

## Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva

Home health care in supplementary care: a device for a productive restructuring

Túlio Batista Franco <sup>1</sup>  
Emerson Elias Merhy <sup>2</sup>

**Abstract** *This study discusses the role the Brazilian Home Health Care Program (Programa de Atenção Domiciliar - PAD) plays in supplementary care using the example of a Group Care provider headquartered in Rio de Janeiro. The purpose of the study was to understand how home health care is produced by verifying the interaction between the medical team, beneficiaries and family members considering that the service in this care model is delivered in the micro-political scenery of the process, in the client's own home. The assessment of this program must consider: infrastructure and logistics, beneficiary eligibility criteria, the care-network formed in support of the PAD and above all the work process. Especially the latter is a strong indicator, in the present case characterized by an eminently multi-professional team operating in networks with integrated therapeutic projects. For the professionals, Home Health Care has the meaning of an innovative and highly valuable approach to care delivery. The article concludes considering the PAD an important device for a fruitful restructuring of care delivery.*

**Key words** *Supplementary care, Home health care, Productive restructuring, Work process*

**Resumo** *Este estudo discute o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) na saúde suplementar, utilizando o caso de uma operadora de medicina de grupo, sediada no Rio de Janeiro. A pesquisa procura perceber o modo como se produz a atenção domiciliar e buscou verificá-lo nas relações de cuidado entre equipe, o beneficiário e familiares, entendendo que o modelo assistencial se realiza no cenário da micropolítica do processo de trabalho, no domicílio enquanto espaço de produção do cuidado. Na análise do Programa, aparecem como aspectos importantes a infra-estrutura e logística utilizadas; os critérios de elegibilidade do beneficiário; a rede de cuidados que se forma em apoio ao PAD; e sobretudo o processo de trabalho. Este por sua vez tem uma alta potência para revelar a assistência e, no caso estudado, se caracteriza por um trabalho fortemente multiprofissional, que opera em redes, com projetos terapêuticos integrais e traz uma importante "implicação" dos profissionais com o significado da atenção domiciliar, enquanto algo inovador e de alto valor para o cuidado. O artigo conclui que o PAD se afirma como um importante dispositivo de reestruturação produtiva na saúde suplementar, configurando assim modos diferentes de produzir o cuidado.*

**Palavras-chave** *Saúde suplementar, Atenção domiciliar, Reestruturação produtiva, Processo de trabalho*

<sup>1</sup> Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade, UFF. Av. Marquês de Paraná, 303/3º andar/anexo, Centro. 24030-210 Niterói RJ. tuliofranco@uol.com.br

<sup>2</sup> Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

## Introdução

A atenção domiciliar na saúde complementar se insere no contexto em que as operadoras introduzem novas tecnologias de cuidado à saúde, para fazer frente aos seus altos custos operacionais, decorrentes do modelo tecnoassistencial predominante na produção de procedimentos, conforme nos informa Malta *et al*<sup>1</sup> e ANS<sup>2</sup>. A própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem buscado pautar a questão da assistência, quando formulou o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar<sup>3</sup> que se tornou uma política da Agência, dado a sua relevância.

No sentido geral do termo, a atenção domiciliar é a forma mais ampla de cuidados domiciliares, abrangendo todo tipo de ação neste campo. As outras classificações discutidas por Lacerda *et al*<sup>4</sup> são o atendimento domiciliar, que define ações de “caráter ambulatorial” segundo a ANVISA<sup>5</sup>; internação domiciliar, definida como os cuidados mais intensivos e a visita domiciliar.

Vários autores atribuem o crescimento dos Programas de Atenção Domiciliar à “mudança do perfil etário da população”<sup>6,7</sup>, cujo aumento da população idosa impacta em necessidades e custos em relação aos serviços de saúde. Este é portanto mais um dado que corrobora com a idéia geral de que as operadoras se vêem compelidas a iniciarem um processo de reestruturação produtiva, que tem suas bases na busca por um novo modelo de produção do cuidado no sentido de reduzir seus custos operacionais.

A “reestruturação produtiva”, descrita inicialmente como um processo de mudança desencadeado pela incorporação tecnológica na saúde, conforme Denise Pires<sup>8</sup>, foi demonstrando ser um fenômeno que ocorre também sob impacto de mudanças no processo de trabalho, sobretudo na sua dimensão relacional. Por outro lado, ela não significa obrigatoriamente uma inversão das usuais tecnologias utilizadas no processo produtivo da saúde, ou seja, ela opera mudanças, mas não necessariamente produz uma ruptura com o modelo médico-hegemônico, como alerta Emerson Merhy<sup>9</sup>, pois o processo de trabalho pode ainda continuar centrado na lógica instrumental<sup>10,11</sup>.

O núcleo de maior tensão para a reestruturação produtiva está no trabalho vivo em ato, pois é dele que vem a potência instituinte do processo de trabalho, e por outro lado é aí também que ocorrem os processos de captura pelo modelo hegemônico. Sua micropolítica revela a ação dos sujeitos construindo redes enquanto produzem o cuidado, operam linhas de cuidado integral,

conforme discute Cecílio e Merhy<sup>12</sup>. Elas se formam nas relações entre os trabalhadores, deles com os usuários e em linhas de conexão para fora de cada unidade organizacional, seja esta um estabelecimento de saúde ou o próprio domicílio. Estas relações se produzem em fluxos abertos que operam objetivamente na realidade e também a partir de certos campos simbólicos, configurando redes rizomáticas, isto é, que se estabelecem continuamente, com muitas entradas, tal como descrito por Deleuze e Guattari<sup>13</sup>.

***A integralidade do cuidado [da qual trata o tema das linhas do cuidado] de que cada pessoa real necessita frequentemente transversaliza todo o ‘sistema’. Não há integralidade radical sem a possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede***<sup>2</sup>. Opinião corroborada também por Franco que afirma serem as redes imanentes ao trabalho em saúde<sup>14</sup>. As linhas de cuidado são a expressão material e pragmática do conceito de integralidade, pois ela só é pensada enquanto uma prática de cuidado, operando de forma sistêmica e incorporada no processo de trabalho.

A subjetividade é necessariamente uma categoria de análise importante, que se coloca no âmbito do processo de trabalho. Seu núcleo, o desejo, atua como força propulsora da ação dos sujeitos no mundo, e se refere ao modo como as pessoas produzem o meio social ao qual estão inseridas, o *socius*, segundo Deleuze e Guattari<sup>15</sup>, também descrito por Barembliitt<sup>16</sup>. A atenção domiciliar produz uma intrincada rede intersubjetiva, encontros que resultam em subjetivações, isto é, produção de novas subjetividades, que se traduz em uma nova interação com o microcosmo do processo de trabalho.

O caráter de substitutividade<sup>17</sup> de um dado modelo produtivo, e isso é particularmente importante no caso da atenção domiciliar, pode ser verificado pelo processo de reestruturação produtiva. Este artigo é devedor da pesquisa sobre atenção domiciliar na saúde complementar, realizada pela Universidade Federal Fluminense (UFF), em cooperação técnica-científica com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com apoio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

## Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou como instrumentos de coleta de dados a pesquisa bibliográfica, referenciados no campo da “pro-

dução do cuidado”, com foco na micropolítica dos processos de trabalho em saúde. A pesquisa documental buscou referências junto aos sítios das operadoras e da ANS na Internet. Foram realizadas entrevistas com informantes estratégicos, com roteiro semi-estruturado, sendo entrevistados o diretor técnico da operadora, sob cuja direção está a coordenação do Programa de Atenção Domiciliar. Foram entrevistados ainda no âmbito da prestadora de serviços de *home care* que atende à operadora, a sua gestora, a coordenadora das equipes do Programa de Atenção Domiciliar, os trabalhadores que compõem a equipe e beneficiários ou cuidadores inseridos nos respectivos programas. Além das entrevistas, foi realizada visita ao domicílio, observação direta com roteiro e caderno de campo, onde se verificou o processo de trabalho da equipe e sua relação de trabalho com o beneficiário e sua família. Também foi realizada visita técnica à sede da prestadora de *home care*, com acesso a todas as unidades de apoio ao Programa de Atenção Domiciliar.

O objetivo geral da pesquisa é o de revelar e analisar o modelo de Programa de Atenção Domiciliar na saúde suplementar, no segmento medicina de grupo, tendo como foco os processos e tecnologias de trabalho em saúde, buscando compreender o modo de produção do cuidado e seus processos de mudança, que caracterizem uma reestruturação produtiva.

Os objetivos específicos são de descrever os aspectos organizacionais e de logística utilizados pela prestadora de *home care*; descrever e analisar os critérios de elegibilidade dos beneficiários ao PAD; analisar o processo de trabalho com base nas suas dimensões tecnológicas e subjetivas, entendendo-o como o centro de tensões produtivas, incluindo neste contexto as muitas relações estabelecidas a partir do cuidado domiciliário.

Os dados foram analisados com base na matriz discursiva dos sujeitos da pesquisa, agrupados por marcadores, que dão sentido às duas dimensões que compõem este estudo sobre a atenção domiciliar e que estão diretamente vinculados ao campo específico da produção do cuidado.

### Marcadores analíticos

. Aspectos organizacionais e de logística: reúnem os recursos materiais para o PAD, inclusive os provenientes do trabalho;

. A gestão do processo de trabalho e educação na saúde: diz respeito à micro-regulação do campo operadora e prestador, no âmbito do PAD;

. Critérios de ingresso no PAD e redes de cuidado integral: trata do acesso ao PAD, a sustentabilidade do Programa e a capacidade em manter o beneficiário sob cuidados especiais mesmo com alta do PAD;

. Micropolítica do processo de trabalho no PAD: é o núcleo da produção do cuidado na atenção domiciliar, e fala da ação cotidiana dos sujeitos trabalhadores, na relação entre si e com o beneficiário, cuidador e família.

## Resultados

A atenção domiciliar na saúde suplementar não é regulamentada pela ANS, ela obedece apenas à regulamentação da ANVISA para esse tipo de serviço, feita através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC nº 11/2006)<sup>5</sup>. Ela não consta nos contratos das operadoras com sua clientela, sendo considerada um produto adicional ofertado aos beneficiários e, sendo assim, a definição da modelagem e do funcionamento dos programas fica a cargo da própria operadora, e quando for o caso, isto é feito conjuntamente com a prestadora desse tipo de serviço.

Na apresentação dos resultados, assinalamos os seguintes marcadores: aspectos organizacionais e de logística; a gestão do trabalho e educação na saúde; critérios de ingresso no PAD e redes de cuidado; micropolítica do processo de trabalho.

### Aspectos organizacionais e de logística

A operadora mantém contrato com uma empresa de *home care* para operar as ações de cuidado nos domicílios. Tem atualmente em torno de 500 beneficiários neste modelo de assistência, nos estados de Rio de Janeiro e São Paulo. Trabalha com o seguinte critério de classificação das suas atividades: a) internação domiciliar: é considerada a atividade domiciliar a beneficiários dependentes do trabalho de enfermagem 24 horas, com ou sem ventilação mecânica. b) cuidado domiciliar: é considerada a atividade dependente do trabalho de enfermagem por 12 ou 6 horas, e ainda os procedimentos diversificados, ações de acompanhamento, suporte e orientação aos beneficiários.

Para organizar sua atividade de cuidados domiciliários, a prestadora divide o território no qual atua em áreas geograficamente referenciadas. Nestas vincula em torno de trinta beneficiários, tendo uma equipe formada por um médico e uma enfermeira. Além desses profissionais que

estão inseridos na equipe do *home care* a empresa conta com uma nutricionista, uma assistente social da operadora, além de especialistas, como ortopedistas, cardiologista, urologista e ginecologista, que atuam matricialmente na condução do projeto terapêutico, e avaliação para ingresso do beneficiário, ou alta do Programa, conforme solicitação médica.

Há estruturas de almoxarifado, suprimentos de materiais e medicamentos, transporte de equipe e beneficiários. O acesso aos serviços de apoio diagnóstico é garantido mediante a rede conveniada com a operadora e, quando necessário, transporte para esses estabelecimentos. Na estrutura de apoio, a equipe de trabalhadores e os beneficiários contam com:

- . Call center: disponibilizado 24 horas para orientação aos cuidadores que trabalham no programa, beneficiários e familiares atendidos;

- . Follow up: o beneficiário que tem alta do programa tem um acompanhamento pelo programa que faz contato com o mesmo nos 3º, 7º, 15º, e 30º dias, com objetivo de avaliar suas condições após a alta;

- . Prontuário eletrônico: O prontuário eletrônico é um recurso importante para o trabalho no programa, pois possibilita a qualquer membro da equipe acessar as informações pertinentes ao beneficiário, assim como o apoio do call center para orientação ao mesmo ou seu familiar;

- . Ouvidoria: tem a função de receber sugestões e críticas ao programa, repassando as mesmas para a coordenação e/ou outros órgãos internos de acompanhamento.

#### **Gestão do trabalho e educação na saúde**

Os profissionais da prestadora de *home care* são divididos entre contratados pela própria e terceirizados. Há ainda os que têm vínculo com a operadora e trabalham no PAD, especialmente especialistas que participam das equipes matriciais. Todo profissional que ingressa no programa de *home care* recebe um treinamento com o tema das relações com o beneficiário e a família, no ambiente domiciliar, sendo esta considerada uma questão crítica na atenção domiciliar.

Há treinamento continuado que busca motivar os trabalhadores através de premiação dos mesmos. A operadora possui um programa de estímulo ao estudo superior, através do custeio de uma parte da mensalidade da faculdade. São candidatos a esse apoio os técnicos que possuem vínculos com a operadora de no mínimo três anos. Há treinamentos que envolvem também

os temas das relações humanas, comportamento e ética.

#### **Crítérios de ingresso ao PAD e rede de cuidado integral**

Os critérios de elegibilidade para ingresso no programa de cuidados ou internação domiciliar indicam beneficiários dependentes de internação hospitalar prolongada; perfil nosológico que torna possível realizar os cuidados em ambiente domiciliar, por exemplo, tratamento de feridas, antibioticoterapia, suporte pós-internação, acompanhamento para beneficiários portadores de doenças crônicas.

Para ingressar no programa, é necessário que o beneficiário tenha indicação de algum médico da operadora. Após essa indicação, ele passa por uma avaliação da equipe do programa para análise das suas condições socioeconômicas, a ambiência do domicílio, o desejo da família em ter a pessoa em casa e a garantia de um cuidador. A prestadora tem uma grande flexibilidade no julgamento da elegibilidade de cada beneficiário. A equipe de avaliadores é composta por uma enfermeira, uma médica e, quando necessário, fisioterapeuta, em conjunto com a prestadora e a operadora de *home care*.

Um problema importante enfrentado pelo programa diz respeito à “alta”, pois os familiares têm uma grande resistência em assumir os cuidados rotineiros após terem vivenciado o PAD. Há casos de ações judiciais para manutenção do Programa de Atenção Domiciliar, mesmo que nos critérios da equipe e prestadora não haja indicação técnica para isso.

Os profissionais começam a trabalhar a “alta” desde o ingresso no Programa, procurando transferir conhecimento, tecnologias de cuidado aos familiares e realizando um trabalho de “desmame”, como é chamada a alta gradativa, para amenizar o impacto do desligamento do beneficiário do PAD. Nesse sentido, a própria operadora mantém outros programas de suporte à sua clientela, não necessariamente dirigidos à alta, mas podem contribuir para que a família se sinta mais segura em assumir os cuidados ao seu familiar. São eles:

- a) O Projeto Gestor, que é o monitoramento pelo telefone, de pacientes crônicos, em sua maioria, idosos, e tem como objetivo principal gerenciar o estado de saúde desses pacientes para evitar intercorrências e reinternações;

- b) O Total Care, que é um ambulatório especializado. É direcionado para o tratamento de

pacientes crônicos, em geral, diabéticos, hipertensos, cardiopatas. Tem uma preocupação com a qualidade de vida, realizando atividades de grupos e apoio psicológico;

c) Projeto Onco Care, direcionado para pacientes com câncer, que necessitam terminar o ciclo de quimioterapia, ou estão sob cuidados paliativos. É utilizada a mesma estrutura do *home care*, porém, existem suas especificidades em virtude da complexidade do perfil clínico desses pacientes.

### Micropolítica do processo de trabalho

O trabalho de coordenação do programa é realizado por uma médica que tem a função de fazer o primeiro contato com a família, para explicar a estrutura do *home care* e apresentar o serviço; intermediar os problemas entre a equipe, familiares, cuidadores, prestadora e operadora; coordenar o trabalho de logística de enfermagem, fisioterapeutas, médicos; montagem da estrutura de enfermagem no domicílio; verificar a elegibilidade do beneficiário ao PAD; constituir a rede de cuidados com a equipe que faz as visitas domiciliares, dividir os casos entre eles.

A assistente social contribui com a avaliação do beneficiário, nos aspectos socioeconômicos e condições gerais da família, para admissibilidade nos programas de cuidados ou internação domiciliar.

O profissional de enfermagem tem assumido os cargos de coordenação das áreas geográficas de referência para as equipes. Os que estão na assistência direta possuem funções clínicas próprias dos cuidados exercidos pela enfermagem e realizam os treinamentos dos cuidadores.

Para a operadora, o enfermeiro é visto como figura central no processo de produção do cuidado, seja pela intermediação que faz com os demais profissionais, seja pelo vínculo que constrói com a família e beneficiário.

O vínculo, enquanto diretriz do modelo assistencial, é indicador de positividade nas relações de cuidado, pois através do vínculo se consegue um processo de trabalho mais dialógico, interativo, com pactuação do projeto terapêutico e, sobretudo, facilita a relação entre todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidado. Mas, por outro lado, a operadora manifesta receio de que o vínculo possa posteriormente dificultar a alta do beneficiário, o que contraria seu objetivo, assim como o vínculo é confundido com sentimentos afetuosos que podem “contaminar” o trabalho técnico, inconvenientes ao trabalho no

PAD. Há uma tensão permanente entre a lógica instrumental de condução dos projetos terapêuticos e outra mais acolhedora, que se processa na intersubjetividade presente nas relações.

Os profissionais consideram que os treinamentos ofertados pela operadora ficam centrados nos aspectos clínicos e epidemiológicos, contemplando pouco as questões relacionais, que são também demandas importantes do programa. Informam que não há um suporte psicológico para cuidar de questões que são singulares às relações no ambiente domiciliar. A presença da equipe cotidianamente no domicílio pode agravar um cenário já tenso na família e ela se ressentir de suporte técnico para trabalhar com este cenário.

O Programa de Atenção Domiciliar, mesmo que fundado para a redução de custos, é ressignificado pelos trabalhadores, que o adotam como algo inovador. Sobretudo, verifica-se que o trabalho no PAD faz com que os próprios profissionais encontrem novos sentidos para eles mesmos, um processo de subjetivação em curso, conforme nos fala Guattari<sup>18</sup>, que coloca este trabalhador profundamente envolvido, “implicado” no sentido dado por Lourau citado por Altoé<sup>19</sup>, quando este envolvimento opera no sentido de organizar a própria atuação deste trabalhador, no mundo da produção do cuidado, do qual ele é o principal protagonista.

Fica clara uma dimensão subjetiva a ser considerada na produção do Programa de Atenção Domiciliar. A implicação do trabalhador com o PAD vai se formando a partir de uma imagem idealizada que ele faz do caráter inovador e humanitário da atenção domiciliar. Isso faz com que ele o incorpore como uma nobre “missão” a ser desenvolvida, e é assim que opera seu processo de trabalho, com uma forma de agir que está acima do compromisso e do envolvimento; é como se ele estivesse contaminado por um sentimento quase “religioso”, de realizar seu trabalho no cuidado domiciliar. O efeito que a implicação produz no caso estudado é de alto compromisso com as ações de cuidado e, singularmente, de uma prática dialógica na relação entre a equipe, os beneficiários e familiares.

### Revelações do modelo estudado

O Programa de Atenção Domiciliar é dependente de uma articulada rede de serviços e uma importante estrutura organizacional, como o de equipes de apoio, suporte técnico, grande logística para provimento de insumos, comunicações e transporte.

Os critérios de elegibilidade do programa focam em uma clientela de alto consumo e, portanto, custosa para a operadora: doentes crônicos, beneficiários que fazem grande utilização da internação hospitalar, unidades de pronto atendimento e os que se encontram em fase terminal da sua doença. Importa registrar que a operadora trabalha com critério de risco, associando o perfil nosológico ao de consumo e custos operacionais, fazendo uma complexa análise para a admissão do beneficiário. Diferentemente de um hospital, onde as condições de internação estão controladas *a priori*, no domicílio elas são produzidas pela equipe, sob interferências da própria família, considerando ainda que esta deva assumir parte significativa dos cuidados e, em muitos casos, parte importante dos custos.

A análise socioeconômica para ingresso no programa tornou-se particularmente importante em função da maior presença no mercado dos contratos corporativos e ingresso de um contingente de operários destas empresas no sistema suplementar. Os custos adicionais à família, quando tem um familiar sob cuidados domiciliários, estão associados principalmente a despesas com medicamentos de uso pela via oral, materiais de consumo, um aumento no gasto com energia elétrica e estrutura de apoio como lavanderia, dieta e, para certos casos, o cuidador pode ser alguém da família (que às vezes precisa parar de trabalhar para fazer o cuidado ao beneficiário), ou contratado.

Os custos para a família têm impacto diferenciado. Naturalmente, os mais pobres sofrem maior impacto relativo à sua renda do que os de classe média, média-alta. E está na transferência de certos custos para as famílias uma das fontes de redução do custeio dos serviços de saúde pelas operadoras. Com o *status* jurídico-institucional atual do PAD, pelo qual ele é considerado um “benefício”, não contratualizado e não passível de regulação, prevalecem nos programas as regras ditadas pelas operadoras, mesmo que elas se disponham a flexibilizar os critérios de admissibilidade.

Em relação ao modo de produção do cuidado, algumas questões aparecem como estruturantes para o processo de trabalho e vão modelando o seu perfil tecnoassistencial, quais sejam:

a) Trabalho em rede: o PAD, embora tenha sua ação mais diretamente vinculada ao domicílio, é dependente de uma bem articulada rede de serviços e profissionais de saúde, que fazem com que ele possa funcionar adequadamente. Essa rede é constitutiva do programa, ela opera em

fluxos de conexão permanente entre o médico prescritor, a equipe assistencial e todos os recursos de logística e infra-estrutura mobilizados no processo de trabalho, e também os serviços que são requisitados após a internação domiciliar, como já foram relacionados anteriormente, o projeto gestor, follow up, onco care e call center.

Conforma-se assim uma potente rede de petição e compromissos, onde as “micro-unidades de produção” do cuidado vão se articulando mutuamente, em movimentos interdependentes, sendo a equipe de internação domiciliar, associada ao cuidador, nuclear a todo o esforço que é realizado em torno do funcionamento do programa. Equipe e cuidador aparecem como os gestores do cuidado, gerenciando a assistência ao beneficiário e à família. Ocorre no ambiente de trabalho certa pactuação em torno da assistência que é ofertada, havendo uma colaboração mútua entre os serviços e equipes, que é coordenada pela gestora da prestadora de serviços de *home care*. Tudo isso ocorre em sintonia com os objetivos pactuados entre a prestadora e a operadora, que mantém vínculos estreitos com o programa;

b) Multiprofissionalidade: contrariando um pouco o que tem sido a característica dos processos de trabalho na saúde suplementar, sendo estes fortemente centrados no saber e na pessoa do médico, no Programa de Atenção Domiciliar, seja a internação ou os outros cuidados domiciliários, há uma importante característica multiprofissional. A eficácia do programa demanda a operação de diversos saberes que juntos compõem o seu arsenal técnico-assistencial. Há envolvimento direto no trabalho de profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e outros que trabalham no apoio à equipe. Esses profissionais formam entre si uma micro-rede, igualmente dependentes de relações entre si para operar o programa, isto é, a rede é imanente ao processo de trabalho e dele não se desvincula, constituindo-se inclusive informalmente e se comunicando por fluxos de conexão que dão seqüência às linhas de cuidado, operando por dentro dos processos de trabalho. As intencionalidades dos trabalhadores quando operam seu processo de trabalho, demarcadas por suas atitudes na relação com os beneficiários, dá um caráter singular ao modo de cuidar, ou seja, o perfil assistencial que se tem depende do profissional, mais do que qualquer normativa que regula o Programa.

Na atenção domiciliar, o domicílio, sob o

ponto de vista do trabalhador, é um lugar que publiciza seu processo de trabalho, o torna mais “exposto” do que o espaço hospitalar, onde o trabalho se dá de forma mais privada, “protegido” pela rígida estrutura organizacional, onde o processo de trabalho é mais controlado pelo saber técnico-científico. As variáveis que compõem o complexo cenário da residência, como, por exemplo, o ambiente sociocultural; a condição econômica; as intersubjetividades presentes nas relações de família; o significado da doença no meio familiar são muito ativas e interferem fortemente no cotidiano das práticas de cuidado. Portanto, diferentemente de um hospital, no domicílio tudo isto está em aberto, inclusive o saber técnico-científico é interrogado frente ao saber-cuidador da família, que também tenta se impor no controle do espaço e do projeto terapêutico. Isso explica em parte a forte demanda dos diversos saberes da saúde para operar o Programa, incluindo os do campo da saúde coletiva.

No espaço domiciliar, o trabalho vivo em ato encontra nos fluxos formados com outros trabalhadores, os membros da família e as inumeráveis possibilidades, inclusive no plano simbólico, um amplo espaço de realização do seu alto grau de liberdade. Assim, a inovadora forma de operação do trabalho da equipe em domicílio vai possibilitando aos profissionais o uso das suas tecnologias leves e, neste ambiente, podem usar com maior potência a sua capacidade inventiva para resolver problemas de saúde e inclusive interagir melhor com o saber-cuidador da família. Essa é a dimensão não capturada pela normativa institucional, que está no espaço de governo do trabalhador, na sua relação com o beneficiário e a família, e é nesse lugar que se dão as inovações que potencializam o caráter de “substituibilidade” das tecnologias de cuidado e das práticas profissionais, que vão ganhando espaço.

O cuidador é questionado sobretudo “pelo setor de enfermagem”<sup>23</sup>. No entanto, sua necessidade se impõe no Programa de Atenção Domiciliar. A contradição se instala na medida em que as profissões configuram um território ético-legal de exercício profissional e poder sobre o beneficiário. No entanto, na atenção domiciliar, estes limites vão ficando mais tênues, a partir dos “encontros” dos profissionais com os beneficiários e cuidadores, e a ética do cuidado vai se impondo e perpassa os limites interpostos pela ética legal-profissional.

Notadamente que a operadora tem interesse em transferir certos procedimentos para o campo de responsabilidades do cuidador. Se para eles

isto é uma questão que induz à redução de menor trabalho e custos, para o cuidador é algo que surge mais naturalmente a partir de um aprendizado que ele vai tendo no processo, e que se associa ao seu “saber-cuidador” que já lhe era próprio. Percebe-se, nesse meio, uma tensão imanente ao trabalho e às relações que se constituem nesse cenário, pois os processos de captura do modelo médico-hegemônico, mesmo nos cuidados domiciliares, continuam ativos. O modo de produção do cuidado é a resultante das tensões entre a captura e a liberdade, no interior do processo de trabalho, sendo que os dois estarão presentes no curso das relações cuidadoras. A configuração do PAD vai depender de certas condições que se colocam no espaço da micropolítica do trabalho da equipe, definidas em grande medida pelo perfil tecnológico do seu trabalho, e os fatores de subjetivação presentes nas múltiplas relações que operam no espaço de produção. Assim, o perfil assistencial é dado por momentos singulares, que se produzem de forma dinâmica, e não por um *continuum* que engessa a realidade;

c) Projetos terapêuticos integrais: os planos terapêuticos são elaborados pela equipe de trabalhadores e conduzidos de forma partilhada, articulando os diversos saberes e fazeres dos profissionais. É importante registrar que a equipe tem uma grande autonomia na condução do seu processo de trabalho. Isso se verifica no alto grau de flexibilidade na admissão de beneficiários, na possibilidade de pactuação em torno dos projetos terapêuticos e nos critérios de alta que são definidos pela equipe.

A elaboração do projeto terapêutico envolve toda equipe, considera o campo complexo de necessidades do beneficiário e a resposta multifacetada a estas necessidades. A integralidade se verifica na complexa rede que se articula em torno da atenção domiciliar e é quase imperativo para prevenir reinternações do mesmo beneficiário.

O espaço do domicílio é genuinamente o lugar do encontro. O encontro aqui é uma categoria que dá significado às múltiplas relações estabelecidas no ambiente de trabalho, reconhecendo que as mesmas produzem “afetamentos” e vão operar subjetivações entre seus protagonistas. No caso estudado, os encontros vêm afetar trabalhadores, cuidador, familiares, com repercussões no processo terapêutico. Deleuze, citando Espinosa, fala do afetamento provocado através dos encontros dos sujeitos entre si e, segundo os autores, os afetos podem provocar afecções alegres ou tristes, produzindo certas potências:

“a sua potência de agir ou força de existir aumenta ou diminui, visto que a potência do outro modo se lhe junta, ou, ao contrário, se lhe subtrai, imobilizando-a e fixando-a”<sup>20</sup>.

Entendemos assim que as afecções alegres provocam “potência de vida” nas relações de cuidado entre equipe e cuidador/familiares, enquanto as afecções tristes provocam “potência de morte” nestas relações, o que significa, no plano subjetivo, redução da capacidade de cuidar, de condução de um projeto terapêutico cuidador.

Explicando o tema, partimos do pressuposto que o encontro entre o saber técnico-científico da equipe e o saber-cuidador da família gera conflito. Esta tensão demanda capacidade dialógica, ação acolhedora e aguçada capacidade de pactuação da equipe. Uma postura como essa é capaz de criar, no ambiente domiciliar, potência de produção de vida (aumento da força vital), nos fluxos relacionais circulantes entre equipe, beneficiário, cuidador e família. Na mesma medida, se há interdição da fala da família e imposição de um projeto centrado apenas no saber técnico da equipe, os fluxos relacionais se produzem enquanto potência de produção de morte (redução da força vital) nos fluxos circulantes nas relações. Queremos com isso afirmar que o modo singular como a equipe trabalha no seu cotidiano vai atuar no sentido de produzir eficácia, maiores coeficientes de cuidado na condução do projeto terapêutico, o que inclui necessariamente o protagonismo do cuidador e dos familiares;

d) Trabalho “implicado” e o vínculo: a implicação dos trabalhadores com o Programa de Atenção Domiciliar fica evidente no modo como conduzem seu trabalho, tratando-o como algo que é significado como “projeto existencial”, isto é, vai além de uma atividade produtiva. Há uma identificação muito forte com o Programa e isto se manifesta pelas atitudes assumidas pelos trabalhadores no seu processo de trabalho, ou seja, eles significam seu mundo e interagem com ele com base nas representações simbólicas que formaram do que é o cuidado. É como se o mundo da atenção domiciliar não fosse algo apenas como um objeto de trabalho sobre o qual o profissional intervém, mas ele é incorporado pelo trabalhador, toma conta da sua alma. Assim, o profissional ao operar o seu trabalho vivo em ato o faz com base na imagem formada do PAD, que é a expressão da sua subjetividade, diante do trabalho que exerce no seu cotidiano. Os processos relacionais entre beneficiários e trabalhadores podem ser conduzidos no sentido de produzirem potência de vida, desde que pactuados e o

saber-científico encontre harmonia com o saber-cuidador da família.

Em relação à resistência que a família oferece para a alta, entendemos que essa questão vem atravessada, por um lado, pela cômoda posição de ter uma equipe cuidando do seu familiar no domicílio. Isso é visto pelos familiares como um apoio fundamental para enfrentar esta difícil situação. E, por outro lado, percebemos muito fortemente a questão do direito atravessando o problema, visto que o recurso mais usado pela família para impedir a alta tem sido a ação judicial. O beneficiário que contratualiza um plano assistencial com a operadora se vê no direito de ter o serviço de atenção domiciliar, mesmo que este não esteja inscrito no contrato. Entendemos que a situação produziu um paradoxo importante, pois ao mesmo tempo em que o PAD não figura no “rol de procedimentos” da operadora, é largamente ofertado; ele não tem existência legal, pois não é contratualizado, mas é reconhecido pelo sistema jurídico, na medida em que este sentença quanto ao direito da permanência do beneficiário no Programa. Enfim, esse paradoxo aparece nesse estudo, como um “analisador”, isto é, revelando o lugar em que o PAD se encontra hoje no espectro geral da regulação. Ele não é regulado pela ANS, apenas pela ANVISA, como já foi aqui mencionado. Entendemos que não deveria haver mesmo uma regulamentação geral sobre o Programa, na medida em que, dado o caráter dinâmico do processo de trabalho, é salutar maiores níveis de liberdade para a atividade criativa que o trabalho vivo proporciona. No entanto, seria conveniente regular sobre alguns aspectos mais críticos do Programa, como a transferência de alguns custos para a família e a alta.

### Considerações finais

Concluimos que o Programa de Atenção Domiciliar da operadora estudada se produz mediante um processo de reestruturação produtiva, isto é, há importantes mudanças no modo de produção do cuidado, mas ainda nos marcos do modelo médico hegemônico e nas regras próprias de mercado. Isto pode ser mais bem entendido à luz dos estudos que discutem a formação das instituições médicas no Brasil.

“[...] no Brasil, mais que nas formações sociais avançadas do capitalismo, o Estado foi historicamente o organizador e é, atualmente, o gerente das Instituições Médicas, privadas ou não”<sup>21</sup>. A autora revela o quanto as instituições médicas

historicamente se constituíram por dentro do Estado em certa transversalidade sobre o mesmo, e este age no sentido de incorporá-las à formação social, econômica e cultural da sociedade brasileira, operando no sentido da medicalização da sociedade. Isto está tão arraigado na estrutura social brasileira, que os movimentos de mudança, mesmo os que inauguram novas práticas de cuidado, não tiveram ainda potência para produzir uma ruptura com o modelo médico.

O Programa de Atenção Domiciliar no seu funcionamento cotidiano, e a partir das interações que cria no espaço da micropolítica do pro-

cesso de trabalho, entre profissionais, beneficiários, familiares e toda a rede que se forma em torno desse microcosmo, é dispositivo desse processo de reestruturação produtiva. Isso se dá em diferentes graus, às vezes incipiente, sutil e muitas vezes sofrendo atravessamentos de lógicas normativas que demarcam o campo institucional, mas ele está presente e pode ser verificado na singularidade das práticas assistenciais, nos fluxos de conexão dos processos de trabalho, nas redes que se formam em todos os sentidos, buscando sustentar um processo diferente de produção do cuidado.

### **Colaboradores**

TB Franco, EE Merhy participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

## Referências

1. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Cien Saude Colet* 2004; 9(2):433-444.
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da mesma moeda: microregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS; 2005.
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Programa de Qualificação da Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS; 2005.
4. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. As categorias da assistência domiciliar e a prática dos profissionais de saúde – pesquisa exploratório-descritiva. [acessado 2007 Out]; [cerca de 14 p.]. Disponível em: <http://www.uff.br/obj-nursing/index.php/nursing/article/view/557/127>
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância à Saúde. 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* 2006; 30 jan.
6. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção domiciliar: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade* [periódico na Internet]. 2006. [acessado 2007 Out]; [8 p.]. Disponível em: <http://www.apsp.org.br/saudesociedade>
7. Mendes W. *Home Care: uma modalidade de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: UNATI-UERJ; 2001.
8. Pires D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume/CNTSS; 1998.
9. Merhy EE. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 19-40.
10. Merhy EE, Franco TB. Reestruturação produtiva em saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz; 2006. p. 225-230.
11. Franco TB. *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde* [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.
12. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003. p. 197-210.
13. Deleuze G, Guattari F. *O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Lisboa: Assírio e Alvim; 1972.
14. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ/ABRASCO; 2006. p. 459-474.
15. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. vol. 1. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995.
16. Baremlitt G. *Introdução à esquizoanálise*. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari; 1998.
17. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. 2007. [acessado 2007 Mai 22]; [21 p.]. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos.php>
18. Guattari F. *Caosmose*. São Paulo: Editora 34; 1998.
19. Altoé S. *Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 256-258.
20. Deleuze G. *Espinosa: filosofia prática*. São Paulo: Escuta; 2002. p. 56-57.
21. Luz MT. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 198.

Artigo apresentado em 10/07/2007

Aprovado em 01/10/2007

Versão final apresentada em 26/11/2007