



Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG*

Supplementary home health care services and the inclusion of nursing in Belo Horizonte / Minas Gerais (Brazil)

Servicios de atención domiciliar en la salud suplementaria y la inserción de la enfermería en Belo Horizonte/ MG

Kênia Lara Silva¹, Roseni Rosangela de Sena², Paloma Morais Silva³, Patrícia Pinto Braga⁴, Caroline Gomes de Souza⁵

RESUMO

Objetivo: Analisar modalidades de serviço de atenção domiciliar discutindo a inserção da enfermagem. **Métodos:** Estudo de caso qualitativo realizado em quatro operadoras de planos de saúde no município de Belo Horizonte/Minas Gerais. Os dados foram obtidos de entrevistas e acompanhamento de casos. **Resultados:** Os serviços de atenção domiciliar são agrupados em três Modalidades: Cuidados prolongados no domicílio; Atenção provisória no domicílio e Uso intenso de tecnologias e de cuidados. Nas modalidades, a enfermagem assume ações assistenciais e de gestão do cuidado e qualifica a atenção por meio do uso apropriado das tecnologias leves. Há uma tendência à terceirização do serviço de enfermagem na atenção domiciliar. **Conclusão:** A inclusão do trabalho do enfermeiro nas modalidades de atenção domiciliar representa ao mesmo tempo um componente de redução de custos e contribui para a transição tecnológica pelo estabelecimento de novas formas de cuidado no domicílio.

Descritores: Serviços de assistência domiciliar; Cuidados de enfermagem; Redução de custos

ABSTRACT

Objective: To evaluate modalities of home care services, discussing the inclusion of nursing. **Methods:** A qualitative case study conducted with four health plan providers in the city of Belo Horizonte / Minas Gerais (Brazil). Data were obtained from interviews and case management. **Results:** The home care services are grouped into three modalities: long-term care at home; temporary care at home; and, use of intensive technologies and care. In these modalities, nurses assume care actions, management of the care, and qualifying the care through the appropriate use of soft technologies. There is a trend towards outsourcing of nursing services to home care. **Conclusion:** The inclusion of the work of nurses in home care modalities represents both a component of cost reduction and contributes to the technological transition by establishing new forms of care at home.

Keywords: Home care services; Nursing care; Cost savings

RESUMEN

Objetivo: Analizar modalidades de servicio de atención domiciliar discutiendo la inserción de la enfermería. **Métodos:** Estudio de caso cualitativo realizado en cuatro operadoras de planes de salud en el municipio de Belo Horizonte/Minas Gerais. Los datos fueron obtenidos de entrevistas y acompañamiento de casos. **Resultados:** Los servicios de atención domiciliar son agrupados en tres Modalidades: Cuidados prolongados en el domicilio; Atención provisional en el domicilio y Uso intenso de tecnologías y de cuidados. En las modalidades, la enfermería asume acciones asistenciales y de gestión del cuidado y cualifica la atención por medio del uso apropiado de las tecnologías leves. Hay una tendencia a la tercerización del servicio de enfermería en la atención domiciliar. **Conclusión:** La inclusión del trabajo del enfermero en las modalidades de atención domiciliar representa al mismo tiempo un componente de reducción de costos y contribuye a la transición tecnológica por el establecimiento de nuevas formas de cuidado en el domicilio.

Descriptores: Servicios de atención de salud a domicilio; Atención de enfermería; Ahorro de costo

* Estudo realizado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

¹ Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem da UFMG.

² Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem da UFMG.

³ Discente do Curso de Enfermagem da UFMG.

⁴ Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Divinópolis/MG.

⁵ Discente do Curso de Gestão de serviços de saúde da UFMG.

INTRODUÇÃO

A utilização do domicílio como espaço de cuidado à saúde expandiu mundialmente a partir da segunda metade do século XX, como espaço de cuidado que responde ao aumento dos custos com os atendimentos hospitalares e a indisponibilidade dos serviços de saúde para atender à demanda da população, especialmente frente ao envelhecimento e incremento da carga de doenças crônicas. Assim, o uso do domicílio como espaço de atenção procurou racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, reduzir os custos da assistência e estabelecer uma lógica de cuidado sustentado na humanização.⁽¹⁻²⁾

A atual organização do cuidado domiciliar em saúde, no Brasil, têm visibilidade com o aumento no número de serviços que oferecem esta modalidade de atenção, em especial no setor privado.

O setor de saúde suplementar, que cobre aproximadamente 40% da população brasileira, é composto atualmente por 1630 empresas e entidades operadoras de planos de assistência à saúde, distribuídas nas modalidades de autogestão, cooperativa médica e odontológica, filantropia, medicina e odontologia de grupo, seguradora especializada em saúde e administradora de planos.⁽³⁾

É pertinente mencionar que a Saúde Suplementar, como parte do “mercado” da saúde, sofre influências da dimensão econômica que repercutem em um interesse pela redução de custos e reorganização das modelagens de produção do cuidado encontrando na lógica da assistência domiciliar uma possibilidade de racionalização de gastos e tentativas de substitutividades na produção do cuidado.^(1-2, 4-6)

Importante refletir que a atenção domiciliar na saúde suplementar encontra-se em um campo de tensões: por um lado há uma lógica de racionalização de custos (e sua conseqüente transferência) que parece ser central na opção por essa modalidade de oferta de assistência; por outro lado, a atenção domiciliar tem se revelado como uma modalidade assistencial preferencial em certas condições de saúde seja por diminuir riscos (de infecção hospitalar, de quedas, etc.), promover qualidade de vida e aproximar o cuidado do cotidiano das famílias.^(1, 7-8)

Há, ainda, evidências de que a oferta desta modalidade de cuidado responde ao movimento de atenção gerenciada em saúde na lógica da racionalidade gerencial e financeira representada pela redução de custos dos procedimentos, flexibilização dos processos produtivos, precarização das relações e condições de trabalho.⁽⁹⁾

Ao considerar a extensão e a problemática em torno dos serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar é pertinente refletirmos sobre a inserção do trabalho de enfermagem nas modalidades de cuidado.

Embora já demonstrado, em outros estudos, que a enfermagem se insere nas modalidades de atenção

domiciliar com diferentes graus de participação e com diferentes possibilidades de atuação,⁽¹⁰⁻¹¹⁾ ainda não estão revelados os elementos que definem a opção pelo trabalho de enfermagem, em especial naqueles serviços que tradicionalmente, no ambiente hospitalar, tem centralidade no papel médico. Pressupõe-se que determinadas modalidades têm investido maciçamente na inclusão do profissional de enfermagem também como elemento de racionalização de custos.

Assim, o objetivo desse estudo é analisar as modalidades de serviço de atenção domiciliar ofertados pelas operadoras de planos de saúde pretendendo-se discutir a inserção da enfermagem, em especial do profissional enfermeiro.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa utilizando-se do referencial de Estudo de casos.⁽¹²⁾ Compôs o cenário do estudo serviços de atenção domiciliar ligados a quatro operadoras de planos de saúde - identificados no texto como ADSS1 a ADSS4 - do município de Belo Horizonte/MG selecionadas intencionalmente entre as 28 operadoras com sede e/ou atuação no município. A escolha levou em consideração operadoras que possuíam um programa ou serviço de atenção domiciliar em funcionamento no ano de 2010, aquelas de maior cobertura e pelo menos uma operadora de cada modalidade (auto-gestão, cooperativa médica, medicina de grupo, seguradora e filantropia). Em relação a este último critério, a única operadora na modalidade de filantropia existente no município encontrava-se em processo de descredenciamento e, portanto, não foi incluída no estudo.

Os dados empíricos foram obtidos de entrevistas com os gestores e/ou coordenadores dos serviços de atenção domiciliar das operadoras selecionadas. A entrevista foi orientada por um roteiro semi-estruturado procurando-se identificar a abrangência do serviço, critérios de inclusão e de alta, expressão do perfil da clientela, complexidade de cuidado e custo.

No momento da entrevista foi solicitado ao gestor da operadora e/ou coordenador da atenção domiciliar a indicação de um caso para acompanhamento no domicílio permitindo o contato com a equipe em “ato” e com a família. A indicação foi feita considerando um caso que expressasse o perfil de complexidade da maioria dos casos atendidos pela operadora e que estivesse em curso.

Foram incluídos quatro casos dos quais se procedeu à análise de prontuário buscando identificar os aspectos de admissão no programa, articulações e interações para efetivar o cuidado domiciliar, ações desenvolvidas no domicílio, profissionais envolvidos e recursos descritos nas ações realizadas), entrevista com os membros da equipe direcionada para entender o processo de trabalho,

a organização para a visita, profissionais que participam do plano de cuidados, recursos e tecnologias utilizadas, logística e deslocamentos para o cuidado domiciliar; e entrevistas com usuários, quando possível, e familiares, dirigidas a aspectos da interação com os profissionais.

Os dados foram tratados pela análise de conteúdo temática⁽¹³⁾, operacionalizada a partir da ordenação e classificação dos dados (leitura e releitura do material, identificação e agrupamentos de idéias centrais, possibilitando estabelecer categorias empíricas) e análise final (articulação entre o empírico e o teórico) permitindo caracterizar os serviços de atenção domiciliar oferecidos pelas operadoras de planos de saúde e a inserção da enfermagem nesses serviços.

O estudo foi aprovado pelo comitê de Ética e pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob parecer ETIC 0555/07 - Ex01/09. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os achados do estudo permitiram revelar que as operadoras organizam os serviços de atenção domiciliar a partir de diferentes modalidades com diversidade de atuação para responder às necessidades específicas dos usuários, sejam elas permanentes ou provisórias.

Embora com denominações específicas em cada uma das operadoras, foi possível verificar que os serviços de atenção domiciliar são agrupados em três modalidades: Modalidade de cuidados prolongados no domicílio; Modalidade de atenção provisória no domicílio; Modalidade de intenso uso de tecnologias e de cuidados.

Modalidade de cuidados prolongados no domicílio

Esta modalidade é caracterizada por serviços que oferecem cuidado prolongado no domicílio geralmente em situações de agravos crônicos, denominada nas operadoras por Gerenciamento de casos crônicos (ADSS1, ADSS2 e ADSS3) ou Acompanhamento domiciliar (ADSS4).

De modo geral, os serviços estão organizados para o acompanhamento domiciliar prolongado a usuários que apresentam várias internações, ou descompensações, ou que ele e/ou a família não sabem lidar com a doença. É uma modalidade de cuidado que permite organizar a atenção a determinados grupos populacionais mediante a oferta contínua de ações no domicílio, em diferentes graus de complexidade, incluindo a supervisão do cuidado no acesso do usuário na rede de serviços. Também se apresenta como uma alternativa para usuários que necessitam de atenção multiprofissional a longo prazo porque apresentam dificuldades para locomoção ou dificuldades de vínculo e resolubilidade no acompanhamento ambulatorial ou porque utilizam os pronto-atendimentos, repetidamente.

Nos quatro serviços analisados da modalidade de cuidados prolongados, utilizam-se escores de classificação dos usuários a partir de critérios de capacidade funcional e, sobretudo de histórico de gastos nos serviços hospitalares que definem a inclusão de usuários no acompanhamento em domicílio.

Quanto à organização do processo de trabalho, nesta modalidade prevalece a definição do número de visitas domiciliares segundo o grau de classificação do usuário, sendo as visitas realizadas, preferencialmente, por profissionais da enfermagem (técnicos ou enfermeiros) para os graus de menor complexidade clínica, intercalando-se com visitas médicas para os casos de maior complexidade.

Modalidade de atenção provisória no domicílio

Esta modalidade é caracterizada por serviços que se utilizam da visita domiciliar para prestar assistência por curtos períodos de tempo, geralmente em situações agudas para conclusão de terapêutica e/ou adaptação do usuário e da família em novas situações de cuidado. Apresenta-se como possibilidade de oferta de cuidado e/ou apoio das operadoras por períodos delimitados quando se vislumbra a recuperação total ou parcial do usuário. Está representada nas operadoras pelos seguintes serviços: Programa de intervenções específicas (ADSS1 e ADSS4); Programa de Curativos (ADSS1), Monitoramento Neonatal (ADSS1), Programa de Reabilitação (ADSS1), Programa de Atendimento Domiciliar (ADSS2) e Programa de Suporte Domiciliar (ADSS3).

Os Programas de Intervenção Específica, Atendimento Domiciliar, Reabilitação e Suporte Domiciliar estão organizados como serviços temporários em situações em que é possível completar o tratamento (medicamentoso ou de reabilitação) no domicílio. Tipicamente, nestes serviços, as ações mais frequentes são antibioticoterapia realizada por técnicos de enfermagem ou enfermeiros, atendimento fisioterápico e atendimento da nutricionista. Incluem-se, também, atividades de orientação em especial dos cuidadores para a continuidade do cuidado, ação assumida majoritariamente pelos profissionais de enfermagem.

O Programa de Curativos é caracterizado por tratamento de usuários com feridas crônicas ou agudas e com necessidade de coberturas especiais, na sua maioria usuários com restrição funcional advindos de desospitalizações ou de agudizações em que não está indicada a internação. Neste Programa, a equipe é composta unicamente por enfermeiros que constroem o plano de cuidados e responsabilizam-se pela assistência.

O Programa de Monitoramento Neonatal caracteriza-se pela desospitalização de recém nascidos para ganho de peso e fototerapia. Esta modalidade está organizada a partir de estratégias de educação em saúde nas quais o profissional faz gradativamente um movimento para garantir a alta do programa.

Modalidades de atenção com intenso uso de tecnologias e de cuidados

Esta modalidade é caracterizada por serviços com intenso uso de tecnologias e de cuidados mesmo que de curta duração tais como no Programa de Cuidados paliativos (ADSS1, ADSS2, ADSS3), Programa de Ventilação Mecânica (ADSS1); Programa de Monitoramento Pediátrico (ADSS1) e Programa de Internação domiciliar (ADSS2).

Os Programas de Cuidados Paliativos caracterizam-se pelo atendimento em situações terminais, em sua maioria usuários oncológicos em estágio avançado da doença. O Programa de Ventilação Mecânica caracteriza-se pelo suporte ventilatório invasivo e não invasivo no domicílio, acompanhado de transferência de aparato tecnológico e cuidados de enfermagem como no modelo hospitalar.

O Programa de Monitoramento Pediátrico caracteriza-se pelo atendimento predominante a crianças com quadros neurológicos ou sindrômicos de longa permanência hospitalar, mas que se apresentam com estabilidade clínica e demandam alguma tecnologia tais como sonda nasointestinal, gastrostomia ou traqueostomia para continuidade do cuidado. Neste serviço há também crianças assistidas em ventilação mecânica no domicílio.

O Programa de Internação Domiciliar ou “Home Care” não é uma denominação freqüente nas operadoras estudadas devido às implicações que ela representa com o fornecimento de todas as atividades-meios e fins para o cuidado tal qual seria na internação hospitalar. Neste serviço há o suporte da equipe de atenção domiciliar com retaguarda assistencial durante todo o dia. Nestas situações, o custo unitário por usuário no domicílio pode ser maior que no hospital atribuído as despesas trabalhistas para garantir a assistência de enfermagem. Assim, não há economia de escala como no hospital.

A alta na modalidade de cuidados com intenso uso de tecnologias e de cuidados ocorre em situações de óbito do usuário e, raras vezes, com a recuperação total ou parcial, podendo acontecer, ainda, a transferência para outra modalidade como a de cuidados prolongados.

Nos casos analisados, identificamos transferência de custos (alimentação, luz, medicamentos, etc) para a família e a responsabilização associada com os cuidados que ela assume tecnicamente. Nas situações em que o cuidador é um membro da família, ele precisa abrir mão de suas atividades bem como é privado de relacionamento social por permanecer em tempo integral com o paciente.

A Inserção da Enfermagem nas diferentes modalidades de atenção domiciliar

Os dados revelam que os profissionais de enfermagem estão presentes em todas as modalidades de atenção domiciliar identificadas e se inserem com diferentes graus de participação assumindo, em algumas, ações assistenciais e também a gestão do cuidado e dos processos

administrativos do serviço. Atuam principalmente no gerenciamento de casos crônicos, com acompanhamento dos usuários por meio de visitas domiciliares ou de telemonitoramento.

Na modalidade de atenção provisória no domicílio, as ações de enfermagem mais frequentes são antibioticoterapia e curativos realizados por técnicos de enfermagem ou enfermeiros. Desenvolvem também atividades de orientação, em especial dos cuidadores para a continuidade do cuidado.

Visualiza-se que, neste modelo, há a necessidade do desenvolvimento das habilidades dos profissionais de enfermagem especialmente em duas lógicas: da avaliação clínica, uma vez que as visitas de enfermagem se processam com maior periodicidade que as visitas médicas e é a partir da demanda identificada pelos enfermeiros que se segue o encaminhamento médico; e de comunicação para garantir o vínculo aos Programas e adesão à terapêutica proposta.

É importante destacar que, embora o médico continue ocupando uma posição central em relação à tomada de decisão – inclusão ou não no programa – a coordenação do cuidado no domicílio é de responsabilidade dos enfermeiros que gerenciam os planos de cuidado.

Na modalidade de atenção com uso intensivo de tecnologias, há retaguarda assistencial da equipe de enfermagem durante todo o dia, com presença de técnicos de enfermagem 24 horas por dia no domicílio. Nesta modalidade, o enfermeiro atua como coordenador do plano de cuidados, mobilizando os demais profissionais para assistência. Atua também na administração direta do cuidado com grande intensidade de ação, em especial na administração de medicamentos e realização de curativos mais complexos.

Nas diferentes modalidades, algumas ações são de responsabilidade quase exclusiva dos enfermeiros como o treinamento dos cuidadores, a supervisão dos técnicos de enfermagem, e a identificação da demanda de outros profissionais de saúde ao definir o plano de cuidados.

Contudo, os resultados indicam que o processo de trabalho na atenção domiciliar ainda permanece com centralidade no papel do médico expressa pela decisão clínica nas condutas terapêuticas. Nos serviços analisados, embora a enfermeira elabore o plano de cuidados na primeira avaliação de admissão dos usuários nas diferentes modalidades, há uma tendência a que o médico centralize as decisões que implicam custos (cabe a ele confirmar a necessidade de tratamentos, a mobilização de outros profissionais, a permanência nos programas, etc.).

Na modalidade de atenção provisória no domicílio, o modo de organização do trabalho favorece a fragmentação da assistência com centralidade nos núcleos profissionais específicos. Assim, a atuação dos diferentes profissionais é determinada caso-a-caso: quando o caso

demanda assistência de reabilitação, o profissional fisioterapeuta interfere de forma mais ativa. Contudo, quando a demanda é por realização de procedimentos, como curativos e conclusão da terapêutica medicamentosa, nos casos de Intervenções Específicas ou Suporte Domiciliar, os enfermeiros interferem de modo mais ativo.

Por outro lado, a organização da modalidade de grande intensividade como nos Cuidados Paliativos em que há complexidade dos casos, a atuação da enfermagem agrega valor ao cuidado com integralidade, pois, ao permanecer no domicílio por 24 horas, representa o elo necessário para a continuidade do cuidado na equipe.

Nesta modalidade, foi possível analisar a inserção da enfermagem com habilidades para os aspectos biológicos, psíquicos e sociais envolvidos nas situações assistidas. Revelou-se, sobretudo, a intensidade com que a enfermagem e os demais profissionais da equipe se implicam com os problemas de outros membros da família e não somente o usuário atendido. Essa relação também é potente de ser construída na modalidade de cuidados prolongados.

Nas modalidades analisadas os profissionais de enfermagem mantêm vínculos trabalhistas seja por pagamento de autônomos, por contrato celetista próprio ou terceirizado sendo este último o principal vínculo trabalhista identificado. No caso dos técnicos de enfermagem prevalece a contratação como autônomos por pagamento via pessoa física ou por cooperativa de trabalho.

DISCUSSÃO

Os achados do estudo permitem afirmar que as modalidades de atenção domiciliar cumprem aquilo que se espera delas na transição tecnológica e reestruturação produtiva: impactar os custos das operadoras e incluir novos modos de cuidado que se valem intensivamente de tecnologias relacionais. Neste sentido, as diferentes modalidades contribuem para a racionalização de custos, seja pela redução do tempo e do número de internações hospitalares, bem como da procura por pronto-atendimento.

Ao mesmo tempo, os achados permitiram analisar que as modalidades de atenção domiciliar, em especial a de cuidados prolongados, apresentam-se como alternativa assistencial para um cuidado mais qualificado a usuários com dependência funcional tais como portadores de Alzheimer, seqüelados de acidente vascular cerebral com ou sem restrição ao leito, seqüelados de traumatismos crânio-encefálico, diabéticos, hipertensos, portadores de insuficiência coronariana grave, insuficiência cardíaca ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, entre outras condições crônicas, o que justifica o investimento em larga escala nesta modalidade de cuidado.

O enfermeiro apresentou, nas diferentes modalidades, como figura central no processo de produção do cuidado na atenção domiciliar, seja pela intermediação que faz

com os demais profissionais, seja pelo vínculo que constrói com a família e os usuários⁽⁴⁾. É importante destacar esse protagonismo advogado para os enfermeiros nos diferentes serviços de atenção domiciliar, ocupando o lugar de gestor do plano de cuidados, em especial na logística dos serviços e na mobilização de outros profissionais envolvidos no cuidado, bem como na provisão dos recursos necessários para o cuidado.

Contudo, centralmente conduzida pela lógica de redução de custos, o cuidado prolongado no domicílio, se fundamenta em um conjunto de princípios característicos da atenção gerenciada, os quais privilegiam a padronização de serviços; a regulação da relação entre profissionais de saúde e pacientes; o atendimento básico com a restrição do acesso à atenção especializada e hospitalar; o controle rígido da atuação profissional que passa a ser definida conforme parâmetros da empresa centrados na redução dos custos dos procedimentos e na eficiência administrativa na produção de serviços.⁽⁹⁾

Neste sentido, as equipes utilizam-se de escores de classificação dos usuários, a partir de critérios de capacidade funcional e, sobretudo de histórico de gastos nos serviços hospitalares. É responsabilidade do enfermeiro, após receber a solicitação para a admissão do usuário ou ele mesmo promover a captação nas unidades de internação, proceder à classificação, segundo o escore adotado no serviço revelando que a atuação deste profissional contribui para a racionalização de custos.

Aliada a esta racionalização de custos, a reestruturação produtiva é evidenciada, no contexto da atenção domiciliar, pelos modos e meios de organização do cuidado. Assim, a definição dos profissionais que compõem a equipe de atenção domiciliar pode sinalizar uma tentativa, de redução de gastos. Neste sentido, o estudo permitiu analisar que nas diferentes modalidades de cuidado no domicílio, tem-se configurado a opção por profissionais com formação generalista, como o profissional enfermeiro. Esta opção de um lado justifica-se por este apresentar uma formação capaz de realizar múltiplas atividades (gestão, supervisão, procedimentos, identificação de situações de risco ou vulnerabilidade, articulação dialógica com a família, etc) e, por outro, por representar redução de custos frente ao profissional médico.

A lógica da racionalização de custos na atenção domiciliar é expressiva na modalidade de atenção provisória decorrente da abreviação da internação hospitalar, ainda que haja uma conseqüente transferência de custos para as famílias que assumem a responsabilidade por insumos para a continuidade do cuidado, de modo geral medicamentos e materiais de curativos, que seriam custeados pela operadora nos casos de permanência no hospital.

Também foi possível analisar que nesta modalidade prevalece o papel central dos médicos nas decisões clínicas e a atuação da enfermagem, incluindo-se o enfermeiro,

centrada, em sua maioria, na execução de procedimentos. Este modo de organização do trabalho dificulta a qualificação do cuidado na perspectiva da integralidade, uma vez que é explícita a fragmentação das ações e foram poucos os mecanismos identificados para compartilhamento de saberes entre os profissionais das equipes. Assim, parece permanecer a atuação centrada nos núcleos profissionais específicos, fracionado pelos diferentes profissionais que prestam assistência voltada, principalmente, para a realização de procedimentos técnicos.⁽¹⁴⁾

Na modalidade caracterizada pelo uso intenso de tecnologias e cuidado, chama atenção o limiar entre a reprodução do locus do cuidado hospitalar no domicílio e a substitutividade das práticas em saúde. A substitutividade foi revelada, no estudo, a partir da construção de novas formas de agir em saúde que baliza o deslocamento do aparato médico-hospitalar essencial para a manutenção da vida nesta modalidade de cuidado, com o trabalho marcado por relações intensas e próximas entre a equipe, família e usuário o que configura a transição tecnológica na atenção domiciliar.

A forma de contratação dos profissionais de enfermagem para a atenção domiciliar revelou-se um importante elemento de análise. A terceirização do serviço de enfermagem, em especial dos profissionais técnicos, com sua conseqüente transferência dos custos dos passivos trabalhistas e da administração dos conflitos para os agentes terceiros contratados⁽¹⁵⁾ é elemento de racionalização de custos que define a inserção da enfermagem nas modalidades de atenção domiciliar.

A partir dos dados da pesquisa ficou evidenciado que há um predomínio de contrato para prestação de serviços nesta modalidade o que é condizente com um cenário de precarização do trabalho e de desemprego estrutural característicos do atual momento de reestruturação produtiva.

Visualiza-se que os processos micro-regulatórios que incidem na Saúde Suplementar como um todo⁽¹⁶⁾, também impõem estratégias de controle na atenção domiciliar praticada por este sistema, que perpassam as relações entre os profissionais que prestam a assistência e, destes, com os usuários e as famílias.

REFERÊNCIAS

1. Silva KL, Sena RR, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Home care in the Brazilian National Health System (SUS). *Rev Saude Publica*. 2005; 39(3):391-7.
2. Martins AA, Franco TB, Merhy EE, Feuerwerker LCM. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica. *Physis* 2009, 19(2):457-74.
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2010.
4. Franco TB, Merhy EE. Atenção Domiciliar na Saúde Suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciênc. saúde coletiva* 2008; 13(5):1511-20.
5. Franco TB, Merhy EE, Martins AA. Atenção Domiciliar na Saúde Suplementar. In: Pereira R, Silvestre RM, organizadores. *Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde*. 14a ed. Brasília: OPAS/ANS, 2009. p. 339-62.
6. Pereira MJ, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S. [Home care- configuring the care model and joining different interests/needs in the care sector]. *Rev Latinoam Enferm*. 2005, 13(6):1001-10. Portuguese.
7. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Home care as change of the technical-assistance model. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(1):166-76.
8. Kerber NP, Kirchoff AL, Cezar-Vaz MR. Vínculo e

Por outro lado, há espaços para a criação de novas relações e, neste sentido, a inserção do trabalho da enfermagem nas modalidades de atenção domiciliar pode representar um componente de qualificação do cuidado ao assumir novos modos de produção do cuidado que atendem às necessidade de saúde do usuário e da família. Assim, sua inserção é justificada pelo uso apropriado das tecnologias leves, as quais sugerem mecanismos mais relacionais de construção do cuidado.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a inserção do trabalho de enfermagem nas diferentes modalidades responde a reestruturação produtiva e transição tecnológica do cuidado na atenção domiciliar, apresentando-se como um componente de redução de custos para as operadoras. Pode-se analisar também o investimento maciço na contratação de enfermeiros assumindo funções exercidas por outros profissionais no espaço hospitalar (como a referência clínica na gestão de casos) sem, contudo, adquirir o *status* de centralidade nas definições terapêuticas na atenção domiciliar.

A inserção da enfermagem nos serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar apresenta-se como elemento que agrega valor à qualificação do cuidado e, ao mesmo tempo, reduz os custos com a assistência prestada. Indica-se que a qualificação do cuidado com a inserção da enfermagem se expressa na construção de vínculos e na garantia da continuidade que são atribuídos a esses profissionais. Assim, o enfermeiro é fundamental na educação em saúde e no desenvolvimento de habilidades que garantam a adesão à proposta terapêutica.

Considerando as limitações do estudo, referentes ao número de casos analisados e à realidade de um único município, é recomendável a realização de novos estudos que avancem na análise das estratégias e tecnologias que são desenhadas na micropolítica do processo de trabalho da enfermagem na atenção domiciliar na Saúde Suplementar que possam contribuir para o balizamento dos achados aqui apresentados.

- satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. *Texto & Contexto Enferm.* 2008, 17(2):304-12.
9. Cunha MA, Moraes HM. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). *Cienc Saude Coletiva.* 2007;12(6):1651-60.
 10. Alves M, Araújo MT, Santana DM, Vieira DL. Trabalho do enfermeiro em uma empresa de home care de Belo Horizonte. *Invest Educ Enferm.* 2007; 25(2):96-106.
 11. Santos NC. Home care: a enfermagem no desafio do atendimento domiciliar. São Paulo: Iátria, 2005. 278p.
 12. Yin R. Estudo de caso: planejamento e método. 3a ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 212p
 13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70. 1977. 281 p.
 14. Püschel VA, Alves IC. A capacitação de enfermeiros para a assistência domiciliar: uma abordagem psicossocial. *Acta Paul Enferm.* 2007, 20(1): 91-4.
 15. Carvalho CL, Girardi SN, Girardi Júnior J. Formas Institucionais da Terceirização de Serviços em Hospitais da Região Sudeste: Estudo Exploratório. *Espaço Saúde [Internet].* 2000 [citado 2011 nov 05]; 2(1):[cerca de 5 p.]. Disponível em: http://www.observarh.org.br/epsm/artigos/artigo_terceiriza.pdf
 16. Malta DC, Cecílio LC, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc Saúde coletiva.* 2004, 9(2):433-44.