

# Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática

Célia Regina Pierantoni, Thereza Christina Varella e Tania França

## Introdução

O processo de mundialização das economias, contrariando o ufanismo de melhoria na repartição das riquezas e de um mundo mais homogêneo, acirrou a assimetria entre os países, elevando os patamares de pobreza de um conjunto majoritário de nações que concentram dois terços da população mundial e estabelecendo novas formas de organização do Estado e de reestruturação produtiva. Essas são assentadas em três grandes eixos: novas tecnologias, novas formas de organização do trabalho e da produção e novas formas de gerenciamento.

Essa globalização contornou uma nova divisão internacional do trabalho, estabelecendo uma concorrência desleal entre países centrais, semiperiféricos e periféricos.<sup>1</sup> As forças do mercado não operam no sentido da igualdade, mas por estímulo a padrões concorrenciais de eficiência definidos pela racionalidade do modelo econômico capitalista. Esse movimento reforça uma disponibilidade de postos de trabalho menos qualificados e mais mal remunerados nos países pobres (Pochmann, 2001):

Milton Santos (2001) considera que a pobreza decorrente da globalização assume dimensão diferenciada, ao que denomina de pobreza estrutural, de disseminação planetária, produzida pelas empresas e instituições globais.

Assim, as mudanças no mundo do trabalho apresentam reflexos significativos na organização societária e no deslocamento da centralidade

---

<sup>1</sup> POCHMANN (2001) adota esse enfoque teórico para divisão da economia mundial, bem como apresenta a listagem dos países de cada grupamento. A título de exemplo, considera países do centro capitalista: Áustria, Japão, Holanda, Estados Unidos, Inglaterra, entre outros. Países semiperiféricos: Austrália, Turquia, Portugal, Rússia, Brasil, Coreia, África do Sul, entre outros. Países periféricos: Zaire, Nigéria, Marrocos, Jamaica, Barbados, Indonésia, Peru, República Dominicana, entre outros.

do trabalho como estruturante da sociabilidade humana. O sentido do trabalho precisa ser (re)significado em sua forma contemporânea como trabalho social que se complexifica e intensifica ritmos e processos. A sociedade do capital necessita cada vez menos do trabalho estável e utiliza-se cada vez mais de formas diversificadas (Antunes, 2002).

Assim, as políticas centradas em processos de reforma, nas últimas décadas, com as proposições relacionadas com "diminuição" do Estado, perda da proteção social do trabalho e dos trabalhadores, globalização financeira com hegemonia do capital financeiro sobre o capital produtivo, agravaram a situação de empregabilidade. O Estado mínimo retira-se da esfera produtiva para cumprir melhor as funções sociais sem no entanto caminhar nessa direção, pois, além de empregar cada vez menos, agrega menos recursos para assegurar direitos adquiridos, particularmente para desempregados e excluídos.

As formas verticalizadas da gerência são substituídas por gerência horizontal, com uma diminuição das funções de chefia e a introdução de sistemas mais participativos e abertos de decisão. A motivação e o envolvimento do trabalhador com os interesses da empresa passam a incorporar a agenda da "nova administração". A "força de trabalho" é substituída pela "inteligência do trabalhador", que assume posição gerencial e de monitoramento, abdicando da sua posição de "produtor". Porém, essas formas de gerência são assumidas sem a necessária autonomia para implementação das atividades gestoras, submetidas a interesses relacionados, prioritariamente, com a ordem econômica.

Por outra via, as empresas passam a exigir novos patamares de qualificação para o trabalhador, que, para conseguir um posto de trabalho, precisa de mais escolaridade e maior polivalência: não há consenso em torno da proclamada "revalorização dos recursos humanos" decorrente do processo de modernização empresarial. Se por um lado os trabalhadores se vêem obrigados a intentar esforços adaptativos às exigências dessa nova conformação da produção, por outro um número cada vez maior de excedente de mão-de-obra encontra-se nas vias informais ou submetidas a formas precárias de trabalho.

No caso do setor saúde, a despeito da participação do pagamento de pessoal nos custos dos sistemas de saúde, causa perplexidade a histórica negligência e mesmo a ausência de políticas para RH. Tal fato pode ocorrer em razão de:

- abordagens macroeconômicas que focalizam aspectos quantitativos da força de trabalho do setor saúde, em detrimento de uma abordagem contemporânea, em nível micro, que se concentra na motivação e no desempenho;
- políticas públicas centralizadas de regulação do emprego, ditadas por setores financeiros dos governos em que as políticas setoriais estão confinadas a um papel de implementação e interpretação de diretrizes nacionais;
- não valorização do papel dos profissionais, especialmente os médicos, cuja formação enfatiza valores relacionados com autonomia e regulação profissional próprias, mais do que com metas políticas e operacionais do sistema de saúde.

Essa pauta é distinta do foco das reformas setoriais e seguramente influencia a eficiência, a eficácia e a equidade (Bach, 2003). As conseqüências do novo balanço social produzido pela dinâmica econômica e a "tranqüilidade social" estão na agenda dos debates.

## Agenda global, saúde e recursos humanos

É consensual que as desigualdades na distribuição da riqueza no mundo atingiram atualmente proporções verdadeiramente alarmantes. O número de pobres é crescente e já chega a 307 milhões de pessoas no mundo. Para a Organização das Nações Unidas (ONU), o dado mais preocupante é a tendência de que esse número aumente até 2015, quando os países menos desenvolvidos poderão passar a ter 420 milhões de pessoas vivendo abaixo da linha de pobreza.<sup>2</sup>

O foco do trabalho de muitas agências bilaterais e multilaterais vem sendo reduzir a pobreza desses países, que se encontram com alto grau de endividamento, e alcançar um conjunto de metas internacionais de desenvolvimento. O componente **saúde**, para o alcance dessas metas, tem ocupado posição de destaque pelo consenso internacional das relações entre

---

<sup>2</sup> Desde 1990, um número sem paralelo de países viu seu padrão de vida decair: o cidadão médio de 46 países é mais pobre hoje do que há uma década (vinte desses países ficam na África subsahariana); em 25 países, mais pessoas estão com fome atualmente do que no começo dos anos 1990; o IDH recuou em vinte países, desses, treze ficam na África subsahariana. A expectativa de vida caiu para quarenta anos ou menos em oito países da região (Angola, República Centro-Africana, Lesoto, Moçambique, Serra Leoa, Suazilândia e Zimbábue). O principal motivo foi a pandemia de HIV-Aids. Em Botswana e na Suazilândia, pelo menos uma em cada três pessoas de 15 a 49 anos está infectada (PNUD, 2004).

pobreza, baixo crescimento econômico e péssimas condições de saúde<sup>3</sup> (Martinez e Martineau, 2002).

Os países pobres onde as doenças transmissíveis assumem indicadores dramáticos são os que possuem baixa capacidade institucional, particularmente para implementação da política setorial. Tais países têm demonstrado recorrentes fracassos na prestação de serviços que atendam aos objetivos do setor. O planejamento e o gerenciamento de recursos humanos da saúde configuram-se como pontos nodais para o equacionamento dos profundos problemas relacionados a essa baixa capacidade.

Por outra via, as abordagens conceituais do termo **recursos humanos**<sup>4</sup> sofrem uma evolução, sendo (re)significado a partir de sua definição clássica, oriunda da ciência da administração, estando subordinado à ótica de quem exerce alguma função de gerência ou de planejamento (gerência de capacidade das pessoas, assim como dos recursos materiais e financeiros com vistas a uma utilização mais racional e eficiente). Absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado de trabalho – emprego/desemprego, produção, renda, assalariamento e configura-se na gestão do trabalho – e da sociologia do trabalho, em um mix que envolve o trabalho, o trabalhador como "ser social" e a sociedade.

O cenário internacional aponta uma série de desafios no que se refere às questões da **gestão do trabalho**. Alguns já se acumulam ao longo dos anos, com destaques para a baixa remuneração e a motivação das equipes, a iniquidade distributiva da força de trabalho, desempenho e *accountability* insatisfatórios dos profissionais. Somam-se a estes desafios emergentes como a migração entre países, a baixa capacidade de preparação e fixação de recursos humanos e o impacto das epidemias na força de trabalho da saúde, resultando em absenteísmo e sobrecarga de trabalho (Martinez e Martineau, 2002). A situação é ainda agravada quando os programas de ajuda internacional, além de apontarem a necessidade do estabelecimento de políticas macroeconômicas sólidas, se referem ao quadro de recursos humanos em saúde apresentado como "risco ou pressuposto", condicionantes para a ajuda financeira e não como propósito e objetivos em nível de resultado.

---

<sup>3</sup> Muitas iniciativas estão voltadas para controle de doenças transmissíveis, consideradas problemas críticos para os países pobres, prioritariamente HIV/Aids, tuberculose e malária. Somam-se a isso medidas que promovam o aumento da cobertura imunizante.

<sup>4</sup> O termo "recursos humanos" é consagrado e utilizado na literatura mundial, não se referindo exclusivamente à sua conceituação clássica.

Assim, na agenda internacional diversificados atores confluem esforços para a superação dos desafios relativos às questões de RH na área da saúde, resumidos em quatro grandes objetivos:

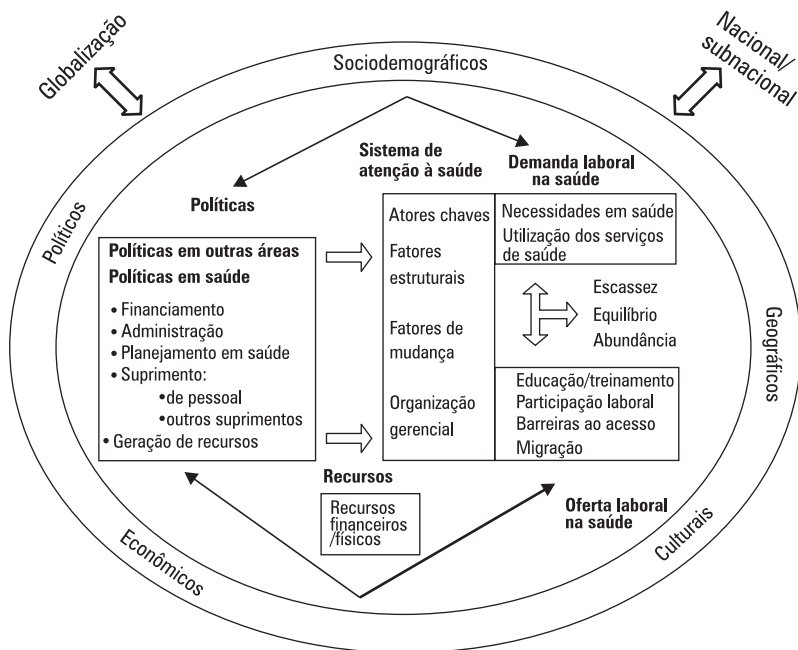
- aumentar a cobertura e a fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa;
- garantir competências e habilidades chaves para a força de trabalho em saúde;
- aumentar o desempenho da equipe de profissionais diante dos objetivos definidos;
- fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento de RH no setor saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta estratégias focalizadas para a área de recursos humanos a serem implementadas a curto, a médio e a longo prazos, que incluem:

- **curto:** fortalecimento de práticas gerenciais; advocacy; desenvolvimento de políticas para incentivos e fixação de recursos humanos; apoio ao treinamento em serviço; disseminação das novas práticas;
- **médio:** estudos da implementação e do impacto das políticas (custos da migração, da formação e do treinamento, da motivação e dos incentivos, das condições de trabalho); desenvolvimento de sistemas de informação de RHs;
- **longo:** fortalecimento da capacidade de formuladores de política regional e nacional; construção de infra-estrutura.

O quadro seguinte retrata e estabelece as inter-relações entre os diversos aspectos envolvidos, apontando a intersectorialidade e a complexidade das ações que envolvem as políticas de recursos humanos para a saúde (Mercer et al., 2003).

Figura 1 — Recursos humanos em saúde: aspectos estruturais



Fonte: MERCER et al. (2003). Adaptação livre.

## O sistema de saúde brasileiro e recursos humanos

O setor saúde no Brasil não esteve imune às mudanças decorrentes da nova ordem de organização produtiva nem tampouco dos reflexos da reformulação do papel do Estado que não diferem das apontadas por Bach (2003) na conjuntura internacional e estão relatadas por Pierantoni (2001). Essas dão conta de aspectos relativos às dimensões estruturais (como, por exemplo, composição e distribuição da força de trabalho), regulatórias (representadas por diferentes atores e grupos de interesses na área da saúde e que envolvem sistema formador, corporações, entre outros) e gerenciais (sistemas centralizados de financiamento, legislação e trabalho entre esferas de governo).

Por outra via, o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a trajetória da descentralização têm no financiamento, na responsabilidade de gestão e no pacto intergestores seu foco privilegiado. Essa descentralização prevê a organização local de estruturas político-administrativas capazes de assumir responsabilidades inerentes à gestão de

políticas públicas traduzidas em autonomia, competências e responsabilidades conferidas pela legislação e legitimadas socialmente.

Embora o princípio de comando único em cada esfera de poder federativo preveja responsabilidades e prerrogativas na formulação da política setorial para o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais, condições locais estruturais e conjunturais têm conferido aspectos singulares, influenciando as modalidades de implantação e sustentabilidade do SUS. Na origem dessa *diversificação*, podem ser destacados três grandes grupos de fatores, sumarizados por Queiroz (2003) e historicamente acumulados.

No primeiro grupo, a autora destaca "a heterogeneidade geográfica, as dimensões continentais e população numerosa, irregularmente distribuída no território nacional" que influenciam perfis epidemiológicos, adaptações locais para implementação e gestão da assistência à saúde; "a heterogeneidade socioeconômica e a concentração de renda", acentuada nas últimas décadas com forte concentração de renda e reduzida capacidade distributiva – dimensões que *per se* dependem mais de ações ampliadas de desenvolvimento social e econômico incluído em um plano marcado por diversificadas capacidades administrativas e fiscais; e "os traços particulares da organização política federativa", distribuídos por três níveis de governo (27 estados e 5.560 municípios – 77,9% deles com população abaixo de 25 mil habitantes, nos quais residem 23,7% da população total do país), com autonomia administrativa e sem vinculações hierárquicas entre si.<sup>5</sup>

Assim, na economia brasileira as estruturas produtivas, as relações de trabalho, as condições de vida e as possibilidades de acesso da população aos bens e aos serviços básicos caracterizam-se pelas desigualdades regionais tanto na perspectiva pessoal quanto na espacial. As regiões brasileiras, Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, no que se referem aos indicadores sociais, apontam desigualdades que podem ser evidenciadas nas informações recentes reproduzidas no Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil (RDH) (2003):

Apesar de a pobreza ter começado a cair no começo dos anos 90, isso ocorreu de modo desigual – e não tão rápido quanto o necessário para o Brasil atingir a Primeira Meta do Milênio. Segundo o RDH<sup>6</sup>

<sup>5</sup> De acordo com dados do Banco Mundial, enquanto no Brasil a renda média dos 20% mais ricos é 25 vezes maior do que dos 20% mais pobres, em países como a Holanda e a Índia essa razão não ultrapassa 5 (Banco Mundial, 2001).

<sup>6</sup> Os dados são extraídos de uma pesquisa anual do IBGE, a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), que, no caso dos estados da região Norte, se limita às áreas urbanas.

2003, embora o Nordeste tenha conseguido uma redução dramática nos indicadores, a região Sul é a única que deve conseguir cortar a pobreza pela metade até 2015. O Norte do país é a única região que viu a pobreza crescer, de 36% em 1990 para 44% em 2001. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>7</sup> da região Norte não tem evoluído o suficiente, ao contrário do que ocorreu com o IDH do Nordeste e do Sudeste, por exemplo. A região Nordeste ainda possui baixos índices de desenvolvimento humano.

Esses dados apontam que, para além do fortalecimento da capacidade gestora das três esferas de governo, é preciso desenvolver ações relativas, não somente para a **saúde**, mas também ações intersetoriais que indiquem novos patamares de desenvolvimento econômico e social, obedecendo às desigualdades e às especificidades regionais e locais.

No campo da capacidade gestora, é consensual que, a despeito de uma recente profissionalização da gestão impulsionada pela necessidade de qualificação para as novas funções, a herança conservadora e patrimonialista se contrapõe a uma administração pública profissionalizada que utilize a valorização do trabalhador, sua profissionalização com desenvolvimento de habilidades e responsabilidades, medidas de avaliação de desempenho, entre outras. Mais ainda, permanece a prática de "indicação política" e funções gestoras como de "governo" em detrimento do caráter técnico para qualificação da gestão.

No campo da gestão de RH e das relações intersetoriais, é conhecido que os trabalhadores em saúde no Brasil compõem um contingente de profissionais influenciados por diferentes sistemas de formulação de políticas com autonomia, direcionalidade e centralização próprias não regulados pela política setorial, mas diretamente afetados pela regulação estatal diversificada. Esses sistemas incluem sistema educacional e sua conformação peculiar, os sistemas administrativos centralizados em políticas gerais e ampliados para recursos humanos, no aparato jurídico-legal e legislativo que sustenta as relações de trabalho desde a regulamentação das profissões à normatização das relações de emprego, em suas mais variadas expressões (Pierantoni, 2002).

---

<sup>7</sup> O IDH é um índice sintético composto por quatro indicadores que medem o desempenho médio dos países em três dimensões do desenvolvimento humano: "vida longa e saudável, acesso ao conhecimento e um padrão de vida decente".



Mais ainda, em um plano recente, a combinação das transformações no mundo do trabalho, por um lado, e a implementação da política setorial, que envolveu mudanças expansionistas de cobertura, com priorização da atenção básica e abertura de postos de trabalho (via implantação do Saúde da Família, no caso do Brasil), por outro, aprofundam tensões e questões preexistentes. Entre essas podemos destacar:

- desigualdades de ofertas do mercado educativo para formação profissional na área da saúde, tanto quantitativas (concentrações regionais, por exemplo) como qualitativas (proliferação desordenada de cursos em determinadas áreas de formação e dependências administrativas, práticas pedagógicas excludentes de uma visão de integralidade e de trabalho em equipe, por exemplo);
- intensificação e privilegiamento das modalidades de contratação no Sistema Único de Saúde sem amparo legal, gerando um alto índice de precarização em todo o país;
- precária estrutura e capacidade gestora tanto do setor educativo como de prestação de serviços da área da saúde, *vis-à-vis* a velocidade e a qualidade das mudanças do sistema, como, por exemplo, incremento de mecanismos de participação social, entre outros.

## Gestão do trabalho: construindo capacidades nacionais e locais

A gestão do trabalho na saúde requer, em um plano, o reconhecimento das dimensões que envolvem o trabalho e os trabalhadores em saúde. Estas, como já visto anteriormente, estão relacionadas com os processos de gestão, a configuração estrutural do setor e a construção e a retomada de mecanismos de regulação por parte do Estado a partir de algumas das características comuns no plano de recursos humanos e da gestão do trabalho observadas nas últimas décadas. Para tanto, deve partir de um pressuposto básico que defina uma agenda de trabalho como política de Estado e não de governo, envolvendo as diferentes esferas que caracterizam o Estado Nacional, visando à consolidação ampliada de mudanças mais consistentes tanto para o sistema de saúde como para o desenvolvimento da sociedade. Implica a definição e o conhecimento da capacidade gestora do trabalho em saúde com o reconhecimento de competências e instâncias de poder visando a um modelo de gestão participativo intergestores das diferentes instâncias administrativas da Federação e articulador intersetorial dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Nesses aspectos, destacam-se o modelo de financiamento setorial e os limites impostos aos níveis nacionais e subnacionais, pela legislação vigente, para gastos com contratação de trabalhadores do setor público em geral.<sup>8</sup>

Como pontos a serem considerados para uma agenda, em um plano mais geral, destacam-se:

- mecanismos de gestão na perspectiva da construção social envolvendo novos pactos entre usuários, profissionais e gestores referidos a parâmetros de qualidade, ética e de proteção de trabalhadores e usuários;
- política de emprego que contemple direitos sociais dos trabalhadores da saúde, tanto do setor público como do privado, definindo profissionais e sistema de promoção e de prestação de serviços na saúde via mecanismos de oferta, distribuição e fixação de trabalhadores para o sistema;
- regulação da formação, da qualificação profissional, da educação permanente, do trabalho e do exercício profissional, configurando processos que envolvam o sistema educacional, as corporações e as associações profissionais, o sistema de saúde e a sociedade.

No plano específico, é consensual que a descentralização da gestão dos serviços de saúde no país não resultou, automaticamente, na transferência de capacidade gestora para as esferas municipais. Mais ainda, potencializou problemas crônicos e desencadeou soluções e arranjos os mais diversos para que o gestor municipal, em face das demandas da política e das restrições ampliadas da esfera jurídico-legal, pudesse executar as propostas de reformulação do sistema.

No caso do Brasil, em que essa área se institucionaliza no âmbito da política nacional de saúde, via criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, a avaliação e o acompanhamento dos processos de gestão desenvolvidos nas instâncias locais e organizacionais em que, na *práxis*, esses processos estão sendo desenvolvidos, tornam-se imperativos. É fundamental identificar fragilidades e potencialidades que possam orientar tanto a definição de diretrizes políticas quanto oferecer mecanismos de apoio aos sistemas locais para implementação das políticas, com autonomia, independência e governança.

---

<sup>8</sup> Lembramos que o setor público no Brasil é regido por lei que associa as despesas com pessoal às receitas líquidas das administrações federais, estaduais e municipais, limitando o gasto a no máximo 60% da receita para os estados e os municípios e em 50% da receita líquida na esfera federal, limitando a autonomia das instituições públicas na realização de processos seletivos de pessoal conforme a necessidade do serviço. Para melhor esclarecimento sobre o assunto, ver Lei Complementar no 82 de 27 de março de 1995 – Lei Camata 1.

Estudo realizado para avaliar a capacidade gestora de municípios com mais de 100 mil habitantes<sup>9</sup> possibilitou a identificação de realidades locais e a discriminação de identidades regionais e nacionais. Para tanto, além de uma abordagem tradicional, voltada apenas para o alcance de metas e resultados quantitativos, o modelo de análise dos resultados procurou estabelecer correlações entre as variáveis estabelecidas no estudo e o desempenho e as percepções dos agentes envolvidos.

As secretarias municipais de saúde (SMS) foram analisadas em uma primeira etapa no seu conjunto e posteriormente agrupadas segundo os critérios que definiam:

- instâncias locais **com** órgão específico de recursos humanos na estrutura da secretaria municipal (150);
- instâncias locais **sem** órgão específico de recursos humanos na estrutura da secretaria municipal (56);
- **SMS** localizadas nas **capitais** (24).

Dessa forma, o que se quis caracterizar com a pesquisa compõe uma seqüência de perguntas geradas que vão sendo formuladas à medida que se avança no processo de análise dos dados que abordam, entre outras:

- capacidade gestora via processos de gestão e mecanismos utilizados; qualificação; poder decisório e participativo do gestor de RH.
- percepção dos gestores de RH sobre questões relativas à autonomia, à utilização de instrumentos de gestão e às formas de contratação.

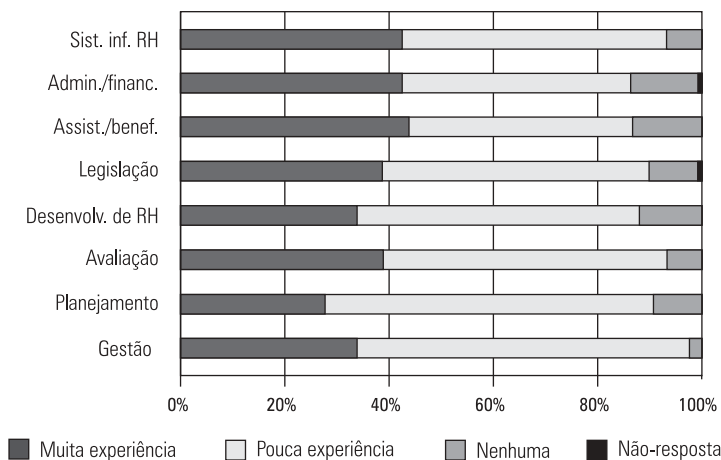
Destacamos, neste texto, achados relevantes que compõem o "estado da arte" da gestão de RH em saúde e podem sinalizar intervenções de curto, médio e longo prazos para o caminho da gestão do trabalho na área.

A caracterização de "experiência" do gestor de RH, conforme apontada no gráfico a seguir, demonstrou uma tendência (herança) para capacidades relativas à "administração de pessoal" em atividades relacionadas com sistemas de controle de pagamento, benefícios, entre outras.

---

<sup>9</sup> Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes, pesquisa realizada pela Estação de Trabalho IMS/Uerj e Nescon/UFMG da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (Rorhes) 2004. O principal objetivo da pesquisa foi caracterizar a capacidade de gestão de recursos humanos das secretarias municipais de saúde como forma de subsidiar o desenvolvimento de diretrizes políticas para a área. A pesquisa foi desenvolvida em 223 municípios e 26 capitais, cuja população representa cerca de 50% da população brasileira (estimativa populacional para 2003). Desse conjunto, 206 SMS responderam ao inquérito, sendo 24 capitais. [www.obsnet.ims.uerj.br](http://www.obsnet.ims.uerj.br).

Gráfico 1 — Avaliação da experiência/qualificação do gestor de RH. Brasil, 2004



Fonte: Rorehs/IMS-Uerj/Nescon-UFMG. Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes. Brasil, 2004.

O planejamento das ações de recursos humanos não está incorporado na prática dos dirigentes da área, o que pode ser observado não só pela resposta direta à pergunta (72,3% afirmam ter pouca ou nenhuma experiência), mas pela análise do conjunto dos resultados. Destaca-se aqui que a folha de pagamento se constitui na principal fonte de dados para essa atividade, causando surpresa a não-utilização, pelas SMS, de sistemas de informação de recursos humanos com aporte qualitativo. Esse cenário pode indicar a necessidade de definir políticas e adotar estratégias que possam apoiar as secretarias para o uso de sistemas de informação como ferramenta de planejamento e gestão.

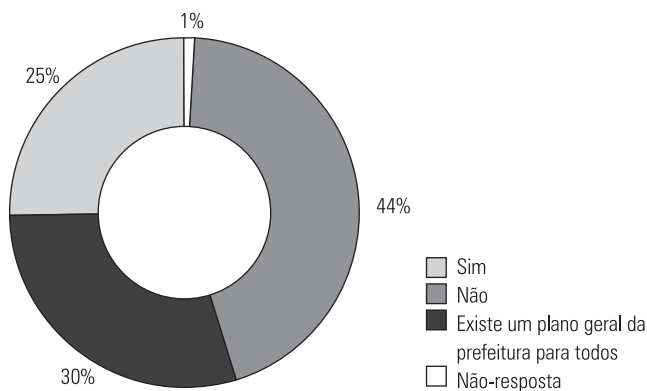
De acordo com as diretrizes políticas para a área de recursos humanos expressa na NOB/RH-SUS,<sup>10</sup> o plano de cargos, carreira e salários (PCCS) é considerado um instrumento de ordenação do trabalho que deve ser incorporado a cada nível de gestão do SUS.

Em relação ao PCCS, dos 150 municípios que declararam estrutura de RH na SMS, cerca de 27% apontam a existência de plano específico para a saúde, e nas capitais, 54,2%. Nos municípios em que a atividade de RH é

<sup>10</sup> A NOB/RH-SUS (Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS) faz parte de uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde para a gestão do trabalho e da educação no SUS.

centralizada na administração (56), 82,1% afirmaram possuir plano com especificidade para a saúde. Esses resultados merecem ser mais bem qualificados com relação à especificidade para a saúde, a atualidade do plano, a implantação, entre outras coisas. Por outra via, há um reconhecimento declarado em cerca de 60% das SMS dos grupamentos estudados da pertinência de utilização do PCCS como instrumento facilitador da gestão.

Gráfico 2 — Plano de cargos, carreira e salários específico para os trabalhadores da SMS. Brasil, 2004



Fonte: Rorehs/IMS-Uerj/Nescon-UFMG. Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes. Brasil, 2004.

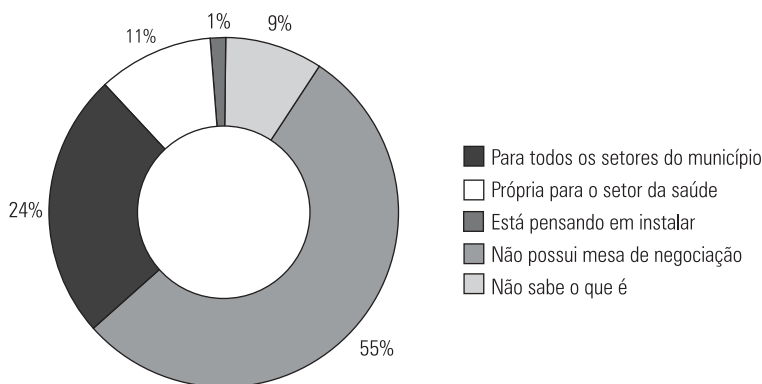
A utilização de incentivos como forma de retribuição direta ou indireta para os trabalhadores da saúde foi indicada por cerca 60% dos municípios, sendo os mais utilizados férias-prêmio, folgas e incentivos financeiros.

Há de se pensar em planos de cargos que contemplem tipos de vínculos empregatícios e formas de remuneração compatíveis com as funções típicas de carreira da saúde e promovam, entre outras, a fixação do trabalhador (incluindo uma política de incentivos) e a especificação de vínculos flexíveis e adaptáveis a condições locais e especiais, não diretamente relacionadas com o trabalho em saúde, pactuados entre trabalhadores, gestores e a sociedade.

O processo de negociação do trabalho via instalação de mesa de negociação para a saúde foi declarado em 14% dos municípios com estrutura

própria, 37,5% das capitais e em apenas um município do grupo que não possui estrutura própria na SMS. Nas capitais, 60% apontam a mesa como instrumento facilitador da gestão, junto com 48,7% e 32,1% dos segmentos com estrutura na SMS e centralizada, respectivamente.

Gráfico 3 — Mesa de negociação coletiva instalada na SMS. Brasil, 2004



Fonte: Rorehs/IMS-Uerj/Nescon-UFMG. Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes. Brasil, 2004.

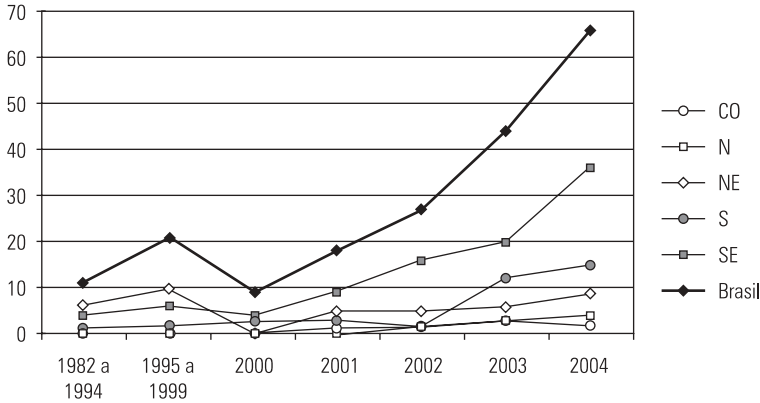
Esses achados podem dar pistas da necessidade do fortalecimento da implantação e da gestão de carreira e de mesa de negociação, informando a pertinência do estabelecimento de políticas indutivas e instrumentais para a implementação dessas formas de regulamentação e de gestão do trabalho para a saúde. As mesas de negociação permanente de trabalhadores, em especial do SUS, podem ser caracterizadas como "projeto coletivo onde a democratização das relações de trabalho na saúde surge como valor fundamental". Vêm sendo desenvolvidas com a participação, na busca do consenso, de trabalhadores, organizações sindicais, gestores das diversas instâncias da saúde, para soluções de conflitos emergentes das relações laborais (Brasil, 2004).

Os dados coletados sobre tipos de vínculo revelaram que o emprego formal e estável ainda é o predominante na saúde, variando de 85% a 95% nos grupamentos analisados; destaca-se a modalidade cooperativa nas capitais.

Este quadro é corroborado pela data de realização do último concurso público: observou-se que, a partir do ano de 2000, 80% dos gestores

entrevistados declararam ter realizado concurso público como forma de recrutamento e seleção de pessoal.

Gráfico 4 — Ano de realização do último concurso público segundo a região do país. Brasil, 2004

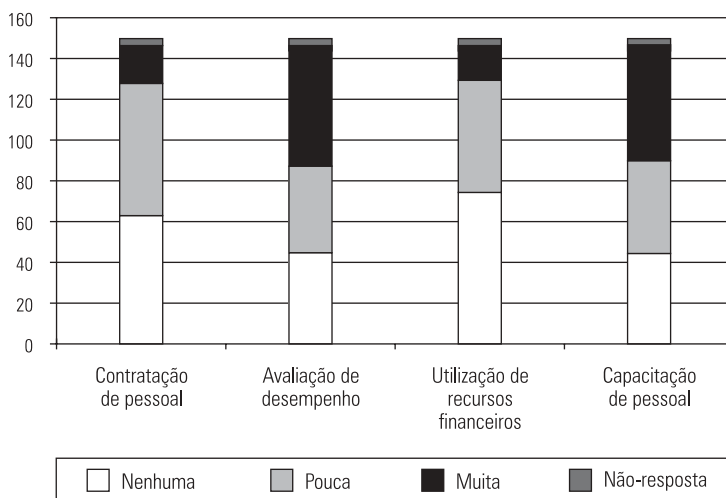


Fonte: Rorehs/IMS-Uerj/Nescon-UFMG. Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes. Brasil, 2004.

Os indicadores selecionados para avaliação de autonomia de gestão (contratação de pessoal, sistema de avaliação de desempenho, utilização de recursos financeiros e de processos de capacitação) demonstram que o nível de autonomia do gestor é limitado às questões relacionadas à "burocracia interna" – sistema de avaliação de desempenho e capacitação.<sup>11</sup> Para aquelas que exigem poder decisório, como utilização de recursos orçamentários e contratação de pessoal, a autonomia declarada é "muito baixa ou nenhuma".

<sup>11</sup> Nesse particular, as capacitações referem-se às promovidas pelas demandas e pelos programas do Ministério da Saúde.

Gráfico 5 — Grau de autonomia do gestor de RH das SMS. Brasil, 2004



Fonte: Rorehs/IMS-Uerj/Nescon-UFMG. Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes. Brasil, 2004.

Entre as questões opinativas, os gestores apontam informações diferenciadas em relação às formas de contratação de pessoal para a saúde<sup>12</sup> em função da natureza do serviço. As formas indiretas e mistas (dependendo da categoria ou por qualquer forma de vinculação) de contratação de pessoal podem ser apontadas como uma tendência na preferência dos gestores para hospitais e serviços especializados, não sendo observada diferença entre SMS com e sem estrutura de RH.

Nas capitais, em relação às unidades hospitalares, apenas duas assinalaram a modalidade direta/estatutária como preferencial, enquanto há predominância das contratações via formas indiretas e mistas.

Já para o PSF/atenção básica, o estudo discriminou que as formas diretas e mais estáveis de contratação se caracterizam como uma tendência na opção dos gestores. Nas capitais, entretanto, nenhum gestor assinalou as formas diretas estáveis para PSF/atenção básica; se agregássemos as afirmativas relativas às formas de vinculação indiretas e mistas, teríamos 80,9% da preferência nas citações desse grupamento.

<sup>12</sup> Os itens selecionados como opções foram: exclusivamente pela forma direta de vinculação como servidor estatutário; exclusivamente pela forma indireta (cooperativa/terceirizados); por meio de uma composição entre servidores estatutários, celetistas e formas indiretas de vinculação; por qualquer forma de vinculação, dependendo da categoria profissional.



Os resultados do estudo aqui destacados não esgotam todas as possibilidades de caracterizar a capacidade gestora das SMS. No entanto, os achados da pesquisa servem, seguramente, como base para definir estratégias tanto para fortalecimento de processos que envolvem a gestão do trabalho e da educação para a saúde – indicando tendências para prioridades de intervenção qualificada – como para o fornecimento de importantes subsídios para tomada de decisões por parte dos gestores do sistema de saúde brasileiro.<sup>13</sup>

Ademais, o traço comum observado nos três grupamentos selecionados para pesquisa remonta à fragilidade de questões mais amplas referidas com a autonomia da gestão financeira e dos processos que envolvem o trabalho (planejamento, contratação de pessoal, carreira, etc.) e a educação (desenvolvimento e aplicação de atividades de formação e de educação permanente relacionadas à operacionalização dos sistemas locais).

## Considerações finais

As questões relativas ao trabalho e aos trabalhadores, em especial da área da saúde, seguramente estão na agenda mundial em aspectos tão diversos quanto os relativos ao próprio trabalhador (como exclusão, desemprego prolongado, insegurança, falta de qualificação para o trabalho) e à saúde, relacionada com condições de vida e de desenvolvimento de uma sociedade. E, mais ainda, esses "males" atemorizam e aproximam-se de países centrais, que vêem suas condições de vida e trabalho a caminho do bloco dos excluídos.

Há um consenso de que, para além de políticas pontuais, devem ser estabelecidas ações que incluam aspectos geográficos, sociodemográficos, culturais, econômicos e políticos. Ademais, ações que apontem, por um lado, para soluções focalizadas, e, por outro, para soluções intersetoriais que potencializem as políticas de RH em saúde.

É consensual também que as políticas centralizadas que discriminam financiamento e instituem o aparato jurídico legal do Estado podem apresentar distâncias ou mesmo constituir impeditivos para ações efetivas na área da saúde, favorecendo iniquidades e prejudicando as metas de qualidade e inclusão social. Assim, os critérios de financiamento calcados em avaliação qualitativa de resultados devem ser preferíveis aos que se fundamentam, exclusivamente, em bases populacionais e quantitativas.

---

<sup>13</sup> Consultar [www.obsnet.ims.uerj.br](http://www.obsnet.ims.uerj.br) para versão integral da pesquisa.

A valorização da ciência e da tecnologia modifica o trabalho alterando produtos, processos ou a gestão, e, para além da incorporação de tecnologia armada, dos trabalhadores exigem-se novos perfis adaptativos. Estes demandam nova conformação da capacidade laboral de diversos setores da economia, ditada por tendências, às vezes contraditórias, relacionadas com a polivalência, a ausência de especialização, a capacidade de inovar, a ênfase do trabalho em equipe, a qualificação, a autonomia, a responsabilização e o desenvolvimento de habilidades cognitivas e de novas competências.

A velocidade com que esses novos perfis são demandados, aliada a proposições inovadoras aplicadas em estruturas organizacionais rígidas ou com metodologias tradicionais, faz conviver hoje formas híbridas de organização do trabalho. Assim, persistem processos de trabalho com ausência de participação efetiva dos trabalhadores, rotatividade da ocupação dos postos de trabalho, treinamentos ou especializações que visam a mudanças comportamentais e não à formação específica mais qualificada, entre outras. Por outra via, é introduzida a normalização de formas de contratos temporários, eventuais, com perda progressiva da proteção social.

O "novo" campo de atuação da **gestão do trabalho em saúde** e do gestor de RH pode ser configurado em um conjunto de atividades que envolvem: o planejamento, a captação, a distribuição e a alocação de pessoas em postos de trabalho, com a qualificação requerida e com medidas que fortaleçam a fixação desses profissionais; a oferta de possibilidades de formação e capacitação que atendam às necessidades de desenvolvimento de competências para atenção à saúde de qualidade; e medidas no campo da regulação do trabalho com interfaces/intermediações com as corporações profissionais, o mercado educativo e a sociedade.

Assim, a agenda para a gestão do trabalho em saúde deve incluir o fortalecimento de práticas gerenciais que busquem consensos e acordos para atender aos conflitos entre os interesses corporativos e sociais envolvidos, objetivando uma visão ampliada do direito à saúde garantido constitucionalmente, como no caso do Brasil; a incorporação da prática da avaliação como instrumento de fortalecimento e transformação tanto da própria gestão como de construção de capacidades para formulação de políticas públicas. Mais ainda, a valorização do capital humano e do conhecimento como forças produtivas e mediadoras, não só do direito à saúde, mas também de desenvolvimento social.

## Referências bibliográficas

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho?*. Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez Editora e Editora da Unicamp, 2002. 200p.

BACH, Stephen. Human resources and new approaches to public sector management: improving human resources management capacity. In: FERRINHO, Paulo; DALPOZ, Mário (Orgs.) *Towards a global health workforce strategy*. Genève: OMS, 2003. p. 105-146.

BANCO MUNDIAL. *World development indicators*. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Cadernos Técnicos. 112p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Mesa de negociação permanente do SUS: democratização das relações de trabalho no Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Série D. Reuniões e Conferências. 34p.

CNTSS/CUT. *Recursos humanos no SUS*. Disponível em: <http://www.cntsscut.org.br/rh.doc>. Acesso em: 26 de agosto, 2004.

MARTINEZ, Javier; MARTINEAU, Tim. *Human resources in the health sector: an international perspective*. Disponível em: <http://www.healthsystems.org>. Acesso em: 8 de agosto, 2004.

MERCER, Hugo; DALPOZ, Mário; ORVILL, Adams; STILWELL, Bárbara; JAMES, Buchan; DREECH, Norbert; PASCAL, Zurn; BEAGLEHOLE, Robert. Human resources for health: developing policy options for change. In: FERRINHO, Paulo; DALPOZ, Mário (Orgs.) *Towards a global health workforce strategy*. Genève: OMS, 2003. p. 451- 482.

PIERANTONI, Celia. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, ABRASCO 6 (2), p. 341-361, 2001.

PIERANTONI, Celia. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza (Orgs.) *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 609-630.

PNUD. *Brasil fica em 72º lugar no ranking do IDH*. Desenvolvimento piorou em 20 países desde 1990. Noruega segue líder; Serra Leoa é o último pelo sétimo ano. Disponível em: <http://hdr.undp.org/2004/>. Acesso em: 24 de agosto, 2004.

POCHMANN, Márcio. *O emprego na globalização. A nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002. 151p.

QUEIROZ, Lucia. Textos normativos e contextos locais: estudo de caso sobre os dilemas do processo de implantação do SUS. In: PIERANTONI, C.; MANSO, C. *Gestão de sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Segrekar, 2003. p. 93-131.

SANTOS, Milton. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2001. 174p.

# Assistência domiciliar — instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação

*Maria José Bistafa Pereira, Silvana Martins Mishima, Cinira Magali Fortuna,*

*Silvia Matumoto, Rafaela Azenha Teixeira, Clarice Aparecida Ferraz,*

*Janete Rodrigues da Silva Nakao, Marcia Regina Antonietto da Costa Melo e Maria Luiza Anselmi*

A reforma sanitária brasileira, iniciada já na década de 1970, traz para o cenário das políticas de saúde, dos sistemas e dos serviços de saúde e das práticas assistenciais novas demandas e desafios que necessitam ser enfrentados e construídos no nível da macropolítica e da micropolítica. A construção de ferramentas, e sua operação cotidiana, para a produção de ações cuidadoras é um desses desafios.

Este texto buscará trazer a assistência domiciliar como uma dessas ferramentas/instrumentos que apresenta potência para que os trabalhadores e gestores revejam o significado das tecnologias utilizadas no cuidado à saúde, a partir de uma compreensão do domicílio como um espaço que se reveste de potência para a revisão das práticas assistenciais, possibilitando uma ação cuidadora sustentada pela utilização de tecnologias de relação, pela conformação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar e pela integração dos diversos serviços de saúde em torno das demandas e das necessidades apresentadas pelos usuários, possibilitando a construção de um projeto terapêutico compartilhado. Seu potencial em promover maior colaboração entre os serviços hospitalares e não hospitalares pode aumentar a possibilidade de dar continuidade e maior eficácia à assistência. A articulação entre esses serviços por meio da assistência domiciliar confere-lhe um caráter facilitador para o trabalho compartilhado e integrado em diferentes níveis de atenção. Aumenta as "chances" de diminuir as oposições e os freqüentes ataques entre os serviços hospitalares e da rede básica, permitindo, assim, um espaço privilegiado para o estabelecimento de estratégias de educação permanente, visando efetivar a integralidade da assistência ao articular o mundo do trabalho ao mundo da educação.

## Resgatando conceitos

Para iniciarmos nossa abordagem sobre a temática, faz-se necessário estabelecer algumas definições habitualmente usadas na elaboração de projetos que envolvem a prestação de assistência no domicílio dos usuários ou potencialmente usuários dos serviços de saúde. Estamos falando da necessidade de esclarecer os conceitos de visita domiciliar (VD), assistência domiciliar (AD) e *home care*. Simultaneamente à conceituação, estaremos apresentando considerações das características da AD em conformação ao modelo assistencial.

- A **visita domiciliar** é tomada como um importante instrumento, entre outros, para operacionalizar parte de um programa de saúde ou parte de uma política de assistência à saúde presente em uma sociedade num dado momento histórico.

Nesse sentido, a visita domiciliar é utilizada para realizar inquéritos, cadastramentos, controle de usuários faltosos, controle de focos epidêmicos, em resumo, ações pontuais e focalizadas. Geralmente, essas ações são realizadas por um agente de saúde treinado previamente para desenvolver a atividade em foco.

Barreira (1992), em seu estudo sobre o controle da tuberculose no Brasil, no começo do século, agrupou as atividades da visita domiciliar para portadores desse agravo em funções, dentre as quais se destacam:

1. **função tática** – penetrar na intimidade do tecido social para detectar precocemente, no caso, tuberculose;
2. **função de representação** – reforçar a ordem médica e a autoridade sanitária;
3. **função de controle** – verificar o cumprimento das normas sanitárias de profilaxia da tuberculose.

- A **assistência domiciliar** caracteriza-se por desenvolver ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde do indivíduo e da família. Portanto, está prevista na AD uma equipe multidisciplinar, com atuação interdisciplinar, implicando assim a aglutinação de um conjunto de saberes para além do biológico. Essa modalidade de atenção também tem estreita relação com a organização dos serviços de saúde e, por conseguinte, com a conformação do modelo assistencial.

Dessa maneira, vamos encontrar a AD configurando-se de formas diferentes. Nos países que apresentam a organização dos serviços de saúde com características de dicotomia entre os serviços, não se tem estabelecido a continuidade da atenção entre o nível primário de atenção e os hospitais, e vice-versa; a AD ocorre seguindo essa mesma lógica – é mais um serviço prestado. Está destinada àqueles pacientes crônicos ou àqueles incluídos em algum tipo de programa, que, por suas precárias condições de saúde, requerem assistência também no domicílio, para os quais, no entanto, não estão previstos cuidados e tratamentos complexos.

Quando temos a AD implantada em um modelo de atenção em que a atenção primária à saúde é estruturante da organização do sistema de saúde, ela se caracteriza por integração, articulação e continuidade entre os serviços, possibilitando a concretização da longitudinalidade, a integralidade, a acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família.<sup>1</sup>

A característica desse tipo de AD é pautada pela realização regular de cuidados pela equipe multidisciplinar da saúde, com atuação interdisciplinar, prestando cuidados aos problemas de ordem biológica que estiver afetando o indivíduo/familiares, mas também combinando a essa terapêutica as ações que trabalham com a dimensão subjetiva e ainda com os aspectos da dimensão da emancipação e da cidadania. Essa atenção precisa ser realizada de forma consistente ao longo do tempo, pressupondo assim a maior possibilidade do estabelecimento de uma relação de vínculo e humanizada.

Por meio da articulação e da integração entre os serviços, a equipe da atenção primária participa previamente do planejamento da alta hospitalar do paciente junto com a equipe dos profissionais do hospital, assumindo a co-responsabilidade na continuidade do tratamento no domicílio. Ou seja, estabelece-se um vínculo bastante estreito entre os profissionais da atenção primária e os do hospital. Para tanto, faz-se necessário estabelecer critérios de inclusão na atenção domiciliar bem como protocolos de seguimento, compreendidos como balizas para a construção dos projetos terapêuticos individuais, uma vez que as necessidades apresentadas por cada usuário serão sempre singulares, únicas, movidas por suas dores, sofrimentos e desejos, ou seja, pela sua subjetividade.

---

<sup>1</sup> Para melhor entendimento dessas diferentes conformações da assistência domiciliar, sugerimos consultar STARFIELD. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

- *Home care* é uma alternativa assistencial do setor saúde que consiste em uma estratégia capaz de dispensar um conjunto de cuidados médicos e de enfermagem de âmbito hospitalar, tanto em quantidade como em qualidade, a pacientes em seu domicílio, quando estes já não necessitam de infra-estrutura hospitalar, mas precisam de vigilância ativa e de assistência de maior densidade tecnológica que da atenção primária (Cotta et al., 2001). O *home care* também pode ser compreendido por cuidados semi-intensivos.

Vale destacar que além dos profissionais que estão diretamente atuando no domicílio estão envolvidos farmacêuticos, nutricionistas e os responsáveis pelo controle de materiais, medicamentos e equipamentos.

No *home care* também estão previstos o estabelecimento de critérios de inclusão, bem como protocolos de seguimento e avaliação dos serviços – protocolos de atendimento, equipe profissional especializada, recursos com densidade tecnológica adequada para cada paciente, avaliação das condições do domicílio e dos familiares para cuidar ou dispor de um cuidador nos aspectos gerais do cuidado. As características pautadas na subjetividade do usuário e do trabalhador que presta a assistência no *home care* também estão presentes e são definidoras do projeto terapêutico proposto.

Braz (2000, p. 3) alerta "...o cuidado prestado no domicílio não deve ser uma atividade movida a improvisações e informalidades".

Na internação domiciliar prevista no *home care*, uma característica fundamental é o caráter transitório. Dizendo de outra maneira, a internação domiciliar deve ter a duração limitada, estabelecida pelas circunstâncias da alta, podendo ser prevista a alta domiciliar, com perspectiva para a cura e ou a morte, (*exitus* – do latim, saída) estabilização do quadro patológico, reinternação no hospital ou transferência para o serviço de atenção primária. Caso não se trabalhe com esse caráter de transitoriedade, as inadequações de sua aplicação irão aparecer, tais como: corre-se o risco de duplicar o tratamento, já que a vigilância e o seguimento de pacientes crônicos no domicílio devem ser de responsabilidade dos serviços de atenção primária, salvo raras exceções.

Com essas considerações, são pacientes indicados para a internação domiciliar aqueles que não necessitam de toda a infra-estrutura hospitalar para o tratamento indicado, no entanto requerem cuidados que exigem uma densidade tecnológica mais elevada que a da atenção primária. São, portanto, pacientes que requerem uma equipe formada por médicos, trabalhadores de enfermagem e outros, e ainda de equipamentos tecnológicos necessários para fazer diagnóstico e prover tratamento e cuidado.



Em Cotta et al. (2001), encontramos os pacientes que têm apresentado maior frequência em internação domiciliar. São eles os portadores de:

- **processos crônicos reagudizados** (cardiopatias, síndrome da imunodeficiência adquirida, hepatopatias crônicas, neoplasias, doença pulmonar obstrutiva crônica, cirrose hepática, doenças terminais);
- **pacientes em processo pós-cirúrgico** imediato de cirurgia de médio e pequeno porte, ou pós cirúrgico tardio de cirurgias de grande porte com complicações; pós-operatório de cirurgia ortopédica e traumatológica e ainda tratamento de grandes escaras;
- **pacientes em situações agudas:** pneumonias, pielonefrites, doenças vasculares e neurológicas, pacientes em nutrição parenteral e ventilação mecânica e ainda em quimioterapia e antibioticoterapia intravenosa domiciliar.

Pelo exposto, os serviços de prestação de cuidados no domicílio diferem, basicamente, em duas grandes modalidades: **internação hospitalar e atenção domiciliar desenvolvida pela equipe da atenção primária.**

Nas duas modalidades, é necessário que os trabalhadores integrantes da equipe da atenção primária e do hospital atuem de forma integrada e articulada, devendo estar adequadamente organizados e ter financiamento para prover a assistência no domicílio.

Na AD, os trabalhadores não permanecem no domicílio após realizar os cuidados. Ainda, se há a opção de disponibilizar a AD àqueles pacientes sem possibilidades terapêuticas, visando ao cuidado para o alívio da dor e de sofrimentos de outra natureza, também se espera que a equipe trabalhe com a família a eminência da separação/perda. Nessa situação, a AD é conhecida com a denominação de hópice.

Na internação domiciliar, pode-se encontrar as opções/ necessidades da permanência de pessoal de enfermagem por 6, 12, 20 e 24 horas, a depender do quadro patológico e das circunstâncias do paciente e de seus familiares.

## Importância da assistência no domicílio — (re)conhecendo suas potencialidades

As transformações ocorridas na sociedade e as relações estabelecidas entre os homens e nos processos de trabalho, ou seja, na dinâmica da sociedade, geram necessidades, e particularmente na saúde temos vivido modificações nos hábitos sanitários, estamos vivenciando uma transição

demográfica que resulta no aumento da esperança de vida e, conseqüentemente, do contingente da população idosa. Ainda, as crescentes necessidades de cuidados ante as doenças infecciosas (HIV, tuberculose), como também ante as doenças crônicas não transmissíveis e as condições crônicas, têm sinalizado a necessidade da reorganização dos serviços de saúde.

A crise da saúde analisada por diversos ângulos – ineficiência, ineficácia, iniquidade e insatisfação da opinião pública – impulsiona a encontrar novas estratégias para a organização e a gestão dos serviços de saúde, com vistas a contribuir na reorientação do modelo assistencial e, ao mesmo tempo, do modelo de ensino das profissões da área de saúde e dos processos de educação permanente. Dentre essas estratégias, destacamos a atenção domiciliar e a internação domiciliar.

A Organização Mundial da Saúde tem considerado como um dos maiores desafios para os sistemas de saúde de todo o mundo o gerenciamento de condições crônicas ante as perspectivas futuras que os estudos sobre estas revelam.

A revisão da literatura permite-nos verificar na década de 1990 a adoção da assistência e da internação domiciliar num crescente significativo por diversos serviços de saúde, pautada em justificativas de diferentes ordens – mais vagas nos hospitais, redução dos riscos de infecção hospitalar, humanização do atendimento e sensível redução dos custos. Somado a essas justificativas, encontramos na literatura aqueles que defendem a implantação de serviços dessa natureza pela necessidade de promover uma maior integração e colaboração entre os serviços hospitalares e os extra-hospitalares, com vistas à construção de um novo modelo de atenção, possibilitando assim a assistência contínua e na perspectiva da integralidade.

Vem ocorrendo um aumento no número de serviços de assistência domiciliar, conforme nos informa Tavolari et al. (2000, p. 16): "Há cerca de cinco anos, havia no Brasil pouco mais de cinco empresas que faziam assistência domiciliar no setor privado [...], o número de empresas ultrapassou a marca de 180 em 1999".

Os autores referem ter hoje nos EUA "cerca de 20 mil empresas de *Home Health Care*, e, ainda no sistema a maioria dos atendimentos composto exclusivamente por cuidados de enfermagem de baixa complexidade, com pouca participação médica [...]" (Tavolari et al., 2000, p. 15).

Ainda, é fundamental se considerar a possibilidade de se obter mais satisfação e participação do usuário e de seus familiares, verificando-se uma

recuperação mais pronta do paciente em muitas enfermidades. A redução dos custos já aparece pelo próprio uso mais adequado e racional dos recursos.

Cotta et al. (2001) afirmam que a assistência domiciliar aumenta a disponibilidade de leitos hospitalares e também diminui o período de internação, sendo os custos para a internação domiciliar menores que ampliar e manter leitos em hospitais. Tavolari et al. (2000) afirmam que a assistência domiciliar permite uma redução dos custos em saúde proporcionalmente na ordem de 52% quando comparados aos da assistência hospitalar, sendo essa redução um dos grandes motivos que impulsionaram o investimento em serviços dessa natureza.

As vantagens acerca da internação domiciliar foram sistematizadas por Cotta et al. (2001) e estão assinaladas no quadro abaixo:

#### Quadro 1 — Vantagens da internação domiciliar

Pacientes e suas famílias	Hospital	Sistema de saúde
Melhor atenção, participação e responsabilidade	Melhor rentabilidade de seus recursos disponíveis	Incremento da eficácia e da efetividade mediante uma assistência mais humanizada
Melhor qualidade de vida, intimidade e bem-estar	Aumento em rotação e disponibilidade de camas	Uso mais eficiente dos recursos sanitários
Assistência personalizada e mais humanizada	Redução de permanências desnecessárias	Possibilidade de integrar e melhorar as relações entre os diversos níveis assistenciais
Educação para a saúde	Redução dos períodos de internações	Possibilidade de atenção: continuada, integral e multidisciplinar entre os profissionais da atenção primária
Prevenção de desinserção social e hospitalismo psíquico	Pressuposição de redução de custos	
Menor risco de iatrogenia	Possibilidade de melhorar os Serviços	

**Fonte:** COTTA, R. M. M.; VARELA-SUÁREZ, M. M.; GONZÁLEZ, A. L.; COTTA FILHO, J. S.; REAL, E. R.; RICÓS, A. D. La hospitalización domiciliar: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev. Panam Salud Public*, v. 10, n. 1, p. 45-55, 2001.

Esses aspectos positivos elencados por Cotta et al. (2001) só serão viabilizados se houver um movimento dos trabalhadores de saúde, dos usuários, dos gestores e das instituições formadoras na direção de reconstruir o trabalho para além dos campos específicos de cada área profissional, ampliando o campo de atuação para a produção de cuidados.

Em estudo realizado por Pereira (2001), foi evidenciado que a assistência no domicílio tem potencialidades de promover nos trabalhadores de saúde autoquestionamentos, revisão de conceitos, ampliando a visão sobre o processo saúde-doença para além da dimensão biológica. Possibilita ainda a concretude e a visibilidade da realidade que o usuário vive e, portanto, o reconhecimento dos processos subjetivos que estão presentes na relação familiar. Ao adentrar o domicílio, os trabalhadores podem desenvolver e exercitar maior sensibilidade e percepção para as necessidades de investir em formação/educação permanente que os permita lidar melhor com a dimensão subjetiva presente nas relações estabelecidas entre os homens, principalmente com homens 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.

Nesse sentido, o espaço domiciliar é potente para promover a reflexão das relações usuário/trabalhador de saúde no contexto intra-serviços de saúde e intradomiciliar. Nos serviços de saúde, na maioria das vezes, com raras exceções, o usuário é tomado como objeto, e o trabalhador hierarquicamente se coloca no topo da relação, enquanto no domicílio essa relação tende a se tornar mais horizontal e permeada por trocas de intersubjetividade, em que o usuário se coloca e é colocado como sujeito dessa relação. Vale a pena destacar que o espaço dos serviços de saúde é de domínio do trabalhador, e no domicílio, o espaço é de domínio do usuário, o que aumenta a possibilidade de reflexão dos trabalhadores em rever suas posturas.

O estabelecimento de vínculo, de uma relação mais personalizada e mais humanizada é visto como um dos atributos proporcionados pela assistência no domicílio. Diante do exposto, a humanização do atendimento na prestação de atenção à saúde confirma-se como uma das condições favoráveis para o incentivo de se investir nessa estratégia. Afirmamos que todos esses atributos aqui elencados nos permitem defender a assistência no domicílio como um dispositivo para a mudança do modelo assistencial, que, por sua vez, passa a requerer processos diferenciados/ampliados de

formação e educação permanente dos trabalhadores. Possibilita também mudar o modelo de gestão, hoje predominantemente direcionado para serviços desintegrados e organizados mais em função das características estruturais dos serviços que das necessidades da população.

Esse cenário remete à necessidade do desenvolvimento de investigações que identifiquem propostas pedagógicas que viabilizem a adequação de um novo perfil profissional às necessidades presentes.

## Desafios e apostas na construção de formas diferenciadas de produzir cuidado

Continua sendo o grande desafio tanto para os formuladores das políticas de saúde como para os gestores de saúde a tarefa de construir um novo modelo assistencial, não se restringindo o atendimento às demandas da doença, mas indo além, procurando desenvolver ações que visem à integralidade da assistência e dos serviços de saúde, tendo a satisfação dos usuários como um dos indicadores de saúde. Vale ressaltar que o modelo de formação e de atenção predominante, pautado pela fragmentação do conhecimento e pela desintegração dos serviços, constitui pontos essenciais de revisão no sentido de (re)construção de um outro modo de produzir e agir em saúde.

A assistência domiciliar é tida como um dos instrumentos que permite aos trabalhadores do serviço e dos órgãos formadores apreenderem a necessidade da articulação entre os serviços por meio de diversos recursos, entre eles o de se investir na melhoria do registro e da comunicação – entre trabalhador e usuário e entre os serviços – sobre o plano terapêutico dos usuários que transitam pelos diferentes serviços que compõem o sistema de saúde.

Às instituições de ensino cabe o desafio de estabelecer estratégias no processo de formação que levem à construção de uma prática multiprofissional, interdisciplinar, humana, ética e compartilhada e possibilitem o desenvolvimento de ações cuidadoras na perspectiva da educação permanente em saúde pautadas pelo Sistema Único de Saúde.

## Referências bibliográficas

BARREIRA, I. A. *A enfermeira Ananéri do país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose*. Rio de Janeiro, 1992. 335p. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem Anna Nery.

BRAZ, M. G. *Indicadores de qualidade na assistência domiciliar: uma proposta de indicadores de qualidade e desempenho*. [www.pronep.com.br/cjp/indicadores.pdf](http://www.pronep.com.br/cjp/indicadores.pdf). Capturado em março de 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Insuficiência cardíaca: efeito benéfico de visitas domiciliares. *Medicina. Conselho Federal*. Ano XIV, no 111, novembro 1999. p. 2.

COTTA, R. M. M.; VARELA-SUÁREZ, M. M.; GONZÁLEZ, A. L.; COTTA FILHO, J. S.; REAL, E. R.; RICÓS, A. D. La hospitalización domiciliar: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev. Panam Salud Public*, v. 10, n. 1, p. 45-55, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Relatório Mundial. 2002.

PEREIRA, M. J. B. *O trabalho da enfermeira no Serviço de Assistência Domiciliar: potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem*. Ribeirão Preto, 2001. 256 p. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

TAVOLARI, C. E. L. *et al.* O desenvolvimento do Home Health Care no Brasil. *Revista de Administração em Saúde*, v. 3, n. 9, 2000.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.