

A produção do cuidado

no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica

I ¹André Amorim Martins, ²Túlio Batista Franco, ³Emerson Elias Merhy, ⁴Laura Camargo Macruz Feuerwerker I

Resumo: Este artigo tem como objetivo descrever e analisar a produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica. O Programa pesquisado surgiu e cresceu devido à ideia de “ordenar a atenção aos beneficiários”, especialmente os que utilizavam de forma exorbitante os prontos-atendimentos e os que faziam alto consumo de internações hospitalares. Fica implícita a ideia de redução dos custos operados pela cooperativa. É o maior Programa de Atenção Domiciliar, na saúde suplementar, com 3.300 beneficiários em 2006. Trata-se de estudo qualitativo que utilizou como instrumentos de coleta de dados a pesquisa bibliográfica, pesquisa documental principalmente no site da operadora e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, observação no local de atuação e coleta de dados em fonte secundária. A análise dos dados revela a satisfação dos beneficiários com os resultados obtidos por meio do Programa de Atenção Domiciliar, a diminuição de custos para a cooperativa médica e transferência de gastos para a família. O modo de produção do cuidado sugere haver um processo de reestruturação produtiva em curso, considerando as importantes alterações nos processos de trabalho.

► **Palavras-chave:** Cuidado domiciliar; produção de saúde; reestruturação produtiva; micropolítica.

¹ Psicólogo e mestrando em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Endereço eletrônico: suberandre@hotmail.com.

² Professor Doutor da Universidade Federal Fluminense.

³ Professor Livre Docente pela Universidade Estadual de Campinas, docente na Universidade Federal do Rio de Janeiro.

⁴ Doutora e professora colaboradora do Programa de Pós Graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Recebido em: 08/08/2008.
Aprovado em: 02/03/2009.

Introdução

A atenção domiciliar vem sendo apresentada por alguns autores (CUNHA, 1991; SENA et al, 2006) como uma modalidade surgida na Era Cristã, tomando por base passagens bíblicas que dizem de algum cuidado no domicílio. No entanto, nessas mesmas passagens bíblicas, o domicílio também era local de trabalho, hospedagem, cura e manifestação religiosa. Não se tratava, portanto, do domicílio como o entendemos atualmente.

O domicílio de nosso tempo foi inventado, segundo Rybczynski (1999), no século XVIII, no mesmo período que o hospital (FOUCAULT, 1994). O termo *home*, de origem saxã, significava casa e nesse momento passou a ser compreendido como o lugar que abriga o comportamento íntimo e pessoal, que suporta o estabelecimento de uma relação familiar de novo tipo, devido à construção do conceito de infância e dos cuidados que os pais deveriam proporcionar aos filhos.

De forma sistematizada, a atenção domiciliar surge nos Estados Unidos (1796), Inglaterra (1848) e Austrália (1885). No Brasil esta modalidade é instituída a partir da instalação da primeira escola de enfermagem na cidade do Rio de Janeiro em 1920. Seguindo o padrão de enfermagem inglês, a atenção domiciliar era utilizada para cuidar de pessoas vítimas de febre amarela, hanseníase, pneumonia, doenças endêmicas do Brasil na República Velha. Nas décadas seguintes, a atenção domiciliar ocorre em várias partes do Brasil: São Paulo, Curitiba, Belo Horizonte, Recife; tanto no segmento público quanto no segmento privado (PORTAL HOME CARE, 2006).

A legislação brasileira regulamenta essa modalidade de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) com a Lei Federal nº 10.424/02 (BRASIL, 2002), que é incorporada à Lei Federal nº 8.080/90. Outra regulamentação foi produzida no âmbito da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) com a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº. 11/06 (BRASIL, 2006), que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam atenção domiciliar. Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu a Internação Domiciliar no SUS, com a Portaria Ministerial nº 2.529/06 (BRASIL, 2006). No entanto, apesar do reconhecimento dessa modalidade de atenção, só recentemente, mediante projetos específicos, ela passou a receber apoio financeiro da esfera federal no âmbito do SUS. Na saúde suplementar, também a atenção domiciliar ainda não faz parte do rol de procedimentos obrigatórios instituídos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Observa-se, no entanto, que no âmbito público e no privado,

os serviços de atenção domiciliar vêm apresentando crescimento significativo.

Uma breve revisão sobre as experiências de atenção domiciliar traz duas questões importantes para análise: o caráter de substitutividade que o programa adquire em relação às formas usuais de cuidado exercido numa dada rede de equipamentos de saúde; e, segundo, o tema da reestruturação produtiva, já que de modo geral nos serviços analisados são identificadas inovações tecnológicas no modo de produção do cuidado e alterações no processo de trabalho (MERHY, 2007; FRANCO et al., 2007).

Para discutir o tema, partimos de um primeiro pressuposto no qual o trabalho em saúde é dependente do trabalho vivo em ato. Trabalho vivo é o trabalho que acontece no momento mesmo do ato produtivo, que envolve a criatividade e a produção de sentido para esse mesmo ato. O trabalho em saúde acontece por meio do encontro entre trabalhador e usuário e não tem materialidade (ou seja, dá-se exatamente no momento do encontro, por meio da produção de atos intencionais, destinados a produzir cuidado). Além disso, existe uma profunda variabilidade nas situações e grande complexidade nos problemas de saúde, o que aumenta muito a importância do trabalho vivo na saúde (MERHY, 1997).

Por outro lado, as tecnologias de trabalho em saúde são tipificadas em tecnologias duras (instrumentos, equipamentos, normas), tecnologias leve-duras (conhecimento técnico estruturado) e tecnologias leves (relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato) (MERHY, 1997). Assim, o trabalhador em saúde combina esses diferentes tipos de tecnologia no seu trabalho em ato. A predominância de um tipo de tecnologia diz das características da produção do cuidado e da forma como a gestão do cuidado opera formando os projetos terapêuticos que vão incidir sobre determinado problema de saúde do beneficiário. Um profissional pode ter seu processo de trabalho capturado pela razão instrumental, tomando os procedimentos como centro de seu trabalho, por exemplo. Ou operar seu modo de cuidar apoiando-se nas tecnologias mais relacionais, que lhe possibilitam orientar-se pelas necessidades do usuário e usar os instrumentos e maquinarias como subsidiários do seu processo de trabalho. Percebemos que as opções tecnológicas são do sujeito-trabalhador e sofrem influência de uma certa dimensão instituída, modelar, dos serviços de saúde. Por outro lado, sua atitude é também reflexo das opções ético-políticas que fazem, que dizem respeito ao modo de operar a micropolítica do seu processo de trabalho.

A Saúde Suplementar, como parte do mercado da saúde, sofre no seu modo de produção do cuidado as influências da dimensão propriamente econômica e financeira que operam no setor (BRASIL, 2005). Esta dimensão econômica e suas repercussões não são especificamente objeto deste artigo, mas importa registrar que a preocupação com a redução dos altos custos da assistência à saúde tem servido como dispositivo para disparar a reorganização das modelagens de produção do cuidado. Procuram-se alternativas que não estejam centradas na produção de procedimentos, na utilização de tecnologias duras, buscando-se uma reestruturação produtiva no setor. Uma reestruturação produtiva ocorre quando se encontram novas formas para produzir os mesmos produtos ou quando se inventam novas formas para produzir novos produtos capazes, no caso da saúde, de configurar um novo modo de produzir o cuidado, seja pela incorporação tecnológica (PIRES, 1998) ou por alterações no modelo produtivo (MERHY, 2006; FRANCO, 2003). A atenção domiciliar tem sido trabalhada, em alguns casos, exatamente nesse sentido.

O objetivo geral deste estudo¹ foi descrever e analisar a produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma cooperativa médica, a partir da micropolítica dos processos de trabalho. Procurou-se responder às seguintes questões: de que modo o PAD interfere tanto na cobertura de beneficiários da operadora, quanto na produção do cuidado? Ele tem capacidade de substituir o modo de produzir o cuidado via atenção hospitalar e ambulatorial tradicionais? O Programa opera um processo de reestruturação produtiva na saúde?

Metodologia

Optou-se por um estudo qualitativo, por considerar indispensável a análise em profundidade de um objeto complexo: o PAD (MINAYO, 1996). Para a coleta de dados foram utilizados: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental principalmente no site da operadora e da ANS, entrevistas semiestruturadas com informantes-chave e observação direta.

A escolha por essa operadora se deu em primeiro lugar por já haver registros de que ela desenvolvia um processo importante de reestruturação produtiva (BRASIL, 2005) e o PAD se insere neste contexto; em segundo lugar, por se destacar no cenário nacional tanto pela mobilização que desenvolve de mudança das práticas de cuidado, quanto pela representatividade dentro do sistema de cooperativas nacional.

Para analisar o processo produtivo do cuidado e a micropolítica dos processos de trabalho, realizamos quatro entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: gestor, coordenador do programa, coordenador de equipe e beneficiário. Esses quatro sujeitos nos possibilitaram informações do ponto de vista da gestão, do trabalhador e do beneficiário, abarcando visões múltiplas do PAD. A partir das entrevistas, foi possível definir quatro marcadores analíticos para discussão: aspectos organizacionais do PAD, gestão da vida, o processo de trabalho e trabalho da equipe e cuidados ao beneficiário.

As entrevistas ocorreram no local onde cada informante atua, versando sobre o histórico do programa, seu funcionamento, a composição da equipe, os fluxos assistenciais (beneficiário-equipe, beneficiário-cooperativa médica, equipe-cooperativa médica), adesão ao tratamento e alta.

Para realizar a entrevista com o beneficiário, adotamos como critério que este deveria ser dependente de cuidados do PAD. O entendimento era de que um usuário mais dependente do PAD, que, portanto, demandaria mais recursos da equipe assistencial, interroga de forma mais eficaz o modo de produção do cuidado no Programa. Seria um analisador, no sentido dado pelos analistas institucionais, como algo que revela o funcionamento de uma organização. Assim teria maior capacidade de revelar o processo de trabalho e o cuidado “em ato”. Foi feita uma observação dos procedimentos realizados em domicílio pela enfermeira.

Depois de transcritas as entrevistas, foram realizadas repetidas leituras, a partir das quais os dados foram organizados segundo os marcadores analíticos e analisados. No plano de análise, verificaram-se também as relações e combinações que aparecem nos discursos. Para análise da entrevista do beneficiário, utilizou-se de uma “situação analisadora” (LOURAU, 1975; BAREMBLITT, 2002; BARUS-MICHEL, 2004), que a própria vida produziu no cotidiano da prática de cuidado ao beneficiário, isto é, uma situação inusitada, em que a “linha de produção do cuidado” que opera na relação assistencial do Programa com o cuidador e beneficiário, foi interrogada na sua eficácia. A observação é uma técnica metodológica valiosa, especialmente para coletar dados de natureza não verbal (VIANNA, 2003).

Resultados

Há um expressivo aumento da oferta de atenção domiciliar nesta cooperativa médica, sendo que o Programa iniciou-se em 2002 com 18 beneficiários e finalizou

o ano de 2006 com 3.300 usuários. Nesse período, os impactos nos custos em relação à clientela atendida pelo PAD, conforme informado pelo gestor da CM, indicam: “redução de 54% nas internações hospitalares, mais de 50% de redução das visitas ao pronto atendimento e uma redução global de custos de 22%”. Além destes resultados, outros são relatados pelo gestor, em relação à melhora na qualidade do serviço oferecido, aumento da resolubilidade, diminuição do tempo de permanência em tratamento, melhora na qualidade de vida e na qualidade de assistência à saúde dessa população. Estas questões são mais bem discutidas à frente por meio dos seguintes marcadores analíticos: Aspectos organizacionais do PAD, gestão da vida, processo de trabalho e cuidados ao beneficiário.

Aspectos organizacionais do PAD

Inicialmente havia um programa chamado *Home Care*, em que o beneficiário era internado em casa e ofertava-se toda a estrutura necessária pela operadora à família: aparelho de ventilação mecânica, maca, suporte de soro, medicamentos específicos, cadeiras, enfermagem e técnico de enfermagem em tempo integral, etc. Essa modalidade foi encerrada em 2005. O objetivo deste programa era a redução do custo assistencial, mas resultou mais oneroso que a internação hospitalar, além de gerar outro problema: a família não assumia o cuidado básico e criava uma demanda crônica de internações domiciliares. Isso gerou uma dependência do serviço e liminares judiciais para assegurar a não-interrupção do serviço domiciliar. “Era um serviço que não valorizava o resultado, a linha do cuidado e o acompanhamento” (coordenador do PAD). O coordenador do PAD salienta que a mudança desta modalidade para a atenção domiciliar também foi importante para a operadora por “diminuir as liminares judiciais em 80%, aumentar o número de carteiras nesta modalidade, melhorarem a relação com a família”. Para os profissionais, esta mudança ocasionou um foco na educação em detrimento das ações intervencionistas, centradas apenas em procedimentos, o que era a base do *Home Care*; e para a família pela perspectiva de melhora do beneficiário, pois um cuidado centrado em tecnologias mais relacionais resultou em uma utilização mais adequada de internações domiciliares, para ampliar o programa na forma de promoção e prevenção.

Nessa mudança, houve a diminuição de ofertas de material da cooperativa médica para a família, o que ocasionou um repasse de obrigações ao beneficiário,

como a responsabilização sobre os insumos necessários para o cuidado: medicamentos de uso contínuo, fraldas, equipamento e utensílio. Este gasto é pactuado desde o início com a família, mas representa efetivamente uma transferência de custos, pois se o caso fosse tratado no hospital esses insumos ficariam por conta da operadora. De modo similar, o transporte do beneficiário, quando são necessários exames de tomografia ou raio X, é feito pela família. Em casos de urgência e emergência, pode ser solicitado pela equipe do PAD o veículo da operadora. A solicitação será sempre avaliada pela Atenção Pré-Hospitalar.

É significativo o fato de este programa ser um benefício concedido pela operadora ao beneficiário, ou seja, a atenção domiciliar não está inscrita na relação contratual entre operadora e usuário, não se constituindo num direito, e sim, numa concessão. Desse modo, a empresa dita as regras sob as quais o programa deve funcionar. A adesão é voluntária e a família tem que atender os critérios de elegibilidade do programa para fazer jus ao benefício: a casa tem que ter condições para receber o paciente (espaço adequado, iluminação e ventilação), a família se responsabilizará pelos insumos e medicamentos, deverá ter um cuidador e o beneficiário tem que seguir o projeto terapêutico.

Outro aspecto relevante diz respeito à saída do programa, sendo um marcador importante para entender um pouco mais o programa, pois é um momento de grande tensão no PAD. A coordenadora do programa informa que a saída pode ser por cura, quando o beneficiário está estável ou curado de seu agravo; por óbito, em casos de doenças crônico-degenerativas em fase terminal e demência, e nestes casos o beneficiário é acompanhado pelo programa até o óbito; ou quando a família ou o beneficiário não desejam continuar no programa.

O programa informa que, entre os clientes inseridos no PAD, em torno de 2% recebem alta a cada ano, considerando-a rara de acontecer devido ao processo de elegibilidade ser bem definido para o tipo de beneficiário para o qual o programa está proposto. Ou seja, na maior parte dos casos, a atenção domiciliar é uma alternativa permanente para os cuidados necessários a certo perfil de beneficiários, como por exemplo, doentes crônicos.

A gestão da vida

Nessa operadora, o PAD tem quatro programas básicos para a prestação de serviços de atenção domiciliar, com os quais opera uma certa “gestão da vida” dos

beneficiários. É um trabalho em rede, de suporte e que se tornou extremamente importante para o funcionamento do Programa. São eles:

Programa de Curativos em Domicílio, criado em 2002. A equipe realiza curativos em domicílio nos pacientes cronicamente acamados e que desenvolvem úlceras de decúbito e/ou feridas crônicas. A partir dos resultados desse programa, identificou-se que os beneficiários continuavam dependentes de cuidados e que suas famílias demandavam um suporte de referência.

Programa de Gerenciamento de Casos Crônicos, criado em maio de 2003, foca o cuidado continuado aos beneficiários com o seguinte perfil: maiores de 50 anos de idade, portadores de doenças crônicas e que necessitam de algum suporte à saúde em domicílio.

Programa de Intervenção Específica, para uma atenção em domicílio nos casos de situações agudas e que demandariam internação hospitalar para terapêutica endovenosa, apesar de estáveis e em condições de permanecer no domicílio. São beneficiários com alguma infecção que necessita de antibioticoterapia endovenosa, pacientes estáveis ou com desidratação aguda demandante de soroterapia endovenosa.

Ventilação Mecânica, que é a única que leva ao domicílio equipamentos antes utilizados exclusivamente no âmbito hospitalar.

Processo de trabalho e o trabalho da equipe

Para assistir um grande número de beneficiários por meio da atenção domiciliar, a operadora conta com 60 (sessenta) profissionais (assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, médico, nutricionista, psicólogo) e quatro prestadores de serviços de atenção domiciliar para auxiliar no programa.

Para ingresso no PAD, o beneficiário passa inicialmente por uma verificação quanto à sua elegibilidade, ou seja, um profissional enfermeiro verifica se ele está dentro dos critérios estabelecidos para a atenção domiciliar. Após análise, estabelece-se um projeto terapêutico que dá acesso aos diversos recursos e profissionais disponibilizados pelo programa.

O número de visitas que o beneficiário recebe da equipe depende da especificidade da situação de cada caso. Independentemente do profissional,

A equipe tem que conhecer a realidade da pessoa, ver como é a casa dela. Eu não posso falar com uma pessoa que não tem um eletrodoméstico, um processador de

alimento como é que ela vai processar o alimento. Tem que transportar para a realidade dela (fala do gestor).

Outro elemento importante no trabalho desta operadora é a apropriação de conceitos oriundos da saúde pública, tais como regionalização e equidade. O PAD faz um *decalque* (DELEUZE; GUATTARI, 2006), uma reprodução do mapa regional do município para organizar suas equipes. O número de equipes é relacionado com a densidade de beneficiários em cada região. Esta forma organizativa possibilita melhor cobertura dos beneficiários e cria a vinculação do beneficiário com a equipe.

O conceito de equidade é utilizado devido à grande diferença socioeconômica verificada entre os beneficiários desta operadora. Em alguns casos, o PAD revê a disponibilidade de insumos, de cuidador e faz uma aproximação com as redes sociais para assegurar o provimento de insumos para os beneficiários que não poderiam adquiri-los (já que a operadora não os fornece). Esta articulação é feita pela Assistência Social que *agência* (DELEUZE; GUATTARI, 2006) estas relações de apoio aos beneficiários que são elegíveis ao PAD.

O programa é voltado para a orientação do cuidado e toda a equipe participa nesse sentido. Uma questão importante diz respeito à capacitação do cuidador, do familiar cuidador do beneficiário com algum grau de dependência. O cuidador é orientado sobre como fazer um diagnóstico, as orientações, as mudanças, as adaptações necessárias para cuidar do beneficiário. São muitas orientações: sobre cuidados gerais, alimentação, medicação, prevenção de quedas, prevenção de pneumonia, entre outras. Importa informar que o cuidador é fundamental para o funcionamento do PAD, sendo de responsabilidade da família dispor de um ou contratá-lo.

Na micropolítica de organização do trabalho, o enfermeiro faz o primeiro contato e acompanha o beneficiário em todos os momentos, juntamente com o médico. Os demais profissionais avaliam, prescrevem, capacitam e dão alta, fazendo o monitoramento por telefone ou quando solicitado pela enfermagem. Neste caso, este PAD está tornando-se “enfermagem-centrado”, pois foca na ação deste profissional a produção da linha do cuidado e o acionamento dos demais profissionais. O que acontece de fato é que o enfermeiro passou a ser o gestor do cuidado, gerenciando a linha de produção que organiza a assistência ao beneficiário em situação de cuidados domiciliares.

Na sequência do primeiro contato com o beneficiário e a família, o enfermeiro realiza quatro visitas para colher informações e criar vínculo. A frequência de visitas

varia com a modalidade de atendimento. O beneficiário em monitoramento pelo programa recebe uma visita mensal. Na modalidade de Curativos ocorrem visitas três vezes por semana. Intervenção Específica é semanal, e no caso de Ventilação Mecânica, tantas quantas necessário para completar a capacitação do técnico de enfermagem que vai operar o equipamento.

Os demais profissionais do PAD têm seu processo de trabalho regulado por números de visitas, que por sua vez são determinados pelo grau de complexidade de cada caso. Esta é classificada como alta, média e baixa. Maior a complexidade, maior o número de visitas. Passando de visitas semanais até a visitas trimestrais. A nutricionista que faz três visitas com Avaliação Antropométrica, prescrição da dieta e treinamento. O fisioterapeuta trabalha em seis sessões, mas esse número pode ser variável segundo avaliação do profissional. O médico faz duas visitas após iniciar o atendimento e depois as visitas passam a ser mensais ou bimestrais. As visitas da psicologia se definem caso a caso. Mas há uma média de cinco atendimentos, três em caso de óbito para a família. A psicologia atua quando há um desarranjo familiar, tentando ajudar a família na aceitação da perda de partes funcionais até o óbito. Auxilia no cuidado paliativo, no rearranjo da rotina. Atua também na equipe que acompanha diariamente a perda do beneficiário. O assistente social faz junto com o enfermeiro a avaliação das condições do domicílio e tem ainda uma grande demanda para assessorar as famílias e ajudá-las nas providências para receber o beneficiário em casa. Esse profissional também auxilia no momento em que a família precisa transportar o beneficiário.

Cuidados ao beneficiário

Como justificado anteriormente, para verificar com maior precisão a micropolítica envolvida na produção do cuidado ao beneficiário, a pesquisa elegeu como um dos sujeitos da pesquisa um beneficiário. Sugeriu-se à operadora que indicasse um beneficiário que fosse completamente dependente do PAD, com alto grau de complexidade e dependência, por considerar que este fosse um “analisador” mais potente do funcionamento do programa, na medida em que desafiava o PAD nas suas demandas - analisador aqui no sentido dado por Lourau (1975), de algo que revela a organização. A escolha do beneficiário ficou a cargo da CM, foi respeitado o indicativo de entrevistado e indicaram um beneficiário portador de Alzheimer em estado avançado da doença. A entrevista foi realizada com sua filha e cuidadora,

que inicia informando ser o programa extremamente benéfico, principalmente neste caso, em que o beneficiário tem dificuldade de locomoção.

Seu ingresso no PAD ocorreu em maio de 2006, mas a família possui a carteira nessa operadora há 20 anos. Ela explica que para entrar no programa foi necessário um laudo médico. Esse laudo foi encaminhado para a operadora e em 30 dias foi retornado, considerando o usuário elegível para o PAD. Após este retorno, foram realizadas entrevistas com a médica coordenadora da equipe e com a enfermeira, para a anamnese e avaliação do caso e consequente definição do tipo de cuidado, ou melhor, do plano terapêutico para o beneficiário. A nutricionista e a fisioterapeuta também realizaram entrevistas após as conversas iniciais. Entre todos os profissionais, somente a presença da enfermagem é constante no domicílio, havendo rodízio entre os demais. A documentação contendo as informações sobre o beneficiário fica em poder do próprio.

Durante a entrevista, ganhou centralidade um acontecimento inusitado, que trata de uma situação em que se fez necessário atendimento de urgência para o beneficiário. Esta situação se configurou um analisador do modo de produção do cuidado, notadamente, por parte da operadora. A situação analisadora se refere à *busca por atendimento de urgência* e ocorreu da seguinte forma: o beneficiário precisou recolocar uma sonda nasoentérica para alimentação num horário noturno, quando não conseguiu localizar os profissionais do PAD para realizar o procedimento. Tornou-se, assim, necessário dirigir-se a um hospital. A operadora se atrasou com a ambulância para fazer o transporte até o hospital. Não havia sonda disponível no hospital no momento e a cuidadora não dispunha de dinheiro para adquirir uma, resultando em novo impasse. A cuidadora teve que retornar ao domicílio para pegar uma sonda antiga, com a qual foi realizado o procedimento. Após a liberação do beneficiário para o domicílio, ocorreu novo atraso da ambulância. Notadamente, do ponto de vista da cuidadora e do beneficiário, a situação é limite, pois envolve um grande desconforto, que se traduz em sofrimento.

Esta situação vem nos informar que, num cenário de “normalidade”, o PAD tem respondido satisfatoriamente em relação aos cuidados ao beneficiário, inclusive segundo a cuidadora; no entanto, ao sair do previsível para o inusitado, como a urgência, o programa encontra dificuldades em responder adequadamente. Verifica-se a necessidade de novas pactuações e aperfeiçoamento do PAD para intercorrências. Analisamos a seguir o restante do processo de trabalho para este caso.

O trabalho está centrado numa equipe formada por enfermeira, médica, nutricionista e fisioterapeuta. O único profissional programado é a enfermeira, que faz duas visitas por semana. A médica e nutricionista visitam a cada dois meses. Esse número de visitas é considerado satisfatório pela cuidadora, pois há resolubilidade. A fisioterapeuta fez as sessões de capacitação e não retornou mais.

A troca de informações da cuidadora com a equipe ocorre de forma gradual. Os membros da equipe utilizam cartilhas para transmitir informações. No momento dos procedimentos, indicam os insumos que deverão ser utilizados no processo terapêutico, trocam experiências a partir dos eventos ocorridos com o beneficiário e vão diariamente indicando a melhor forma de agir, demonstrando os detalhes do trabalho que é realizado, num movimento sutil de transferência de procedimentos de cuidado para a família.

Ao elencar três vantagens do programa, a cuidadora coloca: 1) a confiança de saber que a equipe está disponível 24 horas; 2) permanecer no ambiente natural - domicílio, e 3) o custo menor do que se estivesse pagando, além dos insumos, o transporte do beneficiário para exames e procedimentos.

Outra questão que se evidencia na relação da cuidadora com a equipe de trabalhadores é o fato de haver disputa em relação ao projeto terapêutico. No relato, a cuidadora informa que tenta “manipular” a enfermeira de alguma forma, mencionando sua tentativa em interferir na condução do caso, mas ao mesmo tempo ela menciona que não “*há muito resultado devido ao rigoroso tratamento protocolar oferecido pela enfermeira*” (cuidadora). Há situações em que a cuidadora dá alguma fruta ou uma pequena dose da sopa na boca do beneficiário para que ele sinta o sabor dos alimentos, contrariando as prescrições do nutricionista, médico e enfermagem, que tentam prevenir algum agravo.

Além das opiniões da cuidadora e dos profissionais do PAD sobre o projeto terapêutico do beneficiário, ocorre também o atravessamento de opinião de outros profissionais que acompanham o caso, como os médicos que atenderam o beneficiário antes de entrar no PAD e parentes que são profissionais de saúde.

Esta questão é cotidiana para os casos de atenção domiciliar, pois como há transferência da responsabilidade de parte do cuidado para o cuidador, produz-se necessariamente o encontro entre o saber científico da equipe e o saber cuidador que se inscreve na cuidadora. Torna-se, então, necessária uma pactuação entre ambos para a condução do caso - processo este às vezes tenso, outras vezes

harmonioso, dependendo da disponibilidade de ambas as partes para exercerem a escuta e negociação do projeto terapêutico.

Considerações finais

Encontramos nesta pesquisa uma situação singular na forma de produção do cuidado, tanto pela amplitude da modalidade de atenção domiciliar, quanto por se tratar do segmento privado - Saúde Suplementar. O quadro crescente de beneficiários demonstra uma potencialidade da atenção domiciliar dentro da estrutura desta operadora. Isso se justifica por um lado, pela capacidade do PAD de reduzir custos. Há no final de 2006 uma estrutura que abarca 3.300 beneficiários atendidos pelo PAD, com 60 profissionais (multiprofissões) e com meta da operadora de economizar com o programa, “900 desospitalizações em 2007”.

Uma breve avaliação dos marcadores analíticos indica que nos “Aspectos Organizacionais do Programa de Atenção Domiciliar” chama atenção sobretudo o fato de o PAD não estar regulado contratualmente, o que o mantém fora da regulação feita pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Neste sentido, a operadora funciona com liberdade para operar na sua microrregulação, questões como a “transferência de custos” para os familiares e os critérios de Alta do Programa. Estes são os dois pontos de maior conflito e que às vezes são decididos por via judicial. A microrregulação disciplina a vida dos trabalhadores e beneficiários.

A rede de “Gestão da Vida” funciona institucionalmente, algo que tenta configurar no seu meio a “linha de produção do cuidado”, operando uma ideia geral de suporte em rede. Verifica-se que o PAD é dependente de uma rede de cuidados subsidiária ao programa, que é desempenhada por seus próprios profissionais ou por terceiros, que não fazem parte da sua equipe, mas indicam certos grupos de beneficiários, como por exemplo os crônicos.

Em relação ao “Processo de Trabalho”, toda a atividade é disciplinada por protocolos, que indicam o número de visitas domiciliares, o uso de transporte, insumos e os recursos de apoio disponíveis. Se por um lado isto impõe certos limites, como as visitas protocolares, por outro, na sua atividade cotidiana, o trabalhador usa da liberdade que tem, proporcionada pelo seu “trabalho vivo em ato” e faz vínculo com usuário e cuidador, negocia projetos terapêuticos e assim modifica o *modus operandi* convencionado. Seu trabalho adquire um perfil próprio, neste caso específico, com potência criadora de autonomia para o cuidador e de

resolubilidade. Isto porque opera um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves, em que a equipe admite a pactuação com os saberes e práticas do cuidador. Há que ressaltar que, como o processo de trabalho é comandado pela própria equipe, o perfil assistencial é produzido de forma singular, e está vinculado ao modo de significar o trabalho no PAD, no sentido da ética do cuidado. Assim pode haver, como neste caso, um cuidado interativo com o beneficiário e cuidador, como também pode haver um cuidado operado na lógica instrumental. Não há um *a priori* definindo o perfil de cuidados operados no PAD.

Por fim, a situação escolhida para analisar a micropolítica do Cuidado ao Beneficiário exemplifica o que foi dito acima. Na situação limite, o modo de cuidar se manifestou de forma diferente, e o beneficiário e cuidadora estiveram submetidas a outras lógicas de cuidado, mais instrumentais. Ficou claro que em situações limites, a imaginária “linha de cuidado” é mais sensível a sofrer rupturas, como ficou demonstrado na situação analisada.

As normas instituídas de regulação do programa, em especial as que transferem custos para as famílias e disciplinam as visitas domiciliares, não impedem que se processe um novo modo de produzir o cuidado, pelas equipes. Nota-se que, no seu ideário, coloca-se em primeira instância o cuidado aos beneficiários, sua intenção ético-política que configura uma intencionalidade de cuidar e substituir as formas convencionais de atenção hospitalar. Há uma nova forma de, micropoliticamente, organizar o trabalho.

Verificamos, portanto, haver um processo de reestruturação produtiva em curso. Essa reestruturação caracteriza-se pelo seguinte:

- 1) ao deslocar o cuidado do hospital para o domicílio, novos atores entram no jogo de cuidado e de poder, quais sejam, o beneficiário e sua família, com destaque para o cuidador. São estabelecidas novas relações do beneficiário e sua família com a equipe e também com a operadora. Esse encontro, entre a equipe do PAD e o beneficiário, cuidador e familiares, produz uma intervenção no processo produtivo originalmente pensado pela equipe, o que proporciona novos modos de fazer o cuidado;
- 2) os núcleos profissionais enrijecidos em torno de saberes e práticas autorreferenciados encontram outros sujeitos no domicílio, com saberes e práticas de cuidado, com os quais têm que dialogar. Afinal, o espaço domiciliar é um território específico, onde as relações de poder mudam em relação ao

que é vivido na rede de saúde. Aqui há um certo controle do território pelo beneficiário e cuidador e, sobretudo, destaque para a intersubjetividade que opera mais francamente nas relações estabelecidas fora das instituições de saúde, que se manifesta por tensões e conflitos de um lado, e por pactuações e harmonia de outro. É nesse jogo institucional e subjetivo que o cuidado se produz no cotidiano;

- 3) algumas circunstâncias do cuidado domiciliar favorecem maior impacto do contexto sobre os trabalhadores e maior permeabilidade às necessidades do usuário (também mais disposto a expressá-las), possibilitando maior implicação com o cuidado em saúde nesta nova cena. Esse novo arranjo pode favorecer o uso das tecnologias mais relacionais (leves). Isso não é imperativo, obviamente, pois o perfil tecnológico que opera no processo de trabalho depende da intencionalidade dos sujeitos que trabalham e sua forma singular de significar o cuidado em saúde. No entanto, observa-se que o ideário que se forma em torno do PAD, e uma certa implicação com seus princípios e novidade, favorecem a mudança do processo produtivo neste aspecto;
- 4) a gestão da vida, por meio de subprogramas que apóiam o PAD, reconhecendo a sinergia entre diversos recursos terapêuticos confluindo para o cuidado a um beneficiário, também configura uma mudança importante, de continuidade do cuidado e responsabilização contra processos de trabalho parcelares, em que os profissionais e serviços têm dificuldades em conversarem entre si.

A reestruturação produtiva reflete a existência de novos modos de cuidar, de um novo processo de trabalho e de uma particular configuração das tecnologias usadas no trabalho em saúde. Mas como o caso estudado, ocorre no contexto do mercado, não se pode deixar de identificar outro fator impulsionado a reestruturação produtiva, qual seja, a redução de custos. Ela é auxiliar ao processo de gestão atual ao, notoriamente, operar um modelo produtivo do cuidado mais eficiente para a operadora. Por outro lado, isto leva para que haja maior controle do trabalho médico, tendo em vista que o cuidado à clientela efetivado pelo PAD não envolve remuneração dos cooperados (que são médicos), pois a atenção domiciliar é conduzida por trabalhadores contratados pela operadora ou por empresas terceirizadas. Portanto, do ponto de vista da gestão esse é um processo tenso, mas superado pelos ganhos que o conjunto da cooperativa tem tido.

Esta modalidade de cuidado, no domicílio, surge com grande potência no cenário da produção do cuidado na Saúde Suplementar e tende a fortalecer ainda mais as práticas focadas em novas modalidades assistenciais.

Referências

- BAREMBLITT, Gregório. *Compêndio de Análise Institucional: outras correntes teoria e prática*. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.
- BARUS-MICHEL, Jaqueline. *O sujeito social*. Belo Horizonte. PUCMINAS, 2004.
- BRASIL. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 16 abril 2002. Disponível em <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10424.htm>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Dois Faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Diário Oficial da União, Brasília, 30 jan. 2006.
- BRASIL. Portaria GM nº. 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2006.
- CUNHA, Isabel Cristina K. O. *Organização de serviços de assistência domiciliar de enfermagem*. Dissertação (Mestrado em Enfermaem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Introdução: Rizoma. In: _____. (org.). *mil platôs* Capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Editora 34, 2006. p 10-36.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
- FRANCO, Túlio B. *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do Cartão Nacional de Saúde*. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- FRANCO, Túlio B. et al. *Assistência domiciliar na saúde suplementar: revelando os processos de trabalho*. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/implantacaoad/textos.php>. Acesso em: 23 mar 2007.
- LOURAU René. *O analisador: A análise Institucional*. Petrópolis: Vozes, 1975. p. 282-288.
- MERHY, Emerson E.; FRANCO, Túlio B. Trabalho em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA

DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). *Dicionário da Educação e Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p 276 - 82

MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo. Hucitec, 1997, p. 71-112.

MINAYO, Maria C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.

PORTAL HOME CARE. Disponível em: www.portalhomecare.com.br Acesso em: 29 out. 2006.

RYBCZYNSKI, Witold. *Casa: pequena história de uma idéia*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

SENA, Roseni R. de et al. O cotidiano do cuidado no domicílio: desafios de um fazer solitário. *Cogitare Enfermagem*, v. 11, n. 2, p. 124-32, 2006.

VIANNA Heraldo M. *Pesquisa em educação: a observação*. Brasília: Plano, 2003.

Nota

¹ Este trabalho é parte da produção acadêmica do mestrado na linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da Clínica Médica – Universidade Federal do Rio de Janeiro, com aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ.

Abstract

The health care delivery in a Medical Cooperative's Home Care Program

This paper aims to describe and analyze the healthcare delivery in a Medical Cooperative's Home Care Program. It is the largest Home Care Program in Brazilian supplementary (private) health system, with 3,300 beneficiaries in 2006. The HCP has been developed due to the need of "organizing the services utilization" especially by those clients who too often attended the first-aid services and who were frequently submitted to in-hospital care. So, it is implicit the idea of corporative costs reduction. The analysis was made through a qualitative study, which used for data collection the following tools: the bibliography research, documental research, mainly on the cooperative's site and the National Agency of Brazilian Supplementary Health, semi-structural interviews with key-informants, observation on the spot and data collection from secondary sources. Data analysis reveals the satisfaction of beneficiaries with results obtained in HCP, cost reduction for Medical Cooperative and transfer of expenses to family. The healthcare delivery analysis suggests there is an economic restructuring in course, considering important changes in work processes.

► Key words: Home care; health production; economic restructuring of healthcare production; micro-politics.