

Kênia Lara Silva^I

Roseni Rosângela de Sena^{II}

Clarissa Terenzi Seixas^{III}

Laura Camargo Macruz
Feuerwerker^{IV}

Emerson Elias Merhy^V

Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial

Home care as change of the technical-assistance model

RESUMO

OBJETIVO: Analisar práticas de atenção domiciliar de serviços ambulatoriais e hospitalares e sua constituição como rede substitutiva de cuidado em saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Estudo qualitativo que analisou, com base na metodologia de caso traçador, quatro serviços ambulatoriais de atenção domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde e um serviço de um hospital filantrópico do município de Belo Horizonte, MG, entre 2005 e 2007. Foram realizadas entrevistas com gestores e equipes dos serviços de atenção domiciliar, análise de documentos e acompanhamento de casos com entrevistas a pacientes e cuidadores. A análise foi orientada pelas categorias analíticas integração da atenção domiciliar na rede de saúde e modelo tecnoassistencial.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: A implantação da atenção domiciliar foi precedida por decisão político-institucional tanto com orientação racionalizadora, buscando a diminuição de custos, quanto com vistas à reordenação tecnoassistencial das redes de cuidados. Essas duas orientações encontram-se em disputa e constituem dificuldades para conciliação dos interesses dos diversos atores envolvidos na rede e na criação de espaços compartilhados de gestão. Pôde-se identificar a inovação tecnológica e a autonomia das famílias na implementação dos projetos de cuidado. As equipes mostraram-se coesas, construindo no cotidiano do trabalho novas formas de integrar os diferentes olhares para transformação das práticas em saúde. Foram observados desafios na proposta de integrar os diferentes serviços de caráter substitutivo do cuidado ao limitar a capacidade da atenção domiciliar de mudar o modelo tecnoassistencial.

CONCLUSÕES: A atenção domiciliar possui potencial para constituição de uma rede substitutiva ao produzir novos modos de cuidar que atravessam os projetos dos usuários, dos familiares, da rede social e dos trabalhadores da atenção domiciliar. A atenção domiciliar como modalidade substitutiva de atenção à saúde requer sustentabilidade política, conceitual e operacional, bem como reconhecimento dos novos arranjos e articulação das propostas em curso.

DESCRITORES: Serviços de Assistência Domiciliar. Modelos Organizacionais. Pesquisa Qualitativa.

^I Departamento de Enfermagem Aplicada. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Programa de Sociologia. Université Paris Descartes. Paris, IDF (Ile-de-France), France

^{IV} Departamento de Prática de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^V Departamento de Clínica de Médica. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Kênia Lara Silva
Av. Alfredo Balena 190, sala 508 – Santa Efigênia
30130-100 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: kenialara17@yahoo.com.br

Recebido: 26/3/2008

Revisado: 1/3/2009

Aprovado: 5/8/2009

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze home care practices of outpatient and hospital services and their constitution as a substitute healthcare network.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: A qualitative study was carried out using tracer methodology to analyze four outpatient home care services from the Municipal Health Department and one service from a philanthropic hospital in the municipality of Belo Horizonte, Southeastern Brazil, between 2005 and 2007. The following procedures were carried out: interviews with the home care services' managers and teams, analysis of documents and follow-up of cases, holding interviews with patients and caregivers. The analysis was guided by the analytical categories home care integration into the healthcare network and technical-assistance model.

RESULTS: Home care implementation was preceded by a political-institutional decision, both with a rationalizing orientation, intending to promote cost reduction, and also with the aim of carrying out the technical-assistance rearrangement of the healthcare networks. These two types of orientation were found to be in conflict, which implies difficulties for conciliating interests of the different players involved in the network, and also the creation of shared management spaces. It was possible to identify technological innovation and families' autonomy in the implementation of the healthcare projects. The teams proved to be cohesive, constructing, in the daily routine, new forms of integrating different perspectives so as to transform the healthcare practices. Challenges were observed in the proposal of integrating the different substitutive healthcare services, as the home care services' capacity to change the technical-assistance model is limited.

CONCLUSIONS: Home care has potential for constituting a substitutive network by producing new care modalities that cross the projects of users, family members, social network, and home care professionals. Home care as a substitute healthcare modality requires political, conceptual and operational sustainability, as well as recognition of the new arrangements and articulation of ongoing proposals.

DESCRIPTORS: Descriptors: Home Care Services. Models, Organizational. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

Governos, gestores do sistema de saúde e capital financeiro (com inserção na saúde por meio da securitização) dirigem-se ao controle de gastos e riscos em iniciativas racionalizadoras na organização do trabalho e políticas de focalização.^{1,6} Contudo, novas necessidades decorrentes do envelhecimento populacional, demandas por melhor qualidade da atenção, por cuidados integrais e contínuos têm fortalecido práticas anti-hegemônicas e na formulação de novas estratégias e mecanismos para o cuidado em saúde. Assim, observam-se a emergência e ampliação de espaços de atenção não tradicionais como a Estratégia Saúde da Família, serviços de atendimento domiciliar terapêutico destinados a pacientes com HIV/Aids, propostas de cuidados paliativos domiciliares, entre outros. Os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960 e têm se expandido no País com

maior força a partir da década de 1990, fazendo com que haja necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Há escassez de registros e de sistematização de serviços públicos e privados de AD, mesmo quando ocorrem por iniciativa institucional explícita (de sistemas municipais de saúde, hospitais, operadoras de saúde entre outros). Apenas são conhecidas as experiências consideradas bem-sucedidas ou com maior tempo de funcionamento.⁸ As iniciativas de atenção domiciliar vinculadas a hospitais quase sempre se orientam para a desospitalização, diminuição de custo, prevenção de riscos e humanização da assistência, e são direcionadas

a grupos de usuários por patologias (tratamento domiciliar de feridas, portadores de distrofia muscular, paciente portadores de HIV/Aids). Na rede pública, as propostas de atenção domiciliar têm sido construídas como experiências orientadas pela extensão de cobertura ou pela desospitalização precoce. Ainda é limitado o debate e o investimento político na atenção domiciliar como alternativa para os processos de trabalho e no modo de produzir o cuidado, caracterizando o caráter substitutivo das práticas em saúde.⁹ Denominamos de substitutivas as possibilidades do cuidado em saúde que desinstitucionalizam o modo hegemônico, criando novas práticas de produção de cuidado em saúde.²

Nos últimos anos, a atenção domiciliar está presente na formulação das políticas públicas de saúde e de assistência social, na gestão e nas demais práticas em serviços de saúde. Mecanismos legais tais como a Portaria 2416,^a a Lei 10.424^b e a RDC 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária^c representam marcos nas discussões de políticas públicas que focalizam a atenção domiciliar como modalidade de oferta na organização da assistência à saúde.

Embora se reconheça a evolução em relação à legislação que regulamenta a atenção domiciliar como modalidade de assistência no País, sua proposição não fez parte do projeto original do SUS, tendo sido incorporada ao sistema como complementar.¹⁰

Com base na literatura e na experiência dos pesquisadores partiu-se do pressuposto de que há muitas dimensões do cuidado domiciliar e grande diversidade de modelagens e organizações que essa assistência tem assumido. Isso ocorre desde a visita domiciliar a pacientes crônicos, até o estabelecimento domiciliar de um aparato médico-hospitalar de grande complexidade de cuidados como na internação domiciliar.

O objetivo do presente estudo foi analisar práticas de atenção domiciliar de serviços ambulatoriais e hospitalares e sua constituição como rede substitutiva de cuidado em saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foram analisados dados de uma pesquisa mais ampla^d realizada em diferentes regiões do País no período de 2005 a 2007. Foram realizados estudos de caso com

base em uma amostra intencional que incluía experiências desenvolvidas por iniciativa de secretarias municipais e estaduais de saúde, envolvendo hospitais (públicos e filantrópicos) e serviços específicos de atenção domiciliar desenvolvidos pela rede de serviços de saúde no âmbito do SUS.

O estudo de campo foi organizado em três etapas:

1. Mapeamento e seleção das experiências de atenção domiciliar em diferentes municípios do País. O município de Belo Horizonte, MG, foi selecionado por contemplar os critérios de: existência de serviços públicos de atenção domiciliar de diversas iniciativas (da administração pública direta federal, estadual ou municipal, além de serviços de instituições filantrópicas) vinculados ao SUS em caráter ambulatorial ou hospitalar e existência de estratégias políticas para a consolidação da atenção domiciliar no bojo das ações assistenciais do município. Como primeira abordagem, procedeu-se a visitas a todos os serviços públicos de atenção domiciliar. Foram utilizados como procedimentos para coleta de dados a análise documental e entrevistas com gestores dos serviços e com informantes-chave do âmbito da gestão. Posteriormente, foi construído um banco de dados com informações de todos os serviços referentes a: gestão de recursos dos serviços (investimento e custeio), composição das equipes (carga horária, remuneração, tipo de contratação) e indicadores de avaliação. Solicitou-se às equipes que identificassem casos significativos, chamados de traçadores – casos representativos do perfil do serviço, que houvessem provocado desconforto, ou satisfação. Em Belo Horizonte foram analisados em profundidade seis casos traçadores.

Traçadores configuram-se como uma estratégia de investigação utilizada tanto em estudos quantitativos (por exemplo, marcadores biológicos, marcadores clínicos) como em estudos qualitativos tanto em ciências sociais e políticas quanto nas áreas de educação e saúde.^{3,-5,11,e} Casos traçadores podem ser desenhados prospectivamente ou identificados retrospectivamente (como marcadores para analisar processos de cuidado, de mudança ou educacional).

A análise de traçadores permite examinar “em situação” as maneiras como se concretizam na prática processos de trabalho complexos, como os da saúde

^a Ministério da Saúde. Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de Internação Domiciliar no SUS. *Diário Oficial Uniao*. 26 mar 1998;Seção 1:106.

^b Brasil. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigos à Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial Uniao*. 16 abr 2002. Seção 1:1.

^c Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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. *Diário Oficial Uniao*. 30 jan 2006;Seção 1:78.

^d Pesquisa desenvolvida pelo Ministério da Saúde, denominada “Implantação de Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS – Modelagem a partir das Experiências Correntes”, no período de junho de 2005 a junho de 2007..

^e Ham C, Parker H, Singh D, Wade E. Getting the basics right: final report on the care closer to home: making the shift programme. Coventry: NHS Institute for Innovation/Birmingham: Improvement and Health Services Management Centre; 2007.

e da educação, que envolvem um importante grau de autonomia dos profissionais. Na cena concreta, expressam-se valores, conceitos e tecnologias que não necessariamente são captados numa entrevista (quando geralmente se fala do “dever ser” – e não do que realmente é – ou de como cada um interpreta a cena vivida – sem expressar necessariamente os conflitos). Dependendo do marcador, observam-se diferentes tipos de atuação da equipe, diferentes configurações de interação entre os trabalhadores e dos trabalhadores com os usuários, diferentes repertórios tecnológicos, diferentes arranjos organizacionais. O caráter de marcador ou traçador do caso selecionado para estudo foi determinado por características tais como ser um caso típico, uma situação de sucesso (“boa prática”), uma situação de tensão ou de difícil resolução que marcou a equipe em sua atuação.

A análise dos casos envolveu análise de prontuário, entrevista com todos os membros da equipe no serviço e também com os usuários e familiares no domicílio, durante o acompanhamento do caso com a equipe, possibilitando um processo de auto-análise da equipe da atenção domiciliar. Permitiu, portanto, avaliar o processo de trabalho e gestão (a construção do cuidado, a dinâmica da equipe, as tecnologias utilizadas, a relação com o usuário e com o cuidador, a relação da atenção domiciliar com outros serviços de saúde eventualmente necessários para a prestação do cuidado adequado, onde falhou, porquê foi bem sucedida, o que poderia ter sido feito para evitar ou amplificar tal situação), possibilitando a captação, interpretação e aprofundamento do objeto de investigação *in loco*. O caso traçador possibilitou o contato com profissionais das equipes de atenção domiciliar e o acompanhamento da equipe “em ato” no domicílio, mediante observação direta.

2. Análise de experiências e identificação de contribuições para a elaboração de políticas. As experiências foram analisadas tomando-se como variáveis: arranjo e composição da equipe; articulação da atenção domiciliar no sistema local de saúde; características do cuidador; a conformação do ato de cuidar (definição do plano de cuidados, protocolos, incorporação tecnológica, critérios de elegibilidade e alta); racionalidade econômica (origem e gestão dos recursos, ferramentas de avaliação da AD).

No estudo, foram analisadas as variáveis “articulação da atenção domiciliar no sistema local de saúde” e “conformação do ato de cuidar” com base nas duas fases da investigação.

3. Produção de indicativos para a formulação de uma política, com indicação de modalidades de oferta e organização da AD, regulação e financiamento, além da análise de custos dos serviços, que foi realizada em âmbito nacional.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Fase 1: Cartografia dos serviços de atenção domiciliar em Belo Horizonte

Foram identificados três núcleos de serviços de atenção domiciliar organizados por diferentes iniciativas institucionais no município, a saber: Programas de Atenção Domiciliar (PAD) ou Internação Domiciliar (PID) em instituições públicas municipais, estaduais, federais e filantrópicas.

1. PAD vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS): constitui-se de sete serviços, sendo um localizado no Hospital Municipal - PAD Hospital Odilon Behrens (existe desde 2000 e atende pacientes em sua maioria portadores de lesões de pele advindos da internação de longa permanência no hospital) e seis serviços vinculados às unidades de pronto atendimento: PAD Esmeralda, PAD Ametista, PAD Topázio, PAD Barreiro, PAD Pampulha e PAD Diamante (os cinco primeiros estão localizados nas portas de urgência do município desde 2002, na lógica de distribuição por distritos do município. Atendem pacientes com quadros agudos com perfil prevalente de infecções (urinárias, respiratórias e de pele) cuja internação hospitalar é indicada, mas é passível de ser evitada por meio de atendimento domiciliar mais intensivo que o acompanhamento clássico da atenção básica. O PAD Diamante segue a estrutura dos demais PAD municipais com atendimento exclusivo de pacientes portadores de HIV/Aids).

2. Programas vinculados à rede hospitalar estadual (Rede FHEMIG) com quatro PAD em diferentes hospitais: PAD Hospital João XXIII (existe desde 1999 voltado para a desospitalização dos pacientes de longa permanência do hospital, especialmente portadores de trauma raquimedular); PAD Centro Geral De Pediatria (constituído por duas equipes: CGP Domiciliar e VentiLar. A primeira, em funcionamento desde 2000, atua na desospitalização de crianças egressas da terapia intensiva com problemas neurológicos, pneumopatias crônicas, distúrbios de deglutição, entre outros. A segunda equipe, criada em 2002, atende crianças portadoras de distrofia muscular progressiva com necessidade de monitorização ventilatória perene e ventilação mecânica invasiva); PAD Hospital Eduardo de Menezes (PAD Terapêutico existente desde 1995 com atendimento a portadores de HIV/Aids. Na lógica da gestão compartilhada, há regionalização dos atendimentos no município com o PAD Diamante da SMS); PAD Hospital Júlia Kubitschek (destina-se exclusivamente a pacientes adultos portadores de Distrofia Muscular, em funcionamento desde 2002).

3. Programas vinculados a outros hospitais públicos/filantrópicos: PIDNEO Hospital Sofia Feldman (existe desde 2005 com o propósito de desospitalização dos

recém-nascidos estáveis que se encontram na unidade canguru do hospital para ganho de peso; recém-nascidos ictericos que necessitam de fototerapia, sem risco de exsanguineotransfusão); PID Hospital das Clínicas (existe desde 1999, no momento com atuação de duas equipes. A primeira voltada a pacientes adultos principalmente com distúrbios neurológicos graves: seqüelas de acidente vascular cerebral, demências de diversas etiologias, além de portadores de imobilidade e suas conseqüências e neoplasias com cuidados paliativos. A segunda equipe atende crianças com perfil prevalente de má formações e paralisia cerebral).

Os serviços analisados em profundidade na fase 1 do estudo (PAD Hospital Odilon Beherens e PAD vinculados às unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde e PIDNeo Hospital Sofia Feldman) estão descritos na Tabela.

A atenção domiciliar nas unidades hospitalares do SUS em Belo Horizonte é normalizada pela Portaria SMSA/SUS-BH N° 03/2001 que estabelece os critérios para que as unidades hospitalares públicas do município implantem seus programas, havendo previsão de remuneração via tabela do Sistema de Informação Ambulatorial.^{a,b} Entretanto, este mecanismo de financiamento não se efetivou nas unidades do município, sendo o financiamento realizado com recursos do orçamento próprio das secretarias de saúde e hospitais, com exceção dos PAD Diamante e PAD Hospital Eduardo de Menezes que contam com pagamento específico via Programa Nacional de DST/Aids.

Em todos os serviços houve dificuldades para o levantamento de dados sobre investimento, custeio e financiamento dos programas, pois as operações financeiras (compra de material e equipamentos, contratação de pessoal, manutenção predial, entre outros) eram realizadas por estruturas centrais da secretaria municipal de saúde, da própria prefeitura, da secretaria estadual diretamente ou por meio de fundação, estando fora do âmbito da coordenação dos programas.

Fase 2: Análise dos casos traçadores

No trabalho de campo, foram analisados seis casos traçadores selecionados nos seguintes serviços: dois casos do PAD HOB, um caso do PAD Topázio, um caso do PAD Diamante e dois casos do PIDNEO Hospital Sofia Feldman.

A seleção das experiências foi orientada pelos critérios de factibilidade (disponibilidade de recursos para implementação das propostas; disponibilidade de tecnologia e de insumos próprios do programa de atenção domiciliar e estrutura administrativa que possibilitasse a

inserção dos pesquisadores para a análise da equipe nas visitas); expressão do perfil da clientela diversificado com casos variados por faixa etária e condição clínica e caso que estivesse em curso.

Foram incluídos casos típicos, casos de sucesso (boas práticas) e casos de tensão, a saber:

Caso típico: foi indicado pela equipe do PIDNEO Hospital Sofia Feldman: o acompanhamento de uma criança prematura de 34 semanas encaminhada ao programa após 15 dias de internação hospitalar. O caso representa a característica predominante dos pacientes assistidos (recém-nascidos admitidos para ganho de peso) e que evoluem de forma satisfatória no programa contribuindo para as estatísticas positivas do programa. No acompanhamento do caso foi possível perceber aquilo que a equipe denomina de “indicadores que a avaliação formal do Programa não mostra”: a receptividade da família, as expectativas e as histórias que são contadas na casa.

Casos de sucessos (“boas práticas”): foram indicados dois casos de sucesso, um pela equipe do PAD HOB e o outro pela equipe do PIDNEO Hospital Sofia Feldman. No caso A, a equipe do PAD HOB relatou o acompanhamento de uma paciente admitida no PAD após quatro dias de internação hospitalar por debridamento cirúrgico de fascíte necrotizante. Permaneceu no Programa por 35 dias. Neste período a equipe solicitou avaliação com especialista que indicou uma nova cirurgia, porém a paciente foi definidora do projeto de cuidado optando por não realizá-la. A boa prática resulta da implicação da equipe na produção do cuidado que considerou o usuário como definidor do projeto terapêutico. Com um posicionamento ético-político, a equipe foi capaz de considerar as demandas e necessidades da usuária que assumiu centralidade na produção do cuidado. No caso B, a equipe do PIDNEO indicou o acompanhamento de um recém-nascido de baixo peso; filho de pais adolescentes que tiveram dificuldade de aceitação da gestação. A criança permaneceu no Programa por 24 dias, período em que a equipe possibilitou a responsabilização dos pais para com os cuidados com do recém-nascido. A responsabilização foi construída a partir da autonomia que o cuidado no domicílio proporcionou, situação relatada pelos pais como “difícil de ser construída” diante das regras e horários rígidos da instituição hospitalar.

Casos de tensão: foram indicados três casos considerados pelas equipes como de difícil resolução ou que impactaram a equipe diante dos desafios para a atuação. A equipe do PAD HOB indicou o acompanhamento de criança com Síndrome de Edwards, incluída no

^a Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes para a atenção domiciliar no município. Belo Horizonte; 2003.

^b Belo Horizonte. Portaria SMSA/SUS-BH n° 03/2001, de 3 de abril de 2001. Normatiza a atenção domiciliar terapêutica nas unidades hospitalares do SUS em Belo Horizonte. *Diário Oficial Município*. 2001;7(1351). [citado 2009 dez 3]. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=884874>

Tabela. Serviços de atenção domiciliar selecionados para análise em profundidade no município de Belo Horizonte/MG, 2007.

Variável	PAD HOB	PAD vinculados a unidade de pronto-atendimento	PIDNEO Hospital Sofia Feldman
Articulação com o sistema de saúde		Serviços localizados nas UPA e vinculados à Gerência de Urgência da SMS.	Programa especial da Unidade de Neonatologia do hospital.
Inserção institucional	Programa especial do hospital.	A inserção no programa se dá por indicação do médico da UPA e avaliação clínica do médico do PAD dos pacientes das UPA com AIH emitidas e passíveis de cancelamento. Há entrada também por solicitação das ESF para casos crônicos agudizados. No caso do PAD Diamante que atende exclusivamente pacientes com HIV/Aids, a demanda é feita, em geral, pelo médico responsável pelo paciente internado e pelos SAE, para evitar a hospitalização, inclusive nas UPAS	A entrada do paciente no Programa é avaliada durante sua estada na unidade de cuidados intermediários, após internação em UTI.
Fluxo de atendimento	O médico assistente contata o serviço social do PAD que realiza uma interconsulta para verificar os critérios de elegibilidade. O serviço social contata, então, a equipe do PAD que realiza interconsulta e define pela atenção domiciliar.	Exames necessários são realizados nas UPAS com material coletado em domicílio ou por meio de remoção do paciente em veículo do Programa. Há parceria e suporte com o HOB para SADT e para a eventual necessidade de intervenção de especialistas.	O hospital garante a retaguarda necessária aos pacientes do PID em termos de SADT, com coleta domiciliar de material, sendo utilizado o veículo do programa. Nos finais de semana e feriados, cuidadores e familiares são orientados a acionar a Equipe de Suporte caso necessário. Não havendo possibilidade de atendimento de Urgência pela Equipe de Suporte, a família é orientada a procurar atendimento na Unidade de Urgência da sua área de abrangência ou acionar o SAMU.
Atendimento de urgência/intercorrências e apoio diagnóstico e terapêutico	Para a remoção do paciente em caso de intercorrência e nos procedimentos hospitalares é utilizado o serviço de transporte do HOB. Nos finais de semana e no horário noturno, a remoção é feita pelo SAMU.	A articulação com as ESF é diversificada com adesão de algumas equipes e outras não. As dificuldades apontadas estão relacionadas ao transporte, equipamentos (medicamentos e insumos) e profissionais para continuidade do cuidado nas ESF.	Existem problemas no entrosamento com a rede de saúde de BH, principalmente a rede básica. A equipe toma a iniciativa de fazer uma articulação sistemática direta com as ESF da área de abrangência do paciente, por meio da assistente social, de modo a garantir a continuidade do tratamento após a alta.
Relação com as unidades locais de saúde	A UBS é comunicada pelo PAD da admissão do paciente. A resposta quanto ao acompanhamento dos pacientes pelo PAD tem sido diversa segundo características de funcionamento das ESF.	Pré-hospitalização. No caso do PAD Diamante, desospitalização e pré-hospitalização	Desospitalização.
Conformação do ato de cuidar	Desospitalização.		
Objetivo do Programa			

Continua

Tabela continuação

Variável	PAD HOB	PAD vinculados à unidade de pronto-atendimento	PIDNEO Hospital Sofia Feldman
Conformação do ato de cuidar			
Definição do plano de cuidados	<p>Traçado principalmente pela enfermeira, mas também pelo médico assistente antes da desospitalização</p> <p>A primeira visita no domicílio é realizada pelo médico ou pela enfermeira e as visitas subsequentes pela auxiliar de enfermagem. As visitas dos demais profissionais acontecem de acordo com as necessidades identificadas pela equipe básica. A equipe funciona como um colegiado que a cada 15 dias discute todos os casos, definindo prioridades de acordo com a complexidade.</p>	<p>Traçado pela equipe que define o número de visitas a serem implementadas.</p> <p>O cuidado é programado e acompanhado pelo conjunto da equipe, com bom entrosamento. Foram desenvolvidas experiências com tecnologias indispensáveis ao desenvolvimento rotineiro das atividades, como a "Mala" do programa, contendo um conjunto de materiais, medicamentos e equipamentos que acompanham a equipe nas visitas.</p>	<p>Traçado pela equipe que define o número de visitas a serem implementadas.</p> <p>O cuidado é programado e acompanhado pelo conjunto da equipe, com bom entrosamento. Foram desenvolvidas experiências com tecnologias indispensáveis ao desenvolvimento rotineiro das atividades, como a "Mala" do programa, contendo um conjunto de materiais, medicamentos e equipamentos que acompanham a equipe nas visitas.</p>
Trabalho da equipe		<p>Referem articulação entre os membros da Equipe que realizam a avaliação dos casos e estabelecem o plano de cuidado. O plano de cuidados sistematizado é realizado para os casos de maior grau de dependência; os demais são discutidos pela equipe e os fluxos são definidos. No caso do PAD Diamante, cuidado é organizado em visitas programadas, com até 3 consultas médicas semanais. Caso sejam necessárias mais consultas, é indicada a internação hospitalar devido ao limite técnico do programa.</p>	
Continuidade do cuidado	<p>A continuidade pela rede básica encontra-se comprometida devido à falta de profissionais em algumas unidades; meio de transporte insuficiente para as visitas domiciliares; falta de capacitação de alguns profissionais.</p> <p>O cuidador não precisa ser um profissional da área de saúde, sendo eleito cuidador aquele que vai se responsabilizar pelo paciente, ajudando-o nos cuidados, podendo ser desde familiares (maior incidência), até vizinhos ou religiosos. As atividades desenvolvidas são: banho, medicação, alimentação, recreação e, também, curativo. Em geral, encontra-se uma diversidade de cuidadores. A grande maioria adere aos cuidados com o paciente, mas em alguns casos há resistência nesse cuidado sendo necessário a busca de alternativas com outros cuidadores substitutos.</p>	<p>Após a alta, o paciente é referido para os serviços especializados (no caso do PAD Diamante) e/ou para o PSF; se há piora do quadro, o paciente é hospitalizado.</p> <p>O critério de elegibilidade do cuidador se aplica apenas no caso da dependência do paciente. Nos demais casos, são trabalhados o grau de autonomia do paciente na execução do autocuidado. A maioria dos cuidadores é informal, composta por familiares, sem formação específica. Suas atividades são: banho, alimentação, medicação no horário. A capacitação dos cuidadores é realizada durante o atendimento da equipe do PAD. Na maioria dos casos há uma adesão da família aos cuidados com o paciente.</p>	<p>No caso de bebês prematuros, o hospital provê acompanhamento ambulatorial durante o ano seguinte à alta, mas as mães também são orientadas a buscar atendimento na rede básica.</p> <p>O cuidador, quase exclusivamente, é a mãe, mas também pode haver cuidadores secundários, como a avó. As atividades desenvolvidas pelas cuidadoras referem-se aos cuidados básicos com o recém-nascido como amamentação, troca de fraldas, banho. Os recém-nascidos prematuros geralmente utilizam como medicamentos suplementação vitamínica e a mãe é orientada a como oferecer os medicamentos já durante a internação hospitalar. No momento da admissão do recém-nascido no Programa, a equipe reforça as orientações e discutem com a mãe o plano de cuidados, explicando como oferecer os medicamentos, cuidados com o banho de sol e dieta.</p>

ESF: Estratégia Saúde da Família; HOB: Hospital Odilon Behrens; PAD: Programa de atenção domiciliar; PID: Programa de internação domiciliar; SADTI: Serviço de apoio diagnóstico; SAE: Serviço de atenção especializada; SAMU: Serviço de atendimento móvel de urgência; SMS: Secretaria Municipal de Saúde; UBS: Unidade básica de saúde; UPA: Unidade de pronto atendimento

programa após seis meses de internação hospitalar. Foi acompanhada pelo PAD por três meses até a reinternação e óbito. O caso pode ser caracterizado como de cuidado paliativo pelo diagnóstico reservado e por isso havia um preparo da família para o óbito. Entretanto, o desafio posto para a equipe não se referia à finitude da vida mas à mobilização de tecnologias que não dominavam naquele momento para lidar com as relações familiares conturbadas e a dificuldade financeira. Em cuidados paliativos, a equipe referia que a intensidade dos vínculos criados pelo cuidado demandava da equipe uma nova dinâmica do trabalho, nem sempre com horários definidos para atender a demanda da família. O segundo caso de tensão foi indicado pela equipe do PAD Diamante: o acompanhamento de um paciente dependente de cuidados, cuja cuidadora (definida como tal por falta de outra opção) negligenciava cuidados. O caso revelou a necessidade de se discutir as relações que se estabelecem no interior do cuidado no domicílio, entre eles a definição dos cuidadores e o cotidiano do trabalho no domicílio. Ao mesmo tempo foi revelador também da necessidade de se construir uma rede social de apoio ao cuidado no domicílio. O terceiro caso de tensão foi indicado pela equipe do PAD Ametista: o acompanhamento de um paciente, 56 anos, admitido no Programa pelo critério de múltiplas demandas (portador de gota extensa, etilista, hipertenso com procura freqüente pelo serviço de urgência). A equipe considerou ser um caso emblemático pela pouca adesão do paciente às orientações e prescrições do programa. O caso foi revelador do limite de atuação da equipe em situações complexas.

Os casos traçadores permitiram a identificação de analisadores ou categorias analíticas definidas como um conjunto de elementos que revelam os aspectos que constituem as situações, permitindo estabelecer as relações entre o proposto na política e na programação e o executado. Os analisadores permitiram, ainda, compreender a multiplicidade e complexidade de relações que se estabelecem entre os sujeitos que participam na atenção domiciliar nas situações analisadas.

Neste sentido, destaca-se que os casos foram potentes para mobilizar nas equipes o uso de tecnologias leves e a necessidade de buscar articulação com outras redes que não somente a dos serviços de saúde. As equipes revelaram que a atenção no domicílio os coloca em contato com aquilo que mesmo indagado no atendimento hospitalar ou ambulatorial (condições de moradia, relações familiares, entre outros) não se constitui objeto direto do seu trabalho. Assim, no domicílio, a solidariedade e a invenção passam a compor a caixa de ferramentas da equipe,² configurando-se num movimento de incorporação de novas tecnologias no fazer em saúde.

DISCUSSÃO

Quanto à variável “articulação da atenção domiciliar com o sistema local de saúde”, a implantação da atenção domiciliar em Belo Horizonte, em suas diversas modalidades e modelagens, foi precedida de decisão político-institucional no sentido de assumi-la como estratégia de organização tecnoassistencial em saúde no município, objetivando simultaneamente a desospitalização (melhor aproveitamento dos leitos existentes e contenção de gastos) e a humanização do cuidado. Isso pode ser observado tanto nas entrevistas com o gestor municipal, na análise documental, na observação direta (por exemplo, por meio do encontro reunindo todas as experiências de atenção domiciliar) e por meio do investimento na articulação das equipes de atenção domiciliar com outras instâncias do sistema de saúde.

A articulação entre os diferentes serviços de atenção domiciliar no município de Belo Horizonte vem sendo discutida, havendo proposta de construção de uma Diretriz Municipal de Atenção Domiciliar. A iniciativa partiu da Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Coordenação da Atenção Domiciliar, que tem promovido debates e seminários com presença de todos os serviços de Atenção Domiciliar, próprios e também os desenvolvidos por outras instituições. Esses serviços portanto constituem uma rede de cuidados, com potencial para contribuir para a continuidade e a integralidade da assistência.

No Primeiro Encontro dos Programas de Atenção Domiciliar do SUS-BH^a foram apresentadas as características gerais e a forma de funcionamento de cada um dos programas em funcionamento no município. A discussão incluiu também o movimento de integração dos serviços de atenção domiciliar com as equipes de Saúde da Família e a distribuição das responsabilidades dos Programas no atendimento à demanda do município, segundo a lógica de regionalização e atendimento por especialidades.

A proposta de regulamentação com a Portaria SMSA/SUS-BH N° 03/2001^b representa uma estratégia de se organizar as práticas no campo e traduzem uma definição política para tal. Os achados revelaram também um especial interesse do coordenador dos programas municipais em integrar todos os serviços existentes numa perspectiva de trabalho em rede resolutiva, de acordo com as diretrizes do SUS e com o papel esperado para o gestor municipal. Esse processo é construído com dificuldades, principalmente quanto aos mecanismos de entrada, continuidade após a alta da atenção domiciliar (em que se revelam disputas e

^a Encontro organizado pela Coordenação da Atenção Domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde em Belo Horizonte, MG, dezembro de 2006.

^b Belo Horizonte. Portaria SMSA/SUS-BH n° 03/2001, de 3 de abril de 2001. Normatiza a atenção domiciliar terapêutica nas unidades hospitalares do SUS em Belo Horizonte. *Diário Oficial Município*. 2001;7(1351). [citado 2009 dez 3]. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=884874>

tensões entre equipes de diferentes equipamentos de saúde) e financiamento das propostas.

As duas vertentes que mobilizaram a decisão político-institucional em relação à atenção domiciliar racionalizadora (atenção domiciliar como forma de diminuir custos por meio da abreviação ou substituição da internação hospitalar) e a que pretende a reordenação tecnoassistencial com valorização da rede substitutiva de cuidados (atenção domiciliar como alternativa mais humanizada e contextualizada de acordo com as necessidades dos usuários e suas famílias) – não são excludentes, pois estão ambas presentes, expressas nas diretrizes de organização dos programas e nas práticas instituídas pelas equipes.

Essas duas vertentes agenciam de modo diferente os profissionais do PAD e os gestores municipais. Para os profissionais participantes do estudo é mais relevante a potencialidade da atenção domiciliar na produção de novos modos de cuidado e afirmação de novas relações no ambiente institucional; para os gestores, entretanto, embora também reconheçam esse aspecto, a lógica da desospitalização constitui motivação principal para a implantação da atenção domiciliar.

A lógica da desospitalização se expressa nos mecanismos de acesso ao PAD que, em todas as experiências de BH, têm como ponto de partida a busca da desospitalização e, no caso dos PAD localizados nas unidades de pronto atendimento, a pré-hospitalização. Essa condição concentra as decisões nos profissionais do ambiente hospitalar e das unidades ambulatoriais. Não se identificam outros mecanismos de acesso à atenção domiciliar, restringindo-se à demanda dos hospitais e das unidades de pronto atendimento.

Acredita-se que a entrada do usuário na atenção domiciliar poderia ocorrer também por demanda das equipes de saúde da família, considerando que também nesse âmbito é possível identificar situações que requerem maior intensidade de cuidado, mas sem necessidade de internação hospitalar. Assim, um dos pontos de debate na articulação dos serviços tem sido a construção de fluxos de atendimento em três possibilidades de organização da atenção domiciliar, frente às portas de entrada: demanda advinda da equipe de Saúde da Família; demanda advinda da instituição hospitalar e demanda advinda das unidades de pronto-atendimento.^{a,b} Essa abertura criaria uma oportunidade para a atenção domiciliar ser efetivamente pautada pelas necessidades dos usuários, configurando-se como alternativa de eleição para certos tipos de situação clínica, constituindo-se uma modalidade efetivamente substitutiva.

A distribuição por distritos dos PAD revela a intencionalidade de se assumir a territorialidade como princípio organizativo, o que tem possibilitado avanços e diferentes graus de articulação com as equipes de saúde da família. O alcance da articulação, na continuidade e responsabilização da atenção pelo Programa Saúde da Família, durante ou após a alta da atenção domiciliar, ocorre em função das características do trabalho de algumas equipes em sua área de abrangência, com enfoque na demanda para cada caso e não se configura como modalidade sistemática de uma rede de cuidados.

Essa dificuldade é revelada em todos os serviços estudados, sendo uma preocupação para os profissionais das equipes de atenção domiciliar, que entendem que a dificuldade de articulação origina-se na impossibilidade de as equipes de saúde da família absorverem mais esta demanda, frente ao intenso ritmo de trabalho na atenção básica.

A dificuldade de concretização da atenção domiciliar como estação da rede de cuidados em saúde pode ser relacionada ao “lugar” que essa modalidade assume nos serviços. Nas configurações analisadas em Belo Horizonte prevalece a concepção da atenção domiciliar como um programa especial nas instituições, de pequenas proporções e, por isso, com pouca capacidade de absorver toda a demanda e impactar o modelo assistencial.

Na efetivação das propostas de atenção domiciliar, percebe-se uma diversidade de projetos em disputa (das instituições, dos profissionais, dos usuários, dos familiares). Na análise das experiências no campo de Belo Horizonte, essa condição evidencia-se na disputa frente aos diferentes modos de organizar os serviços de atenção domiciliar como, por exemplo, a organização, por patologia, dos serviços hospitalares na desospitalização e a organização dos PAD nas unidades de pronto atendimento na pré-hospitalização.

A existência de diversos serviços organizados com lógicas distintas, segundo a instituição de quem parte a iniciativa, revela o desafio de uma gestão compartilhada, capaz de integrar os diferentes serviços na construção de uma rede de cuidados, pensando-se na territorialidade e na construção da lógica da substitutividade, na medida em que são práticas que visam outros tipos de objetos e formas de cuidar.

Essa complexidade reforça a importância do gestor na operação de recursos tais como a capacidade de formular políticas, de induzir a incorporação de novas tecnologias e de viabilizar inovações tecnológicas na produção em saúde.

^a Secretaria Municipal de Saúde (Belo Horizonte). Atenção básica de saúde em Belo Horizonte: recomendações para a organização local. Belo Horizonte; 2006.

^b Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes para a atenção domiciliar no município. Belo Horizonte; 2003.

Entretanto, como observa Merhy,⁷ se os gestores não conseguirem impactar os modos como são construídas as contraturalidades entre gestores, trabalhadores e usuários, no dia-a-dia dos serviços, os modelos de atenção não serão transformados. Pode-se afirmar, ainda, que essa seja a realidade dos programas de assistência domiciliar analisados no campo de Belo Horizonte com práticas e experiências de atenção integral, formação de equipes e resultados positivos em novos arranjos na produção do cuidado em saúde. Porém, essa tem sido uma produção das equipes, sujeita às vicissitudes do cotidiano, sem que exista uma intencionalidade do gestor em sua efetivação e expansão. Isso se revela especialmente pelo fato de quase todas as experiências funcionarem como serviços especiais nas instituições ocorrendo de forma paralela às demais ações e isolados do restante da rede de serviços do ponto de vista das trocas e da articulação do cuidado.

Assim, quando analisamos as experiências de atenção domiciliar no campo, identificamos que há vários atores e projetos em disputa e, mesmo com toda a capacidade de governo, expressa na definição da atenção domiciliar como política institucional, as tensões constitutivas do agir em saúde têm superado as potencialidades das práticas inovadoras em curso.

Mesmo sem existir investimento específico das instituições proponentes em relação à produção de novos modos de cuidar na atenção domiciliar e reconhecendo as disputas no cotidiano do trabalho na atenção domiciliar, pôde-se identificar, nas experiências analisadas por meio dos casos traçadores, inovação tecnológica (sobretudo no campo das tecnologias leves) e possibilidade de o cuidador assumir o papel de definidor das relações usuário-centradas. O cuidado realizado na casa das pessoas oferece-lhes mais liberdade de criação e condução das suas atividades como definição de horários para banhos, alimentação e medicamentos (em função de certos efeitos colaterais), rotina de troca de fraldas, mudança de decúbito e mobilização de acordo com a disponibilidade dos cuidadores e dinâmica da casa, e permite-lhes relacionar-se diretamente com os profissionais (sem intermediários), construindo vínculos mais fortes. Observa-se a autonomia das famílias na implementação dos projetos de cuidado.

Muitas equipes têm nova dinâmica de trabalho, mostram-se coesas e compartilham saberes. Há respeito mútuo e constroem-se formas de integrar as especificidades de cada profissional como essenciais para um cuidado de qualidade no cotidiano do trabalho. Começa a se constituir uma superação de um modelo de produção em saúde centrado em procedimentos e organizado na lógica médico-hegemônica para um trabalho modelado pelo reconhecimento da prática de outros profissionais de saúde. Não foram observadas nas experiências disputas entre núcleos e campos de

saberes profissionais, pois existe construção conjunta e proatividade de todos de acordo com as necessidades dos usuários. Como esse é um arranjo produzido pelas equipes, sem apoio específico do gestor, fica evidente a necessidade de se contar com profissional habilitado com perfil adequado ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar da atenção domiciliar. Assim, pela força do encontro trabalhador-cuidador-usuário e pelo projeto ético-político que orienta o trabalho de muitas das equipes, a atenção domiciliar constitui-se uma potência instituinte de transformação das práticas em saúde.

Apesar disso, pôde-se apreender que, mesmo no domicílio, os médicos e os enfermeiros continuam a ser estratégicos e nucleares (na definição do plano terapêutico, pois são eles que prescrevem os cuidados a serem administrados, na hierarquização e classificação de complexidade do cuidado) como o são em outras modalidades de assistência à saúde.

A potencialidade inovadora da atenção domiciliar se dá pela maior permeabilidade das equipes aos diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias e pela produção de um cuidado ampliado que não se restringe ao aspectos biológicos da doença. Assim, são desenvolvidas inovações tecnológicas de cuidado e maiores possibilidades de efetivação do trabalho em equipe, que articula e compartilha diferentes saberes e práticas profissionais nos projetos terapêuticos, com ampliação da autonomia (dos usuários ou dos cuidadores).

As experiências mostram ser possível criar um novo ambiente de cuidado, atravessado por valores e crenças do cotidiano no domicílio e que, por isso também, configura novas maneiras de produção dos projetos terapêuticos, em que convivem e se atravessam os projetos dos usuários, dos familiares, da rede social, dos trabalhadores da atenção domiciliar.

CONCLUSÕES

A mudança do modelo de atenção é um processo complexo, pois está condicionada à incorporação de alterações no processo de trabalho em saúde quanto aos seus propósitos, objetos, meios e, principalmente, nas relações entre profissionais e a população usuária dos serviços. A mudança do modelo tecnoassistencial só é realmente efetiva quando se assume a centralidade do usuário na produção do cuidado, ao expressar suas necessidades e ocupar o lugar de sujeito na construção de projetos terapêuticos. As iniciativas “macro”-sistêmicas relacionadas à formulação e implementação de políticas dão condições objetivas para as mudanças no nível “micro”. Porém, as mudanças só ocorrem mediante incorporação de tecnologias leves aos processos de trabalho, indispensáveis para avançar na superação do paradigma biomédico.⁷

A implementação da atenção domiciliar como estratégia inovadora requer reflexão sobre concepções de saúde e de vida que sustentam a organização das práticas no domicílio. É preciso que se considerem elementos como a integralidade do cuidado, a racionalidade econômico-financeira, os sujeitos do cuidado e a articulação com os demais serviços de saúde. Torna-se fundamental a

definição da organização política da atenção domiciliar, as atribuições das equipes e das famílias, além da construção de novas relações, mais articuladas e cooperativas, entre os diferentes tipos de equipamentos de saúde. Nesse novo cenário, a família e o usuário retomam a centralidade na produção do cuidado, anteriormente restrito às práticas dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Cunha MAO, Moraes HMM. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). *Cienc Saude Coletiva*. 2007;12(6):1651-60. DOI:10.1590/S1413-81232007000600026
2. Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar na configuração de redes substitutivas: a desinstitucionalização das práticas e a invenção da mudança na saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(3):180-8. DOI:10.1590/S1020-49892008000900004
3. Hornby P, Symon G. Tracer studies. In: Symon G, Cassell C, editors. *Qualitative methods in organizational research: a practical guide*. London: Sage Publications; 1994. p.167-86.
4. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality – the case for tracers. *N Engl J Med*. 1973;288(4):189-94.
5. Levin-Rozalis, M. Re-visited: a tracer study 10 years later. *J Early Child Res*. 2004;2(3):247-72. DOI:10.1177/1476718X04046737
6. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
7. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rímoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p.15-36.
8. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(Supl):231-42. DOI:10.1590/S1413-81232005000500024
9. Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Atenção domiciliar no Brasil: avanços e desafios para mudança no modelo tecnoassistencial em saúde. *SIICsalud (Buenos Aires)*. 2007;18:1.
10. Silva KL, Sena RR, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):391-7. DOI:10.1590/S0034-89102005000300009
11. Tansey O. Process tracing and elite interviewing: a case for non-probability sampling. *Polit Sci Polit*. 2007;40(4):765-72. DOI:10.1017/S1049096507071211