

## Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira\*

*Home care assistance and the right to health: an experience in the Brazilian net*

*La atención domiciliaria y el derecho a la salud: una experiencia en la red pública brasileña*

Nalú Pereira da Costa Kerber<sup>1</sup>, Ana Lúcia Cardoso Kirchoff<sup>2</sup>, Marta Regina Cezar-Vaz<sup>3</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Refletir de que forma a atenção domiciliária tem contribuído para a saúde da população. **Métodos:** Processou-se por meio de observação, de entrevistas individuais com 7 usuários, 22 trabalhadores e 2 gestores 3 representantes do Conselho Local de Saúde e de pesquisa documental, entre março e julho de 2006, em uma unidade de atenção primária à saúde de Porto Alegre - RS. **Resultados :** Os resultados foram sistematizados a partir de indicadores formulados e mostraram que os trabalhadores e gestores têm compreensão da atenção domiciliária como relevante para a saúde da comunidade, porém, não objetivam essa compreensão na sua prática de trabalho. **Conclusão:** A atenção domiciliária tem sido realizada com foco na doença, tem como objeto de trabalho um sujeito individual, enfatiza o cuidado curativo e não desenvolve ações intersetoriais. Porém, busca resolutividade no primeiro contato, presta atenção contínua e longitudinal, tem território definido, promove as relações interpessoais (trabalhadores e usuários) e atua visando um cuidado humanizado.

**Descritores:** Assistência domiciliar; Sistema de saúde; Atenção primária à saúde

### ABSTRACT

**Objective:** To consider, careful, how the home care has contributed to the population health. **Methods:** the study was processed through observation of interviews (with: 7 users, 22 workers, 2 managers and 3 representatives of the Local Board of Health) and documentary research, between March and July 2006, in a primary care health unit, in Porto Alegre, RS. **Results:** The results were systematized using developed indicators, they showed that workers and managers understands the home care as being relevant to community health, however, they do not apply that understanding in their work practice. **Conclusion:** The home care assistance has been conducted focusing on disease; its aim is to work on individual subjects; emphasizes the development of curative care and does not developed inter-sector actions. From another point of view, tries to resolve the situation in the first contact, offers continuous and longitudinal attention, has a defined territory, promotes inter-personal relations (workers and users), and acts trying to provide a humanized care.

**Keywords:** Domiciliary attention; Health system; Primary health attention

### RESUMEN

**Objetivo:** Reflexionar de qué forma la atención domiciliaria ha contribuido para la salud de la población. **Métodos:** Se procesó por medio de observación de entrevistas (con: 7 usuarios, 22 trabajadores, 2 administradores y 3 representantes del Consejo Local de Salud) y de investigación documental, entre marzo y julio de 2006, en una unidad de atención primaria de salud de Porto Alegre, RS. **Resultados:** Los resultados fueron sistematizados a partir de indicadores formulados y mostraron que los trabajadores y administradores entienden la atención domiciliaria como relevante para la salud de la comunidad, sin embargo, no aplican esa comprensión en su práctica de trabajo. **Conclusión:** La atención domiciliaria se ha realizado enfocando en la enfermedad, tiene como objeto de trabajo un sujeto individual, enfatiza el cuidado curativo y no desarrolla acciones intersectoriales. Por otro lado, busca ser resolutiva en el primer contacto, presta atención continua y longitudinal, tiene territorio definido, promueve relaciones inter-personales (trabajadores y usuarios) y actúa tratando de ofrecer un cuidado humanizado.

**Descriptorios:** Asistencia domiciliaria; Sistema de salud; Atención primaria a la salud

\* Trabalho extraído da tese apresentada para obtenção do título de Doutor em Filosofia, Saúde e Sociedade, no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, julho de 2007 e realizada com auxílio do CNPq Edital MCT -CNPq- 49/2005, Processo 401933/2005.

<sup>1</sup> Doutora. Professora da Universidade Federal do Rio Grande - FURG - Rio Grande (RS), Brasil.

<sup>2</sup> Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo Práxis e GEPADES da UFSC e Trabalho, Saúde e Educação, da UFSM.

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal do Rio Grande - FURG - Rio Grande (RS), Brasil.

## INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é um nível de atenção que oferece entrada no sistema de saúde para necessidades e problemas; propicia atenção à pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo; fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras; e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros<sup>(1)</sup>.

Toda a problemática enfrentada pelos serviços de saúde mostra a necessidade de se investir mais em atenção básica (ou atenção primária)<sup>(2)\*</sup>; o que, de certa forma, vem sendo colocado no cenário das políticas públicas de saúde, através do Ministério da Saúde, com suas novas regulamentações. As discussões que levaram à concretização do Plano Nacional de Atenção Básica, em 2006, fundamentaram-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), consignados na legislação.

Nesse processo de estruturação da atenção básica, existe a possibilidade de inserção de programas de atenção domiciliar como mais um componente para o alcance dos princípios norteadores para uma efetiva consolidação do SUS. A Atenção Domiciliar (AD) é uma estratégia de articulação do sistema de serviços, em seus diferentes níveis, podendo ser realizada a partir da clientela do hospital, com continuidade de assistência no domicílio e posterior encaminhamento ao trabalhador atuante na rede básica de serviços de saúde. A atenção domiciliar está regulamentada pela Portaria n. 2.529./2006, que institui a internação domiciliar no âmbito do SUS<sup>(3)</sup>.

A necessidade de assistência à saúde aliada às vantagens visualizadas e possibilitadas por essa modalidade assistencial, possivelmente torna esse serviço muito atrativo tanto para pacientes, quanto para familiares, trabalhadores e gestores do sistema de saúde. São relatadas como suas vantagens: alteração mínima no modo de vida do paciente; atenção mais individual; atenção mais integral; diminuição da ansiedade do paciente; redução de custos tanto para a família como para o Estado; diminuição do risco de infecção hospitalar; melhor controle sobre o paciente; permite a realização de um diagnóstico relacional e a utilização da terapia familiar como instrumento; utilização mais racional das camas e recursos hospitalares; promoção da participação da família, comunidade e sociedade na atenção e recuperação do doente; estimula a relação médico-paciente em termos horizontais; contribui para reivindicar a profissionalidade médica; estimula o desenvolvimento profissional e a enfermeira a tornar-se mais independente; pode constituir-se como uma experiência insubstituível para a docência e pós-graduação<sup>(4)</sup>.

A AD se mostra como promissora perspectiva na área da saúde. Porém, faz-se necessário destacar que, apesar das vantagens realçadas, “pode ocorrer sobrecarga familiar e, até mesmo, ônus financeiro, o que exige atenção especial para sua implantação”<sup>(5)</sup>.

É importante que os trabalhadores tenham uma exata compreensão do espaço diferenciado e singular em que estão

desenvolvendo o seu trabalho. Nesse sentido, é preciso que, aliada às concepções necessárias ao desenvolvimento do cuidado, seja entendida a especificidade do contexto domiciliar, o qual abrange os aspectos econômicos, sociais e afetivos da família; os recursos que dispõem, tanto materiais quanto humanos; a rede social de apoio; as relações que estabelecem dentro e fora do domicílio; o espaço físico; as condições de higiene e segurança da casa; tudo o que envolve o cliente e sua família<sup>(6)</sup>.

Buscando entender um pouco mais este processo de trabalho, o objeto de estudo proposto foi uma análise de uma iniciativa considerada bem sucedida de atenção domiciliar, que vem sendo desenvolvida na rede pública de serviços de saúde brasileira, com o objetivo de refletir de que forma esta tem contribuído para a saúde da população.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso, desenvolvido na Unidade de Medicina de Família Conceição do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), de Porto Alegre/RS/Brasil.

Os sujeitos pesquisados foram trabalhadores, gestores e usuários do serviço, divididos em três grupos: o primeiro grupo foi constituído dos 22 trabalhadores da saúde atuantes no serviço. O segundo grupo foi composto pelos gestores: a coordenadora do SSC, a chefe da unidade de saúde e os três representantes da comunidade no Conselho Local de Saúde. Do terceiro grupo fizeram parte os usuários, incluindo tanto o paciente como a família, utilizando o critério de saturação para encerrar a amostra, participando sete usuários.

A coleta de dados ocorreu entre março a julho de 2006, sendo utilizadas três técnicas: levantamento documental dos registros utilizados pelos trabalhadores, documentos referentes à criação e andamento da proposta da unidade, observação direta do processo de trabalho identificando os elementos deste e de um encontro do Conselho Local de Saúde. Inicialmente, foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte de todos os sujeitos da pesquisa e, depois de transcorrido um mês de observações, foram iniciadas entrevistas individuais com trabalhadores, gestores e usuários do programa de atenção domiciliar, as quais foram gravadas com o consentimento dos participantes. O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do GHC e obtida autorização para desenvolver a pesquisa por intermédio do Parecer n.º 105/05.

A pergunta de pesquisa a ser respondida neste estudo, o foi mediante categorias/indicadores, construídos e descritos, como forma de demonstrar o alcance das respostas à pergunta de pesquisa. Uma pergunta que apresenta uma dimensão avaliativa, só pode ser respondida se for efetuado um recorte sobre o que deve ser analisado, e esse recorte é definido pelos indicadores<sup>(7)</sup>.

Em vista da pergunta de pesquisa - De que modo a AD, desenvolvida na rede pública de saúde, tem contribuído para a saúde da população? - foram analisadas as possíveis respostas a essa pergunta. Foram construídos indicadores com base nos pressupostos de um serviço de saúde pertencente ao SUS e apregoados

\* O conceito de atenção básica à saúde é mais encontrado, na literatura internacional, como atenção primária à saúde

como de APS, sendo que estes estão organizados, a seguir, na apresentação dos resultados.

## RESULTADOS

Os resultados estão sintetizados nos indicadores tomados como referência para este estudo e destacados a seguir:

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

Para discutir o processo de trabalho desenvolvido na unidade do estudo foram, focalizados alguns princípios orientadores da APS, tais como o primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação e a focalização na família<sup>(1)</sup>.

A AD tem significado, para os trabalhadores, uma forma de proporcionar acessibilidade a pessoas que não têm condições de obter cuidados de saúde nas unidades de saúde. Contudo, segundo a observação do processo de trabalho e os depoimentos dos usuários, não existe, no momento, uma rotina no comparecimento dos trabalhadores às suas residências.

Na observação do trabalho realizado e dos problemas evidenciados durante este momento, foi possível perceber um déficit no planejamento interno, na medida em que foi observada a presença de grandes e variados espaços de tempo entre uma visita domiciliar e outra, mostrando uma falta de regularidade.

Não existe diferença entre um atendimento prestado no domicílio e um atendimento realizado em uma das salas de consulta da unidade de saúde. O molde das ações é o mesmo: uma consulta clínica, no sentido de avaliação orgânica da enfermidade. Na maioria das vezes, não foram visualizadas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças ou ações educativas. A família, em geral, não é considerada como o foco de trabalho.

Nessa prática, os esforços estão concentrados na realização do cuidado a um indivíduo doente, acamado ou debilitado por algum motivo. Mesmo com a convivência familiar gerada por meio desse atendimento individualizado no domicílio, os demais membros da família não são contemplados, mesmo que sejam também pessoas idosas como o próprio paciente objeto do cuidado.

Em relação ao princípio da coordenação, toma-se como parâmetro o uso e organização dos prontuários dos pacientes e no prontuário da família. Este é um instrumento de grande importância para o alcance desse princípio orientador, visto que nele estão congregadas informações e impressões levantadas por vários membros da equipe trabalho. É a forma mais lógica e metodologicamente organizada de manter uma comunicação efetiva entre os diversos trabalhadores e, até mesmo, entre serviços.

O prontuário é referido por muitos dos trabalhadores como um dos instrumentos de trabalho, mas, contraditoriamente, não parece ser visto, na prática, ter essa importância. A começar pelo preenchimento, tanto do prontuário existente na unidade, como do prontuário domiciliar, pois parece existir uma opção profissional por um deles.

E outro aspecto, que é parte desse mesmo princípio, é a intersetorialidade, que se encontra pouco explorada. Não há uma ligação entre os setores e serviços que possam estar proporcionando a satisfação das necessidades da clientela. Ressalta-se a inexistência de um caminho formal que funcione

como orientador das ações dos trabalhadores.

A AD assume uma conotação de continuidade do cuidado que foi iniciado através de um contato anterior a ela, que se desenvolveu na forma de consulta na unidade de saúde, participação em grupos terapêuticos, atendimento nas salas de vacinação ou mesmo através de uma visita domiciliar realizada para levantamento de dados pelo agente comunitário de saúde. A continuidade consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos.

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

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

Esta reflexão está fundamentada nos princípios da integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade e participação comunitária.

A conotação da integralidade apresentada é a de um trabalho desenvolvido de forma multiprofissional pela maioria dos sujeitos da pesquisa. A direção dos depoimentos toma o sentido de integração da equipe e de trabalho conjunto.

Quando os trabalhadores discorrem sobre a questão da universalidade da assistência, percebe-se que o posicionamento de todos é na direção do acesso aos serviços como o aspecto primordial de garantia desse princípio.

Há o entendimento de que o acesso deva ser garantido aos serviços de saúde, e a forma encontrada para isso se mostra por intermédio da assimilação do princípio da equidade. A equidade no dia-a-dia de trabalho é compreendida em estreita ligação com o conceito de igualdade de atenção, em que há uma preocupação em assistir a todos da mesma forma.

A categoria dos médicos posiciona-se na linha de pensamento de proporcionar atenção àqueles seres humanos mais necessitados, mais carentes de atenção e que, por isso mesmo, exigem um tratamento diferenciado.

Em relação à resolutividade, o posicionamento é quase sempre no sentido positivo, de vislumbrarem a AD sendo resolutiva, dentro dos objetivos a que se propõe. Chama a atenção a afirmação de que tem sido resolutiva no sentido de evitar internações hospitalares. Isso não está mensurado, o que faz com que as evidências fiquem somente como reflexões, sem constatação científica.

Alguns trabalhadores abordaram a necessidade de outros trabalhadores na AD. Essa dificuldade, encontrada em muitos serviços, dificulta a resolutividade da assistência, pois impede a continuidade da atenção.

Um dos trabalhadores apresentou uma visão diferenciada em relação à resolutividade do trabalho desenvolvido. Fez uma análise de que o processo de trabalho não é desenvolvido da forma esperada para o tipo de serviço considerado.

No tocante a outro dos princípios, a participação da comunidade, os trabalhadores apresentam um manifesto de inconformismo com a atual situação encontrada. Mesmo os representantes do

Conselho Local de Saúde, apresentaram um comportamento não correspondente com o que se espera de um conselho comunitário, ou seja, deliberar sobre as ações de saúde que estão sendo realizadas e opinar quanto às questões nesse nível, não se atendo unicamente aos aspectos assistenciais, mas também de prioridades a serem assumidas pela gestão da unidade.

#### **Percepção da saúde como um direito do cidadão**

A premissa de que a saúde como direito significa o acesso universal e equânime aos serviços de saúde apresenta foco na avaliação dos trabalhadores e serviço como forma de assegurar que a saúde dos usuários esteja sendo garantida.

Os usuários não têm conhecimento acerca dos serviços. A postura que se observa durante o desenvolvimento do processo de trabalho na atenção domiciliar é a de passividade, de espera pela conduta dos trabalhadores. E, ao serem questionados se os membros da comunidade têm o direito à saúde que está assegurado constitucionalmente, a resposta é vaga, apresentando-se no sentido de “acho que sim”.

Pode-se visualizar, no conjunto dos dados, tanto extraídos das entrevistas quanto da observação do processo de trabalho desenvolvido na atenção domiciliar, a preocupação dos trabalhadores com o acesso desses usuários comprometidos em sua condição física, o que traz um significado implícito de entendimento do direito de todos de conseguirem ter o acesso aos serviços de saúde.

Outro elemento investigado foi a questão da avaliação, tanto do trabalho, quanto dos trabalhadores. Houve unanimidade, por parte dos usuários, de entender que nunca participaram de nenhum processo avaliativo. Uma das famílias manifestou-se positivamente em relação a isso, inferindo que talvez tal processo não se dê por não haver necessidade, já que para eles parece clara a importância e relevância da realização desse tipo de prática de trabalho.

Há uma mobilização em face de queixas, de problemas manifestados, mas não se pode dizer que haja um olhar direcionado para a organização do trabalho, no sentido de ver e perceber a forma como vem sendo desenvolvido e analisar se essa forma contempla as necessidades da clientela. E isso se dá tanto em relação à avaliação do processo de trabalho em si, quanto dos trabalhadores individualmente, que não se sentem avaliados.

#### **Vínculo e satisfação da população com a atenção domiciliar**

A análise se processa no sentido de entender a formação do vínculo entre trabalhadores e usuários do serviço por meio das relações entre estes e, também, refletindo acerca da concepção da humanização da assistência no trabalho desenvolvido. Um ponto importante, abordado neste tema, refere-se à satisfação da clientela com o serviço, que é considerada como característica de um trabalho que valoriza o usuário no sistema de saúde.

A convivência dos trabalhadores com os usuários no espaço domiciliar faz com que as relações entre ambos se estreitem, criando um vínculo maior e proporcione maior segurança à clientela do serviço. O vínculo é uma característica do serviço que os participantes encaram como relacionada à humanização da assistência.

O vínculo é uma das vantagens relatadas pelos pacientes e

familiares quando lhes é solicitado comentar acerca das facilidades da realização dessa atividade. Nesse processo assistencial, merece importância a escuta, tendo sido muito ressaltada pelos trabalhadores.

Durante o acompanhamento do processo de trabalho na unidade e nos domicílios foi considerada como característica de uma equipe que está tentando desenvolver um trabalho humanizador, a realização do grupo das arteiras, com o propósito de proporcionar momentos de lazer e bem-estar para a população, com a realização de atividades manuais diversas.

Como um dos aspectos da valorização do usuário no sistema de saúde, ressalta-se a relevância de levar em conta suas opiniões sobre os serviços que lhe são ofertados e a avaliação de seu nível de satisfação diante dos mesmos. Na unidade de saúde em estudo, não há um processo de avaliação do nível de satisfação dos usuários assistidos.

Na unidade em estudo a população mostra-se satisfeita com a assistência, expressada por meio de gestos de carinho, de atenção, de sorrisos, de uma recepção cordial e alegre no espaço familiar e doméstico. A relação interpessoal é tão forte que, no momento em que surgirem dúvidas, problemas e não satisfação com alguma situação, haverá a procura espontânea pela figura de um dos trabalhadores no intuito de evidenciá-la e solicitar sua resolução.

### **DISCUSSÃO**

O princípio do primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde<sup>(1)</sup> e, por isso, acredita-se que a realização da atenção domiciliar, por si só, já pode ser considerada como um passo nessa direção. Porém, percebe-se que não existe uma sistematicidade, que pode estar justificada, em parte, pela demanda excessiva existente na unidade de saúde, fazendo com que essa atividade seja suplantada pelo envolvimento com outras ações oriundas dessa demanda espontânea à unidade. Essa é uma lógica invertida dentro do modelo que os trabalhadores apregoam seguir. A realização de atividades como a atenção domiciliar pode contribuir para inverter, um pouco, essa demanda.

A focalização na família é outro dos princípios ordenadores da atenção primária à saúde, que precisa ser conhecido e operacionalizado. “A focalização na família torna indispensável considerar a família como sujeito da atenção o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde”<sup>(1)</sup>.

Em relação ao princípio da coordenação, esta pode ser facilitada por meio de vínculos mais formais entre os níveis de atenção e melhores linhas de comunicação e ser aprimorada por mecanismos eletrônicos de fluxo de informações”<sup>(1)</sup>.

A intersetorialidade pode ser entendida como: “o desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos”<sup>(8)</sup>.

Para concretização do princípio da coordenação, os trabalhadores precisam assegurar o atendimento das necessidades dos pacientes, através da oferta de uma combinação de serviços e informações de saúde.

O trabalho desenvolvido acaba na dependência da individualidade de cada trabalhador, na busca de tentar resolver questões que escapam de sua ação imediata. É necessária uma organização do sistema como um todo e de cada um dos serviços na sua particularidade. Então, os trabalhadores não podem ser culpabilizados se a intersectorialidade não está sendo contemplada no cotidiano dos serviços de saúde.

Outro princípio ordenador da atenção primária é a longitudinalidade. Esta, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. A continuidade não é necessária para que esta relação exista; as interrupções na continuidade da atenção, por qualquer motivo, necessariamente não interrompem esta relação<sup>(1)</sup>.

Em relação à integralidade, na Lei nº8.080/90, esta é entendida como “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”<sup>(8)</sup>. Entende-se que, se existem vários olhares sobre um mesmo objeto de trabalho, há uma tendência de aumentar a abrangência do cuidado, já que cada trabalhador apresenta uma formação diferenciada.

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

No que concerne à equidade<sup>(9)</sup>, há obrigação dos serviços em adequar suas ações conforme a característica da população adstrita a eles, proporcionando, assim, atenção à saúde de acordo não só com a sua necessidade, mas, também, com as condições de acesso a esses serviços. Então, a noção desse conceito não se atém a assistir a todos de forma igual, no sentido de não ter preconceitos ou discriminação no cuidado, mas, assistir diferentemente aqueles que mais precisam, justamente por serem mais carentes de atenção ou terem menos condições de obtenção desta atenção.

A resolutividade está associada à resolução de problemas clínicos apresentados pelos pacientes, confirmando, mais uma vez, o alicerce teórico e conceitual que move essa atenção. Em estudo realizado para análise da consulta profissional na assistência domiciliar, os autores também encontraram que os julgamentos e as condutas ficaram restritos aos preceitos técnicos<sup>(10)</sup>. Em relação ao trabalhador que apresenta um entendimento diferenciado, entende-se que este tem ciência do modelo de atenção que vem sendo desenvolvido, centrado na clínica, e faz uma avaliação positiva da resolutividade, diante da realização desse modelo. No entanto, fica claro que não vai além.

Então, a avaliação está na dependência do prisma através do qual se está olhando. Se a análise é do processo de trabalho que está sendo desenvolvido, no interior do modelo que o está guiando, a resposta é uma; se a análise é no sentido do modelo que deveria estar sendo efetivado, a resposta pode ser outra.

Como forma de materialização de projetos de interesse em geral, um aspecto premente, que envolve o processo de trabalho, é sua avaliação. Como saber se as necessidades de saúde estão sendo satisfeitas? Como garantir que está se desenvolvendo o tipo de trabalho necessário para a população adstrita? Através da avaliação contínua dos serviços prestados, de modo que se possam ter parâmetros para manutenção ou transformação do trabalho. Entende-se esse aspecto avaliativo dos serviços como sendo um importante componente de validação dos direitos da clientela, por ser a forma de assegurar que os níveis de saúde dessa clientela sejam atingidos.

O termo avaliação envolve conotações que podem estar relacionadas ao processo de trabalho em si, à evolução clínica do usuário do serviço, ao produto alcançado por meio do trabalho, à qualidade da assistência, entre outros. O sentido apresentado nos depoimentos mostra-se como incluindo apenas as questões diretas de cada paciente assistido por meio da atenção domiciliar, na relação com sua evolução clínica. Não há um significado de avaliação no sentido de realizar um trabalho de identificação de problemas e reorientação de ações desenvolvidas, avaliando as práticas e mensurando o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.

O contexto da atenção domiciliar é um palco propício para a realização de processos avaliativos e de inserção dos usuários nesse processo. Sem o desenvolvimento desses processos está se deixando de incluir o usuário como cidadão.

Ao adentrar no domicílio, os trabalhadores lidam com a dimensão subjetiva presente nas relações estabelecidas entre os seres humanos “em seus espaços de poder, de privacidade, de maior autonomia de viver suas vidas, ou seja, ao sair do espaço conhecido e vivido dos serviços de saúde, há a chance de horizontalizar mais as relações entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde”<sup>(11)</sup>.

A AD à clientela faz com que se estabeleça uma relação de profundo vínculo entre trabalhador e usuário, e proporciona que o trabalhador seja reconhecido por seu trabalho e considerado um indivíduo de referência por parte do usuário, para as questões relacionadas à sua saúde.

Saber ouvir é um aspecto extremamente importante no cuidado dos seres humanos. E saber ouvir vai além do ato de escutar o que o outro fala, procurando compreender o que está sendo dito e compartilhar do sentimento que está sendo colocado naquele momento especial de relação. Saber ouvir com os ouvidos, e também com os olhos, os sentimentos e a razão, o dito e não dito. Não só as frases, mas a entonação, a velocidade, a ironia<sup>(12)</sup>.

Dentre as diferentes proposições encontradas nos serviços de saúde que traduzem a intenção humanizadora, está a organização de atividades de convívio, amenizadas e lúdicas como as brinquedotecas e outras ligadas às artes plásticas, à música e ao teatro<sup>(13)</sup>.

Refletindo acerca da divulgação do serviço, que parece não estar sendo desenvolvida - o que seria uma obrigação legal - se

esta for realizada, pode ser que não haja condições de atendimento a todas as solicitações de assistência que possam vir a ser feitas. Isto porque foi evidenciado que a demanda da unidade de saúde é extremamente alta, e que o quantitativo de trabalhadores não corresponde à realidade da necessidade da população.

Contraditoriamente à necessidade de divulgação dos serviços como garantia de cidadania, existe a necessidade da não divulgação para garantir a realização do processo de trabalho considerado mais necessário e/ou prioritário. Mesmo entendendo a importância da atenção domiciliária como significado de acesso àqueles seres humanos mais dependentes de cuidado, atualmente, os trabalhadores não têm condições humanas de desenvolvimento desse trabalho a todos. E, por isso, salientam a importância de critérios estabelecidos para inserção de novos pacientes no programa. Para que, pelo menos estejam seguindo o princípio da equidade, oferecendo mais atenção aos mais necessitados.

E justamente, um dos maiores objetivos do atendimento domiciliário é o de garantir que os indivíduos muito dependentes consigam ter acesso ao sistema de saúde, como qualquer outro cidadão. Assim, indivíduos que não conseguem chegar às unidades de saúde, devido ao seu alto grau de dependência, conseguem que a eles seja dispensada a atenção necessária, diminuindo, então, com a “iniquidade da exclusão”<sup>(12;147)</sup>.

Em relação ao contraponto realçado da informação, reflete-se, também, sobre a relevância de que seja cada vez mais estimulada a participação da comunidade nas questões de saúde, fazendo com que se sintam envolvidos e comprometidos com ela. Argumenta-se que, ao tempo que houve produção de conhecimento acerca dos serviços, haverá, também, entendimento das problemáticas evidenciadas no cotidiano, o que pode auxiliar na luta da comunidade, junto com os trabalhadores da área da saúde, por melhores condições de desenvolvimento do trabalho.

A saúde é um direito de todos, mas, ao mesmo tempo em que isso é dito e ouvido tão facilmente por todos, quais os cidadãos que estão exercendo esse direito? Ter direitos implica em ter deveres, também. E, no caso da saúde, reflete-se que se tem o dever de conhecer os serviços, de participar no planejamento e na avaliação das ações, como forma de garantir que o direito à saúde esteja sendo atendido. Se a comunidade não compartilhar as suas dúvidas, os seus anseios com seus representantes, o gestor irá lutar ou reivindicar por aquilo que entende como necessário, conhece e percebe através de suas próprias experiências, o que pode não ir ao encontro das necessidades da população.

A finalidade desejada com o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde só pode ser afirmada, democraticamente,

## REFERÊNCIAS

- 1- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 2- Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 4- Saura de la Torre I, Hernández Vergel LL, Rodríguez Brito ME. Requisitos necesarios para el desarrollo del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. Rev Cuba Med Gen Integr. 1998;14(5):479-83.
- 5- Martins SK. Diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde: contribuições da enfermeira [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação

com a incorporação do cidadão na definição de projetos, na afirmação do tipo de sociedade que se deseja, na ação política como materialização das possibilidades de gestação de projetos de interesse geral<sup>(13)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência do serviço de atenção domiciliária teve o significado de facilitar o acesso dos usuários comprometidos, de alguma forma, na sua condição de locomoção, ao serviço de saúde. O melhor acesso se reverte em humanização da assistência, no entendimento de relações efetuadas com mais atenção pelo tempo disponibilizado para a assistência fora do espaço da unidade de saúde, sem a pressa que caracteriza as consultas em ambulatorios e consultórios, em que há a presença de outros clientes aguardando a atenção do trabalhador. Assim como a questão do desenvolvimento da assistência no próprio ambiente do usuário, em seu espaço de vida, faz com que se sinta mais à vontade.

O mais comentado limite é a força de trabalho, que mostra que se o quantitativo fosse maior poderia levar a maior disponibilidade de tempo para a realização dessa prática de trabalho. Outros limitadores são: a não sistematização na rotina das visitas domiciliares; os problemas de ineficácia da intersectorialidade e a demanda aumentada na unidade de saúde.

A concepção que rege o conjunto do trabalho da atenção domiciliária é a assistência à saúde de usuários comprometidos em seu processo de vida e saúde por acometimento de doenças e que precisam ser “curados” ou, pelo menos, mantidos em seu estado atual de saúde. Esquecem-se de que a AD envolve outras formas de atenção, que não necessariamente voltadas a um corpo orgânico, muito menos a um corpo doente.

Concluiu-se que, apesar da prática da atenção domiciliária ainda realizar seu processo de trabalho com foco na doença, ter como objeto de trabalho um sujeito individual, enfatizar o cuidado curativo e não desenvolver ações intersectoriais da forma desejada, ela tem se voltado para a prática de um trabalho de atenção primária que busca resolutividade no primeiro contato, presta atenção contínua e longitudinal, tem território definido, promove as relações interpessoais (trabalhadores e usuários) e atua visando um cuidado humanizado.

A análise efetuada serviu para demonstrar que os trabalhadores, gestores e usuários têm compreensão da atenção domiciliária como extremamente relevante para a saúde da comunidade que a unidade de saúde atende, porém, não objetivam, na totalidade, essa compreensão na sua prática de trabalho.

- em Enfermagem; 2006.
- 6- Lacerda MR, Oliniski SR. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar. *Acta Sci Health Sci.* 2004;26(1):239-48.
  - 7- Silva RR, Brandão D. Os quatro elementos da avaliação. São Paulo: Instituto Fonte; 2003.
  - 8- Associação Paulista de Medicina. SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu; 2004. v. 1.
  - 9- Duarte CMR. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000;5( 2):443-63.
  - 10- Püschel VAA, Ide CAC. A capacitação de enfermeiros para a assistência domiciliar: uma abordagem psicossocial. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(1):91-4.
  - 11- Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA, et al. Assistência domiciliar – instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. In: Barros AFR, organizador. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises.* Brasília: Ministério da Saúde; 2004.v. 2. p.71-80
  - 12- Diogo MJD, Paschoal SMP, Cintra FA. Avaliação global do idoso. In: Duarte YAOL, Diogo MJD. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.* São Paulo: Editora Atheneu; 2000. p.146-71.
  - 13- Puccini PT, Cecilio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health.* 2004;20(5):1342-53.