda não se proporciona. Uma forma de realizar avaliação da satisfação dos usuários, fora da impressão pessoal de cada membro do grupo, foi elencada por apenas um dos gestores e um dos trabalhadores da enfermagem:

*Lá na recepção tem uma caixa de sugestões onde as pessoas fazem as reclamações e colocam naquela caixa. Uma vez por mês ocorre a reunião do conselho gestor local e é aberto aquela caixa e aí a gente vê as reclamações das pessoas (E3).*

*Nós colocamos uma caixinha de sugestões lá na frente. Eu tenho a chave para abrir ela, para ler e depois levar para a chefia. Uma vez por mês, eu e mais dois membros do conselho gestor lemos tudo o que está ali e entregamos para a chefia (G2).*



Esse modo de conseguir obter informações a respeito da percepção dos usuários é útil quando bem utilizado, pois pode fornecer valiosas contribuições que venham a subsidiar o trabalho desenvolvido. Porém, este não parece ser o caso, uma vez que diante do número de trabalhadores atuantes na unidade de saúde, apenas um fez alusão à existência dessa caixa de sugestões. O que pode apresentar dois significados: primeiro, que os demais trabalhadores não tenham conhecimento de sua existência; e segundo, apesar de os trabalhadores terem conhecimento da caixa de sugestões, não a consideram como de relevante função. Mais uma vez, fica comprovada a necessidade de que as reuniões da atenção domiciliar sejam mais bem utilizadas, no intuito de provocar discussões sobre a organização do trabalho e fazer com que todos os trabalhadores tenham o mesmo tipo de conhecimento e compreensão do trabalho que vêm desenvolvendo.

A utilização desse tipo de instrumento exige uma total apreensão de seu valor no processo de trabalho. A partir do momento em que há essa compreensão, as ações são voltadas em sua direção e há o compartilhamento com a comunidade, que tem a possibilidade de partilhar dessa importância e então utilizar-se melhor desse instrumento. Mas, como conseguir o intento de trazer a comunidade à participação, se aquela caixa está na unidade apenas como um objeto da sala de espera, que não é utilizado e valorizado?

Historicamente, na saúde, a participação ativa nos processos decisórios veio somente a ser incorporada, como política, com o SUS. Essa prática, de atenção à comunidade como portadora de direitos de cidadania, está sendo apreendida, tanto por trabalhadores, como por gestores e usuários. As transformações são alcançadas paulatinamente, por meio de uma junção de mudanças menores que vão se agregando, em vista de que o próprio SUS ainda é tão jovem e cada um de seus serviços demanda um tempo específico para se adequar e conseguir produzir as transformações necessárias.

Acredita-se que, se houvesse um instrumento de avaliação da satisfação dos usuários do serviço de atenção domiciliar, este poderia se desenvolver de forma mais bem organizada e mais direcionada para o atendimento das necessidades. Provavelmente, o resultado que seria encontrado, em relação ao nível de satisfação

desses usuários, não seria diferente da impressão que têm os trabalhadores a respeito disso, encontrando pacientes e familiares extremamente satisfeitos e valorizados diante dessa prática realizada. Porém, esse levantamento forneceria parâmetros organizativos que alicerçariam o serviço, como a sistematização das visitas realizadas, o papel dos trabalhadores atuantes, a forma de inserção do usuário como participante ativo no serviço, entre outros.

Ao se buscar estudos envolvendo o grau de satisfação da clientela assistida em serviços de atenção domiciliar, foi encontrado um grande percentual de usuários satisfeitos, com uma avaliação positiva da assistência prestada (Von STERNBERG, 1997; MORALES, CANGAS, DÍAZ, 1998; HUGHES et al, 2000; JESUS, CARVALHO, 2002; KERBER et al, 2002; GOMES, TORRES, 2003). Stessman et al (1996) chegam a afirmar que o principal motivo do sucesso desse tipo de atividade assistencial é a satisfação dos envolvidos com o nível do cuidado e a compaixão que receberam, no lugar mais humano e natural possível, seu próprio lar. No estudo de Roubicek et al (1999), a grande satisfação encontrada é relacionada com o grau de confiança estabelecido com o trabalhador.

Os estudos que avaliam esse aspecto da assistência, de satisfação ou não da clientela sobre o serviço prestado, somente encontram resultados positivos, que corroboram a continuidade desse tipo de atenção desenvolvida. Isto, porém, não significa que não deva ser dada atenção a essa questão, pois é necessário que cada serviço legitime seu trabalho por meio de avaliações permanentes e adaptações constantes às novas necessidades que surgem com o passar do tempo.

Encerrando esse último item de análise, percebe-se que os usuários, gestores e trabalhadores não estão sendo capazes de agir conjuntamente na resolução de problemas, uma vez que não há praticamente nenhuma participação dos usuários no serviço, o que determina a falta de integração no e pelo trabalho. Entende-se que há um vínculo interpessoal bem importante, um relacionamento de confiança no trabalho do grupo da atenção domiciliar, mas sem utilização desse espaço de atenção como alicerce para o desenvolvimento de resolução conjunta das problemáticas evidenciadas.

Faz-se esta argumentação também quanto a não avaliação do nível de satisfação

da comunidade, o que significaria dar valor ao elemento que compõe a tríade de um serviço público de saúde: o usuário. Então, percebe-se que a atenção domiciliária não vem sendo considerada como um espaço verdadeiramente útil e importante para os usuários, apesar do relato em contrário, uma vez que não tem sido destinado a ela espaços de tempo suficientes e não tem sido discutida e avaliada.

## **CAPÍTULO 6**

### **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Chega um momento em que é preciso considerar os aspectos importantes que permearam a análise do que foi considerada, inicialmente, uma iniciativa bem sucedida de atenção domiciliária. Assim, a análise do processo de trabalho em atenção domiciliária da unidade de saúde estudada, envolve estabelecer os limites e dificuldades para a realização desse tipo de trabalho, assim como as contribuições visualizadas por meio dele. Então, neste momento, serão expostos os aspectos que foram oportunizados pela metodologia escolhida.

A existência de um serviço de atenção domiciliária tem um significado comum a todos os sujeitos deste estudo: o de facilitar o acesso dos usuários que têm algum comprometimento na capacidade de locomoção para dirigir-se ao serviço de saúde. O fato desses usuários não terem condições físicas de deslocamento até a unidade de saúde, ou essa locomoção ser algo extremamente dificultosa, faz com que a atenção domiciliária assuma uma conotação de facilitador para a família, servindo, concretamente, como uma forma efetiva de acesso ao sistema de saúde.

O melhor acesso se reverte em humanização da assistência, no entendimento de relações efetuadas com mais atenção pelo tempo disponibilizado para a assistência fora do espaço da unidade de saúde, sem a pressa que caracteriza as consultas em ambulatórios e consultórios, em que há a presença de outros clientes aguardando a atenção do trabalhador. Da mesma forma, a questão do desenvolvimento da assistência no próprio ambiente do paciente/família em seu espaço de vida faz com que os usuários sintam-se mais à vontade.

Além disso, na concepção dos usuários, as facilidades proporcionadas pela existência de um serviço de atenção domiciliária estão diretamente relacionadas à garantia de solução para seus problemas de saúde e à segurança propiciada a eles pelos trabalhadores. As pessoas sentem-se seguras e confortáveis com a atenção recebida.

Já os gestores e os trabalhadores manifestam outras contribuições do serviço percebidas pela sua inserção no processo de trabalho, seja por meio do trabalho realizado junto aos usuários, seja por meio da gestão do mesmo. Os aspectos realçados por ambos os grupos de participantes foram: a contextualização do cuidado; a possibilidade de evitar internações hospitalares; e a criação de fortes vínculos com os usuários.

Já a redução da demanda à unidade de saúde, o reconhecimento por parte da comunidade em relação ao trabalho desenvolvido e a rapidez dos resultados alcançados por intermédio da atenção domiciliária, são aspectos que foram ressaltados somente pelos gestores.

Os trabalhadores extrapolam em muito a visualização dos benefícios obtidos com a atenção domiciliária à qual atribuem caráter de: agilidade do trabalho, por não estarem na dependência de outros para a concretização do serviço; alcance da universalidade, da longitudinalidade e da equidade; possibilidade de inclusão da família no cuidado; facilidade na comunicação entre trabalhadores e usuários; delimitação do trabalho em uma área; boas condições de moradia, na maior parte da área adstrita à unidade; necessidade mínima de instrumentos materiais de trabalho; sentirem-se úteis com a realização desse tipo de prática de trabalho; funcionarem como referência para os usuários da área adstrita; e haver o suporte do Hospital Conceição. Esse último aspecto funciona como facilitador do trabalho, por se caracterizar como o apoio necessário à concretização das ações desenvolvidas.

Mas existem também limites que dificultam a realização da atenção domiciliária ou impedem que a mesma seja expandida. O mais comentado por todos os participantes é a força de trabalho. Fica evidenciado que, se o quantitativo fosse maior, poderia levar a maior disponibilidade de tempo para a realização dessa prática de trabalho. Outro grande limitador é o desabastecimento de medicações, o qual julgam prejudicar a qualidade da assistência, desmotivando sua continuidade, naqueles casos em que a medicação é considerada imprescindível para a integralidade.

Uma dificuldade ressaltada pelos usuários refere-se à não sistematização na rotina das visitas domiciliares. Isso faz com que procurem a unidade de saúde para questões que poderiam aguardar pela visita de algum dos trabalhadores, se soubessem

quando o mesmo estaria procedendo à visita.

Um limite é realçado por trabalhadores e gestores: a falta de um meio de locomoção para a realização das visitas domiciliares. Destacam esse aspecto mesmo considerando que o limite da área de abrangência da unidade tem uma extensão compatível com o deslocamento por meio da caminhada. De fato, consideram que um veículo de transporte facilitaria o trabalho, agilizando o tempo disponível para a realização de um maior número de visitas domiciliares a cada afastamento da unidade de saúde.

A falta de um programa de computação de dados é outro dos problemas elencados pela gestão, que visualiza a dificuldade que isso acarreta para o desenvolvimento e a avaliação do serviço. Por meio desse tipo de instrumento, o trabalhador de saúde pode estar avaliando e revendo continuamente o seu modo de fazer o trabalho e, desta forma, pode estar respondendo e atendendo às inúmeras e crescentes demandas que vão se apresentando no decorrer do desempenho do seu trabalho.

Na visão dos trabalhadores, atualmente existe uma série de entraves que funcionam como limitadores do trabalho desenvolvido na atenção domiciliária, os quais são da ordem de: recursos materiais e também humanos como a falta de assistente social, de odontólogo, de fisioterapeuta e de terapeuta ocupacional atuando em conjunto com os demais trabalhadores; participação comunitária; divulgação do serviço; recursos financeiros que poderiam advir da emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), já que efetuam internação domiciliar; problemas de ineficácia da intersetorialidade; demanda aumentada na unidade de saúde; espaços reais de discussão na equipe de trabalho; e suporte psicológico ao trabalhador.

São problemas que se encontram entrelaçados uns aos outros e que, em vista da grande abrangência da área sob sua atenção são considerados muito determinantes e condicionantes da demanda à unidade de saúde, o que compromete o todo do trabalho. Uma proposta que foi moldada para uma área restrita, em um tempo histórico que apresentava diferentes condições de vida e saúde, se vê, pela necessidade de garantir acesso à saúde, na concepção de saúde como um direito de todo o cidadão brasileiro, a ser ampliada pelos gestores municipais de Porto Alegre, para proporcionar cobertura a

toda a população, com o objetivo de terminar com os vazios assistenciais, sem, contudo, estar estruturada para isso.

São questões macroestruturais interferindo no microprocesso de trabalho. A política de saúde rege as ações desenvolvidas nos serviços de saúde, e os trabalhadores precisam adaptar, transformar o seu modo de fazer as macrodeterminações. No caso da unidade de saúde pesquisada, a política de saúde municipal teve um grande impacto na prática, ocasionando mudanças no processo de trabalho pelo aumento da área de abrangência e a conseqüente problemática na relação tempo de trabalho interno *versus* tempo de trabalho externo à unidade.

Estar subordinado às políticas de saúde municipais, estaduais ou federais não significa, necessariamente, manter-se em atitude passiva, visto que existem outros determinantes das práticas de saúde como a união dos trabalhadores, os quais podem se fortalecer ao atuarem em conjunto, concretamente integrados. Especificamente para essa questão ressaltada, percebe-se que não houve uma mobilização do grupo de trabalhadores no sentido de transformação da necessidade posta para a realidade dos seus recursos e das suas condições de trabalho, a não ser a reivindicação de aumento do quantitativo de trabalhadores.

Não basta, entretanto, apenas um maior número de profissionais formados no modelo biomédico clássico. A perspectiva do cuidado integral aos indivíduos e a suas famílias em suas demandas e formas singulares de adoecer e sofrer são questões que precisam ser mais aprofundadas no cotidiano dos serviços em geral, e deste em particular, provocando reflexões contínuas a esse respeito e capacitando os trabalhadores a atuarem com base nessa filosofia de trabalho. Não resolve ter um maior número de trabalhadores atuando somente na lógica do modelo clínico, sem expandir sua visão e atenção para ações que contemplem a integralidade da atenção. Porque o modelo de saúde que é sinalizado com o SUS precisa enfrentar a problemática histórica de superação de um outro modelo inculcado na grande maioria dos cursos de formação dos trabalhadores em saúde, que ainda não acompanhou a concepção vigente de saúde do sistema de saúde atual e que também não encontra nos serviços uma prática diferenciada desse modo tradicional de compreender o processo de saúde e doença na população. Como pode ainda o paradigma flexneriano se manter

predominante diante da concepção de saúde assinalada na Constituição Federal do Brasil, que diz que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado garantido mediante medidas políticas e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos? O trânsito do paradigma dominante para um outro que acompanhe essa nova concepção - há que se admitir - encontra-se em processo. Contudo, há vários interesses em jogo, e nem todos eles reforçam essa forma “tecnologicamente específica de atenção, que envolve síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas” (SALA; NEMES; COHEN, 1998).

A adoção de um modelo de APS torna obrigatório esse aprofundamento da discussão sobre a dicotomia, historicamente construída, entre intervenções individuais e coletivas, entre a assistência clínica e as práticas de saúde comunitária. Faz-se necessário repensar, nesse serviço, o papel dos saberes clínico e epidemiológico nas intervenções em saúde e as mediações possíveis entre esses, de modo que a integração desses dois *corpus* de conhecimento possibilite o planejamento de serviços e ações que melhor respondam às necessidades de saúde da população.

Enquanto isso ocorre, as atividades que extrapolam o trabalho desenvolvido na unidade de saúde, como a atenção domiciliária, encontram-se em possibilidade real e crescente de perda de poder de efetividade.

Ao mesmo tempo em que uma política nacional interferiu de forma veemente no trabalho, ao focalizar o processo de trabalho na atenção domiciliária, não se percebeu uma micropolítica que garantisse ao trabalho lá executado uma articulação das diversas finalidades, tais como a atenção à demanda espontânea e às condições epidemiologicamente importantes, ou ainda, à boa qualidade do cuidado técnico e à cobertura adequada da população adstrita (Starfield, 2002). Não foi identificada uma política institucional que guiasse as unidades de saúde no tocante à atenção domiciliária, tendo sido iniciado recentemente um movimento nesse sentido pelo gestor do SSC, que relatou não ser esse um trabalho que possa ser realizado sozinho e como uma política que venha de cima para baixo e, sim, deve ser uma ação coletiva, elaborada a partir das práticas realizadas.

O fato de não se ter identificado uma política de trabalho em relação à atenção



domiciliária ressalta a possibilidade de que a mesma sequer esteja implícita na operacionalização das ações cotidianamente desenvolvidas e, portanto, não tem influenciado uma organização do trabalho que direcione as atividades, levando a ações movidas pela capacidade de cada trabalhador a influenciar/operacionalizar os pressupostos advindos da APS. Em vista disso observa-se os trabalhadores desenvolvendo a prática da atenção domiciliária de forma diferenciada, como foi o caso de uma das enfermeiras e uma das residentes de medicina que desenvolviam processo educativo com os pacientes/familiares, enquanto os demais trabalhadores observados não o faziam. Porque esse tipo de ação só faz quem acredita no resultado do trabalho que pode advir desse tipo de ação, sendo o oposto também verdadeiro, ou seja o trabalhador que não tem essa crença ou essa concepção da saúde desenvolve seu trabalho menos articulado à uma ação integral de cuidado. Revela-se uma tensão existente entre um trabalho centrado na atenção clínica individualizada e outro no seu efeito sobre o conjunto de usuários.

Por isso entende-se que o modelo assistencial que originou a atenção domiciliária na unidade de saúde em estudo deve ser resgatado, visando reduzir a predominância do modelo clínico. O modelo de atenção clínico tem sido a tônica do trabalho desenvolvido na atenção domiciliária, com ações direcionadas à corpos doentes, e sem ações voltadas para promoção da saúde e prevenção de doenças. O trabalho realizado no domicílio, em geral, apresenta a mesma direção do trabalho desenvolvido na unidade de saúde, apenas mudando o local de atendimento. Mesmo constando no “Manual de Assistência Domiciliar” da unidade, uma divisão da assistência domiciliária em quatro modalidades – visita domiciliar; assistência domiciliar; internação domiciliar; e vigilância domiciliar – o trabalho restringe-se a visitas domiciliares para: coleta de material para exames laboratoriais, administração de medicação, imunização, avaliações emergenciais, controle de pressão arterial, etc.; e assistência domiciliária direcionada aos pacientes acamados.

A concepção que rege o conjunto do trabalho da atenção domiciliária é a assistência à saúde de usuários comprometidos em seu processo de vida e saúde por acometimento de patologias e que precisam ser “curados” ou, pelo menos, mantidos em seu estado atual de saúde. O pensamento dos trabalhadores, ao discutir atenção

domiciliária, é sempre este, o de uma atividade voltada a pacientes doentes ou acamados, esquecendo-se de que a AD envolve outras formas de atenção, que não necessariamente voltadas a *um* corpo, muito menos a um corpo doente. Pela observação das atividades dos trabalhadores, não houve a assimilação da atenção domiciliária na acepção considerada para este estudo, ou seja, de uma prática do trabalho em saúde, que visa assistir ao indivíduo e à família no espaço domiciliar, de forma integral e contextualizada, nos aspectos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, promovendo uma integração dos diversos trabalhadores atuantes no Sistema de Saúde para oferecer cuidado de saúde de acordo com as possibilidades do serviço e as necessidades do cliente.

Cabe fazer ainda um resgate do quadro diferencial, em relação ao tipo de atenção que vem desenvolvendo o serviço de atenção domiciliária da unidade de saúde pesquisada junto aos seus usuários, dentro dos critérios estabelecidos por Starfield (2002) como diferenciais, no tocante a enfoque, conteúdo, organização e responsabilidade.

Em relação ao tópico **enfoque**, que, na atenção convencional volta-se para a doença e a cura e na APS deve ser voltado para a saúde, com ações de prevenção, atenção e cura, reflete-se que a atenção domiciliária vem distanciando-se da atenção primária, uma vez que o foco tem sido para a doença e a cura.

Quanto ao **conteúdo**, também está mais direcionada para o tipo de atenção convencional, pois, apesar de ser uma forma de atenção continuada, não tem sido abrangente nem tem se preocupado com promoção da saúde, detendo-se mais amiúde no tratamento e em problemas específicos.

No que se refere à **organização**, assume características de atenção primária, por desenvolver-se não somente com médicos e, sim, com grupos de outros profissionais e ter a figura de especialistas, mas em medicina de família e comunidade. Porém, não desenvolvem o trabalho de atenção domiciliária em equipe, nem demonstram efetivamente que dêem importância à questão da integração entre os trabalhadores, realizando um trabalho bastante individualizado, com registros isolados e exíguos espaços de discussão conjunta das abordagens realizadas. O trabalho tem sido **de** equipe e não **em** equipe.

Pensando no aspecto de **responsabilidade**, em que a APS exige colaboração intersetorial, participação da comunidade e auto-responsabilidade, percebe-se o trabalho também muito direcionado para a atenção convencional, uma vez que a intersetorialidade não vem acontecendo e a participação da comunidade é praticamente nula. Apenas a questão da auto-responsabilização vem sendo atendida, não apresentando uma recepção passiva, uma vez que a própria iniciativa de realizar atenção domiciliar pode configurar-se como a tentativa de responsabilizarem-se pela saúde de uma parcela da comunidade sem condições de buscar assistência na unidade de saúde.

Quando a concepção de atenção primária à saúde foi abordada, neste estudo, resgatando os conceitos que permeiam esse tema, foi verificado que o conceito mais adequado à construção do SUS é aquele que a vê como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. Essa interpretação da atenção primária à saúde como estratégia implica articular a atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde, o que ainda não é uma realidade no nosso sistema de saúde brasileiro. Esse nível de concepção também não é alcançado na unidade de saúde do estudo, em que o trabalho está se apresentando no sentido de satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível e sem haver uma integração de serviços.

Na discussão dos indicadores, apresentados como resultados deste estudo, foi promovida uma análise objetiva do processo de trabalho desenvolvido na atenção domiciliar no que se refere à concretização dos princípios da APS e do SUS, separadamente. Entende-se que o SUS foi e vem sendo operacionalizado no Brasil no intuito de assegurar e garantir a realização efetiva da atenção à saúde em todos os níveis assistenciais, com qualidade, e de uma atenção primária à saúde em conformidade com a ampla concepção apresentada por Mendes (1999). Nesse sentido serão feitas análises no intuito de apresentar a atenção domiciliar inserida nesse contexto assistencial.

O SUS é um sistema de saúde universal, que rege e direciona as atividades de todos os serviços públicos de saúde e, também, dos privados que prestam serviços ao sistema de saúde nas questões não abrangidas pelos serviços públicos. Isso quer dizer

que ele é uma política nacional de serviços de saúde. E assim deve sê-lo em todos os níveis assistenciais, incluindo a atenção primária à saúde. É possível apreender os princípios do SUS em todos os princípios ordenadores da APS e por isso há essa possibilidade de estabelecer uma conexão entre eles, de forma a tornar mais dinâmica a apreensão dos resultados deste estudo.

O SSC do GHC, na sua operacionalidade, passa pela contradição de, ao exercer uma política pública de saúde – portanto representar uma totalidade que tem como finalidade garantir a realização efetiva da atenção à saúde no seu nível específico - não concretizar, nesse serviço, os princípios da APS.

Na retomada dos princípios do SUS e da APS, foi efetuada uma ligação do tema saúde como direito, universalidade e acesso aos serviços de saúde. A atenção domiciliar desponta como uma tentativa de garantia de universalidade, ao mesmo tempo em que se manifesta como uma contradição por delimitar a região de sua abrangência. Se o princípio da universalidade, de uma forma de garantia de acesso e do direito à saúde por parte de toda a comunidade está posto na própria existência do serviço de atenção domiciliar, essa forma de atenção, ao ser pensada como um processo de trabalho isolado dos demais princípios como a equidade, distancia-se desse conceito. Por essa razão, não se pode pensar em princípios sendo efetivados isoladamente. Todos são interligados e complementares.

A equidade é um princípio que se encontra em sintonia com a universalidade e o acesso. A grande maioria dos participantes a conceituou no sentido de igualdade. Referiram-se à equidade também na concepção de proporcionar acesso a quem mais precisa, por meio da realização de atenção domiciliar nas áreas de risco. Nessa visão, a prática da atenção domiciliar, por si só, apresenta um significado de contemplação de um princípio do SUS.

Assim como a equidade, outros princípios acabam por serem considerados como concretizados apenas pelo fato de existir um serviço de atenção domiciliar, uma vez que o mesmo proporciona acesso a quem não tem condições de ir até uma unidade de saúde, continuidade de atenção e o estabelecimento de uma relação pessoal de longa duração. Mas, ao problematizá-los, surgem diferentes nuances que fazem com que se perceba que tais princípios não são efetivamente realizados.

Por exemplo, perceber a saúde como direito não é somente garantir o acesso aos serviços, mas, também, exercer e favorecer o controle social, os cidadãos se considerarem e serem considerados como consumidores, bem como, favorecer processos de avaliação dos serviços e dos trabalhadores. A participação comunitária ainda não está consolidada na questão específica da atenção domiciliária. A população, que conhece esse tipo de prática de trabalho, relaciona-se aos próprios usuários desta, mas apresentam uma participação passiva no sentido de serem pacientes ou familiares inseridos nesse serviço. A forma mais concreta de expressão da participação comunitária é o controle social, que existe na unidade de saúde por meio do Conselho Local de Saúde, mas que não tem se preocupado em discutir esse tipo de questão, isto é, seus membros nem têm ciência do que é ou não desenvolvido e dos benefícios buscados ou problemáticas enfrentadas para a realização da atenção domiciliária..

Também, apesar de terem ciência da importância do processo avaliativo agregado e articulado à dinâmica específica dos processos de trabalho, não o fazem. Garantir que a qualidade da atenção dispensada no interior dos serviços seja a melhor possível e a mais adequada às necessidades da população é uma clara manifestação de respeito aos direitos dos cidadãos à sua saúde e a de seus familiares.

A integralidade da assistência, que se mostra como um trabalho multiprofissional, na verdade não é um trabalho desenvolvido por meio de relações interpessoais e interprofissionais, no sentido de um trabalho realmente conjunto. Ela é visualizada, também, na direção de uma contextualização do cuidado, pela assistência estar sendo desenvolvida no espaço onde a vida dos usuários ocorre e nem tanto em como ela ocorre.

A resolutividade desponta na direção do produto esperado no interior dos processos de trabalho desenvolvidos, embasados no modelo clínico, ou seja, a cura de corpos doentes ou, pelo menos, a reabilitação desses corpos. A intenção, na maioria das vezes, ou melhor, da maioria dos trabalhadores, reside na solução de problemas clínicos evidenciados, e com uma afirmativa da resolutividade alcançada, evitando internação hospitalar dos pacientes assistidos em atenção domiciliária. Portanto há uma visão distorcida por parte de usuários e trabalhadores do que seja, realmente, resolutividade.

E, com esse tipo de abordagem, outro princípio torna-se distante do que é preconizado: a focalização na família. Na prática de trabalho, os esforços estão concentrados na realização do cuidado a um indivíduo doente ou acamado. Mesmo com a convivência familiar gerada por meio desse atendimento individualizado no domicílio, os demais membros da família não são contemplados com um cuidado dirigido à sua saúde. Percebe-se um atendimento individualizado, direcionado para uma pessoa em sua particularidade, e realizado no modelo clínico de atenção, com enfoque em problemas ou queixas apresentadas, e não estendendo o cuidado aos familiares. Se tivessem uma visão ampla do processo, de que a assistência não deve permanecer naquele cuidado individualizado, mesmo que a finalidade imediata tenha sido avaliar um paciente acometido por uma doença, ao dar início ao atendimento, poderiam estar extrapolando a visão inicial e estendendo a atenção para os demais componentes do agrupamento familiar.

A intersetorialidade, que faz parte tanto dos princípios do SUS quanto dos princípios da APS, ainda é muito incipiente, faltando certa organização do sistema de saúde como um todo, o qual não direciona a forma como esta deve ser consolidada e acaba por deixar na responsabilidade dos trabalhadores individualmente a busca da sua efetivação concreta. Isto se caracteriza como um problema para estes trabalhadores, uma vez que a atenção à demanda de atendimento individual (sob forma de consultas, visitas...) da comunidade já é algo que consome o seu tempo de trabalho.

Em relação à humanização da assistência, esta se manifesta por meio de atitudes de respeito, de atenção, da escuta, do diálogo, da realização de grupos de lazer, do fornecimento de atestado de óbito, enfim, da forma de tratamento com os usuários. Ao mesmo tempo, não investigam o nível de satisfação da clientela assistida e não avaliam a qualidade do cuidado prestado. Não deixam, porém, de buscar a solução para qualquer problemática evidenciada pelos usuários e trazida a qualquer um dos trabalhadores.

A coordenação também é um dos princípios que não se concretiza na sua totalidade. É alcançada pela continuidade propiciada por meio da atenção domiciliar, mas não o é em relação à desconsideração visualizada com a utilização do prontuário familiar. A equipe de saúde trabalha, efetivamente, com dois prontuários: um, no

domicílio, utilizado pelo pessoal de enfermagem; e outro, no serviço, utilizado pelos médicos. E nenhum desses profissionais conhece as anotações feitas pelo outro.

No âmbito da atenção primária à saúde, entende-se que a atenção domiciliária contém uma perspectiva muito grande e concreta de integralidade da atenção aos usuários do sistema de saúde. Porém, acredita-se que os demais níveis de atenção à saúde também devam contemplar essa atividade, pois os benefícios desta à população foram visualizados e percebe-se que a integralidade do cuidado poderia estar sendo proporcionada por meio desta prática de trabalho, integrando os diversos níveis assistenciais. Por intermédio de uma cooperação entre os diversos níveis assistenciais, pode-se conseguir alcançar uma melhor qualidade assistencial e um nível de saúde mais adequado à população.

Entende-se que, independente da complexidade da atenção que precisa ser feita, a atenção domiciliária pode substituir a atenção hospitalar, no sentido de alta precoce do hospital, ou pode ser desenvolvida a partir da rede básica para as questões de acompanhamento e vigilância à saúde da comunidade. O interessante é que haja uma complementaridade na atenção, abrangendo os processos de trabalho direcionados do hospital para a rede básica e da rede para o hospital, não no sentido de uma referência para atendimento, mas no sentido de um trabalho conjunto, complementar e integral.

A crença que se tem, já declarada no início deste estudo, é da atenção domiciliária funcionando como instrumento de articulação entre as equipes de saúde, como uma interface entre a atenção primária e o hospital, como uma integração entre as diversas instâncias, os diferentes níveis assistenciais. Esse tipo de realidade não foi encontrado na unidade de saúde estudada, porém, acredita-se que, se um princípio, tanto do SUS quanto da APS, é a integralidade da assistência, a atenção não pode ocorrer de forma isolada nos serviços e não pode parar quando o paciente sai do hospital. A unidade de saúde pesquisada pertence ao SUS, e esse sistema de saúde mantém-se em um processo de construção permanente, objetivando alcançar uma mudança do paradigma de atenção à saúde. Nessa busca para que o sistema de saúde torne-se eficaz, eficiente e de qualidade, considera-se imprescindível a cooperação entre níveis assistenciais.

Efetando um resgate da pergunta motivadora da presente pesquisa, relativa à

forma como a atenção domiciliária tem contribuído com a saúde da população, podem-se fazer algumas considerações. Apesar de a prática da atenção domiciliária ainda realizar seu processo de trabalho com foco na doença, ter como objeto de trabalho um sujeito individual, enfatizar o cuidado curativo e não desenvolver ações intersetoriais da forma desejada, ela tem se voltado para a prática de um trabalho de atenção primária que busca resolutividade no primeiro contato, apresenta baixos custos, presta atenção contínua e longitudinal, tem território definido, promove as relações interpessoais (trabalhadores e usuários) e atua visando um cuidado humanizado.

A realização deste estudo, no momento em que abrigou uma reflexão geral sobre o sistema de saúde e sua operacionalidade, oportunizou melhor conhecer a inserção da prática de atenção domiciliária nesse contexto, como também as possibilidades e limites de desenvolvimento da mesma. Certamente tal aprofundamento operacional e conceitual servirá para facilitar o desenvolvimento, pela pesquisadora, de trabalhos dessa natureza.

Ao se desvendar como se davam as conformações do trabalho na atenção domiciliária, foram explicitadas algumas possibilidades de que este seja mais bem desenvolvido, já que este momento, em que a forma e o conteúdo do trabalho tornam-se mais objetivados, é visualizado como um potencial espaço de direcionamento para uma avaliação e, conseqüentemente, uma possibilidade de transformação.

A análise efetuada serviu para demonstrar que trabalhadores, gestores e usuários têm compreensão da atenção domiciliária como extremamente relevante para a saúde da comunidade a que atende, porém não objetivam essa compreensão na sua prática de trabalho. Essa forma de gestão do serviço tem possibilitado uma integração insuficiente entre os sujeitos nele envolvidos e um trabalho desconectado da sua filosofia, inicialmente traçada e referida nos discursos.

Para finalizar, são feitas sugestões, algumas das quais referidas em uma publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b), como objeto de investimento no sentido de uma conversão do modelo assistencial, as quais são identificadas como necessárias de atenção no serviço investigado, para que o trabalho possa servir como estratégia de reorganização do Sistema de Saúde. São elas:

- articular as ações de prevenção, promoção e cuidado à saúde, no contexto da



atenção domiciliária;

- promover a incorporação da comunidade ao processo de planejamento, controle e avaliação dos serviços;

- estabelecer as instâncias formais de coordenação intra e intersetoriais;

- desenvolver e/ou utilizar sistemas informatizados capazes de gerenciar as informações referentes à produção de serviços, acompanhar o perfil de morbimortalidade da clientela assistida e avaliar o impacto das ações sobre os indicadores de saúde e de qualidade assistencial;

- desenvolver mecanismos de avaliação qualitativos do desempenho e da qualidade da atenção prestada na perspectiva de uma atenção integral, com intervenções preventivas, curativas e de promoção da saúde nas comunidades;

- instituir programas de readaptação, capacitação e revalorização dos trabalhadores de saúde;

- promover educação permanente dos trabalhadores da saúde;

- promover formas de proporcionar suporte psicológico aos trabalhadores;

- promover estudos de efetividade relacionados aos resultados das intervenções de saúde e impacto no estado de saúde de grupos populacionais;

- avaliar o grau de envolvimento de grupos comunitários, a participação social e a satisfação dos usuários com o modelo adotado;

Em termos de futuras pesquisas, o campo da saúde comporta a possibilidade de inúmeros estudos, principalmente envolvendo a temática da atenção domiciliária no sistema público de saúde. Foi possível perceber que, no desempenho de atividades comunitárias e de saúde pública, há uma deficiência grande na avaliação das práticas e dos resultados dessas práticas.

Visualizam-se lacunas de conhecimento nos aspectos de avaliação da relação custo/benefícios, dos índices de morbimortalidade, dos níveis de saúde alcançados, entre outros. Em vista disso, sugere-se que estudos sejam desenvolvidos, comparando grupos de seres humanos assistidos por meio da atenção domiciliária, com grupos que não apresentam esse tipo de atenção à saúde; comparando pacientes assistidos em nível hospitalar, com pacientes assistidos em nível domiciliar; analisando espaço de tempo sem internação hospitalar de pacientes assistidos em atenção domiciliária; entre

outros.

Por fim, os indicadores de avaliação construídos para o estudo, os quais serviram como importantes demarcadores no processo de “olhar” o trabalho desenvolvido permitiram a consideração desse trabalho sob um determinado olhar: aquele que diz respeito à filosofia trazida pelos pressupostos da Atenção Primária de Saúde. Uma outra lógica encontraria, assim, por pressuposto, outros resultados. Essa escolha, no entanto, foi embasada em uma certa opção política, da qual compartilha-se, desde a concretização dos valores mais preciosos do movimento da Reforma Sanitária, na VIII Conferência Nacional de Saúde. Sendo assim, esse indicadores são, certamente, importantes marcos avaliativos para um serviço de saúde. Mas é sempre bom lembrar que há sempre uma incompletude no que se produz hoje, tendo em vista as possibilidades do amanhã....

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBIERO, C.E. **Assistência domiciliar como modalidade de atendimento à saúde no contexto da família e das políticas sociais**. Dissertação [Mestrado em Serviço Social] Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. UFSC, 2003. 180p.
- ALMEIDA, C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde Debate**, Londrina, v.54, p.6-21. 2000.
- ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1997.
- ALONSO, I.L.K. **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar**: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar. Tese [Doutorado em Enfermagem] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003. 265 p.
- AMARAL, J.L.G. Prefácio: O Sistema Único de Saúde. In: **SUS**: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, volume 1. São Paulo: Atheneu, 2004. p.9.
- ANGERAMI, E.L.S.; STEAGALL-GOMES, D.L. Análise da formação do enfermeiro para a assistência de enfermagem no domicílio. **Rev Latino-am Enferm**, Ribeirão Preto, v.4, n.2, p. 5-22, jul. 1996.
- ANDRADE, L.O.M. et al. Organização da atenção básica e estratégia saúde da família no município de Sobral – Ceará – Brasil: principais avanços e desafios na perspectiva de produzir mudanças positivas na saúde. In: **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar**: caso Brasil. Afra Suassuna Fernandes/Juan A. Seclen-Palacin (Org.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p.143-179.
- ARANAZ, J.M.; BUIL, J.A. Gestión Sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. **Med Clin**, Barcelona, v.106, p. 182-184. 1996.
- BACKES, D.S.; KOERICH, M.S.; ERDMANN, A.L. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 Abril 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S0104-11692007000100006
- BADIA, J.G.; CONTEL SEGURA, J.C.; ORTI, C.E. La función directiva en el equipo de atención primaria: la necesidad de integrarla. In: BADIA, J.G.; CONTEL SEGURA, J.C.

**Gestão em atenção primária:** incorporação de la prática directiva en el liderazgo asistencial. Barcelona: Masson, 2001. p.1-20.

BAZTÁN, J.J. et al. Actividad comunitaria de un servicio de geriatría hospitalario: un ejemplo práctico de coordinación entre atención primaria y especializada. **Aten primaria**, Espanha, v.26, n.6, p. 374-382, oct. 2000.

BECHICH, S. et al. Efecto de la hospitalización a domicilio en la reducción de la hospitalización convencional y frecuentación de urgencias en la insuficiencia cardiaca. **Rev Clin Esp**, Madrid, v. 200, p.310-314, jun. 2000.

BENSON, J.K. Um método dialético para o estudo das organizações. In: **Social Sciences – Research – Addresses- Essays –Lectures**. I. Morgan Gareth, 2nd printing, 1984. p.331-346.

BENTUR, N. Hospital at home: what is its place in the health system? **Health Policy**, Netherlands, v.55, n.1, p.71-79. 2001.

BONEMA J. Cost of care in a randomized trial of early hospital discharge after surgery for breast cancer. **Eur J Cancer**, Oxford, v.34, n.13, p. 2015-2020. 1998.

BRASIL. **Lei nº 8.078**, 11 set. 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília: Legislação Federal, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Subsecretaria de Edições Técnicas. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 2000. 370p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90:** avanços e limites /Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Análise de **Reestruturação dos Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades:** padrões de custos e forma de financiamento/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas, Departamento de Atenção Básica; elaborado por Sulamis Dain (Coord.); Cesar Favoreto (Coord. Adjunto); Laura Tavares Soares; Rosângela Caetano. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 98p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica.** [Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria Nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003]. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003b. 49p.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Diário Oficial da União nº 238. **Plano Nacional de Saúde**. 13 de dezembro de 2004. Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNS.pdf> Acesso em: 10 janeiro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 21p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de inclusão social fortalece o SUS**. Saúde Brasil Especial, Brasília, ed. n.103, p.6, dez. 2004d.

BRASIL. **Atenção Básica e Saúde da Família**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> Acesso em: 16 janeiro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 36 p.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de Indicadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – PARTICIPA SUS**. Documento apresentado na Reunião de Colegiado do Ministério da Saúde de 19/09/06. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/participasus\\_consulta\\_publica.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/participasus_consulta_publica.pdf). Acesso em: 03 abril 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 2.529, de 19 de outubro de 2006**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAZIL, K. et al. Substituting home care for hospitalization: the role of a quick response service for the elderly. **Journal of Community Health**, London, v.23, p.29-41. 1998.

BUNDRED, N. et al. Randomized controlled trial of effects of early discharge after surgery for breast cancer. **BMJ**, London, v.317, p.1275-1279. 1998.

BURTON, L.C. et al. Acceptability to patients of a Home Hospital. **J Am Geriatr Soc**, New York, v.46, p.605-609.1998.

CAMARGO JUNIOR, K.R. et al. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 223-241.

CAMPOS, C.E.A.. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.569-584. 2003.

CAMPOS, G.W.de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 219-230., 2000.

CAPLAN, G.A. et al. Hospital in the home: a randomized controlled trial. **Med J Aust**, Sydney, v.170, p.156-160, feb. 1999.

CAPRA, F. O modelo biomédico. In: CAPRA, Fritjot. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix Ltda., 1982. p.116-155.

CARLETI, S.M.M.; REJANI, M.I. Atenção domiciliar ao paciente idoso. In: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1997.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C.M.. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1400-1410, set./out. 2004.

CECÍLIO, L.C.O.. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.467-478, jul./set. 1997.

COAST, J. et al. Hospital at home or acute hospital care? A cost minimization analysis. **Br Med J**, London, v.316, p. 1802-1806, Jun. 1998. COLEY CM, LI Y-H, MEDSGER AR, MARRIE TJ, FINE MJ, KAPOOR WN et al. **Arch Intern Med**, Chicago, v.156, p.1565-1571. 1996.

CONTEL SEGURA, J.C. La atención domiciliar como modelo de atención compartida. **Aten Primaria**, Espanha, v.25, n.8, p. 22-28. 2000.

COTTA, R.M.M. et al. La hospitalización domiciliar: antecedentes, situación actual y perspectivas. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.10, n.1, p.45-55. 2001.

COTTA, R.M.M. et al. La hospitalización domiciliar ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, Washington, v. 11, n.4. 2002. Disponível em:

<[www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n4/10471.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n4/10471.pdf)>. Acesso em 04/06/2004.

CREVELIM, M.A. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 323-331. 2005.

CRIADO-MONTILLA, J.; IBÁÑEZ-BERMÚDEZ, F. Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna. **Med Clin**, Barcelona, v.23, p. 57-59.1996.

CRUZ, I.C.F.; BARROS, S.R.T.P.; FERREIRA, H.C. Enfermagem em Home-Care e sua inserção nos níveis de atenção à saúde: a experiência da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. **Revista Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v.1, n.4, p.35-8. 2001.

CRUZ, I.C.F.; BARROS, S.R.T.P.; ALVES, P.C.. Atendimento domiciliar na ótica do enfermeiro especialista. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.13-16, jan./abr. 2002.

CUNHA, J.C.K. **Organização de serviços de assistência domiciliar de enfermagem**. 1991. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

DANA, S.N.; WAMBACH, K.A. Patient satisfaction with an early discharge home visit program. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, Philadelphia, v.32, n.2, p.190-198, Mar./Apr. 2003.

DAVIES, L. et al. Hospital at home versus hospital care in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: prospective randomized controlled trial. **BMJ**, London, v.321, p.1265-1268. 2000.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Trad. Sandra Regina Netz. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 432p.

DIOGO, M.J.D.; PASCHOAL, S.M.P.; CINTRA, F.A. Avaliação global do idoso. In: DUARTE, Y.A.O.L.; DIOGO, M.J.D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.146-171.

DONALD, I.P.; BALDWIN, R.N.; BANNERJEE, M. Gloucester hospital at home: a randomized controlled trial. **Age ageing**, London, v.24, p. 434-439. 1995.

DONNANGELO, M.C. F.; PEREIRA, L. **A saúde e sociedade**. 2.ed.São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DUARTE, C.M.R.. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.443-463. 2000.

DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J. BRASIL. **Atenção básica e saúde da família**.

Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 16 janeiro 2007.

D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

EDWARDS, N.; HENSHER, M. Managing demand for secondary care services: the changing context. **BMJ**, London, v.317, p.135-138.1998.

ELIAS, P.E. Uma visão do SUS. In: **SUS**: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, volume 1. São Paulo: Atheneu, 2004. p.11-22.

ELKAN, R. et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. **BMJ**, London, v.323, p.719-725, sept. 2001.

FERNANDES-MIERA, M.F. Gestión sanitaria: acerca de la hospitalización domiciliaria. **Med Clin**, Barcelona, v.109, n.9, p.357-358. 1997.

FEUERWERKER, L. Modelos Tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.9, n.18, p.489-506, set./dez. 2005.

FINKELMANN, J. Saúde no mundo: tendências e perspectivas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM 51., 1999. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ABEn –Secção SC, 1999. p.41-56.

FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p. 986-994, jul./ago. 2004.

FORTES, P.A.C.; MARTINS, C.L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.53, n. especial, p.31-33, dez. 2000.

FRACOLLI, L.A.; BERTOLOZZI, M.R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. Temas de caráter introdutório. In: **Manual de Enfermagem**. Disponível em <[www.ids-saude.org.br/enfermagem](http://www.ids-saude.org.br/enfermagem)>. Acesso em 15 mai. 2004.

FRANCO, A.L.S.; BASTOS, A.C.S.; ALVES, V.S. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan./fev. 2005.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **PSF**: contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecno-assistencial. DMPS: UNICAMP, Campinas, 1999.

FRANÇA, C.T. et al. Enfermagem domiciliar: prática do enfermeiro na rede básica de saúde. **Revista da Saúde**, Bagé, v.7, n.1, p.72-85, jan./jun. 2003.

FREITAS, A.; BITTENCOURT, C.; TAVARES, J. Atuação da enfermagem no Serviço de Internação Domiciliar: relato de experiência. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.13, 1/2 supl., p.103-107. 2000.



FROMM, E. **Conceito marxista do homem**. Tradução de Octavio Alves Velho. 8. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores S.A., 1983.

FURTADO, J.P. **A avaliação como dispositivo**. 2001. 282f.. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] - Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas, 2001.

GALLEGO, C.F. et al. **Visita domiciliar programada de enfermagem a personas mayores de 65 años**. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2002. Disponível em: <[http://bvs.isciii.es/mono/pdf/INVESTEN\\_02.pdf](http://bvs.isciii.es/mono/pdf/INVESTEN_02.pdf)>. Acesso em : 25 de julho de 2004

GARCIA-PEÑA, C. et al. Economic analysis of a pragmatic randomized trial of home visits by a nurse to elderly people with hypertension in Mexico. **Salud Publica de México**, México, v.44, n.1, p.14-20., 2002.

GELBCKE, F. et al. Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania profissional. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.3, p.515-525, jul./set. 2006.

GENÉ BADIA, J. El hospital debe competir, dominar o compartir con la atención primaria? **Aten Primaria**, Espanha, v.21, p.186-188. 1998.

GENÉ BADIA, J.; CONTEL SEGURA, J.C. Propuestas para desarrollar la atención domiciliaria. **Aten Primaria**, Espanha, v.23, n.4, p. 183-186. 1999.

GLADMAN, J.; WHYNES, D.; LINCOLN, N. Cost comparison of domiciliary and hospital-based stroke rehabilitation. **Age and Ageing**, London, v.23, p.241-245.1994.

GOLDMANN, L. **Dialética e cultura**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

GOMES, A.C.C.N; TORRES, G.V. Opinião das famílias atendidas pelo PSF em uma unidade de saúde da família do distrito oeste de Natal. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.12, n.4, p.495-503, out./dez. 2003.

GRANDE, G.E. et al . Does hospital at home for palliative care facilitate death at home? Randomised controlled trial. **BMJ**, London, v.319, p.1472-1475., 1999.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. **Bem-vindos ao Serviço de Saúde Comunitária**. Disponível em: <[www.ghc.com.br/ssc](http://www.ghc.com.br/ssc)>. Acesso em: 05 mar. 2006.

GUNNELL, D. et al. How great a burden does discharge to hospital-at-home impose on carers? A randomized controlled trial. **Age and ageing**, London, v.29, p.137-142. 2000.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULUS, A.P. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl. 2, p.331-336. 2004.

- HENSHER, M. et al. Does hospital-at-home make economic sense? Early discharge versus standard care for orthopaedic patients. **J R Soc Med**, London, v.89, p. 548-555, Oct. 1996.
- HIRSCHFELD, M.J.; OGUISSO, T. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do *Home Care*. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília, v.55, n.4, p.452-459, jul./ago. 2002.
- HOMEDES, N.; UGALDE, A. Las reformas del salud en America Latina: una visión crítica através de dos estudios de caso. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.17, n. 3, p. 210-220, mar. 2005.
- HORTALE, V.A. Fórum: a integralidade na perspectiva da formação, das práticas e da avaliação em saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.398-1399, set./out. 2004.
- HUGHES, S.L. et al. Impact of home care on hospital days: a meta analysis. **Health Serv Res**, Chicago, v.32, n.4, p. 415-432. 1997.
- HUGHES, S.L. et al. Effectiveness of team-managed home-based primary care: a randomized multicenter trial. **JAMA**, Chicago, v.284, n.22, p.2877-2885. 2000.
- JESUS, P.B.R.de; CARVALHO, D.V. Percepção de usuários de Unidade de Saúde da Família sobre a assistência à saúde – uma contribuição da enfermagem. **REME**, Belo Horizonte, v.6, n.1/2, p.48-56, jan./dez. 2002.
- IDB – 2005 – Indicadores e dados básicos do Brasil. Disponível em: <<http://datasus.gov.br/idb>> Acesso em 11 abr. 2007.
- JONES, J. et al . Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimization analysis of data from randomized controlled trial. **BMJ**, London, v.319, p.1546-1500. 1999.
- JORDHOY, M.S. et al. A paliative care intervention and death at home: a cluster randomized trial. **Lancet**, London, v.356, p. 888-893, Sep. 2000.
- KERBER, N.P.C. et al. Assistência domiciliar: investigando esta prática junto à clientela. **Revista da Saúde**, Bagé, v.6, n.1, p.85-95. 2002.
- KERBER, N.P.C. **O trabalho do enfermeiro no município de Rio Grande – espaço criador da necessidade de um trabalho integrador**. 1999. 198f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.
- KERBER, N.P.C. et al. Academia e services – delineando possibilidades e limites de um trabalho integrador em saúde. **Revista da Saúde**, Bagé, v.7, n.2, p. 84-99, jun./dez. 2003.
- KIRCHHOF, A.L.C. Reflexões sobre o processo de trabalho em saúde: recriando instrumentos para adequar o trabalho a sua finalidade. **Texto Contexto Enfermagem**, v.4,

n.1, p.60-65, jan./jun. 1995.

LABRA, M.E. Capital Social y Consejo de Salud em Brasil. Un Círculo Virtuoso? **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, supl., p.47-55. 2002.

LACERDA, M. R. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar**. 1996. 94f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

\_\_\_\_\_. Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência de cuidado da enfermeira. 2000. 222p. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

\_\_\_\_\_. O cuidado domiciliar no sistema de saúde. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53., 2001, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ABEn – Secção PR, 2001. CD-ROM.

LACERDA, M.R.; OLINISKI, S.R. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v.26, n.1, p.239-248. 2004.

LEFEBVRE, H. **Lógica formal/lógica dialética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.

LEFF, B.; BURTON, J.R. Future directions: alternative approaches to traditional hospital care-home hospital. **Clin Geriatr Méd**, Philadelphia, v.14, n.4, p.851-861. 1998.

LEITÃO, L.R.G. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, n.47, p.46-49, jun.1995.

LENZ, M.L. O PSF. In: **O BIS** – boletim informativo do SSC. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária/GHC, 1999.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed.rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

\_\_\_\_\_. Introdução. In: LEOPARDI, M.T. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p.9-22.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D. de; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.269-291. 2001.

LOPES, J.M.C. **A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na Pessoa no processo de produção do Cuidado Médico em Serviço de Atenção Primária à Saúde**. 2005. 222f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Programa de Pós-graduação em Educação, UFRGS, Porto Alegre, 2005.

LÓPEZ-BENITO, I.; BAYDAL, R. Home hospitalization: an alternative to conventional hospitalization. Future outline. **Rev Neurol**, Barcelona, v.29, n.7, p.677-9. 1999.

LOWDERMILK, D.L. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

LÜDCKE, M. ; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MAIDANA, M. del C. Normas de Internação Domiciliária. **Temas Enferm Actual**, Buenos Aires, v.9, n.43, Supl., p.24-28. 2001.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Ciências Humanas, 1978.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 10.ed. v.1. São Paulo: Difel, 1985.

MARTINS, S.K. **Diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde**: contribuições da enfermeira, 2006. 124p. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

MARTÍN, F. ; OYEWOLE, A.; MOLONEY, A. A randomized controled trial of a high support hospital discharge team for elderly people. **Age ageing**, London, v. 23, p. 228-234. 1994.

MASI, D. de. **O futuro do trabalho** - fadiga e ócio na sociedade pós-industrial. Brasília: Jose Olimpio, 2000.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, set./out. 2004.

\_\_\_\_\_. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p. Disponível em: <[http://www.lappis.org.br/media/artigo\\_ruben1.pdf](http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf)>. Acesso em: 16 set. 2006. 16p.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M; PINTO, I.C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.233-241, jan./fev. 2001.

MAZZA, M.M.P.R. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.4, n.2, p.60-68, jul./dez. 1994.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

\_\_\_\_\_. **A atenção básica à saúde na Bahia**. Salvador: Casa da Qualidade, 2002a.

\_\_\_\_\_. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.

\_\_\_\_\_. **Os grandes dilemas do SUS.** Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MENDES GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cadernos CEFOR.** SMS/SP. s.d. 54 p.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997. p.223-241

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA, F.R. Por um modelo técnico assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. **Revista Saúde em Debate,** Londrina, n.33, p.83-89. 1991.

MICCINESI, G. et al. Palliative home care reduces time spent in hospital wards: a population-based study in the Tuscany Region, Italy. **Cancer Causes Control,** Oxford, v.14, n.10, p.971-977. 2003.

MITRE COTTA, R.M. et al. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health,** Washington, v. 11, n.4, p. 253-260. 2002.

MORALES, N.M.; CANGAS, L.J.; DÍAZ, J.H.T. Costos e beneficios del ingreso en el hogar. **Rev Cubana Med Gen Integr,** Cuba, v.14, n.5, p. 445-449. 1998.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D. de; MACHADO, C.V. A gestão do sistema único de saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil – contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa/Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.45-94

**O BIS-** Boletim Informativo do SSC. **Edição especial. Indicadores para avaliação - I.<sup>a</sup>** etapa. Desenvolvido por Silvia Takeda, Maria Lucia Lenz e Rui Flores. s.d. Disponível em: <[www.ghc.com.br](http://www.ghc.com.br)> Acesso em: 21 nov. 2006.

**O BIS-** Boletim Informativo do SSC. **O que é equidade.** Junho 1998. Disponível em: <[www.ghc.com.br](http://www.ghc.com.br)> Acesso em: 21 nov. 2006.

OFFE, C. **Trabalho e sociedade-** problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro Tempo Brasileiro, 1989.

OLIVEIRA, J.B.; GUSMÃO, S.C. A experiência de saúde da família no estímulo à participação social no município de Vitória da Conquista – BA. In: **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar:** caso Brasil. Afra Suassuna Fernandes/Juan A. Seclen-Palacin (Org.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p.63-75.

Organização Panamericana de la Salud. **Renovación de la Atención Primaria de salud**

**en las Americas.** Valores esenciales, principios y elementos de un sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2005.

PAIM, J.S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil – Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.15-44.

\_\_\_\_\_. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia&saúde.** Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.567-586.

PASKULIN, L.M.G.; DIAS, V.R.G. Como é ser cuidado em casa: as percepções dos clientes. **Rev Bras Enferm,** Brasília, v.55, n.2, p.140-145, mar./abr. 2002.

PEREIRA, M.J.B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar – potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem.** 2001. 256f.. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, 2001.

PEREIRA, M.J.B. et al. Assistência domiciliar – instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil.** Estudos e Análises – volume 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.71-80 Disponível em: <www.opas.org.br>. Acesso em: 15 out. 2006.

PINHEIRO, M.C.; WESTPHAL, M.F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cad Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.449-458, mar./abr. 2005.

PIRES, D.P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Annablume, 1998.

\_\_\_\_\_. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem,** Salvador, v.13, n.1/2, p.83-92. 2000.

PIRES, M.F.de C. O materialismo histórico-dialético e a educação. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu, v.1, n.1, p.83-94. 1997.

POSSAS, C. A articulação público-privado e o cuidado com a saúde dos pobres: implicações das políticas de ajuste estrutural na América Latina. In: EIBENSCHUTZ, C. **Política de saúde: o público e o privado (Org).** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1342-1353, set./out. 2004.

QUERA, D. Programa de atención domiciliaria: equipos de soporte. **Revista ROL de Enfermería,** Barcelona, v.231, p.34-35. 1997.

RAM, F.S. et al. Hospital at home for patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence. **BMJ**, London. Disponível em: <[www.OnlineFirstbmj.com](http://www.OnlineFirstbmj.com)> Acesso em: jul. 2004.

RAMALLO, V.J.G.; MARTINEZ, B.V.; GARCIA, V.R. Hospital at home. **Med Clin**, Barcelona, v.118, n.17, p.659-64.2002.

RESOLUÇÃO da Diretoria Colegiada - **RDC nº11**, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=#>> Acesso em: 10 mai. 2006.

RICHARDS, S.H. et al. Randomized control trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge, hospital at home scheme with acute hospital care. **Br Med J**, London, v. 316, p. 1796-1801, jun. 1998.

RIO GRANDE DO SUL. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Informações da cidade. **Dados populacionais**. Disponível em: <<http://www.portoalegre.rs.gov.br>>. Acesso em: 29 nov. 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Programas prioritários**. Disponível em: <[www.saude.rs.gov.br/programasprioritarios.php](http://www.saude.rs.gov.br/programasprioritarios.php)>. Acesso em: 05 mar. 2006.

RIZZOTTO, M.L.F. **O banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. Tese [Doutorado] Campinas. 2000. 245 p.

RODRIGUES, S.L.A.; WATANABE, H.A.W.; DERNTL, A.H. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v.40, n.4, p.493-500.2006.

ROUBICEK, J. et al. Servicio de internación domiciliar para pacientes con enfermedades agudas. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, Washington, v.6, n.3, p.172-176. 1999.

RUIPÉREZ CANTERA, I. Hospitalización a domicilio. **Revista Clínica Española**, Madrid, v.200, n.6, p. 299-300.2000.

BONEMA, J. Cost of care in a randomized trial of early hospital discharge after surgery for breast cancer. **Eur J Cancer**, Oxford, v.34, n.13, p.2015-2020. 1998.

RUIZ DE SUAZU, H.M. et al. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca en régimen de hospitalización a domicilio: estudio de 158 pacientes. **Med Clin**, Barcelona, v.120, n.11, p. 405-407. 2003.

RUIZ-GARCIA, V.; PEIRO, R. Hospital-at-home and community care: are they the same? **Age and Ageing**, London, v.30, n.2, p.174-175. 2001.

SALA, A.; NEMES, M.I.B.; COHEN, D.D. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.741-751, out./dez. 1998.

SANTANA, M.N.G. da S.T. Os laços com os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53., 2001, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ABEn – Secção PR, 2001. CD-ROM.

SANTOS, B.de S. Em defesa das políticas sociais. In: **Caderno Ideação** – Políticas Sociais para um novo mundo necessário e possível. 1º Seminário Balanço e Perspectivas das Políticas Sociais no Cenário Mundial Atual. II Fórum Social Mundial; 1º e 2 de fevereiro de 2002. Porto Alegre-Rio Grande do Sul- Brasil. Santa Maria: Gráfica Palotti. p. 21 a 32.

SANTOS, J.S. dos et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências e de Humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.36, p.498-515, abr./dez. 2003.

\_\_\_\_\_. O processo de construção de um programa de cuidado de enfermagem domiciliar. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51., 1999. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ABEn –Secção SC, 1999. p.225-234.

SANTOS, B.R. et al. O domínio como espaço do cuidado de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM 50, 1998. Salvador, **Anais...** Salvador: ABEn-Secção BA, 1998, p.121-132.

SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura do Município de São Paulo. Centro para a organização da atenção à saúde. **Programa de assistência domiciliar**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, s.d., 24p.

SAURA DE LA TORRE, I.S.; VERGEL, L.L.H.; BRITO, M.E.R. Requisitos necesarios para el desarrollo del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. **Rev Cubana Med Gen Integr**, Cuba, v.14, n.5, p. 479-483. 1998.

SENA, R.R. et al. O ser cuidador na internação domiciliar em Betim (MG). **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.53, n.4, p.544-554, out./dez.2000.

SENN, M. de C. M.; COHEN, M.M. Modelo Assistencial e estratégia saúde da família. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 523-535. 2002.

SHEPPERD, S. et al. Randomized controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. II: Cost minimization analysis. **BMJ**, London, v. 316, p.1791-1796. 1998b.

\_\_\_\_\_. Randomized controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. I: Three month follow up of health outcomes. **BMJ**, London, v. 316, p.1791-1796. 1998a.



SHERPPERD, S.; ILIFFE, S. Hospital at home: an certain future. **BMJ**, London, v.312, n.13, p.923-4.1996.

\_\_\_\_\_. The effectiveness of hospital at home compared with in-patient hospital care: a systematic review. **J Public Health Med**, Oxford, v.20, n.3, p. 344-350, Sep. 1998a.

\_\_\_\_\_. Randomized controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospitalcare. II: Cost minimization analisys. **BMJ**, London, v. 316, p.1791-1796, 1998b.

SILVA, A.B. de. Home health care. **Anais do 11º Enfsul**. Porto Alegre/RS, 6 e 7 de julho de 2000. p. 94-95

SILVA, P.L.B. Acesso e gerenciamento dos serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. Disponível em: <[www.comciencias.br/reportagens/ppublicas/pp12.htm](http://www.comciencias.br/reportagens/ppublicas/pp12.htm)> Acesso em: 30/05/2005.

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

SILVA, K.L. et al. A internação domiciliar e os desafios das relações interpessoais e interprofissionais. **Rev Paul Enf**, São Paulo, v.23, n.1, p.29-36. 2004.

SILVA, R.R.; BRANDÃO, D. **Os quatro elementos da avaliação**. 2003. Congresso Nacional da Rede Unida. 5. Londrina/PR. 24 a 27 de maio de 2003. Disponível em: <[www.preval.org/documentos/00816.pdf](http://www.preval.org/documentos/00816.pdf)>. Acesso em 17/01/2007.

SIMSEN, C.D. Home care (cuidado domiciliar) **Anais do 11º Enfsul**. Porto Alegre/RS, 6 e 7 de julho de 2000. p.88-89

SKODA, E.S. **Atendimento domiciliar**: uma análise de mercado a partir de duas pesquisas comparativas sobre a estrutura das *Home Care*. 2003. 71 f. Monografia [Especialização] PUC de São Paulo. Especialização em Economia e Gestão de Sistemas e Organizações de Saúde. São Paulo.

SMEENK, F. et al. Effectiveness of home care programs for patients with incurable cancer on their quality of life and time spent in hospital: systematic review. **Br Med J**, London, v.316, p 1939-1944, jun. 1998.

SOARES, M.C.; SANTANA, M.G. Refletindo o cuidado domiciliar. **Rev da Saúde**, Bagé, v.4, n.1, p.113-119, jan./jun.2000.

SOARES, N.V.; LUNARDI, V.L. Os direitos do cliente como uma questão ética. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.55, n.1, p.64-69, jan./fev. 2002.

SOARES, S.M.S. Apresentação. In: MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

SOUZA, R.R. O sistema público de saúde brasileiro. **Ministério da Saúde**, Brasília,

2002. 44f. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br.htm>> Acesso em: 22 set. 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002. 725p.

SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. v. 1. São Paulo: Atheneu, 2004.

SUBERVIOLA, V.J. Programas de cooperación entre internistas y médicos de familia: una necesidad. **Aten Primaria**, Espanha, v. 23, p. 57-59. 1999.

STESSMAN, J. et al. Decreased hospital utilization by older adults attributable to a home hospitalization program. **J Am Geriatr Soc**, New York, v. 44, p. 591-598. 1996.

TAKAHASHI, R.F.; OLIVEIRA, M.A.C. A visita domiciliar no contexto da Saúde da Família. In: Temas de caráter introdutório. **Manual de enfermagem.** Disponível em: <[www.ids-saude.gov.br/enfer](http://www.ids-saude.gov.br/enfer)>. Acesso em 15/05/2004.

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.331-340, fev. 2007.

TEIXEIRA, S.A. Avaliação dos usuários sobre o programa de saúde da família em Vitória da Conquista – Bahia – Brasil. In: **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil.** Afra Suassuna Fernandes/Juan A. Seclen-Palacin (Org.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p.77-101.

TESTA, M. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

THE WORLD Health Report. Geneva: WHO, 2000.

TRUJILLO, Z. et al. Atención domiciliaria: un modelo de atención integral. **Medicina Interna México**, México, v.15, n.5, supl., p.217-223. 1999.

VÁZQUEZ, A.S. **Filosofia da Práxis.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

Von STERNBERG, T. et al. Post-Hospital Sub-Acute Care: An example of a Managed Care Model. **J Am Geriatr Soc**, New York, v.45, n.1, p.87-91. 1997.



WRIGHT, J.; PARRY, J.; MATHERS, J. **Participation in health impact assessment: objectives, methods and core values.** Bulletin of the World Health Organization. January 2005, v.83, n.1, p.58-63. Available from: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/1/en/lock.pdf>> Acesso em: 05 janeiro 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary health care. Geneva: WHO, 1978.

WILSON, A. et al. Randomized controlled trial effectiveness of Leicester Hospital at home scheme compared with hospital care. **BMJ**, London, v.316, p.1542-1546.1999.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Trad. Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

## **APÊNDICES**

	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</b> <b>CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</b> <b>DOCTORADO EM ENFERMAGEM</b>	
---	---	---

## APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – CURSO DE DOUTORADO  
EM ENFERMAGEM

### FORMULÁRIO PADRÃO - OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES DO SSC/HNSC

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Horário de Início: \_\_\_\_\_

Horário de Término: \_\_\_\_\_



Responsável: \_\_\_\_\_

Local da Atividade: \_\_\_\_\_

Profissional envolvido: \_\_\_\_\_

Tipo de atividade observada: \_\_\_\_\_

Observar detalhadamente as atividades desenvolvidas, incluindo o que é feito, como é feito, quem faz, com quem é realizado, para que é realizado. Não esquecendo que a produção tecnológica do trabalho em saúde é realizada na interação interpessoal e intragrupal. Desta forma, o registro dos diálogos produzidos e suas intenções expressas nos atos e nas falas são de extrema importância.

	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</b> <b>CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</b> <b>DOUTORADO EM ENFERMAGEM</b>	
---	---	---

## APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – CURSO DE DOUTORADO  
EM ENFERMAGEM

### ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS TRABALHADORES

Data: \_\_\_\_\_



Identificação do sujeito entrevistado: \_\_\_\_\_

Especificidade profissional: \_\_\_\_\_

(as questões referentes às diretrizes do Sistema Único de Saúde devem ser respondidas tanto no nível micro quanto no macro, portanto, deve-se estar atento no momento da entrevista para o caso da necessidade de solicitar a exploração dos conteúdos relativos a esses aspectos).

1. Por quê tu desenvolves o trabalho de assistência domiciliária (necessidades, finalidade)?
2. Para quem desenvolves o trabalho de assistência domiciliária (objeto)?
3. O que tu precisas (meios) para desenvolver o trabalho de assistência domiciliária (instrumentos)?
4. Qual o resultado final que consegues com a realização do trabalho de assistência domiciliária (produto)?
5. Como percebes a questão da integralidade da assistência no interior do trabalho desenvolvido em assistência domiciliária?
6. Como é desenvolvido o critério da universalidade no que diz respeito à assistência domiciliária?
7. Como é desenvolvido o princípio da equidade no teu trabalho em assistência domiciliária?
8. Como visualizas o desenvolvimento da resolutividade no teu trabalho em assistência domiciliária?
9. A intersetorialidade é desenvolvida no trabalho que realizas em assistência domiciliária? De que forma?

10. Como é desenvolvida a humanização do atendimento no teu trabalho na assistência domiciliária?
11. Como percebes a participação social no trabalho que desenvolves na assistência domiciliária?
12. Quais são os limites que você identifica no trabalho que desenvolves em assistência domiciliária, para contribuição na saúde da população?
13. Quais as facilidades que você identifica no trabalho que desenvolves em assistência domiciliária na contribuição da saúde da população?
14. Dentro das atividades desenvolvidas no serviço de assistência domiciliária, apresente aquelas relativas a avaliação do serviço e dos trabalhadores. Fale um pouco sobre como é desenvolvido o processo de avaliação: (investigar se os trabalhadores são incluídos no processo de avaliação, se os resultados das avaliações são divulgados, se há uma sistematicidade nas avaliações)
15. Discorra como é realizado o acompanhamento da satisfação dos usuários com o serviço de assistência domiciliária?

	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</b> <b>CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</b> <b>DOUTORADO EM ENFERMAGEM</b>	
---	---	---

## APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – CURSO DE DOUTORADO  
EM ENFERMAGEM

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O GESTOR

Data: \_\_\_\_\_

Identificação do sujeito entrevistado: \_\_\_\_\_



Especificidade profissional: \_\_\_\_\_

(as questões referentes às diretrizes do Sistema Único de Saúde devem ser respondidas tanto no nível micro quanto no macro, portanto, deve-se estar atento no momento da entrevista para o caso da necessidade de solicitar a exploração dos conteúdos relativos a esses aspectos).

1. Por quê é desenvolvido o trabalho de assistência domiciliária (necessidades, finalidade)?
2. Para quem é desenvolvido o trabalho de assistência domiciliária (objeto)?
3. O que é preciso (meios) para ser desenvolvido o trabalho de assistência domiciliária (instrumentos)?
4. Qual o resultado final que é conseguido com a realização do trabalho de assistência domiciliária (produto)?
5. Como percebes a questão da integralidade da assistência no interior do trabalho desenvolvido em assistência domiciliária?
6. Como é desenvolvido o critério da universalidade na assistência domiciliária?
7. Como é desenvolvido o princípio da equidade no teu trabalho em assistência domiciliária?
8. Como visualizas o desenvolvimento da resolutividade no trabalho desenvolvido em assistência domiciliária?
9. A intersetorialidade é desenvolvida no trabalho desenvolvido em assistência domiciliária? De que forma?



10. Como é desenvolvida a humanização do atendimento no trabalho na assistência domiciliária?
11. Como percebes a participação social no trabalho desenvolvido na assistência domiciliária?
12. Quais são os limites que você identifica no serviço de assistência domiciliária, para a contribuição na saúde da população?
13. Quais as facilidades que você identifica no serviço de assistência domiciliária na contribuição da saúde da população?
14. Dentro das atividades desenvolvidas no serviço de assistência domiciliária, apresente aquelas relativas a avaliação do serviço e dos trabalhadores. Fale um pouco sobre como é desenvolvido o processo de avaliação:
15. Discorra como é realizado o acompanhamento da satisfação dos usuários com o serviço de assistência domiciliária?
16. O serviço possui alguma política explicitada em algum documento? Qual? (se resposta negativa, investigar como trabalham, quem determina a forma de trabalho, quem determina prioridades, se existe autonomia da unidade na definição do trabalho, se precisa levar ao conselho gestor qualquer transformação)

	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</b> <b>CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</b> <b>DOUTORADO EM ENFERMAGEM</b>	
---	---	---

## APÊNDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – CURSO DE DOUTORADO  
EM ENFERMAGEM

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O USUÁRIO

Data: \_\_\_\_\_  
Identificação do sujeito entrevistado: \_\_\_\_\_

1. Por quê você e sua família recebem assistência domiciliária (necessidades, finalidade)?
2. Qual o resultado final que é conseguido com a realização do trabalho de assistência domiciliária (produto)?
3. Como você percebe o seu atendimento em relação a satisfação de todas as suas necessidades?
4. Como é desenvolvido o atendimento integral seu e de sua família na assistência domiciliária?(explicar o sentido de integralidade)
5. Como você percebe o trabalho que é desenvolvido em relação à igualdade/equidade de atendimento para todos os usuários do SUS na assistência domiciliária?
6. Como visualizas o desenvolvimento da resolutividade na assistência domiciliária prestada a você?
7. Você utiliza outros serviços de saúde ou é encaminhado a outros setores para resolver suas necessidades? De que forma?
8. Como você percebe a humanização do seu atendimento na assistência domiciliária?
9. Como percebes a tua participação, da tua família e da comunidade no trabalho que é desenvolvido pela equipe de assistência domiciliária?
10. Quais são as dificuldades que você identifica no serviço de assistência domiciliária, para contribuição na sua saúde e da sua família?

11. Quais as facilidades que você identifica no serviço de assistência domiciliar na contribuição da sua saúde e da sua família?

12. Você sabe se o serviço de assistência domiciliar faz algum tipo de avaliação? (investigar se ele participa desse processo)

13. Alguma vez já lhe perguntaram sobre sua satisfação com o serviço realizado pela equipe de assistência domiciliar? (frequência)

## APÊNDICE E

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – CURSO DE DOUTORADO  
EM ENFERMAGEM

### AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA

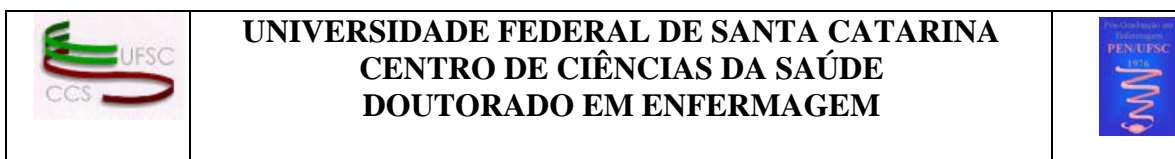
Rio Grande, 24 de outubro de 2005.

Eu, Valéria Lerch Lunardi, Chefe do Departamento de Enfermagem da FURG, apresento a Enfermeira Nalú Pereira da Costa Kerber, professora deste Departamento e aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem, área de concentração “Filosofia, Saúde e Sociedade”, da UFSC, que está desenvolvendo a tese: “**A Assistência Domiciliária desenvolvida na rede pública de serviços de saúde: uma análise de suas implicações na saúde da população**”. O objetivo desta pesquisa é: analisar uma iniciativa bem sucedida de assistência domiciliária do sistema público de saúde, visando refletir de que forma esta tem contribuído na situação de saúde da população. O projeto passará no Comitê de ética em Pesquisa da UFSC, sendo efetuada sua operacionalização somente após a aprovação deste comitê. A pesquisadora seguirá todas as determinações da Lei 196/96, do CNS, a qual orienta sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. Solicito autorização para que a doutoranda possa coletar os dados para a pesquisa proposta na sua Instituição.

Atenciosamente.

---

Valéria Lerch Lunardi  
Chefe do Departamento de Enfermagem da FURG



## APÊNDICE F

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – CURSO DE DOUTORADO  
EM ENFERMAGEM

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRABALHADORES E GESTORES**

A aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem, na área de “Filosofia, Saúde e Sociedade” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, Nalú Pereira da Costa Kerber, estará desenvolvendo a pesquisa **“A ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA DESENVOLVIDA NA REDE PÚBLICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: uma análise de suas implicações na saúde da população”**. O objetivo deste estudo é:

- Analisar uma iniciativa bem sucedida de assistência domiciliária que vem sendo desenvolvida no sistema público de saúde, visando refletir de que forma esta tem contribuído na situação de saúde da população assistida.

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que será desenvolvida no período de 10 de abril de 2006 a 30 de julho de 2006, após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Grupo Hospitalar Conceição e da UFSC. Embora não haja benefícios diretos para a sua participação nesta pesquisa, ela oferecerá a você a oportunidade de refletir sobre o trabalho que vem sendo desenvolvido na assistência domiciliária. Dada a carência de estudo nesta área, a sua participação é inestimável, por nos auxiliar a melhor compreender o processo de trabalho em assistência domiciliária.

No caso de você ser um trabalhador vinculado diretamente à assistência, sua participação nesta pesquisa implicará em duas etapas: observação do trabalho desenvolvido e entrevista. Em caso de ser um gestor do serviço realizado, sua participação restringir-se-á à entrevista. A primeira etapa se dará através da

observação de um dia seu de trabalho na assistência domiciliária, na qual estaremos buscando a visualização dos elementos do processo de trabalho presentes no seu dia-a-dia e a forma como se apresentam as diretrizes do Sistema Único de Saúde. O dia da observação será decidido por você, respeitando o prazo estipulado para a realização da pesquisa.

A segunda etapa será a sua participação em uma entrevista que durará mais ou menos uma hora e será gravada com o seu consentimento. Esta entrevista poderá ocorrer em uma sala no seu local de trabalho ou outro lugar de sua escolha. Durante a entrevista lhe serão feitas

quinze perguntas relacionadas à sua prática na assistência domiciliar e as relações desta com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A entrevista e relato da observação realizada, que serão anotadas pela pesquisadora, serão entregues a você para a devida validação dos dados. O resultado final desta pesquisa será também disponibilizado a todos os participantes.

Todas as informações obtidas permanecerão confidenciais, sendo utilizado um nome código para manter o seu anonimato nas informações e no relatório da pesquisa e serão usadas somente para este estudo. Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas com a pesquisadora, com o acesso somente pela pesquisadora e suas orientadora e co-orientadora.

Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Sua decisão de não participar ou se retirar em qualquer momento não terá qualquer implicação para você. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas esperamos que tragam benefícios em função das discussões que serão realizadas. Caso você tiver ainda alguma outra dúvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir em qualquer momento, poderá comunicar-se pelos telefones abaixo.

Pesquisador: NALÚ PEREIRA DA COSTA KERBER. Fone: (53) 3232-6108 ou (53) 9975 9449.

Orientador: Dra. ANA LÚCIA CARDOSO KIRCHHOF. Fone: (48) 334 5164

Co-Orientador: Dra. MARTA REGINA CEZAR VAZ. Fone: (53) 3232 2329.



Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa: **“A ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA DESENVOLVIDA NA REDE PÚBLICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: uma análise de suas implicações na saúde da população”** e concordo em participar dela e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará à guarda da pesquisadora e a outra via é da posse do(a) próprio(a) participante da pesquisa.

	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</b> <b>CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</b> <b>DOCTORADO EM ENFERMAGEM</b>	
---	---	---

## APÊNDICE G

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – CURSO DE DOUTORADO**  
**EM ENFERMAGEM**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS

A aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem, na área de “Filosofia, Saúde e Sociedade” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, Nalú Pereira da Costa Kerber, estará desenvolvendo a pesquisa **“A ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA DESENVOLVIDA NA REDE PÚBLICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: uma análise de suas implicações na saúde da população”**.

O objetivo deste estudo é:

- Analisar uma iniciativa bem sucedida de assistência domiciliária que vem sendo desenvolvida no sistema público de saúde, visando refletir de que forma esta tem contribuído na situação de saúde da população assistida.

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que será desenvolvida no período de 10 de abril a 30 de julho de 2006, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Grupo Hospitalar Conceição. Embora não haja benefícios diretos para a sua participação nesta pesquisa, ela oferecerá a você a oportunidade de refletir sobre o trabalho que vem sendo desenvolvido na assistência domiciliária. Dada a carência de estudo nesta área, a sua participação é inestimável, por nos auxiliar a melhor compreender o processo de trabalho em assistência domiciliária.

Sua participação nesta pesquisa implicará em duas etapas: observação do trabalho desenvolvido com você pela equipe de assistência domiciliária e entrevista. A primeira etapa se dará através da

observação do cuidado prestado a você e sua família pela equipe de assistência domiciliária, na qual estaremos buscando a visualização dos elementos do processo de trabalho presentes no seu dia-a-dia e a forma como se apresentam as diretrizes do Sistema Único de Saúde. A observação será realizada em um dia de assistência domiciliária agendada pela equipe.

A segunda etapa será a sua participação em uma entrevista que durará mais ou menos uma hora e será gravada com o seu consentimento. Esta entrevista poderá ocorrer em sua casa ou na unidade de saúde, se você preferir. Durante a entrevista lhe serão feitas treze perguntas relacionadas à assistência domiciliária prestada a você e sua família e os benefícios e limites dessa assistência.

Todas as informações obtidas permanecerão confidenciais, sendo utilizado um nome código para manter o seu anonimato nas informações e no relatório da pesquisa e serão usadas somente para este estudo. Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas com a pesquisadora, com o acesso somente pela pesquisadora e suas orientadora e co-orientadora.

Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Sua decisão de não participar ou se retirar em qualquer momento não terá qualquer implicação para você. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas esperamos que tragam benefícios em função das discussões que serão realizadas. Caso você tiver ainda alguma outra dúvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir em qualquer momento, poderá comunicar-se pelos telefones abaixo.

Pesquisador: NALÚ PEREIRA DA COSTA KERBER. Fone: (53) 3232-6108 ou (53) 9975 9449.

Orientador: Dra. ANA LÚCIA CARDOSO KIRCHHOF. Fone: (48) 334 5164

Co-Orientador: Dra. MARTA REGINA CEZAR VAZ. Fone: (53) 3232 2329.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa: **“A ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA DESENVOLVIDA NA REDE PÚBLICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: uma análise de suas implicações na saúde da população”** e concordo em participar dela e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará à guarda da pesquisadora e a outra via é da posse do(a) próprio(a) participante da pesquisa.



## **ANEXOS**

## ANEXO 1

# MANUAL DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



**Organizador**

**José Mauro Ceratti Lopes**

**Colaboradores**

**Carmen Luiza Fernandes  
Maria Lúcia M. Lenz  
May-Britt Heyer  
Simone Valvassori**

PORTO ALEGRE/RS - NOVEMBRO DE 2003

# MANUAL DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Organizador

José Mauro Ceratti Lopes  
Médico de Família e Comunidade

Colaboradores

Carmen Luiza Fernandes  
Médica de Família e Comunidade

May-Britt Heyer  
Enfermeira

Simone Valvassori  
Enfermeira

Ilustrações

Da capa: cartunista Santiago, capa do Jornal "O Grupo", 1984.  
Do texto: Maria Lúcia Medeiros Lenz

Projeto Gráfico

Ventre Comunicação - ventre@terra.com.br

PORTO ALEGRE/RS - NOVEMBRO DE 2003

**Ministério da Saúde**  
**Secretaria de Políticas de Saúde**  
**Cordenação Nacional de DST/AIDS**

**Grupo Hospitalar Conceição**

Diretor Superintendente: João Motta

Serviço de Saúde Comunitária

Gerente: Eno Dias de Castro Filho

Coordenadora: Inês Gageiro Kieling

Assistente Técnico: Carlos Grossman

Supervisor Administrativo: João Batista Ramos

B823m Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição  
Manual de assistência domiciliar na atenção primária  
à saúde; organizado por José Mauro Ceratti Lopes.  
Porto Alegre : Serviço de Saúde Comunitária do Grupo  
Hospitalar Conceição, 2003.

1. Saúde pública -Rio Grande do Sul- Assistência  
domiciliar. 2. Saúde comunitária -Rio Grande do Sul-  
Assistência domiciliar. 3. Lopes, José Mauro Ceratti,  
org. I. Título.

CDU 614.255(816.51)(035)  
614.253.5(816.51)(035)

Catálogo elaborado por Izabel A. Merlo, CRB 10/329.

APRESENTAÇÃO.....	5
1 - UM POUCO DE HISTÓRIA.....	7
1.1 - Grupo Hospitalar Conceição.....	7
1.2 - Serviço de Saúde Comunitária.....	7
1.3 - O atendimento domiciliar.....	8
2 - INTRODUÇÃO.....	9
3 - CONCEITOS FUNDAMENTAIS.....	11
3.1- Assistência domiciliar.....	11
3.1.1 - Atendimento domiciliar.....	11
3.1.2 - Internação domiciliar.....	11
3.1.3 - Acompanhamento domiciliar.....	11
3.1.4 - Vigilância domiciliar.....	11
3.2 - Cuidador.....	12
3.3 - Visita Domiciliar (VD).....	12
4 - QUAIS PRINCÍPIOS DEVEM ORIENTAR A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR?.....	13
4.1 - Abordagem integral à família.....	13
4.2 - Consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador.....	13
4.3 - Trabalho em equipe e interdisciplinaridade.....	13
4.4 - Adscrição da clientela.....	14
4.5 - Inserção na política social local.....	14
4.6 - Estímulo a redes de solidariedade.....	14
5 - OPERACIONALIZANDO A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.....	15
5.1 - Definindo quando realizar.....	15
5.2 - Fluxo da assistência domiciliar.....	16
5.2.1 - Acolhimento da solicitação.....	16
5.2.2 - Avaliação da solicitação de assistência domiciliar.....	17
5.2.3 - Realização da visita domiciliar.....	17
5.2.4 - Inclusão no programa de assistência domiciliar.....	18
5.2.5 - Implementação do plano de assistência domiciliar.....	19
5.3 - Registro da assistência domiciliar.....	19
5.4 - Orientando a família e o paciente.....	19
5.5 - Avaliação e controle da assistência domiciliar.....	20
5.5.1 - Satisfação do usuário.....	20
5.5.2 - Indicadores de avaliação.....	20
5.5.3 - Indicadores de resultados.....	21
6 - OS RECURSOS HUMANOS E ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.....	23
6.1 - Atribuições da equipe como um todo.....	23
6.2 - Da recepção.....	23
6.3 - Do médico.....	23
6.4 - Do enfermeiro.....	24
6.5 - Do auxiliar e técnico de enfermagem.....	24
6.6 - Do agente comunitário de saúde.....	24
6.7 - Do cirurgião dentista.....	24
6.8 - Do auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental.....	25
6.9 - Do psicólogo.....	25
6.10 - Do assistente social.....	25
6.11 - Do terapeuta ocupacional.....	26
6.12 - Do cuidador.....	26
6.12.1 - Cuidador sem formação profissional.....	26
6.12.2 - Cuidador com formação profissional.....	26
6.13 - Do coordenador do programa de assistência domiciliar.....	26
7 - RECURSOS MATERIAIS NECESSÁRIOS.....	27
7.1 - Material da maleta de visitas domiciliares SSC-HC.....	27
8 - REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA.....	29
9 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E ALTA NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.....	31
9.1 - Critérios de inclusão na assistência domiciliar.....	31
9.2 - Critérios de desligamento ou alta da assistência domiciliar.....	31

---

10 - CONCLUSÃO .....	33
11 - ANEXOS .....	35
Anexo 01 - Registro do atendimento assistência domiciliar .....	35
Anexo 02 - Registro de acompanhamento domiciliar .....	36
Anexo 03 - Avaliação da qualidade do acompanhamento domiciliar.....	37
Anexo 04 - Ficha de acompanhamento da enfermagem.....	38
Anexo 05 - Consentimento informado .....	39
Anexo 06 - Prontuário domiciliar.....	40
Anexo 07 - Vigilância à saúde domiciliar de populações específicas.....	41
Anexo 08 - Formulário para consultoria.....	43
Anexo 09 - Treinamento de cuidadores.....	44
12 - BIBLIOGRAFIA.....	45
13 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA .....	47



## APRESENTAÇÃO

Ao completar seus primeiros 20 anos de existência, o Serviço de Saúde Comunitária do GHC (MS) traz aos trabalhadores de saúde, gestores e à Universidade uma sistematização de sua experiência em atenção domiciliar. Uma experiência 100% pública, pautada pelos princípios que ficaram consolidados no Sistema Único de Saúde: integralidade e continuidade do cuidado, universalidade e equidade do acesso. Desde seu início, a preocupação do SSC foi direcionar as formas de atender as pessoas para as suas reais necessidades.

O cuidado com quem não tem autonomia ou suporte para ir até as Unidades de Saúde tornou-se, cedo, uma característica de todas as nossas equipes. Inicialmente conhecida pelo apelido "VD", logo todos perceberam que é uma forma de atenção muito mais complexa do que apenas a visita domiciliar.

Com a implantação da estratégia de Saúde da Família pelo MS, desde 1993, progressivamente temos podido alterar antigas noções. Idéias de quem enxergava a complexidade como um predicado das máquinas mais caras dos hospitais. Trabalhar com famílias em situação de vulnerabilidade, atender pessoas em privação de mobilidade, construir redes de apoio a cuidadores estenuados, executar em domicílio planos terapêuticos baseados em evidência científica de ponta: de simples este cuidado não tem nada.

É, portanto, com muita alegria que as comemorações do SSC - Serviço de Saúde Comunitária neste ano se expressam neste manual e na cartilha construída com os cuidadores. Alegria de quem vê muitos elementos de sua história sendo hoje aplicadas e reinventadas em todo o país. Esperamos que esta publicação apóie os esforços que nosso gestor municipal tem empreendido para qualificar todas as formas de atenção à saúde em Porto Alegre. E que ele possa ser enriquecido por contribuições de todo o lugar em que se constrói a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Ao passar os leitores às páginas iniciais, não posso deixar de lado um convite: nunca deixemos de lembrar o quanto tem sido importante a colaboração de centenas de estagiários e Residentes que conviveram conosco nesse caminho de aprendizado. O ensinar e o aprender jamais ocorrem sozinhos.

Eno Dias de Castro Filho  
Médico de Família e Comunidade  
Gerente da Saúde Comunitária

Porto Alegre, primavera de 2003.





## 1 - UM POUCO DE HISTÓRIA

### 1.1 - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é um dos maiores complexos hospitalares da América Latina, vinculado ao Ministério da Saúde, responsável por 32% das internações de Porto Alegre e 7% das internações do estado do Rio Grande do Sul. É composto por quatro hospitais:

- Hospital Nossa Senhora da Conceição (geral),
- Hospital Cristo Redentor (trauma, oftalmologia e pronto-socorro),
- Hospital da Criança Conceição (pediatria) e
- Hospital Fêmina (materno-infantil).

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) é uma sociedade anônima onde o maior acionista é o Ministério da Saúde. Atualmente conta com 828 leitos, e um quadro funcional com cerca de 4.000 funcionários.

Além dos cuidados hospitalares, o HNSC também desenvolve ações na área de Atenção Primária à Saúde (APS), através do Serviço de Saúde Comunitária, vinculado à Gerência de Saúde Comunitária.

### 1.2 - SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) constitui uma rede de doze unidades de saúde, localizado na Zona Norte de Porto Alegre abrangendo mais de 100.000 pessoas.

Tem sua origem em 1980 com a implantação do Programa de Residência Médica em Medicina Geral. O Serviço foi criado em 1982, através da instalação da sua primeira unidade - Unidade de Medicina de Família do Hospital Nossa Senhora da Conceição -, com o objetivo de aperfeiçoar a formação de recursos humanos na área de Medicina de Família e prestar cuidados a população vizinha ao Hospital.

A abertura das demais unidades caracterizou-se pela solicitação das comunidades próximas em disponibilizarem no seu bairro serviços conforme o modelo original baseado na Saúde Comunitária. Buscou-se adequar a estrutura física e de pessoal às necessidades das comunidades, desenvolvendo atividades conjuntas na organização e implantação das unidades.

As Unidades foram abertas na seguinte ordem cronológica:

- 1982 - Unidade de Medicina de Família do HNSC (Unidade Conceição)
- 1985 - Unidade da Vila Floresta
- 1986 - Unidade Divina Providência (Valão)
- 1990 - Unidade da Vila SESC
- 1991 - Unidade Barão de Bagé
- 1992 - Unidade Santíssima Trindade (Vila Dique)
  - Unidade Jardim Leopoldina
  - Unidade Parque dos Maias
  - Unidade Jardim Itú
- 1993 - Unidade N.S. Aparecida
- 1994 - Unidade COINMA
- 1995 - Unidade Costa e Silva

O SSC presta mais de 50.000 atendimentos por mês, com uma resolutividade ambulatorial em torno de 92% das consultas. Aproximadamente 5% das consultas são atendimentos domiciliares e o índice de internações hospitalares é de cerca de 0,8% das consultas (média de 200 internações por mês).

O planejamento e avaliação das ações contam com as assessorias do Núcleo de Epidemiologia e do Grupo de Educação em Saúde (GE&S). E a execução e o desenvolvimento das ações e atividades de apoio e manutenção de todos os setores do SSC, é responsabilidade de área específica denominada Setor Administrativo/GSC.

Desde sua implantação em 1980, o programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, é parte fundamental como estímulo constante ao aperfeiçoamento dos profissionais, contando atualmente com um total de 75 residentes de 1º ano e 2º ano.

O SSC também atua como local de estágios curriculares em convênio com Universidades, estágios não-curriculares, e presta treinamento e assessoria à municípios nas áreas de planejamento, organização de serviços e capacitação de recursos humanos (PSF).

O Serviço possui ainda uma área de internação dentro do HNSC, para referência dos pacientes atendidos nas suas Unidades. Essa enfermaria de 32 leitos possui equipe própria de médicos que é responsável pela preceptoria dos médicos residentes no estágio de Medicina Interna.

O atendimento de saúde prestado pelo SSC tem como principais características:

- **Universalidade**, ou seja, atende a todas as pessoas independente de vínculo previdenciário e da situação sócio-econômica;

- **Área geográfica delimitada** para atuação, sendo seus limites raramente maiores do que 5 a 6 quadras de distância da Unidade de Saúde;

- **Acesso facilitado** devido à proximidade das Unidades e ao sistema de marcação de consultas: agendadas com antecedência, agendadas no dia e pronto atendimento;

- **Atendimento integral**, oferecendo cuidados às pessoas em todas as suas necessidades e em todos os níveis de atenção à saúde;

- **Equidade**, proporcionando atenção à saúde de acordo com a complexidade de cada caso, ou seja, oferecendo mais cuidados a quem deles mais necessita;

- **Equipe multiprofissional** para o atendimento;

- **Participação comunitária** nos serviços de saúde, através das associações de moradores, comissões e conselhos gestores locais de saúde e Intercomunitária;

- **Avaliação permanente e sistemática** das suas ações.

Além da formação de recursos humanos em Saúde Comunitária e da assistência à saúde pode-se identificar dois outros eixos de produção no SSC: a produção de novas tecnologias em APS e a reprodução do modelo assistencial através da assessoria a municípios e instituições prestadoras de serviços de saúde.

### 1.3 - O ATENDIMENTO DOMICILIAR

O atendimento domiciliar confunde-se com a história do desenvolvimento dos cuidados à saúde. O médico inicialmente atendia seus pacientes a domicílio, freqüentava a casa das pessoas, privando de sua intimidade, convivendo com todos os momentos significativos da vida familiar (doenças, casamentos, nascimentos, conflitos), compartilhando seus segredos.

Isto teve especial importância no final do século XIX e início do século XX, quando os recursos terapêuticos eram limitados, e colocar a pessoa doente na cama era o tratamento mais utilizado. Este foi o período em que possivelmente os antigos médicos de família desenvolveram sua fama, pois diante desta realidade de escassos recursos terapêuticos, sentavam à beira da cama dos doentes, ouvindo, apoiando e ajudando-os à enfrentar as dificuldades.

O cenário de atuação do médico modificou-se com a urbanização e acentuou-se a partir dos anos 1930-40, com o desenvolvimento tecnológico, a fragmentação do cuidado em especialidades, a taylorização do processo de trabalho na área da saúde, e a concentração do cuidado às pessoas no ambiente hospitalar.

Desde o início de suas atividades em dezembro de 1982, com a implantação da Unidade de Medicina de Família do Hospital N.Sra. Conceição, o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) tem como uma de suas principais atividades o atendimento de pacientes em casa. Este atendimento sedimentou-se ao longo do tempo, com o surgimento das demais Unidades que compõe o SSC, sendo estruturado de maneira característica e particularizada, em cada uma das suas 12 Unidades.

Nos últimos anos houve a necessidade de reorganizar estas atividades, dentro de uma mesma lógica de atuação, possibilitando melhora da qualidade dos serviços prestados, bem como a análise dos dados de modo comparativo. Com esta finalidade foi criado em 2001, grupo de trabalho para a elaboração do Programa de Assistência Domiciliar do SSC baseado no trabalho das Unidades Floresta e Conceição, e revisão de literatura.



## 2 - INTRODUÇÃO

A assistência domiciliar constitui uma atividade básica a ser realizada em Atenção Primária à Saúde para responder às necessidades de assistência de pessoas que, de forma temporária ou permanente, estão incapacitadas para deslocarem-se aos serviços de saúde. Em seu desenvolvimento intervêm de forma diferenciada todos os componentes da equipe de saúde, estando a resolutividade relacionada com a composição da mesma e as condições proporcionadas à equipe pelo doente, família e domicílio.

É preciso resgatar e potencializar as ações desta modalidade de assistência injustamente desacreditada principalmente entre os médicos. E analisar em profundidade suas indicações concretas em razão das características da comunidade atendida e dos recursos disponíveis para assistir as pessoas com diferentes graus de incapacidade que as impossibilitam não somente de ir à unidade de saúde como também em muitos casos, a realizar atividades cotidianas básicas.

A Organização Mundial da Saúde define **Assistência Domiciliar** como *"a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos"*.

As mudanças e potencialização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família tem repercutido na assistência domiciliar, que passou de uma assistência pontual com conotações exclusivamente sanitárias, a ser parte de um processo de atenção continuado, integral e multidisciplinar no qual se realizam funções e tarefas sanitárias, assistenciais e sociais, dentro da lógica da vigilância à saúde.

As mudanças sociodemográficas, junto com outros fatores: novas técnicas assistenciais, o crescimento dos gastos por hospitalização e a busca por um cuidado mais humanizado mantendo a pessoa enferma sempre que possível em seu contexto familiar habitual tem reforçado a assistência domiciliar.

Apesar das mudanças e necessidades existem ainda dificuldades tanto na organização e operacionalização, quanto na destinação de recursos humanos e materiais para um adequado desenvolvimento da assistência domiciliar.

Ainda que no âmbito da assistência domiciliar se preste atenção para qualquer tipo de enfermo, sejam crianças, adultos ou idosos, ao implanta-la devemos priorizar os grupos mais vulneráveis, com uma série de características em comum: idade avançada, doenças crônicas e evolutivas, dependência física ou psíquica, situações terminais e AIDS.

O processo de assistência domiciliar é complexo, dentre outras razões pelas seguintes:

1- Não é específico de uma patologia concreta, nem de nenhum grupo de idade, sendo que sua indicação vem determinada pelo grau de necessidade e/ou incapacidade do enfermo.

2- A demanda de assistência nem sempre é gerada pelo enfermo e sua família, e sim pelo sistema de saúde.

3- Requer em muitos casos, a prestação de serviços ou cuidados tanto assistenciais como sociais, sendo necessário que exista uma boa conexão entre estes dois.

4- Em razão do grau de complexidade dos cuidados a serem prestados pode ser necessária a colaboração e adequada articulação entre recursos da Atenção Secundária e Terciária com da Atenção Primária à Saúde.

5- É imprescindível que exista uma integração adequada com outros elementos e recursos que complementam a assistência, tais como hospitais dia, reabilitação e outros, formando uma linha de cuidado.

6- Para que possa desenvolver-se corretamente a assistência domiciliar necessita a participação e apoio dos elementos familiares, da vizinhança e do uso de uma rede de apoio disponível ou a ser construída na comunidade e sociedade.

A participação ativa das pessoas, famílias e profissionais envolvidos na assistência domiciliar constitui um aspecto fundamental para a implementação de uma assistência domiciliar que se caracterize pela **integralidade, universalidade e equidade** de suas ações. Portanto, a implantação da assistência domiciliar inclui:

- ✍ A reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde, discussões sobre as diferentes concepções e abordagens à família,
- ✍ A articulação com os outros níveis da atenção para a construção de uma proposta integrada, e para aumentar a resolutividade e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

A organização da assistência domiciliar deve estruturar-se dentro dos princípios organizativos da Atenção Primária à Saúde (APS) considerando que as ações a serem desenvolvidas são inerentes a ela.

As diferenças locais devem ser observadas e respeitadas uma vez que o número de profissionais que compõe a equipe e o número de famílias sob sua, podem ser determinantes do tipo e qualidade da atenção prestada.

Ao desenvolver um Programa de Assistência Domiciliar, é importante ter clareza dos **objetivos** que nortearão as ações e motivaram a implantação, assim compete ao gestor organizá-la dentro de objetivos definidos e claros. Como exemplo, no **Quadro 1**, descrevemos os objetivos estabelecidos pelo Programa de Assistência Domiciliar do Serviço de Saúde Comunitária do GHC.

A realização do atendimento domiciliar continuado e longitudinal pelas equipes de APS em pacientes com problemas crônicos de saúde é muito importante. Esta atividade pode evitar a hospitalização e, por consequência, o stress e as dificuldades decorrentes da internação hospitalar, tendo o ambiente familiar papel fundamental neste processo, diminuindo internações, reduzindo os riscos decorrentes das hospitalizações e humanizando o atendimento.

#### **QUADRO 1 - OBJETIVOS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NOS S.S.C.**

##### Objetivo Geral

Proporcionar assistência e vigilância a saúde no domicílio, dentro dos princípios do SUS, aos usuários do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, através do atendimento, da internação, do acompanhamento domiciliar, e da visita domiciliar.

##### Objetivos Específicos

- Capacitar os profissionais do Serviço de Saúde Comunitária para desempenhar atividades de assistência e vigilância a saúde no domicílio.
  - Englobar todas atividades do SSC realizadas à domicílio no Programa de Assistência Domiciliar.
  - Criar fluxo de recepção e avaliação das solicitações de VDs.
  - Definir conceitos e critérios para inclusão e alta dos pacientes em atendimento, internação e acompanhamento domiciliar.
  - Sistematizar a coleta de dados do programa para avaliar e organizar a assistência prestada.
- Incentivar a participação de toda equipe de saúde no Programa de Assistência Domiciliar, delegando atividades conforme qualificação e níveis de competência, buscando um trabalho de equipe efetivo, continuado e de qualidade.
- Desenvolver no domicílio atividades preventivas e de promoção da saúde ao usuário e sua família;
  - Assistir e apoiar a família, ajudando-a a assumir atribuições com o familiar doente, em conjunto e sob supervisão da Equipe de Saúde;
  - Utilizar e estimular redes de apoio na comunidade, dentro de uma abordagem sistêmica de cuidados à saúde.
  - Capacitar cuidadores domiciliares leigos para atenção a saúde no domicílio;
  - Obter uma avaliação mais precisa da situação socio-econômica e estrutura familiar das pessoas atendidas com a finalidade de adequar a qualidade da assistência prestada;
  - Estruturar um grupo permanente de estudos sobre a Assistência Domiciliar.



## 3 - CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Para facilitar a sistematização e operacionalização da assistência domiciliar, possibilitando a comunicação efetiva e integração do trabalho nas equipes, é necessário estabelecer, uniformizar e socializar conceitos, tendo em vista serem instrumentos imprescindíveis para que esta prática ocorra.

### 3.1-ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

É caracterizada pela efetivação de todo e qualquer atendimento a domicílio realizado por profissionais que integram a equipe de saúde. Pode ser dividida em algumas modalidades:

#### 3.1.1 -Atendimento Domiciliar

É o cuidado prestado no domicílio, para pessoas com problemas agudos, e que em função disto estejam **temporariamente** impossibilitadas de comparecer à Unidade Básica de Saúde (UBS).

#### 3.1.2 - Internação Domiciliar

É o cuidado no domicílio de pacientes, com problemas agudos ou egressos de hospitalização, que **exijam uma atenção mais intensa**, mas que possam ser mantidos em casa, desde que disponham de equipamentos, medicamentos e acompanhamento diário pela equipe da UBS e a família assuma parcela dos cuidados. Este atendimento não substitui a internação hospitalar.

#### 3.1.3 - Acompanhamento Domiciliar

É o cuidado no domicílio para pessoas que necessitem **contatos frequentes e programáveis** com os profissionais da Equipe. São exemplos de condições apropriadas para inclusão no Acompanhamento Domiciliar:

- ✍ Paciente portador de doença crônica que apresente dependência física;
- ✍ Pacientes em fase terminal;
- ✍ Pacientes idosos, com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos.
- ✍ Pacientes egressos do hospital, que necessitem acompanhamento por alguma condição que o incapacite à comparecer na Unidade;
- ✍ Pacientes com outros problemas de saúde, incluindo doença mental, o qual determine dificuldades de locomoção ou adequação ao ambiente da Unidade de Saúde.

#### 3.1.4 - Vigilância Domiciliar

É decorrente do comparecimento de um integrante da equipe até o domicílio para realizar ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa da população de sua área de responsabilidade, geralmente vinculadas à vigilância da saúde que a Unidade desenvolve, dentre estas podemos salientar:

##### ✍ Ações preventivas

- Visitas à Puérperas.
- Busca de Recém-nascidos.
- Busca ativa dos Programas de Prioridades.
- Abordagem familiar para diagnóstico e tratamento.

##### ✍ Acompanhamento de Egressos Hospitalares

A assistência domiciliar pode ser importante instrumento para prevenção de reinternações, bem como para abordagem de problemas recorrentes de saúde. Um exemplo de sucesso é o programa desenvolvido pelo Serviço de Saúde Comunitária do GHC, denominado "**De volta prá Casa**", que está no Anexo 07, para acompanhamento de crianças (0 a 18 anos) que internam nos hospitais do Grupo Hospitalar Conceição, abrangendo internações diversas e tendo um específico para asma, cujos resultados demonstram sua significância.

### 3.2 - CUIDADOR

O cuidador pode ser um membro da família ou comunidade que, idealmente deve atuar como um colaborador para a equipe de saúde e a família, pois em geral não tem vínculo legal com a instituição que presta assistência domiciliar. Cria-se um vínculo de trabalho solidário, para alcançar um mesmo objetivo: manter nas melhores condições de saúde e conforto o paciente

Na maior parte das situações, o cuidador não possui uma formação técnica específica na área da saúde, é um dos membros da família, amigo ou pessoa próxima que, embora sem formação profissional específica se dispõe a assumir da melhor forma possível esta função; ou é pessoa da comunidade que foi adquirindo experiência cuidando de pessoas doentes, sendo que alguns fazem desta prestação de serviço uma profissão informal; ainda temos uma parcela de profissionais com formação técnica de enfermagem que exerce sua profissão nesta modalidade de atividade.

A pessoa identificada para ser o cuidador sem formação profissional (Cuidador Comunitário), pode ser habilitada a realizar tarefas básicas ao nível do domicílio, auxiliando na recuperação da pessoa assistida. Deve ser treinado pela equipe de saúde nos cuidados a serem realizados diariamente no próprio domicílio. O importante é que as atribuições sejam definidas claramente entre equipe, família e cuidador, dentro de um processo continuado de trocas de saberes, poderes e responsabilidades.

### 3.3 - VISITADOMICILIAR (VD)

A visita domiciliar, também chamada de “VD”, é o instrumento de realização da assistência domiciliar. Sendo constituído pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde

A Visita Domiciliar deve ser planejada, portanto antes de realiza-la, o visitador deve:

- ✍ Ter claro o(s) objetivo(s) da visita (assistencial, educativa, de avaliação, entre outros);
- ✍ Conferir se o paciente a ser visitado está cadastrado na Unidade de Saúde, tendo prontuário;
- ✍ Reunir todos os dados sobre o paciente ou a família que irá visitar, da seguinte maneira:
- ✍ Pesquisando com o solicitante através de anamnese: idade, sexo, motivo da solicitação, sinais e sintomas que o paciente apresenta e condições atuais;
- ✍ Revisando o prontuário do paciente para inteirar-se de dados que podem ser úteis;
- ✍ Avaliar se há condições de manejar o problema em casa;
- ✍ A partir da anamnese inicial com o solicitante, estabelecer o espaço de tempo em que deverá ser realizada a visita (é urgente? Pode ser agendada?);
- ✍ Avaliar qual o profissional da equipe é indicado para avaliar a situação trazida, e se há necessidade de mobilizar outros recursos - da equipe ou externos;
- ✍ Anotar e confirmar o endereço antes da visita;
- ✍ Levar material e medicações apropriadas para o atendimento do caso, providenciando aqueles que não existem na maleta de atendimento domiciliar;
- ✍ Levar e preencher o formulário para registro do atendimento;
- ✍ Ao retornar do atendimento, o profissional deve:
- ✍ Registrar o atendimento no prontuário;
- ✍ Dar a equipe e aos colegas que atendem o paciente retorno sobre o atendimento.

## 4 - QUAIS PRINCÍPIOS DEVEM ORIENTAR A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A assistência domiciliar potencializa a ação das equipes de saúde atuando em Atenção Primária à Saúde: integralidade, universalidade, equidade, acesso e continuidade. Para nortear esta modalidade de assistência, propõem-se os princípios descritos a seguir.

### 4.1 - ABORDAGEM INTEGRAL À FAMÍLIA

A assistência no domicílio deve conceber a família em seu espaço social, abordando de modo integral e individualizado o paciente em seu contexto sócio-econômico e cultural.

O profissional de saúde deve ter uma avaliação da dinâmica da vida familiar, com uma atitude de respeito e valorização das características peculiares à cada família e do convívio humano, devendo ser utilizado para este fim o genograma e análise do ciclo vital. Os conflitos, as interações e desagregações fazem parte do universo da família, intervindo diretamente na saúde de seus membros, bem como a doença tem efeito direto sobre os diversos estagios do ciclo de vida familiar, em geral num primeiro momento fazendo com que a família se volte para dentro e se organize para cuidar do familiar doente, enquanto que doença prolongada num dos componentes pode fazer com que os demais busquem recursos fora para suportar a situação.

A abordagem integral faz parte da assistência domiciliar por envolver diversos fatores no processo saúde-doença da família. A saúde não é um produto nem um estado, e sim um processo multidimensional no qual permanentemente interagem sistemas biológicos, psicológicos, sociais, culturais, familiares e ambientais. A partir daqui portanto, modifica-se a função do profissional da saúde, que já não serve só para curar enfermidades, e sim cuidar a saúde, tendo em conta a pessoa doente em seu contexto vital. Também devemos levar em conta que os cuidados à saúde nunca foram exclusividade dos médicos, e hoje estima-se que cerca de 80% dos cuidados são prestados por não médicos (cuidadores, pessoal técnico auxiliar, familiares). Se passa de uma medicina centrada na doença para uma medicina centrada na pessoa, e a diade *paciente-médico*, avança para a tríade *paciente-família-equipe de saúde*.

A construção de ambientes mais saudáveis para a pessoa em tratamento envolve, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade.

### 4.2 - CONSENTIMENTO DA FAMÍLIA, PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO E EXISTÊNCIA DO CUIDADOR

A condição primeira para que ocorra a assistência domiciliar (AD) é o consentimento da família, e a definição do(s) cuidador(es). A assistência prestada no domicílio não pode ser imposta sob risco de não atingir seus objetivos terapêuticos. Recomenda-se que toda família esteja ciente do processo de cuidar da pessoa assistida.

Para tanto necessitamos que haja consentimento informado para que se realize a assistência domiciliar (Anexo 05).

### 4.3 - TRABALHO EM EQUIPE E INTERDISCIPLINARIDADE

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença é importante que a assistência domiciliar esteja fundamentada no trabalho em equipe de saúde.

Um dos pressupostos importantes da Atenção Primária à Saúde (APS) é a percepção de que todas as formações são importantes e intercomplementares. A troca de informações e conhecimentos sobre o paciente, o conhecimento das competências de todas disciplinas envolvidas, o estabelecimento de respeito profissional entre os integrantes no trabalho em equipe são imprescindíveis para uma resolutividade efetiva.



#### **4.4 - ADSCRIÇÃO DA CLIENTELA**

A assistência domiciliar, deve ter uma clientela adscrita a um território de atuação determinado, devendo a unidade básica de saúde (UBS) utilizar parâmetros de cadastramento para desenvolver este princípio do atendimento.

#### **4.5 - INSERÇÃO NA POLÍTICA SOCIAL LOCAL**

A assistência domiciliar deve estar inserida na política de saúde e de assistência social do município, utilizando-se da organização de responsabilidade do Gestor Municipal no que se refere a referências especializadas que se façam necessárias e no estímulo ao desenvolvimento e utilização de redes de apoio.

#### **4.6 - ESTÍMULO A REDES DE SOLIDARIEDADE**

A assistência domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde integrada aos projetos sociais e políticos da sociedade da qual faz parte, devendo estar conectada aos movimentos que buscam melhorias na área da saúde.

Em nível de atuação local, a equipe de atenção básica deve identificar parcerias na comunidade (seja com igrejas, associações de bairro, clubes, ONGS, dentre outros) que viabilize e otimize a assistência prestada no domicílio.



## 5 - OPERACIONALIZANDO A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A organização da assistência domiciliar em Atenção Primária à Saúde (APS), dentro dos princípios aqui estabelecidos e tendo o trabalho conjunto da equipe e da família como estrutura fundamental, deve prever instrumentos que sistematizem os serviços prestados na lógica da hierarquização, resolutividade e continuidade da atenção.

Não devemos esquecer que a assistência domiciliar em nível da Atenção Primária à Saúde faz parte do processo de trabalho das equipes do cotidiano devendo primar pela multiprofissionalidade e interdisciplinaridade.

### 5.1 - DEFININDO QUANDO REALIZAR

A **solicitação** que desencadeia o processo de assistência domiciliar (AD) pode se dar por iniciativa ou necessidade da pessoa enferma, familiares, vizinhos, profissionais da equipe, hospitais, outros profissionais ou serviços do sistema de saúde.

Na organização da assistência domiciliar de cada Unidade Básica de Saúde (UBS) devemos levar em consideração que conceitualmente existem diversas situações e objetivos que justificam sua realização. Mas a capacidade da equipe em responder adequadamente a estas situações, descritas no **Quadro 2**, deve ser considerada na elaboração do programa de assistência domiciliar, devendo ser adaptada aos seus recursos humanos e tecnológicos, com critérios bem definidos e claros para os integrantes da equipe e da comunidade atendida. Como exemplos: a equipe pode não dispor de recursos humanos, de transporte ou tecnológicos que permitam atender situações como uma parada cardíaca a domicílio; o procedimento da família sobre quem contatar em caso de do óbito do paciente deve estar bem claro.

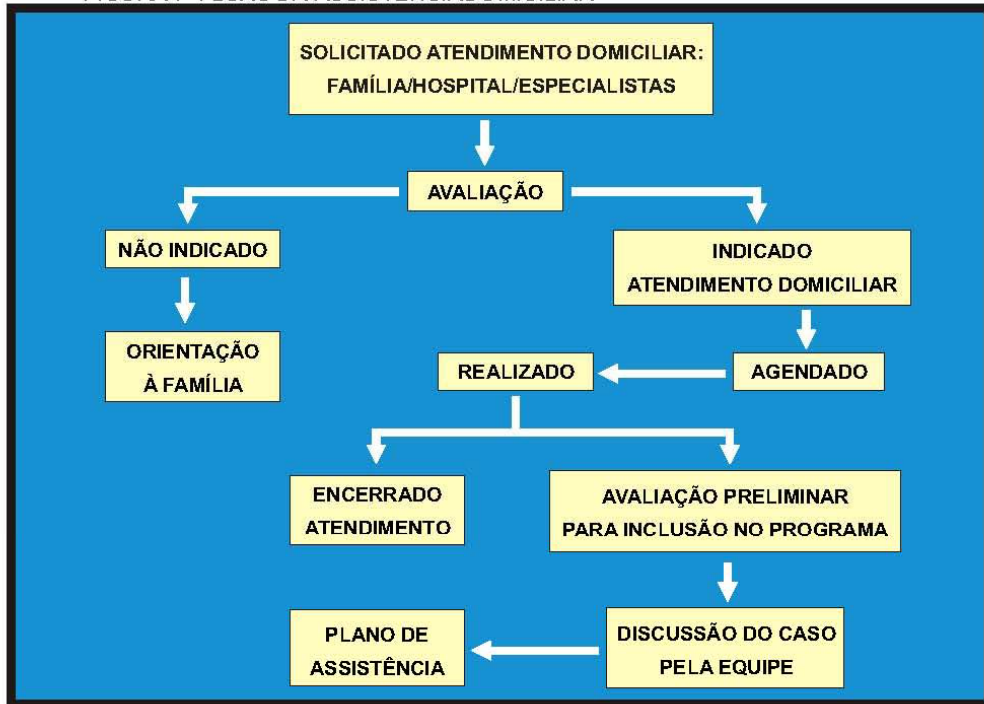
#### **QUADRO 2: SITUAÇÕES QUE JUSTIFICAM A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

- Situação de emergência em que o paciente não pode ser transportado rapidamente para o hospital;
- Atendimento de situações ou doenças agudas que incapacitam o paciente a vir até a Unidade;
- Intercorrências dos pacientes crônicos, terminais ou em internação domiciliar;
- Visita periódica para pacientes com incapacidades funcionais, idosos acamados ou que moram sozinhos;
- Visitas aos pacientes egressos hospitalares;
- Confirmação de óbito.

## 5.2 - FLUXO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Para melhor avaliar e definir a realização ou não da visita domiciliar, elaboramos fluxograma que esta representado na **figura 1**.

FIGURA 1 - FLUXO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR



A seguir faremos descrição passo a passo deste fluxo.

### 5.2.1 - Acolhimento da Solicitação



Os pedidos de Assistência Domiciliar são encaminhados à Recepção da Unidade, devendo a recepcionista verificar se o paciente é cadastrado na UBS ou pertence à área de abrangência. Uma vez que pertença deve providenciar o prontuário e formulários para registro, encaminhando ao profissional responsável pela avaliação das solicitações, de acordo com rotina estabelecida pela Equipe.

### 5.2.2 - Avaliação da solicitação de assistência domiciliar



O profissional responsável deve proceder à avaliação verificando através de anamnese detalhada: idade, sexo, motivo da solicitação, sinais e sintomas que o paciente apresenta, condições atuais, revisar o prontuário, avaliar se há condições de manejar o problema em casa, e estabelecer o espaço de tempo em que deverá ser realizada a visita (é urgente? Pode ser agendada?). Não estando indicado o atendimento a domicílio, deve orientar o solicitante sobre as providências que deve tomar para resolver a situação. No caso de estar indicada a assistência domiciliar (AD), deverá encaminhar para o profissional que irá realizá-la.

### 5.2.3 - Realização da Visita Domiciliar



A Equipe deve dispor de escala diária com profissional médico destacado para atendimento domiciliar aos casos agudos. Além disso, todos os profissionais da Unidade devem ter dia e horário pré-determinado para realização de visitas domiciliares que possam ser agendadas. Sempre que possível o agendamento da visita é para o médico ou profissional que usualmente atende ou conhece o paciente.

O profissional deve realizar o atendimento, tendo como base as sugestões do item 3.3, e ao final do atendimento domiciliar, a pessoa enferma poderá:

- ter seu atendimento neste episódio encerrado;
- ser encaminhado para consulta de reavaliação na Unidade;
- ser colocado em internação ou acompanhamento domiciliar;
- ser hospitalizado.

É importante que o profissional, ao terminar o atendimento, entregue os formulários de registro devidamente preenchidos à recepção da UBS.

### 5.2.4 Inclusão no Programa de Assistência Domiciliar

Caso haja decisão de incluir a pessoa na AD em modalidade de Internação ou Acompanhamento Domiciliar, deverá ser elaborado um plano inicial de atendimento até que o caso seja apresentado e discutido em equipe. A apresentação do caso à equipe, tem uma sugestão de organização abaixo, mas pode ser de responsabilidade de qualquer dos integrantes da equipe, de acordo com a complexidade da situação problema.

O médico e o enfermeiro devem realizar avaliação prévia conjuntamente ou não, respectiva a suas áreas de atuação, de acordo com o abaixo sugerido, para obter as informações e dar o formato necessário à discussão:

**a) O profissional médico** organiza a apresentação do caso com os seguintes dados:

- ✍ Grau de incapacidade da pessoa de acordo com escore do **Quadro 03**;
- ✍ Diagnóstico(s) e lista de problemas;
- ✍ Descrição da situação familiar com: genograma, percepções sobre a família e domicílio;
- ✍ Lista de problemas;
- ✍ Necessidades de cuidado e terapêutico;

**b) O profissional enfermeiro**, apresenta avaliação baseada em suas observações, no contato com a pessoa e sua família e nos dados coletados e observados utilizando-se do formulário "Ficha de Acompanhamento de Enfermagem" (Anexo 4).

**c) Em reunião de equipe** se discute o caso coletivamente com participação de todos profissionais que a integram. Tem por finalidade elaborar plano adequado às especificidades técnicas, sócio-culturais e ações necessárias entre equipe, família e comunidade, para prestar o melhor cuidado possível à pessoa enferma. Ao final da discussão, deverão estar contemplados os seguintes aspectos:

- ✍ se a situação preenche os critérios quanto a inclusão ou não no Programa de AD;
- ✍ quais as necessidades de orientação, terapêuticas e manejo que os profissionais da equipe devem ter presente ao realizar o acompanhamento;
- ✍ qual(is) o(s) profissional(is) da equipe que irá(ão) acompanhar a pessoa e a família, com a definição da frequência das visitas e objetivos de cada um;
- ✍ o plano deverá ser revisado em reunião de equipe periodicamente, sempre que houver intercorrências ou ocorrer mudança na situação de saúde da pessoa.

#### **QUADRO 3: ESCORE DE INCAPACIDADE**

- 0 - Totalmente capaz.
- 1 - Realiza as atividades da vida diária. Caminha com alguma dificuldade.
- 2 - Alguma dificuldade para realizar as atividades da vida diária. Caminha com ajuda de bengala ou similar.
- 3- Grave dificuldade para as atividades diárias. Caminha com ajuda de uma pessoa. Incontinência ocasional.
- 4- Necessita ajuda para quase todas as atividades. Caminha ajudado por duas pessoas. Incontinência habitual.
- 5- Imobilizado na cama. Dependente total. Necessita cuidado de enfermagem continuado.



### 5.2.5 Implementação do Plano de Assistência Domiciliar:

Na internação e acompanhamento domiciliar, a pessoa e seus cuidados são de responsabilidade da UBS em co-responsabilidade com a família, sendo os profissionais alocados de acordo com as necessidades e disponibilidade, podendo ser utilizados todos profissionais que façam parte ou estejam disponíveis à equipe. Em sistemas de saúde estruturados, pode ocorrer que a pessoa fique em internação domiciliar sob responsabilidade de equipe de instituição hospitalar com atendimento em casa, e por ocasião da alta da internação domiciliar passe aos cuidados da equipe da UBS.

Os incluídos no programa de acompanhamento devem ter uma equipe de referência composta por: um médico, um enfermeiro, e um auxiliar ou técnico de enfermagem, sendo de responsabilidade do Coordenador do Programa controlar a programação das visitas estabelecidas dentro do plano para cada pessoa.

A equipe de enfermagem deve dispor de uma escala com os dias de visita pré-agendados, conforme plano de cada paciente.

O plano proposto deve ser apresentado e discutido com a família, conforme descrito no item 5.4.

### 5.3 - REGISTRO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A cada visita que realizar o profissional deve registrar o atendimento conforme estabelecido pelo Programa:

No *atendimento domiciliar*: o registro deve ser feito no prontuário do paciente na UBS, imediatamente após a visita.

Na *internação domiciliar* e no *acompanhamento domiciliar* o registro deve ser no prontuário individual que o paciente terá em casa, sendo a primeira visita registrada em formulário conforme o Anexo 02, e devem ser preenchidos todos os campos. Em "*anotações da 1ª visita*" deve ser feito breve histórico do caso e descrição da situação atual do paciente. No "*plano*" deverão ser relacionados os objetivos estabelecidos para o paciente. Na "*avaliação*", nas visitas subseqüentes, devem ser verificados os objetivos propostos no manejo e a situação do caso. No caso de alta do Programa os registros das visitas devem ser anexados ao prontuário na UBS.

### 5.4 - ORIENTANDO A FAMÍLIA E O PACIENTE



A assistência domiciliar pressupõe a participação ativa dos familiares no processo de cuidar da pessoa assistida. Para tanto, responsabilidades devem ser estabelecidas entre todos os envolvidos para que os objetivos propostos sejam alcançados.

Recomenda-se uma reunião prévia da equipe que vai atender a pessoa enferma com os membros da família envolvidos na assistência domiciliar para planejamento conjunto de ações a serem desenvolvidas no domicílio, e definição por parte da família de quem será o interlocutor com a equipe. Estas reuniões devem acontecer periodicamente, para avaliações e replanejamentos, enquanto durar a assistência domiciliar.

Deve haver a preocupação de informar ao paciente e seus familiares como melhor utilizar a assistência domiciliar. Esta orientação compreende os seguintes aspectos:

✍ **Horário de Atendimento:** informar os dias e horários em que as visitas domiciliares poderão ser solicitadas e realizadas. Para uma melhor organização e atuação da equipe, as visitas devem *preferencialmente* ser solicitadas no horário compreendido entre a abertura da Unidade e até uma ou duas horas antes do fechamento. A solicitação preferencialmente deve ser feita pessoalmente, porque a experiência mostra que muitas situações são resolvidas com o próprio familiar, sem que haja necessidade de deslocamento de um profissional até o domicílio.

✍ **Participação da Família:** é importante reforçar que a participação ativa da família nos cuidados com o paciente é fundamental. A equipe vai atuar habilitando a família a prestar cuidados e servindo de apoio com seus conhecimentos técnicos.

✍ **Equipe de Referência:** buscando manter a continuidade do atendimento e as vantagens dela decorrentes, os familiares devem sempre se dirigir aos técnicos que costumemente atendem ao paciente. Exceção será feita nos casos de urgência.

✍ **O tipo de assistência a ser prestada:** esclarecer aos familiares que a assistência prestada dependerá das necessidades do paciente e da família, e dos recursos de que a equipe dispuser ou que conseguir mobilizar.

✍ **Remoção e transporte dos pacientes:** será realizada de acordo com critérios e disponibilidade.

✍ **Prontuário individual em casa:** salientar para a família a importância de que todos os técnicos realizem anotações no Prontuário que vai ficar na casa. Quando vier à Unidade para solicitações ou procedimentos, o familiar ou cuidador deve trazer o prontuário para anotações.

Deve ser preenchido **consentimento informado** cuja sugestão de modelo esta no Anexo 05, para que haja garantias de que ambas as partes responsáveis pelo atendimento ficaram cientes das suas responsabilidades.

## 5.5 - AVALIAÇÃO E CONTROLE DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Considerando que a avaliação como parte do processo de planejamento é uma ferramenta imprescindível para a assistência domiciliar, faz-se necessário que ocorra um acompanhamento conjunto pela equipe e família das ações planejadas, fazendo ajustes necessários e avaliando resultados. Para possibilitar estudos e avaliação da assistência domiciliar deve ser utilizado instrumento para coleta de dados, sendo sugerido o *Formulário de Solicitação de Assistência Domiciliar*, cujo modelo está no Anexo 01.

Existem diversos indicadores que podem ser utilizados para avaliar a assistência domiciliar, devendo os resultados das avaliações estar disponibilizados para usuário, família, profissionais, comunidade e gestores. A seguir vamos relacionar alguns que podem ser de escolha da equipe:

### 5.5.1 - Satisfação do usuário

Desenvolvimento de pesquisas periódicas de satisfação do usuário utilizando formulário, sendo sugerido o do Anexo 03.

### 5.5.2 Indicadores de avaliação

✍ Número de atendimentos na AD por categoria profissional existente na equipe realizados/previstos.

✍ Número de reuniões com grupos de cuidadores realizados/previstas.

✍ Número de discussões de casos em equipe realizadas/previstas.

✍ Número de VD solicitadas /atendidas.

✍ Número de planejamentos integrados (equipe/família) de AD previstos / realizados.

### 5.5.3 - Indicadores de Resultados

#### **Taxa de internações ou reinternações hospitalares (TIR)**

$$\text{TIR} = \frac{\text{Número de internações ou reinternações}}{\text{Total de pacientes em AD}}$$

#### **Taxa de alta por recuperação (TAR):**

$$\text{TAR} = \frac{\text{Número usuários recuperados}}{\text{Número de usuários em AD}} \times 100$$

#### **Taxa de usuários da AD (TAD):**

$$\text{TAD} = \frac{\text{Número de usuários de AD}}{\text{População da área}} \times 100$$





## 6 - OS RECURSOS HUMANOS E ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Um dos princípios da APS é trabalhar dentro da realidade de cada local, adaptando-se aos recursos e as tecnologias existentes. Portanto para desenvolver um programa de AD deverão ser utilizados os recursos existentes dentro da Equipe da UBS, e eventualmente outros profissionais ou recursos que possam ser necessários e estejam disponíveis na Instituição ou Comunidade.

A seguir vamos realizar uma descrição das atribuições básicas em assistência domiciliar esperadas dos diversos profissionais, que em geral integram uma equipe em atenção primária à saúde. Esta composição certamente varia muito de local para local, possui características individuais e pessoais próprias, o que deve ser levado em consideração, com a devida flexibilidade ao definir as atribuições.

### 6.1 - ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE COMO UM TODO

- ✍ Respeitar os princípios da assistência domiciliar, buscando estratégias para aprimorá-los.
- ✍ Compreender o indivíduo como sujeito do processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde e visualiza-lo como agente co-responsável pelo processo de equilíbrio entre a relação saúde-doença.
- ✍ Estar disponível para fornecer esclarecimentos e orientações à família, sempre que solicitado.
- ✍ Monitorizar o estado de saúde do paciente facilitando a comunicação entre família e equipe.
- ✍ Desenvolver grupos de suporte com os cuidadores.
- ✍ Realizar reuniões com usuário e família para planejamento e avaliação da AD.
- ✍ Otimizar a realização do plano de assistência estabelecido para cada pessoa.
- ✍ Fazer abordagem familiar, considerando o contexto socioeconômico e cultural em que a família se insere, e a repercussão da necessidade de cuidado na vida familiar.
- ✍ Garantir o registro no prontuário domiciliar e de família na Unidade de Saúde.
- ✍ Orientar a família sobre sinais de gravidade e condutas a serem adotadas.
- ✍ Dar apoio a família tanto para o desligamento após alta da AD, quanto para o caso de óbito, através da sua disponibilidade profissional.
- ✍ Avaliar a condição ambiental do domicílio, e construir proposta de adequação dentro da realidade familiar e do domicílio.
- ✍ Acompanhar o usuário conforme plano de assistência traçado pela equipe e família.
- ✍ Pactuar concordância da família para AD, dentro de seus limites de prestação de cuidado.
- ✍ Buscar garantir uma assistência integral, resolutiva e livre de danos ao usuário da assistência domiciliar (AD).
- ✍ Trabalhar as relações familiares na busca pela harmonia, otimizando ações para um ambiente familiar terapêutico, que promova qualidade de vida para o paciente, cuidador e sua família de maneira a construir uma rede de apoio eficaz.
- ✍ Solicitar avaliação da equipe de referência ou encaminhar, sempre que indicado.

### 6.2 - DA RECEPCÃO

- ✍ Receber a solicitação da assistência domiciliar (AD), pessoalmente ou por telefone.
- ✍ Providenciar o prontuário e demais formulários necessários para a assistência domiciliar.
- ✍ Encaminhar a solicitação ao responsável pelo caso ou para o encarregado das avaliações de solicitação da assistência domiciliar.

### 6.3 - DO MÉDICO

- ✍ Avaliar de modo integral individual, familiar e contexto social a situação da pessoa enferma.
- ✍ Esclarecer a família sobre os problemas de saúde e construir plano de cuidados para a pessoa enferma.
- ✍ Estabelecer forma de comunicação participativa com a família.
- ✍ Levar o caso para discussão na Equipe.
- ✍ Emitir prescrição do tratamento medicamentoso.

- ✍ Registrar os atendimentos.
- ✍ Promover e participar avaliações periódicas do plano de acompanhamento.
- ✍ Indicar internação hospitalar.
- ✍ Dar alta médica.
- ✍ Verificar e atestar o óbito.

#### 6.4 - DO ENFERMEIRO

- ✍ Avaliar de modo integral individual, familiar e contexto social a situação da pessoa enferma.
- ✍ Avaliar as condições e infra-estrutura física do domicílio para a modalidade de AD requerida.
- ✍ Elaborar, com base no diagnóstico de enfermagem, a prescrição dos cuidados.
- ✍ Identificar e treinar o cuidador domiciliar.
- ✍ Supervisionar o trabalho dos auxiliares de enfermagem e dos ACS.
- ✍ Solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão.
- ✍ Realizar procedimentos de enfermagem que requeiram maior complexidade técnica.
- ✍ Orientar cuidados com o lixo originado no cuidado do usuário e do lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta).
- ✍ Estabelecer via de comunicação participativa com a família.
- ✍ Comunicar a equipe de saúde as alterações observadas a avaliar periodicamente o desempenho da equipe de enfermagem na prestação do cuidado.
- ✍ Dar alta dos cuidados de enfermagem.
- ✍ Registrar os atendimentos.

#### 6.5 - DO AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

- ✍ Auxiliar no treinamento do cuidador domiciliar.
- ✍ Acompanhar a evolução dos casos, seguindo *check-list* do paciente e comunicar a equipe às alterações observadas.
- ✍ Realizar procedimentos de enfermagem dentro de suas competências técnicas e legais.
- ✍ Orientar cuidados com o lixo originado no cuidado do usuário e do lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta).
- ✍ Estabelecer via de comunicação participativa com a família.
- ✍ Identificar sinais de gravidade.
- ✍ Comunicar à enfermeira e ao médico alterações no quadro clínico do paciente.
- ✍ Registrar os atendimentos.

#### 6.6 - DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

- ✍ Comunicar a equipe de saúde a necessidade de avaliação da pessoa para AD.
- ✍ Estabelecer forma de comunicação participativa com a família.
- ✍ Orientar cuidados com o lixo originado no cuidado do usuário e do lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta).
- ✍ Servir de elo de comunicação entre a pessoa, a família e a equipe.
- ✍ Identificar e mobilizar, na comunidade, redes de apoio ao plano de AD pactuado com a família.
- ✍ Registrar os atendimentos.

#### 6.7 - DO CIRURGIÃO DENTISTA

- ✍ Realizar diagnóstico de saúde bucal, incluindo lesões, alterações de mucosa, gengiva e

- ✍ Exodontias em dentes com mobilidade de grau III.
- ✍ Suturas na mucosa oral.
- ✍ Intervir em situações de urgências como: abscessos, dor, sangramentos, etc.
- ✍ Orientar higiene oral e cuidado com próteses ao doente e/ou cuidador.
- ✍ Estabelecer rede de comunicação participativa com a família.
- ✍ Registrar os atendimentos.

#### 6.8 - DO AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO E TÉCNICO DE HIGIENE DENTAL

- ✍ As atribuições destes profissionais devem seguir o estabelecido na lei do exercício profissional e acordado no plano assistencial.
- ✍ Estabelecer forma de comunicação participativa com a família.
- ✍ Orientar higiene oral, uso de fluor, e cuidado com próteses à pessoa e/ou cuidador.
- ✍ Auxiliar o CD na realização dos procedimentos.
- ✍ Registrar os atendimentos.

#### 6.9 - DO PSICÓLOGO

- ✍ Discutir com o solicitante de visita domiciliar para atendimento psicológico a indicação do atendimento, bem como as condições clínicas, emocionais e psicossociais do paciente.
- ✍ Avaliar o grau de sofrimento psíquico do doente (patologia, diagnóstico) e das relações familiares, oferecendo suporte para enfrentamento da situação problema
- ✍ Discussão do caso com a equipe envolvida elaborando ações interdisciplinares, servindo de apoio à família e a equipe.
- ✍ Delinear com a pessoa doente e seus familiares o plano terapêutico, e os profissionais a serem envolvidos no momento.
- ✍ Oferecer subsídios à equipe envolvida para compreensão dos aspectos psicológicos que envolvem a situação do doente e sua família, e os objetivos terapêuticos (como manejo, combinações, etc.).
- ✍ Avaliar permanentemente o atendimento domiciliar.
- ✍ Registrar os atendimentos.

#### 6.10 - DO ASSISTENTE SOCIAL

- ✍ Avaliar as condições sociais do doente, emitindo parecer social, elaborando diagnóstico do impacto socio-econômico do cuidado.
- ✍ Elaborar síntese social familiar.
- ✍ Acompanhar as famílias e/ou usuários que apresentem riscos sociais ou decorrentes do cuidado.
- ✍ Orientar e encaminhar as famílias ou responsáveis para os recursos sociais, quando necessário.
- ✍ Orientar e encaminhar as famílias aos benefícios previdenciários.
- ✍ Viabilizar redes de apoio para atendimento das demandas dos doentes que não dispõem de familiares.
- ✍ Desenvolver propostas de atendimento em grupo para familiares de doentes em acompanhamento.
- ✍ Estabelecer parcerias interinstitucionais que possibilitem atender adequadamente as demandas do doente.
- ✍ Participar de discussão de casos, elaborando ações interdisciplinares para o acompanhamento do doente.
- ✍ Fornecer orientações de educação em saúde a família e/ou responsáveis
- ✍ Registrar os atendimentos.



## 6.11 - DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

- ✍ Avaliar as condições clínicas do doente, suas incapacidades, emitindo um diagnóstico Terapêutico Ocupacional.
- ✍ Elaborar com base no diagnóstico um planejamento e execução de adaptações quando necessário do espaço físico, mobiliário e utensílios.
- ✍ Desenvolver atividades de grupo para os familiares e cuidadores.
- ✍ Fornecer orientações de Educação e Saúde para a família e ou responsáveis.
- ✍ Participar de discussões de casos, elaborando ações interdisciplinares para o acompanhamento do doente.
- ✍ Registrar os atendimentos.

## 6.12 - DO CUIDADOR

### 6.12.1 Cuidador sem formação profissional

Ao qual compete a seguinte atribuição:

- ✍ Ajudar no cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho parcial ou completo, higiene oral e íntima.
- ✍ Estimular e ajudar na alimentação.
- ✍ Ajudar a sair da cama, mesa/cadeira e voltar.
- ✍ Ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas (andar, tomar sol, movimentar as articulações).
- ✍ Fazer mudança de decúbito e massagem de conforto.
- ✍ Servir de elo entre o doente/ família e a equipe de saúde.
- ✍ Administrar medicações conforme prescrição.
- ✍ Comunicar a equipe de saúde as intercorrências.

### 6.12.2 - Cuidador com formação profissional

A quem compete seguir as orientações e prescrições estabelecidas para o doente, limitadas as habilidades e competências atribuídas à sua categoria profissional.

## 6.13 DO COORDENADOR DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Ao Coordenador da Assistência Domiciliar, compete:

- ✍ Avaliar continuamente o funcionamento do Programa de AD.
- ✍ Providenciar para que as solicitações de inclusão ao programa de AD sejam discutidas em reunião pela equipe, antes de sua inclusão.
- ✍ Organizar a distribuição das pessoas atendidas entre os profissionais definir a equipe que vai atender cada pessoa.
- ✍ Verificar o cumprimento do cronograma de visitas nas datas aprezadas.
- ✍ Devolver à equipe os dados da assistência domiciliar e promover sua avaliação.
- ✍ Atualizar continuamente a relação dos pacientes em acompanhamento.
- ✍ Servir de apoio à equipe e a família, intermediando situações que interfiram no bom atendimento à pessoa doente.

## 7 - RECURSOS MATERIAIS NECESSÁRIOS

Cada solicitação de assistência domiciliar pode requerer recursos diferentes, por isso a significativa importância de uma anamnese bem feita por ocasião da solicitação da visita ou do planejamento do acompanhamento da pessoa doente no domicílio.

Recomenda-se organização de maleta de atendimento domiciliar, contendo alguns dos seguintes itens, que em geral são úteis para o manejo do doente em casa:

### 7.1 - MATERIAL DA MALETA DE VISITAS DOMICILIARES SSC-HC

#### **EQUIPAMENTOS**

Estetoscópio  
Esfigmomanômetro  
Glicosímetro  
Termômetro

#### **MATERIAL DE ENFERMAGEM**

Agulhas 40 x 12 - 03 unidades  
Agulhas 0,80 x 25 - 03 unidades  
Agulhas 0,70 x 25 - 03 unidades  
Agulhas 13,0 x 0,45 - 03 unidades  
Escalpe nº 25 - 03 unidades  
Escalpe nº 27 - 03 unidades  
Escalpe nº 23 - 03 unidades  
Gaze - 02 pacotes  
Seringas de 10 ml - 01 unidade  
Seringas de 05ml - 02 unidades  
Seringas 03ml - 03 unidades  
Seringas insulina - 02 unidades  
Sonda vesical 01 unidade

#### **MATERIAL PARA COLETA DE LABORATÓRIO**

Algodão  
Canhão para coleta com vacutainer  
Garrote  
Luvas  
Micropore (01)  
Tubetes de coleta

#### **MEDICAÇÕES**

Acido acetil salicilico 500mg - 04 comprimidos  
Água destilada - 06 frascos  
Dipirona - 02 ampolas  
Diclofenaco - 02 ampolas  
Furosemida - 06 ampola  
Hioscina - 02 ampolas  
Hidrocortisona 500mg - 01 frasco  
Metoclopramida - 02 ampolas  
Morfina - 02 ampolas  
Paracetamol 500mg - 04 comprimidos



## 8 - REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Um aspecto que deve ser considerado com muita atenção ao assistir uma pessoa no domicílio é de que a assistência domiciliar não substitui a internação hospitalar. Portanto, ao avaliar as condições de saúde do doente temos que ter este fato em mente, e buscar sempre a solução ou manejo que traga maior conforto, menor risco, e que garanta a pessoa e sua família a melhor assistência disponível.

O encaminhamento da pessoa doente para consultoria deve conter um documento de referência devidamente preenchido, e sempre que possível e necessário, deve ser acompanhado por um profissional da equipe. É importante desenvolver um fluxo para marcação de consultas especializadas e encaminhamento para exames especiais. Compete aos gestores a hierarquização do sistema de saúde para que a prestação do cuidado seja continuada em todos os níveis de atenção.

Ao encaminhar o paciente para referência, podemos utilizar formulário específico, como exemplificado no Anexo 08.





## 9 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E ALTA NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Os critérios de inclusão e alta da AD dependerão da capacidade das equipes para responder às demandas das pessoas atendidas, estando intimamente relacionados com as prioridades de atuação decididas pela equipe, com a população da área de abrangência, o número de pessoas, o perfil epidemiológico, e recursos disponíveis.

Para a organização dos serviços de assistência domiciliar é importante a definição de critérios clínicos e sociais de inclusão e desligamento dos usuários que sejam claros e acordados entre o serviço de saúde e a comunidade atendida.

### 9.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

- ✍ Consentimento da família e/ou da pessoa enferma.
- ✍ Existência de cuidador.
- ✍ Condições de infra-estrutura física no domicílio para assistência domiciliar.
- ✍ Condição clínica da pessoa doente.
- ✍ Morar na área de abrangência da Unidade de Saúde.
- ✍ Se a pessoa doente necessitar de uso contínuo de infusões parenterais, tais como quimioterápicos, transfusões sanguíneas, entre outros deve ser avaliado pela equipe suas condições e recursos para prestar este tipo procedimento.

### 9.2 CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO OU ALTADA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

- ✍ Ausência de cuidador.
- ✍ Não aceitação do acompanhamento.
- ✍ Não cumprimento das combinações construídas no plano de AD.
- ✍ Alteração da condição clínica:
- ✍ Recuperação ou agravamento do quadro com necessidade de encaminhamento para outro nível.
- ✍ Possibilidade de deslocamento da pessoa doente até a unidade de saúde, requerendo um plano de acompanhamento.
- ✍ Mudança da área de abrangência.
- ✍ Ausência de condições domiciliares mínimas que comprometa a resolutividade da assistência domiciliar.
- ✍ Opção do doente ou família por prescrições ou orientações de profissionais externos, contrárias às da equipe.
- ✍ Óbito.



## 10 - CONCLUSÃO

---

A Assistência Domiciliar desenvolvida nesta forma mais sistematizada, com critérios de inclusão e alta, definição do fluxo da assistência, discussão dos casos e elaboração do plano de cuidado em equipe, aliada da apropriação pelos profissionais dos conceitos e princípios que a caracterizam, é fundamental.

Em nossa prática percebemos uma melhora no vínculo dos profissionais com as famílias, maior controle e conhecimento dos casos pela equipe, maior comprometimento dos profissionais com o Programa, redução do número de pessoas atendidas em casa, aumento das visitas de profissionais não-médicos, e diminuição dos chamados de urgência.



**Anexo 01 - REGISTRO DO ATENDIMENTO ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

Serviço de Saúde Comunitária do G. H. C. - Unidade \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº da ficha: \_\_\_\_\_

A-Preencher esta parte (itens de 1 - 08) no agendamento da visita:

1 - Paciente: \_\_\_\_\_ D.N: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome Familiar: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_.

2 - Profissional: \_\_\_\_\_ 3 - Reg. Conselho: \_\_\_\_\_

3 - Motivo da Solicitação: \_\_\_\_\_

4 - Conclusão após a avaliação da solicitação:

( ) Agendada VD. ( ) Resolvido sem VD. ( ) Orientado vir para unidade/hospital.

5 - Tipo da Assistência Domiciliar:

( ) Atendimento Domiciliar. ( ) DN  
( ) Internação Domiciliar ( ) Faltosos Programas  
( ) Acompanhamento Domiciliar ( ) Outra.

6 - Data da Visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. CID 10: \_\_\_\_\_

7 - Visitador - Registro conselho: \_\_\_\_\_

8 - Encaminhamento do caso após a Visita:

( ) Encerrado o atendimento  
( ) Orientada Revisão Domiciliar  
( ) Orientada Revisão Ambulatorial  
( ) Avaliação para Internação Domiciliar  
( ) Avaliação p/Acompanhamento Domiciliar Hospitalar  
( ) Internação  
( ) Mantido no programa, data da próxima VD: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
( ) Alta do Programa, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
( ) Internação Hospitalar, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
( ) Óbito, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

9 - Será preenchida pelos Coordenadores do Programa (18 a 20):

18- Avaliação para Acompanhamento/ Internação Domiciliar:

( ) NÃO INCLUIR ( ) INCLUIR

19- Data da Inclusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. 20 - Nº Internações nos últimos 12 meses: \_\_\_\_\_



**Anexo 03 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR**  
**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

Serviço de Saúde Comunitária do G. H. C. - Unidade \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Nº Pront: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

1 - Em geral, o atendimento domiciliar prestado a sua família pela Equipe da Medicina de Família é considerado por vocês:

Satisfatório (atende às expectativas da família)

Regular (atende parcialmente), porque: \_\_\_\_\_

Insatisfatório (não atende às expectativas), porque: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 - O tempo que normalmente decorre entre as solicitações da família ou do paciente e a resposta da Equipe tem sido:

Adequado às necessidades

Inadequado às necessidades, porque: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 - Os profissionais da Equipe têm demonstrado interesse em resolver os problemas, situações ou dificuldades apresentadas pela família:

Sim       Não, porque: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4 - As soluções apresentadas pela Equipe buscando resolver os problemas do paciente e dificuldades da família são em geral:

Efetivas       Pouco efetivas       Não são efetivas

5 - Com relação aos compromissos assumidos junto à família e a o paciente, a Equipe:

Cumpre conforme agendado       Cumpre irregularmente       Não cumpre

6 - A família e o paciente consideram a Equipe:

Disponível       Pouco disponível

7 - O paciente acha que seu(s) problemas estão sendo resolvidos?

Sim       não, porque: \_\_\_\_\_

8 - Que nota dariam para o desempenho da Equipe, de 1 a 10: \_\_\_\_\_ .

9 - Que sugestões teriam para dar à Equipe, buscando melhorar o atendimento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anexo 04 - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA ENFERMAGEM**

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

Serviço de Saúde Comunitária do G. H. C. - Unidade \_\_\_\_\_

**FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA ENFERMAGEM**

Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Profissional: \_\_\_\_\_ Telefone do paciente: \_\_\_\_\_

<b>DATA DAS VISITAS</b>							
<b>PELE</b>							
Coloração							
Edema(s)							
Área atrito/pressão							
Hidratação							
Higiene							
<b>SINAIS VITAIS</b>							
Pressão Arterial							
Temperatura Axilar							
Pulso							
Respiração							
<b>ALIMENTAÇÃO</b>							
Aceitando V.O							
Ingesta Líquidos							
Conforme dieta							
<b>ELIMINAÇÕES</b>							
Evacuações p/sem.							
Diarréia?							
Constipação?							
Urina, frequência							
Urina, volume							
Urina, cor							
<b>HIGIENE</b>							
Cama							
Paciente, corporal							
Paciente, oral							
<b>MOBILIZAÇÃO</b>							
Leito							
Fora do leito							
Ativa							
Passiva							
<b>SONDAS</b>							
Funcionamento							
Troca							
<b>SONO Adequado</b>							
<b>AMBIENTE</b>							
<b>Impressão Geral e Observações</b>							



## Anexo 05 - CONSENTIMENTO INFORMADO

### PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Serviço de Saúde Comunitária do G. H. C. - Unidade \_\_\_\_\_

O Sr(a) \_\_\_\_\_

residente à \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

complemento nº \_\_\_\_\_, Documento de Identidade nº \_\_\_\_\_ expedido

em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, está sendo incluído no PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DO

na UNIDADE \_\_\_\_\_.

Este serviço destina-se a ser prestado àqueles pacientes que preenchem os critérios de inclusão estabelecidos pela Equipe de saúde, dentre os quais:

- ✍ Morar na área de cobertura e estar cadastrado na Unidade de Saúde.
- ✍ Co-responsabilidade da família e do paciente nos cuidados e cumprimento do plano de cuidados estabelecido, e seguir as orientações da equipe da unidade.
- ✍ Compromisso de comunicar alterações no estado de saúde do paciente imediatamente.
- ✍ Existência de cuidador e de infra-estrutura domiciliar que permita a prestação de assistência domiciliar.
- ✍ Que as condições clínicas da pessoa enferma permitam seu cuidado em casa.
- ✍ Para que sua família possa utilizar a melhor maneira este serviço, solicitamos que tomem conhecimento e caso concordem, sigam as orientações a seguir:
  - ✍ Sua família, incluindo o paciente, deve estar cadastrada na Unidade de Medicina de Família.
  - ✍ Ao ser incluído no Programa de Atendimento Domiciliar, seu familiar passará a ter um Prontuário em casa, que será fornecido pela Unidade.
  - ✍ Este Prontuário servirá para que sejam anotadas as visitas realizadas, facilitando o nosso trabalho e dando um seguimento das consultas.
  - ✍ Este Prontuário deve ficar em casa, mas quando forem até a Unidade para solicitar visita, pegar receitas, ou por qualquer outro motivo, solicitamos que levem o Prontuário.
  - ✍ Seu familiar receberá visitas periódicas, que poderão ser realizadas por médico, enfermeira ou auxiliar de enfermagem de acordo com a necessidade e plano estabelecido pela equipe. O objetivo é que ele tenha um atendimento continuado.
  - ✍ Caso haja necessidade de atendimento fora da data agendada, solicitamos que seja feito contato pessoalmente com a Equipe, para avaliação da situação e ser providenciado atendimento. Evite solicitação por telefone. Não esqueça de levar o Prontuário.

08:30 às 11:30 - de 2ª a 6ª feira --- 13:00 às 16:30 - de 2ª a 6ª feira

✍ **Lembre-se:** após as 17:00 e aos sábados não são realizados atendimentos domiciliares. Nestas ocasiões ou devido situações urgentes a pessoa que recebe assistência domiciliar deve ser removida à Emergência.

\_\_\_\_\_  
Nome - Assinatura do responsável - Data

**Anexo 06 - PRONTUÁRIO DOMICILIAR**

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

Serviço de Saúde Comunitária do G. H. C. - Unidade \_\_\_\_\_

(Este "adesivo" deverá estar colado no envelope do prontuário domiciliar.)

--

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

Serviço de Saúde Comunitária do G. H. C. - Unidade \_\_\_\_\_

<p><b>Paciente:</b> _____</p> <p><b>Nº do Prontuário:</b> _____ <b>Registro GHC:</b> _____</p> <p><b>Endereço:</b> _____</p> <p><b>Equipe de Atendimento:</b></p> <p><b>Enfermagem:</b> _____</p> <p><b>Enfermeira:</b> _____</p> <p><b>Médico:</b> _____</p> <p><b>Outros:</b> _____</p> <p>_____</p>
--

**ATENÇÃO:**

Sempre que solicitar atendimento, receitas ou para qualquer contato com a Equipe de Saúde da Medicina de Família, leve o Prontuário.

## Anexo 07 - VIGILÂNCIA À SAÚDE DOMICILIAR DE POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

### O “DE VOLTA PRA CASA” DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Maria Lucia Medeiros Lenz

Norma Vieira Pires

Rui Flores

(Núcleo de Epidemiologia do Serviço de Saúde Comunitária do HNSC)

No SSC, as avaliações sistemáticas da qualidade das ações de saúde evidenciaram a necessidade de conhecer mais profundamente os determinantes das hospitalizações em menores em 18 anos. Apontaram também para a importância da vigilância em grupos vulneráveis, bem como para a educação continuada dos profissionais e a abordagem da família (1,2).

Uma oferta universal de APS, inserida em um sistema de saúde fortemente integrado, é fator relevante para evitar internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (3).

Existem muitos estudos sobre fatores de risco e mortalidade, mas poucos estudos abordam a ocorrência de hospitalizações, um evento de custo elevado, prevalente e freqüentemente precedendo a morte (4,5).

Investigação sobre a utilização de serviços ambulatoriais, indica a necessidade de elaborar-se programa para pacientes egressos de hospitais, assim como articulação entre o nível hospitalar e ambulatorial (6).

A família, após alta hospitalar, encontra-se muito vulnerável ao adoecimento. Este impacto negativo de uma hospitalização é maior ou menor dependendo de fatores como: idade da criança, duração da hospitalização, severidade da doença, informação da família sobre o problema e situação familiar prévia (7).

#### Objetivo do projeto

Diminuir o número de hospitalizações e óbitos entre crianças e adolescentes (0 a 18 anos) e promover adequado acompanhamento aos egressos hospitalares;

#### Ações desenvolvidas

- Identificação diária no terminal do GHC das crianças e adolescentes hospitalizados naquele dia e pertencentes as áreas de atuação;
- Envio da informação às equipes de saúde (através de *ficha de acompanhamento aos egressos*);
- Envio de aerograma às famílias (colocando o serviço a disposição, facilitando acesso e reforçando o vínculo)
- Contato com as famílias no Hospital;
- Contato imediatamente após alta entre equipes e famílias;
- Retorno das informações ao Núcleo de Epidemiologia;
- Avaliação deste contato e vigilância do acompanhamento;
- Educação continuada e planejamento das ações integrados com outros pontos de atenção e participação da comunidade.

#### Resultados encontrados

- Identificação de 100% das crianças e adolescentes moradoras das áreas de atuação do SSC que hospitalizaram em um dos quatro hospitais do GHC. Aproximadamente 1.000 internações/ano
- Contato precoce entre equipes de saúde e famílias das crianças/adolescentes: envio de *aerograma* no momento da internação, *visita domiciliar* (56%) logo após alta (facilitando recuperação, adaptação da criança e identificando outras situações de risco familiar), *contato direto* na Unidade de Saúde (30%) e contato por telefone (14%);
- Acompanhamento de 85% das famílias pelas equipes de saúde do SSC (94% com prontuário família na Unidade, previamente a internação);

- Identificação e intervenção nos problemas de acesso aos serviços de saúde e qualidade clínica prestada (elaboração de protocolos baseados em evidências);
- Facilitação de acesso aos ambulatórios especializados quando necessário (~5%) elaboração de um “carimbo” com o logotipo do Projeto, para facilitar a marcação de consultas no ambulatório de especialidades em pediatria;
- Educação continuada para aperfeiçoamento de todos os profissionais do SSC em promoção, prevenção e tratamento sobre temas identificados a partir das hospitalizações (asma, doenças neurológicas, doenças perinatais, lesões não intencionais, sífilis congênita);
- Criação de protocolos para atendimento das causas mais comuns de hospitalização, realizada em conjunto entre equipes da atenção primária, núcleo de epidemiologia e hospital (asma, pré-natal, atenção integral a criança até 5 anos, sífilis na gestação e congênita, guias para visita domiciliar de famílias que convivem com asma, epilepsia e convulsão febril);
- Implantação de Programa de Vigilância a Saúde de Crianças e Adolescentes com Asma no SSC (atualmente 700 pacientes em acompanhamento);
- Valorização dos profissionais de saúde do SSC;
- Integração dos profissionais dos diversos pontos de atenção no GHC (atenção primária, ambulatório especializado e internação), salientando, obstetria, neonatologia, Gerência de Ensino e Pesquisa e Programa de Voluntários pela Vida do GHC;
- Envolvimento dos médicos residentes no Projeto;
- Envolvimento com o Programa de Voluntários pela Vida do GHC;
- Integração com os profissionais da SMS de Porto Alegre convênio de cooperação técnica no Programa de Vigilância em Asma, elaboração do Protocolo Criança 0-5 anos;
- Divulgação contínua às equipes das diferentes etapas de implementação e avaliações realizadas ([www.ghc.com.br](http://www.ghc.com.br) Boletim Informativo de Saúde - BIS);
- Redução de hospitalizações em geral e pelo motivo mais frequente, asma. Reduziu de 22% para 13% (p=0,04) nas 4 Unidades de Saúde onde houve implantação plena do projeto.

#### **Referências Bibliográficas**

1. Takeda SM, Giacomazi MC et al. Estudo de Demanda Ambulatorial do SSC & o território e seus personagens. Porto Alegre. Mimeo. 1999.
2. Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Relatório de Avaliação das Ações materno-Infantis AMI 2000. Porto Alegre, mimeo, 2000.
3. Mendes, EV. Os grandes Dilemas do SUS: tomol Salvador, Bahia. Casa da Qualidade Editora, 2001.
4. Rocha JSY, Simões BJ e Guedes GLM. Assistência Hospitalar como Indicador de Desigualdade Social. Revista Saúde Pública, 31 (5). 479-87, 1997.
5. Fonseca Neto MD. Desafios para a Saúde Pública no Ceará. Um olhar sobre as internações hospitalares no ano de 1997. Fortaleza, 1999.
6. Dias da Costa J e Facchini LA. Utilização de serviços Ambulatoriais em pelotas: onde a população consulta e com que frequência. Revista de saúde pública, 31 (4): 360-9, 1997
7. França MTB. Capítul o 12 do Livro pediatria em Consultório. Preparo para a Hospitalização. 141- 150, 2000.

**Anexo 08 - FORMULÁRIO PARA CONSULTORIA**

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

Serviço de Saúde Comunitária do G. H. C. - Unidade \_\_\_\_\_

<b>Unidade de Medicina de Família -</b>	<b>SOLICITAÇÃO DE CONSULTORIA</b>
---	-----------------------------------

Consultor: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

Solicitante: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

**Identificação do Paciente:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**Solicitação da Consultoria**

Motivo - História Clínica Exames - Dados Importantes

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Profissional

**Parecer do Consultor - Laudo**

Diagnóstico Sugestões de Manejo Exames - Dados Importantes

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Profissional



## Anexo 09 - TREINAMENTO DE CUIDADORES

### GRUPO DE CUIDADORES

Para cuidar é preciso estar bem e ter apoio. Portanto a preocupação com os cuidadores é fundamental para que a assistência domiciliar seja efetiva e alcance seus objetivos, com a atuação do profissional de saúde servindo de alavanca e apoio contínuo. Deve ser exercitada através de intervenções que criem condições satisfatórias para que os cuidadores e o doente sintam-se confortados e atendidos e capacitados.

A promoção desta rede de apoio e solidariedade deve ser coordenada e facilitada pelos profissionais da equipe de saúde. Devem atuar na promoção de saúde, orientação e fundamentalmente, ouvindo as necessidades dos cuidadores, estando aos temas indicados.

Sabe-se que este cuidador muitas vezes fica solitário para manter o cuidado em dia gerando muita tensão, angústia, frustração em relação a si próprio, pois alterou sua rotina, doou-se demais aos cuidados com o outro e o retorno tornou-se lento ou o doente não vislumbrou melhora ( no entendimento do cuidador).

O encontro dos cuidadores com os profissionais da saúde proporciona aos mesmos o esclarecimento de dúvidas quanto a manejo e cuidado com o familiar acamado, além de proporcionar o alívio das ansiedades geradas no dia a dia.

É fundamental dar aos familiares, conhecimento sobre comportamentos normais dos indivíduos diante da doença, para que os mesmos possam cuidar com suas emoções, conflitos, ansiedades, etc.

Isto pode ser alcançado através de:

- Cartilhas educativas.
- Grupos Terapêuticos para familiares e cuidadores.
- Capacitação de Cuidadores, abordando temas como:
  - Papel, função do cuidador;
  - Impacto da doença nas Relações Familiares;
  - Maus Tratos - Negligência;
  - Preparação para Perdas;
  - Direitos e Recursos Assistenciais;
  - Orientação Nutricional;
  - Ambiente Saudável;
  - Higiene, vestuário e Cuidados com a pele;
  - Atividades Físicas;
  - Transtorno do Sono: Insônia e sonolência excessiva;
  - Alterações do Comportamento: irritação, agitação e Agressividade;
  - Perda involuntária de urina e fezes. Constipação Intestinal;
  - Emergências no domicílio;
  - Medicamentos;
  - Saúde Bucal;
  - Estimulação Cognitiva, Lazer, Atividades Sociais.

Os temas aqui apresentados poderão sofrer alteração de acordo com as necessidades do público alvo, bem como a necessidade da cada unidade.

## 12 - BIBLIOGRAFIA

- 1- HOSPICE: A SAFE PLACE TO SUFFER? - Palliative Medicine 1987: 1:73-74
- 2- Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? - The NWJ May 30, 1996.
- 3- Care of the terminally ill patient - Triangle 31.01.1992.
- 4- Feeling at Home - Journal of the Royal College of General Practitioners, 1978, 28-6 - 17.
- 5- Visiting Patients in their homes - JAMA, July 22/29, 1998 - vol 260, n 4.
- 6- List sizes and use of time in general practice. - British Medical Journal, Vol 295, 28 November 1987.
- 7- Home visiting by general practitioners in England and Wales - British Medical Journal, vol. 313, 27 July 1996.
- 8- House Calls: a practical guide to seeing the patient at home. - Geriatrics, vol. 50, n3, March 1995.
- 9- Making a success of house visits - The Practitioner, January 1994, vol 238.
- 10- A house call program as an essential component of primary care training - Primary Care, vol. 23, n1, March 1996.
- 11- Assistência Domiciliar: Uma proposta de Organização" - José Mauro Ceratti Lopes
- 12- BORDAS, R.M.; SANTAMARIA, A; GONDELL, A. Intervención domiciliaria. Rol de Enfermería, Barcelona, v. 15, n. 163, p.25-38, 1992.
- 13- BRUCE, C. Financial concepts in Home Healthcare. JONA. Vol.22, n. 5, p.29-34, may, 1992.
- 14- CECCIM, R. ; MACHADO, N. Contato domiciliar em saúde coletiva. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1995 (digit.).
- 15- CREUTZBERG, Marion. Vivências de famílias de classe popular cuidadoras de pessoa idosa fragilizada: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000 (Dissertação de Mestrado).
- 16- DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira, " Atendimento Domiciliar : Um enfoque gerontológico", são paulo, atheneu, 1º ed, 2000;
- 17- HAPPELL, Brenda. Student nurses` attitudes toward a career in community health. Journal of Community Health,., v.23, n.4, p.269-279, August, 1998.
- 18- LACERDA, Maria Ribeiro. O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar. Curitiba: Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal do Paraná, 1996. (Dissertação de Mestrado).
- 19- LACERDA, Ma. Ribeiro, " Tornanado-se Profissional no Contexto Domiciliar Vivência de Cuidado da Enfermeira", Tese de Doutorado de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000
- 20- MENDES JUNIOR, Walter Vieira " Assistências Domiciliar : Uma modalidade de Assistência para o Brasil", dissertação de mestrado Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social
- 21- OLIVEIRA, F.; BERGER, C. Visitas domiciliares em Atenção Primária à Saúde: equidade e qualificação dos serviços. Momentos e perspectivas em saúde, Porto Alegre, V.9, n.2, p.69-74, jul/dez, 1996.
- 22- PADILHA, M. et al. Visita domiciliar: uma alternativa assistencial. R. Enf. UERJ, v.2, n.1, p.83-90, maio, 1994.
- 23- PEREIRA, R. et all. O significado do cuidado para o adulto em condição crônica de saúde em consulta de enfermagem. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1997. Relatório de Pesquisa.
- 24- SANTOS, B. et al. O Domicílio como espaço do cuidado de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM 50°. Anais. Salvador.No prelo. 1998.
- 25- SILVA, Fernando Só et al. Manual do Home Care para médicos e enfermeiras. São Paulo: Sistema Rimed Home Care, 1999.
- 26- SUNDEEN, S et all. Nurse-client interaction: implementing the nursing process. 6 ed. St. Louis: Mosby, 1997.
- 27- THORNE, S. Helpful and unhelpful communication in cancer care: the patient perscpective. Oncology Nursing Forum. Pittsburg, v.15, n.2, p. 167-172, 1988.





## 13 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

---

José Mauro Ceratti Lopes - [jmauro.lopes@terra.com.br](mailto:jmauro.lopes@terra.com.br)

Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

Unidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. - Fone (51) 3362.5232

Rua Francisco Trein, 596 - Bairro Cristo Redentor

Porto Alegre- RS - CEP 91.350-000



## ANEXO 2

### Parecer do Conselho de Ética do GHC



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**  
**CEP - GHC**  
**RESOLUÇÃO**

Porto Alegre, 12 de janeiro de 2006.

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-GHC, em reunião ordinária em 11/01/2006 analisou o projeto de pesquisa:

**Nº 105/05**

**FR: 77589**

**Título Projeto:** A assistência domiciliar desenvolvida na rede pública de serviços de saúde: uma análise de suas implicações na saúde da população.

**Pesquisador(es):** Nalú Pereira da Costa Kerber

**PARECER:**

**Documentação:** Aprovada


**Aspectos Metodológicos:** Aprovados

**Aspectos Éticos:** Aprovados

**Parecer final:** Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de **APROVADO**, neste CEP.

**Grupo e área temática:** Projeto pertencente ao Grupo III – Área Temática (Ciências da Saúde – Enfermagem 4.04)

**Considerações finais:** Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/GHC. O autor deverá encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.

  
**Dr. Julio Baldisserotto**  
Coordenador CEP - GHC

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / GHC fone/fax: (51) 33572407 - e-mail: pesquisas-cep.com.br

**Reconhecido:** Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP (31/out/1997) - Ministério da Saúde  
IRB - Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)  
Office for Human Research Protections (ORPH) sob número - IRB 00001105  
FWA Federalwide Assurance sob número FWA 00000378

# ANEXO 3

## Modelo de check-in-list utilizado no SSC-GHC

Serviço de Saúde Comunitária do GHC

**ANEXO 3**  
**Anexo 04 - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

Serviço de Saúde Comunitária do G. H. C. - Unidade \_\_\_\_\_

**FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA ENFERMAGEM**

Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Profissional: \_\_\_\_\_ Telefone do paciente: \_\_\_\_\_

DATA DAS VISITAS									
<b>PELE</b>									
Coloração									
Edema(s)									
Área atrito/pressão									
Hidratação									
Higiene									
<b>SINAIS VITAIS</b>									
Pressão Arterial									
Temperatura Axilar									
Pulso									
Respiração									
<b>ALIMENTAÇÃO</b>									
Aceitando V.O									
Ingesta Líquidos									
Conforme dieta									
<b>ELIMINAÇÕES</b>									
Evacuações p/sem.									
Diarréia?									
Constipação?									
Urina, freqüência									
Urina, volume									
Urina, cor									
<b>HIGIENE</b>									
Cama									
Paciente, corporal									
Paciente, oral									
<b>MOBILIZAÇÃO</b>									
Leito									
Fora do leito									
Ativa									
Passiva									
<b>SONDAS</b>									
Funcionamento									
Troca									
<b>SONO Adequado</b>									
<b>AMBIENTE</b>									
Impressão Geral e Observações									