

Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa

Home care organization with the Better at Home Program

Organización de la atención a domicilio con el Programa Mejor en Casa



Edna Aparecida Barbosa de Castro^a
Denise Rocha Raimundo Leone^b
Camila Medeiros dos Santos^c
Francisca das Chagas Cunha Gonçalves Neta^d
Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves^e
Divanice Contim^f
Kênia Lara Silva^g

Como citar este artigo:

Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Neta FCCG, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2016-0002. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>.

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>

RESUMO

Objetivo: Compreender os modos de organização da Atenção Domiciliar no contexto da atenção à saúde ofertada por municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa, no Estado de Minas Gerais.

Métodos: Estudo multicêntrico com abordagem qualitativa. Dados coletados em 12 municípios mineiros, entre fevereiro de 2014 e julho de 2015, por meio de entrevistas semiestruturadas, com 12 coordenadores de Serviços de Atenção Domiciliar e seis gestores. Utilizou-se a Análise de Conteúdo como método de tratamento dos dados.

Resultados: Obtiveram-se duas categorias de análise: Organização da oferta regulada por demandas político-administrativas, experiências prévias e perfil de saúde local e Modos de organização mediados pelas necessidades dos usuários.

Conclusão: Depreende-se que o sucesso notado nos modos de organização da Atenção Domiciliar decorre da integração entre elementos da gestão e assistenciais. Reforça-se que esta modalidade assistencial substitutiva apresenta potencial para a efetividade dos serviços, redução da fragmentação e resolubilidade das necessidades de saúde.

Palavras-chave: Administração de serviços de saúde. Serviços de assistência domiciliar. Assistência domiciliar.

ABSTRACT

Objective: To understand the home health care organization modes in the context of health care delivered by municipalities that have joined a Program entitled Better at Home.

Methods: A multicenter qualitative study. Data collection performed in 12 municipalities, from February 2014 to July 2015, through semi-structured interviews with 12 Home Care Services coordinators and six managers. Content analysis was used as a method of data handling.

Results: Two categories of analysis emerged: Supply management regulated by political and administrative demands, previous experiences and local health profile and organization Modes mediated by users' needs.

Conclusion: It is concluded that the significant progress observed in home care organization modes stems from the integration of management and care aspects. It is highlighted that this substitutive care modality may enhance the effectiveness of services, reducing fragmentation and solvability of health needs.

Keywords: Health services management. Home care services. Home care.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las maneras de organización de la atención domiciliar en el contexto de la atención a la salud ofrecida por municipios que adherirán al Programa Mejor en Casa.

Métodos: Estudio metacéntrico con abordaje cualitativa. Datos colectados en 12 municipios, entre febrero de 2014 y julio de 2015, por medio de entrevistas semiestruturadas, con 12 coordinadores de servicios de atención domiciliar y seis administradores. Se utilizó el Análisis de Contenido como método de tratamiento de los datos.

Resultados: Se obtuvieron dos categorías de análisis: Organización de la oferta regulada por demandas político-administrativas, experiencias previas y perfil de salud local y Maneras de organización mediadas por las necesidades de los usuarios.

Conclusión: Se deprende que el suceso notado en las maneras de organización de la atención domiciliar se sigue a la integración entre elementos de la administración y asistenciales. Se refuerza que esta modalidad asistencial substitutiva presenta potencial para la efectividad de los servicios, reducción de la fragmentación y resolución de las necesidades de salud.

Palabras-Clave: Administración de los servicios de salud. Servicios de atención de salud a domicilio. Atención domiciliar de salud.

^a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

^b Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação Saúde Coletiva, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

^c Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^d Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^e Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária, Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

^f Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar, Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

^g Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A organização da oferta da Atenção Domiciliar (AD) no Brasil vem passando por transformações nos últimos anos. Essas mudanças tiveram como marco importante as orientações propostas pela Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD)⁽¹⁾. A AD inclui-se na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) assumindo os princípios e diretrizes deste sistema, previstos em lei, ressaltando-se a universalidade, equidade, a integralidade, a resolubilidade e a ampliação do acesso, associados ao acolhimento e à humanização, que devem ser observados na organização dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD)⁽²⁾.

A implantação dos SAD torna-se um desafio tanto para os gestores e coordenadores de SAD como para os profissionais, que investem esforços no sentido de identificar e analisar as condições de saúde que subsidiam e qualificam as decisões e as ações de gestão ou assistenciais, a fim de que sejam resolutivas. Desafio, pela necessidade de manter integradas as ações da gestão às assistenciais, haja vista a complexidade do cuidado a ser ofertado pela AD, com o deslocamento do cenário assistencial para o domicílio, antes focado nas instituições de saúde legitimadas pelo Estado.

No processo de organização de um SAD, inclui-se a identificação do fluxo da oferta dos serviços existentes na RAS, desde a solicitação de inclusão e a admissão do usuário mediante os critérios de elegibilidade, seguida do planejamento assistencial, possibilitado pela avaliação do grau de complexidade, definições sobre a modalidade, recursos e tecnologias de cuidado demandadas, incluindo periodicidade dos atendimentos no domicílio. Este processo gera necessidade de elaboração de orçamentos, planilhas de custos, definição de profissionais com formação adequada, prática do cuidado no domicílio e o acompanhamento do usuário desde a admissão até a alta, com exigência de registros formais, incluindo a utilização de Sistema de Informação^(1,3).

Entende-se, *a priori*, que são duas as vertentes que mobilizam os gestores na decisão político-institucional de se implantar a AD após a criação do Programa Melhor em Casa (PMC) no país, em 2011. A primeira é que compreendem esta modalidade de atenção como abreviação ou substituição da internação hospitalar, visando, assim, à diminuição dos custos. Outra, como uma alternativa para a reorganização do modelo tecnoassistencial, tornando esse tipo de serviço um espaço para gerir novas maneiras de cuidar. Estas, complementares entre si, são consideradas centrais no agenciamento dos gestores e profissionais que se postam à frente do processo de organização dos SADs⁽³⁾.

Assim, acredita-se que discutir as formas de planejamento, compreender as interfaces que permeiam a orga-

nização da AD em seus aspectos macro e microestruturais, considerando-se as relações existentes e outras que se estabelecem a partir da implantação do serviço, torna-se fundamental para a efetividade esperada das ações que oferta⁽⁴⁾.

Minas Gerais é um dentre os estados brasileiros, localizados na região sudeste do país e, em julho de 2016, 26 dos seus 853 municípios registravam cadastramento de equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) segundo a modalidade proposta pelo PMC, sendo 51 do tipo 1; seis do tipo 2 e 24 equipes multiprofissionais de apoio (EMAP). Juntas apresentam, conforme a atual forma de financiamento da AD no país, um custeio anual de R\$ 1.761.048.000,00 (um bilhão, setecentos e sessenta e um milhões e quarenta e oito mil reais)⁽⁵⁾.

Além dos aspectos pontuados e, ainda, considerando a extensão territorial do estado, a diversidade assistencial que se conjuga sob a égide das mesmas diretrizes e normativas do SUS, torna-se relevante compreender os modos de organização dos SADs sob o ponto de vista dos coordenadores e dos gestores dos municípios que empreenderam esforços para a implantação destes serviços.

Desta forma, a pesquisa ora apresentada tomou por objeto o modo de organização da AD em Minas Gerais, segundo a modalidade proposta pela Política Nacional de Atenção Domiciliar, desde sua criação em 2011, com o lançamento do PMC. Partiu-se da questão: como os gestores de municípios que aderiram à PNAD e os coordenadores dos SADs implantados concebem a organização da oferta destes serviços no cenário assistencial em que estão inseridos? Objetivou-se compreender a organização da Atenção Domiciliar no contexto da atenção à saúde pública ofertada por municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa no estado de Minas Gerais.

■ MÉTODOS

Este artigo resulta de um estudo qualitativo, do tipo descritivo e exploratório sustentado no referencial metodológico da dialética marxista discutida por Minayo⁽⁶⁾, no qual os dados foram coletados por meio de visita a municípios do Estado de Minas Gerais, que atenderam às normativas da Política Nacional de Atenção Domiciliar, instituída pela Portaria Ministerial n.º 2.029/2011⁽⁷⁾.

Apresenta os achados da etapa de análise da oferta, extraída da pesquisa multicêntrica "Atenção Domiciliar em Saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS no Estado de MG" desenvolvida entre 2013 e 2015 por grupos de pesquisa de seis Universidades do Estado de Minas Gerais.

Foram identificados 30 municípios que atendiam as normativas nacionais. Posteriormente, foram estabelecidos

contatos com as Secretarias de Saúde destes municípios, oficializando-se a solicitação de autorização para a realização da pesquisa. Aceitaram participar do estudo 19 municípios que ofertam Serviços de Atenção Domiciliar vinculados ao Programa Melhor em Casa. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro de 2014 e julho de 2015.

Para a etapa de análise da oferta, 12 municípios constituíram-se como cenário. Nesta etapa, procurou-se analisar as características organizacionais e logísticas dos serviços existentes. Definiu-se a entrevista guiada por um roteiro semiestruturado como instrumento de coleta de dados com gestores municipais e/ou coordenadores do SAD dos municípios cenários. O roteiro continha questões abertas que versavam sobre: a vinculação dos Serviços de Atenção Domiciliar tanto institucional como na Rede de Atenção à Saúde; o número; a composição e o perfil das equipes habilitadas; a modalidade de atenção prestada; o perfil dos usuários atendidos; os protocolos utilizados pelo serviço; os fluxos de encaminhamentos e a relação com os outros serviços da Rede.

Foram realizadas 18 entrevistas, sendo 12 com coordenadores de SAD e seis com gestores de municípios, com duração média de 43 minutos, totalizando 15 horas, 48 minutos e 15 segundos de gravações nesta etapa da pesquisa. Para a codificação das entrevistas, utilizou-se a letra M para definir os municípios (por exemplo, M1) e a letra G para as entrevistas com gestores e coordenadores (por exemplo, G1), respectivamente.

As entrevistas foram transcritas na íntegra pelos pesquisadores e, posteriormente, o material foi submetido à análise temática de conteúdo. Os dados obtidos foram ordenados com ênfase na descoberta de núcleos de sentidos, evidenciados a partir dos temas que compunham a comunicação, atrelada ao contexto da enunciação, cuja presença ou frequência apresentam significado para o objetivo analítico desta etapa da pesquisa por meio de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação⁽⁸⁾.

Os participantes foram informados sobre os objetivos e finalidades do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obedecendo-se os preceitos éticos da legislação brasileira. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o Parecer nº 938.240 e CAE nº 07698212.7.0000.5149.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do processo de análise empreendido, extraíram-se os seguintes núcleos temáticos: “Organização da oferta regu-

lada por demandas político-administrativas, experiências prévias e perfil de saúde local e Modos de organização mediados pelas necessidades dos usuários” que serão discutidos a seguir.

Organização da oferta regulada por demandas político-administrativas, experiências prévias e perfil de saúde local

À análise dos dados, identificou-se o surgimento de um modo de organização da oferta de AD coerente com as demandas da gestão, haja vista as estruturas existentes, as especificidades da saúde nos municípios, consonante com as diferentes motivações para a adesão e implantação do PMC. Inicialmente, destacam-se aqueles que imediatamente aderiram à política, investiram na implantação do SAD, apoiando-se nas especificidades técnicas e políticas das Redes locais, considerando os serviços existentes anteriormente à publicação da Portaria nº 2.029/2011⁽⁶⁾

O programa de internação já existia há 14 anos, hoje completando 15 anos, e a gente está, atualmente, nessa fase de implantação do SAD, de acordo com o Melhor em Casa; com a Portaria aprovada desde outubro de 2013 (M7G2).

Além destes, novos serviços foram implantados, resultantes do movimento de profissionais que, ao tomarem conhecimento da publicação da Política Nacional de Atenção Domiciliar e lançamento do PMC, investiram em sensibilizar o gestor, apoiando-se no perfil de saúde local, contando com os serviços e estrutura já existentes na RAS.

Então, nós começamos a funcionar com o Melhor em Casa, depois de todo esse trajeto que eu te falei: de reuniões com a Atenção Básica, reuniões com a gestão, reunião com o PSF, reuniões com a equipe do Nasf [...]. Nós começamos em 2012, então, em 2012, nós já começamos com o processo de captar um paciente, ver qual que é a demanda, discussão de caso. E, a partir daí, nós começamos a criar as nossas próprias pernas (M11G1).

Nos processos de implantação dos SADs analisados, mostrou-se como fundamental o papel do coordenador e do gestor municipal para os aspectos organizativos, funcionamento do Programa, com a pactuação de fluxos e a definição protocolos. Contudo, sabe-se que a dinâmica desses serviços possibilita uma mobilização de arranjos tecnológicos no cotidiano do processo de trabalho em saúde, conferindo potencialidade na criação de novas formas de cuidado no âmbito do domicílio^(3,6).

Os serviços criados progressivamente mostraram um modo peculiar de organização ao se inserirem na RAS. Um primeiro aspecto refere-se à formação dos profissionais que integraram as equipes, os quais trouxeram, em seus processos de trabalho, as experiências prévias, tendo em vista o local onde exerciam anteriormente o trabalho em saúde em serviços públicos ou privados.

Alguns profissionais que integraram as equipes são egressos de serviços de Atenção Primária e outros da Atenção Hospitalar ou de Pronto Atendimento, colocando em evidência a necessidade de promover uma formação específica para o trabalho na AD. A formação se mostrou como aspecto relevante para a organização do serviço, dada a importância do investimento em profissionais com as competências requeridas pela assistência ofertada no domicílio.

As auxiliares de enfermagem, a gente, como ela era de média e alta complexidade, a gente fez treinamento com elas no pronto atendimento, nos laboratórios, porque a gente precisa da coleta, né? Então assim, eles foram capacitados dessa forma, os fisioterapeutas em cursos, a enfermagem em cursos específicos para os curativos, feridas, cada um fez treinamentos e capacitações nas suas áreas, e aí que todas foram pra capacitações do serviço domiciliar em outros, outro estado (M19G1).

A realização de visitas técnicas com permanência e observação pelos profissionais da dinâmica do trabalho em SAD já estabelecidos foi relatada como estratégia da gestão para a capacitação inicial. Além desta, os gestores e coordenadores salientaram a necessidade de avaliar o perfil do profissional ao selecioná-lo para atuação na AD.

O trabalho desloca-se para o contexto da vida privada, fora da égide das instituições de saúde, requerendo mudanças complexas, com desprendimento de práticas tradicionais, que, em outras realidades assistenciais, são difundidas como certas, além do desenvolvimento de novas habilidades⁽⁹⁾. A compreensão das individualidades dos usuários, das relações intrafamiliares, a promoção de estratégias para aprimorar a construção do conhecimento sobre o cuidado em casa, são alguns exemplos destas habilidades⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Há que se considerar, também, o perfil do profissional para lidar com a singularidade e a subjetividade que circunda o processo de cuidar no domicílio, pois entre os profissionais e o paciente, encontrar-se-á a família^(2,11).

A experiência de transição do cuidado ofertado em ambiente hospitalar para o ofertado na casa do paciente implica em emoções intensas, por vezes negativas, aos cuidadores, família e ao próprio usuário. Destaca-se, neste contexto, a possibilidade de surgimento da sobrecarga física e emocional do cuidador familiar. Com isso, o desenvol-

vimento e o fortalecimento de uma comunicação efetiva entre os envolvidos com o cuidado; a educação dos cuidadores e familiares, o suporte do serviço de AD nas necessidades de saúde dos usuários e a identificação de redes de apoio são estratégias fundamentais para minimizar o ônus desta transferência^(2,12).

A gente fala que não adianta só ser bom, né? Tem que ter o perfil de juntar isso [técnica] com a Atenção domiciliar, né? Que é sentar em qualquer lugar [...] de entrar na casa, né? Que é ter às vezes que aceitar o café que lhe oferecem [risos] (M1G1).

No cuidar no domicílio, emerge a complexidade dos problemas sociais, clínicos e epidemiológicos. E, desta forma, os profissionais que atuam na AD, ao mudarem o locus de atendimento da instituição de saúde para o domicílio, precisam modificar a lógica da assistência, pois a concepção de cuidado levará em conta a realidade encontrada^(3,13-14).

Outro aspecto identificado é que os gestores e coordenadores entrevistados reconhecem a necessidade de interlocução com todos os pontos da RAS, na qual a comunicação deve ser contínua, com vista à resolubilidade no atendimento às demandas dos usuários, além de possibilitar a integralidade da assistência e a garantia da continuidade do cuidado em casa. Estabelecem, inicialmente, uma relação com os dispositivos existentes na RAS, citando, por exemplo, o modelo de admissão e alta da AD; o fluxo para reinternação e os critérios de elegibilidade, que seguem as definições do PMC.

[...] A gente tem observado que existe uma dificuldade do SAD [...] de realmente fazer uma interface com os outros Serviços e, quando a gente lê a Portaria, vê que ela é um novo ponto, na Rede, né? A gente tá ali na urgência, mas ele tem que comunicar com a Rede toda. [...] O hospital passa o cuidado do paciente para o SAD [...] e, assim como o hospital, ele vai receber alta para algum lugar e é para a Atenção Básica. Não sei por que [...] a Atenção Básica tem tido uma enorme dificuldade de absorver esse paciente (M3G1).

Mediante a necessidade de orientar as decisões, os domínios e as competências do SAD, no rol hierarquizado de serviços ofertados, os gestores o fazem a partir das demandas administrativas. Uma delas é a definição de ponto de localização do SAD na RAS e do fluxo ideal para usuários deste serviço na Rede.

Então todos os fluxos foram construídos, debatidos. A gente fez as interfaces, então, fizemos reuniões com a atenção

básica e da equipe do SAD junto com atenção básica [...]. Depois fizemos a interface com o hospital e com o serviço de urgência do município, que é a policlínica (M11G2).

Salienta-se que, em alguns municípios, a organização da equipe do PMC está sediada dentro da Unidade de Pronto Atendimento, o que possibilita a articulação do SAD com este ponto da RAS, facilitando a tomada de decisões referentes ao cuidado junto ao usuário e contribuindo no processo de desinstitucionalização. Reforça, também, o aspecto normativo da AD enquanto um componente da Rede de Atenção às Urgências⁽¹⁾. Neste cenário, o SAD promove a articulação necessária no interior da RAS, exercendo o papel de modalidade substitutiva, buscando garantir a continuidade da assistência, a qual foi iniciada, prevenindo-se a hospitalização⁽¹⁴⁾.

Na atenção primária à saúde (APS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é vista como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado, tendo como princípio organizativo a territorialidade. O tipo de AD ofertado pela APS e o ofertado pelo SAD diferem entre si não somente pelo processo de trabalho das equipes, mas também pela frequência e densidade tecnológica do cuidado^(3,13-14).

A interlocução entre os profissionais que atuam na AD com os de outros pontos assistenciais da RAS é fundamental para consolidação dos princípios doutrinários do SUS⁽¹⁴⁾. A realização de reuniões entre equipes de outros serviços foi uma estratégia apontada pelos entrevistados para o estabelecimento do fluxo do usuário e melhora na interlocução com os demais pontos de atenção na RAS.

Então, com muita conversa, com muitas reuniões de equipe, a gente tem evoluído. Todos os fluxos foram construídos, debatidos, a gente fez as interfaces, então. Pensamos de fato na transição, a evolução do serviço da assistência domiciliar, porque, na nossa visão, não só na minha como gerente do serviço, é a visão da gestão, e principalmente também da equipe, a gente pensa em evoluir, né? (M11G1).

Como resultado, os fluxos são definidos, do ponto de vista da gestão, segundo as demandas, pensando-se em um melhor itinerário, todavia, não deixando de considerar as necessidades de saúde e trajetórias dos usuários em busca de cuidados. A implementação da AD com esse olhar engloba os esforços do SUS, com o intuito de reduzir a fragmentação das ações por meio do fortalecimento das políticas em busca de equidade e integralidade⁽¹³⁾.

Entre os fatores que induzem as mudanças na organização da atenção à saúde no SUS, registra-se o crescimento dos gastos, a necessidade de revisão dos investimentos

no setor saúde, evidenciando-se a proposição de que a RAS assuma a AD de forma mais sistêmica⁽⁹⁾.

Identifica-se, pelos relatos, que o modo de organização da AD sofreu influência dos custos elevados com a atenção à saúde, requerendo uma nova modelagem de financiamento. Os gestores citam que, além dos recursos financeiros oriundos do subsídio do Governo Federal para a adesão ao PMC, houve uma pactuação no município, o qual se responsabilizaria para complementar e garantir o funcionamento do PMC em consonância com as demandas locais.

E o repasse do Ministério da Saúde é cento e cinquenta e seis mil reais por mês pra custeio da Equipe. Então, [...] dois grandes contratos nossos é o [...] tesouro municipal que assume: [...] a locação dos veículos e a contratação de pessoal [...]. Os contratos de equipamentos e vários outros de custeio mesmo da equipe, da infraestrutura e combustível, são com os recursos do Melhor em Casa. Mas, assim, longe dele ser suficiente para custear (M8G2).

Salienta-se como fundamental o papel da gestão municipal para a viabilidade do SAD, uma vez que os gestores reportam como insuficiente o valor repassado pelo Governo Federal, para o funcionamento esperado dessa modalidade de cuidado. Tem sido descrito que os valores programados ainda não são suficientes para o custeio das ações e serviços ofertados, sendo necessários estudos e revisões, já que o modelo de financiamento operado na AD é anterior ao lançamento do PMC^(13,15).

A fim de viabilizar a oferta do serviço, os coordenadores e gestores lançam mão de recursos e equipamentos existentes na RAS como estratégias ao acesso pelo usuário do SAD às tecnologias de diversos custos, que variam de exames laboratoriais ou de imagem a reinternações. Evita-se, assim, gerar uma receita própria, devido ao modelo de dotação orçamentária praticado nos municípios e no estado para essa modalidade de atenção.

Fizemos uma pactuação com o laboratório, tá? Com os pacientes que são do Melhor em Casa. Quando o médico ou enfermeiro solicita alguns exames, até mesmo o nutricionista, a gente já encaminha pro laboratório junto com a coleta [...], faz a coleta e encaminha para o laboratório, o laboratório municipal aqui de M11. E eles, em 24h, dão resposta para gente, ou seja, tem uma agilidade na resposta desse atendimento (M11G1).

As pactuações internas entre os serviços que integram a RAS contribuem para a eficiência do cuidado, satisfação

dos usuários e efetividade do serviço. Os participantes do estudo relatam, também, investimentos para a adequação do atendimento segundo as condições da infraestrutura e logística para implantação e implementação de internação domiciliar.

Se a gente vê que tem muito paciente já, e o que o carro não está dando suporte, nós vamos parar aqui, agora. A gente começa a internar semana que vem, quando a gente dar alta em algum (M1G1).

A organização da oferta de atendimento, no que se refere à entrada de novos usuários, depende da viabilidade para os atendimentos domiciliares e o carro se torna uma tecnologia essencial ao trabalho na AD. Para promover a melhor coordenação do serviço, é essencial que se identifiquem os instrumentos, o número de pacientes atendidos/dia, bem como as rotas a serem percorridas, por serem requisitos relevantes tanto nos arranjos como no planejamento formal da assistência que será realizada com os usuários cadastrados no SAD.

Ainda que as demandas político-administrativas tenham prioritariamente orientado a opção dos gestores em implantar o PMC, outras motivações foram identificadas, destacando-se as necessidades de saúde, sinalizando para um modo de organização que conjuga gestão e assistência.

Modos de organização mediados pelas necessidades dos usuários

À análise dos dados, identifica-se a existência de um processo de avaliação que permitiu revisão da lógica interna dos atendimentos pelos gestores, buscando uma práxis resolutiva nos modos de organização dos serviços pautada nas necessidades do usuário.

[...] nós, hoje, dentro do serviço do Melhor em Casa, a gente consegue ofertar o que o paciente precisa, o que necessita. É claro que foi feito um levantamento, que a gente entende que a internação domiciliar, a gente quer ofertar para aquele paciente como se fosse o hospital. Então o que o hospital está ofertando? Uma cama hospitalar, um suporte de soro, dependendo uma bomba de infusão, um oxímetro, aqueles insumos necessários (M11G1).

Apreende-se que se preocupam e se empenham no que tange à estruturação e ao planejamento de protocolos, que favoreçam a padronização de ações administrativas, assistenciais e de sistematização do serviço, com atitudes de flexibilização mediadas pelas singularidades dos usuários/família. Para a tomada de decisão acerca da lo-

gística dos suprimentos, os gestores utilizam a informação sobre gastos, comparando-a com as listas padronizadas de materiais, inserindo ou excluindo itens de acordo com a realidade dos casos^(2-3,9,11,15).

Além de equipamentos, por vezes, os usuários necessitam de materiais de consumo, que são fornecidos aos cuidadores para viabilizarem o cuidado.

O paciente hoje ele é captado, nós nos responsabilizamos com todo o insumo necessário, se ele tiver dez escaras, que precise de tantos insumos, tantos pacotes de gazes, nossa equipe, nós temos uma planilha [...] assinado pela família, que está recebendo, então todo mês a nossa equipe ela vai lá pega a assinatura que ela está recebendo aquele material para aqueles cuidados (M11G1).

Sabe-se que, para a realização do atendimento ao usuário do SAD, é necessário que a residência possua uma estrutura com os materiais permanentes e de consumo que possibilitem a recuperação e/ou estabilização da situação de saúde deste. Neste sentido, torna-se necessária a elaboração de um plano de cuidados individualizados que descreva todas as necessidades básicas e avançadas destes indivíduos⁽⁹⁻¹³⁾.

Visando à disponibilização dos insumos requeridos, gestores e coordenadores consideram a indicação do profissional, guiada pelas necessidades assistenciais dos usuários e a dispensação. Baseiam-se também em planilhas próprias criadas pelos serviços, a fim de obter um melhor arranjo dos materiais ofertados.

Um fluxo de dispensação das coberturas que, por serem caras demais [...], a gente acaba tentando cercar esse, né? A pessoa que indica a cobertura tem que ser o enfermeiro especialista em cobertura, né? Que saiba indicar (M3G1).

Prover o serviço com equipamentos, medicação ou materiais indicados/prescritos pelos especialistas em planos de cuidados que se orientam por necessidades confere resolubilidade na assistência e eficiência na utilização dos recursos financeiros. A qualificação e a especialização dos profissionais que atuam na AD têm sido exigidas no atendimento dos usuários deste serviço, haja vista a complexidade das suas demandas de cuidado no domicílio, que o tornam um paciente complexo^(2,9,11,14,16-17). Requer mudança na prática assistencial e isso “significa transpassar para um novo espaço e desenvolver novas habilidades, despindo-se das tradições e restrições arraigadas e difundidas como certas no decorrer das décadas”⁽¹⁶⁾.

A alocação dos profissionais tem se mostrado uma preocupação para a gestão dos recursos humanos em vários serviços de cuidado domiciliar^(2-3,16). As decisões relacionadas ao número, especialização dos profissionais e

a destinação destes para as diferentes localidades são influenciadas pelas demandas dos usuários e famílias e pelo planejamento estratégico local⁽¹⁸⁾.

A equipe aqui é composta pela médica, que tem a carga horária de 40 horas, por dois enfermeiros, 20 horas cada um, porque teria que ser 40 horas que o serviço pede. Então a gente optou por ter dois enfermeiros de 20, três técnicas de enfermagem, sendo duas plantonistas e uma diária [...]. E a Emad também tem uma fisioterapeuta que é 30 horas. E a Emad a Emap é composta também pela fonoaudióloga 30 horas, uma a mais, nutricionista 30 horas e outra fisioterapeuta. Porque aqui em YYY no município, a demanda maior é para a fisioterapia [...]. (M19G1).

Apreende-se que a composição da equipe varia conforme as especificidades de cada município e esta flexibilização facilita o processo de organização e resolubilidade.

O relato de M19G1 destaca que a fisioterapia representa a maior demanda daquele município, optando-se por incluir essa categoria profissional tanto na EMAD quanto na EMAP. A falta de algumas categorias profissionais na assistência domiciliar, associada ou não com a carência de determinados serviços, constitui-se como barreira ao acesso dos usuários da AD a serviços complementares^(4,11,19).

Contudo, identifica-se a existência de contratação por diferentes regimes jurídicos, como os contratos temporários ou a alocação de profissionais concursados já existentes na rede. Sabe-se que este aspecto, além de comprometer a organização do trabalho, acomete a solidificação do sistema público de saúde⁽²⁰⁾. Na AD, potencializa-se o comprometimento, pois a rotatividade significativa de trabalhadores e a admissão de profissionais sem o perfil para atuar na AD colocam em risco a qualidade do cuidado aos usuários, por romper o vínculo, a continuidade e inviabilizar a definição de planos de cuidados interprofissionais.

Alguns sim, outros não tá. Mas os que não são concursados, são por processos seletivos, ou contrato por indicação, porque, quando a gente faz um contrato por indicação, a gente pede a abertura do processo seletivo, pro ano que vem, parece que vai ter aí um grande concurso na prefeitura, né, está previsto. (M8G2)

Além dos aspectos destacados anteriormente, os diferentes tipos de registros, incluindo os dados dos usuários, também caracterizam o modo de organização. Identificou-se pelas entrevistas que estes são feitos em formulários próprios, criados a partir de modelos utilizados em hospitais, mostrando um movimento de criação, com conhecimentos novos tanto para a definição de protocolos como para a criação dos processos organizacionais próprios da AD^(9,11).

[...] Como a gente tinha pouco paciente, a gente começou a construir uma estrutura pra funcionar em pleno [...] vapor pra quando tivesse os pacientes, então hoje a gente tem ficha de internação, (...) ficha de cadastro, ficha de encaminhamento, tudo quanto é protocolo desse tipo. (M4G1)

A evolução clínica dos cuidados com os usuários é realizada em prontuários escritos à mão e não foram identificadas nos serviços pesquisados, à época da coleta de dados, experiências com prontuários informatizados. Em alguns serviços, o registro do atendimento aos usuários é visto como forma de computar a produtividade dos procedimentos realizados durante os atendimentos domiciliares.

O relatório prestado é um que existe em todos os municípios, são os registros de ações ambulatoriais em saúde que são as RAS e a gente faz isso e o município tá entrando agora num momento diferente que é o E-SUS. A gente tá tendo uma mudança dessa RAS pro prontuário eletrônico do cidadão, o PEC, entre outras coisas, o uso de tablets e enviar as, a produção no momento, pro Ministério da Saúde, mas a principal forma de registro e de relatório são as RAS. (M15G1)

Os registros das informações e dos dados resultantes da produção do cuidado domiciliar pelos SADs são de vital relevância tanto para a organização da oferta deste serviço SUS, como para a avaliação pelo Estado em seu papel de planejador e definidor das Políticas Públicas. Possibilitam, também, a realização de pesquisas, que contribuam para o avanço nos planos da gestão, da assistência e da formação de profissionais de saúde com perfil para o trabalho na AD.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados sinalizaram a existência de modos de organização dos serviços regulados pelas demandas político-administrativas, experiências acumuladas pela oferta de SAD e perfil de saúde local e, ainda, mediados pelas necessidades assistenciais dos usuários.

Ressalta-se a contribuição destes achados para o campo da Enfermagem, o qual engloba um grande número de profissionais que compõem as EMAD e EMAP. Em especial, contribuem para os que atuam na gestão/gerência dos SAD, em diferentes realidades, por apontar-lhes fatores que devem ser considerados, como a influência dos modelos de formação e dos processos de trabalho em experiências prévias sobre a organização desta modalidade assistencial.

Concluiu-se que um ponto positivo para o sucesso da modalidade de atenção da AD é a integração entre elementos da gestão e assistenciais nos modos de orga-

nização. A Política Nacional de Atenção Domiciliar foi valorizada enquanto modalidade assistencial substitutiva, com potencial para a efetividade dos serviços, redução da fragmentação e resolubilidade das necessidades de saúde.

A etapa da pesquisa apresentada neste artigo não incluiu uma investigação junto aos profissionais das equipes, usuários e cuidadores e foi realizada em período que coincidiu com a implantação dos serviços segundo a proposta do PMC no Estado de Minas Gerais. Estas podem ser consideradas lacunas, mostrando a importância de novas pesquisas no campo da Enfermagem e da Saúde capazes de elucidar a organização dos serviços de AD sob o ponto de vista dos profissionais das equipes, incluindo a efetividade do modelo assistencial estabelecido.

■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
2. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade MA, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2016 [citado 2016 jul 10];21(3):903-12. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300903&script=sci_abstract&tlng=pt.
3. Sílvia KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker CM, Merhy E. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev Saude Publica*. 2010 [citado 2016 ago 20];44(1):166-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100018.
4. Furukawa PO, Cunha ICKO. Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2011 [citado 2016 out 23];19(1):106-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100015&script=sci_arttext&tlng=pt.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016: redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2016 abr 26;153(78 Seção 1):33-8.
6. Minayo MCS. *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2011 ago 25;148(164 Seção 1):91-2.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
9. Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS, Freitas LFC, Penna CMM. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. *Esc. Anna Nery*. 2013 [citado 2016 set 15];17(4):603-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400603&script=sci_abstract&tlng=pt.
10. Giesbrecht MD, Crooks, VA; Stajduhar, KI. Examining the language–place–healthcare intersection in the context of Canadian homecare nursing. *Nurs Inquiry*. 2014 [cited 2017 Jun 20]; 21: 79-90. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nin.12010/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED.
11. Pires MRGM, Duarte EC, Gottems LBD, Figueiredo NVF, Spagnol CA. Fatores associados a atenção domiciliar: subsídios a gestão do cuidado no âmbito do SUS. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 [citado 2016 jul 18];47(3):648-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300648.
12. Rojas, MA, Garcia-Vivar, C. The transition of palliative care from the hospital to the home: a narrative review of experiences of patients and family caretakers. *Invest Educ Enferm*. 2015 [cited 2017 Jun 21];33(3):482-491. Available from: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/24457/19992>.
13. Oliveira Neto AV, Dias MB. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? *Divulg Saude Debate*. 2014. [citado 2016 set 15];51:58-71. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>.
14. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, Freitas LFC. Organization of the Health System from the perspective of home care professionals. *Rev Gaucha Enferm*. 2013 [cited 2016 Jul 26];34(2):111-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rngen/v34n2/en_v34n2a14.pdf.
15. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. *Manual de monitoramento e avaliação: Programa Melhor em Casa*. Brasília (DF); 2014.
16. Frank TC, Peloso SM. The perception of professionals regarding planned home birth. *Rev Gaucha Enferm*. 2013 [cited 2016 Jul 25];34(1):22-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rngen/v34n1/en_03.pdf.
17. Manning, E, Gagnon, M. The complex patient: a concept clarification. *Nurs Health Sci*. 2017 [cited 2017 Jun 21];19(1):13-21. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12320/epdf>.
18. Gutiérrez EV, Vidal CJ. (2013). Home health care logistics management problems: a critical review of models and methods. *Rev Fac Ingen Universidad de Antioquia*. 2013 [cited 2017 Jun 22];(68):160-75. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-62302013000300016&lng=en&tlng=en.
19. Fazaeli AA, Hadian M, Rezapour A. Assessing the distribution of household financial contribution to health system: a case study of Iran. *Glob J Health Sci*. 2016 [cited 2016 Jul 20];8(10):233-40. Disponível em: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/55911/30824>.
20. Frutuoso MFP, Mendes R, Rosa KRM, Silva CRC. Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. *Saúde Debate*. 2015 [citado 2016 set 27];39(105):337-49. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/0103-110420151050002003&pid=S0103-11042015000200337&pdf_path=sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00337.pdf&lang=pt.

■ Autor correspondente:

Edna Aparecida Barbosa de Castro
E-mail: edna.castro@ufff.edu.br

Recebido: 15.12.2016

Aprovado: 24.07.2017