



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Oliveira Cunha, Márcia Andréa; Mendonça de Moraes, Heloísa Maria
A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas)
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 6, diciembre, 2007, pp. 1651-1660
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013517026>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas)

Private home healthcare and its strategies (apparent and hidden)

Márcia Andréa Oliveira Cunha ¹

Heloísa Maria Mendonça de Moraes ²

Abstract *This paper analyses the findings of an investigation into private home healthcare. Considered the most visible model of Managed Healthcare, it is being developed through the supply of multiple services. This concept is based on a set of principles – out-of-hospital care, lower infection risks, family-based benefits for patients – all linked to a cost-cutting strategy. Some labor relations aspects are also discussed that underpin the development of this type of care.*

Key words *Private home healthcare, Managed healthcare, Healthcare and productive restructuring*

Resumo *O trabalho analisa os resultados de uma investigação sobre a assistência domiciliar privada em saúde. Entendida como a manifestação mais visível do modelo da Atenção Gerenciada, vem-se desenvolvendo mediante a oferta de múltiplos serviços. Seu ideário se apóia em um conjunto de princípios - a desospitalização, a redução dos riscos de infecção, o favorecimento do convívio da pessoa doente com o núcleo familiar – todos eles dirigidos à estratégia da redução de custos. São discutidos, ainda, alguns aspectos relativos às relações de trabalho que estão alicerçando o desenvolvimento dessa modalidade assistencial. Palavras-chave* *Assistência domiciliar privada em saúde, Atenção gerenciada na saúde, Saúde e reestruturação produtiva.*

¹ Secretaria Municipal de Saúde do Recife, Departamento de Vigilância à Saúde. Cais do Apolo 925/13 andar, Bairro Recife. 50030-200 Recife PE. maarccia@bol.com.br

² Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco.

Introdução

Este trabalho apresenta os resultados de uma pesquisa realizada na cidade do Recife sobre uma nova modalidade de assistência à saúde – a Assistência Domiciliar Privada em Saúde (ADPS) – no período compreendido entre os anos de 2001 e 2003.

Parte da premissa de que os serviços privados de saúde, conquanto apresentem especificidades que os distinguem da prestação de serviços nos demais setores produtivos, vêm reproduzindo algumas das transformações às quais esses estão submetidos, sobretudo no que se refere à flexibilização do processo produtivo e à precarização das relações e condições de trabalho na atual fase de reestruturação de mais um ciclo de reprodução do capital.

Nesse sentido, então, esses serviços de saúde estariam vinculados às regras de produção, financiamento e distribuição do tipo mercantil, processo intitulado por Braga e Silva¹, de “mercantilização da saúde” e, por conseguinte, atrelados aos interesses do capital industrial (produtor de equipamentos, medicamentos e demais insumos utilizados na produção desses serviços), do capital em serviços (serviços de saúde e de outros ramos produtivos de interesse para esses estabelecimentos) e do capital financeiro (vinculado aos planos e seguros de saúde), todos eles estreitamente afetados pelas transformações societárias oriundas da reestruturação produtiva em curso^{1, 2, 3}.

Nesse campo de análise e para as finalidades do presente trabalho, destaca-se a contribuição de Merhy⁴ acerca da “transição tecnológica” que se efetiva no contexto da reestruturação produtiva no setor saúde. Consoante com o autor, as alterações mais significativas na produção dos serviços de saúde vêm sendo intermediadas pela crescente incorporação das tecnologias não-equipamentos, isto é, as tecnologias leves ***as quais se expressam nos processos relacionais dos atos de saúde e nas práticas que governam os atos produtivos, no interior dos processos de trabalho e nas suas capacidades de gerarem novas modalidades de produção do cuidado, bem como de governá-las***

Ao entender que a expansão do uso das tecnologias duras na assistência em saúde já havia delimitado uma transição quando da reordenação do modelo da medicina liberal para a tecnológica, o autor afirma que as transformações mais recentes nesses serviços vinculam-se às inovações de cunho tecno-gerenciais. Aposta que tais mudanças se materializam primordialmente pela

introdução do projeto da Atenção Gerenciada – modalidade de gestão de serviços que privilegia a racionalidade administrativa e financeira no processo produtivo em saúde – e que essa intervenção se desenvolve especialmente no âmbito do subsistema privado.

Neste estudo, compreende-se que a reestruturação dos serviços de saúde não se efetiva por intermédio da sobreposição de um tipo de tecnologia sobre outras – duras ou leves – mas pela estreita relação entre umas e outras, com o propósito de reduzir custos na assistência e assim favorecer à acumulação de capital^{5,6}.

Alguns arranjos tecnológicos dão forma ao modelo da Atenção Gerenciada. É de sua expressão mais visível – a Assistência Domiciliar Privada em Saúde – de seus modos organizacionais e de sua dinâmica funcional que se tratará a seguir. No Brasil, com muita frequência, a ADPS é referida como ***home care***. Neste trabalho, as empresas que organizam no mercado esse tipo de prestação serão denominadas Empresas Privadas de Assistência Domiciliar em Saúde – EPADS.

Emergência da Atenção Gerenciada e da Assistência Domiciliar Privada em Saúde no Brasil

Considerando como dado inequívoco a expansão dos custos na produção dos serviços de saúde, face à incompatibilidade entre o modelo assistencial hegemônico da “medicina tecnológica” e as diversas “forças expansivas do sistema de saúde”⁷ e tendo como finalidade a sustentação do modo de acumulação capitalista, surgem novas lógicas gestoras para os modelos assistenciais em saúde, agora orientadas para o gerenciamento de custos.

Assim é que o modelo da Atenção Gerenciada enquanto um projeto político para a saúde centrado numa específica racionalidade gerencial e financeira na produção de serviços irá emergir no contexto político, econômico e ideológico dos anos noventa do século passado, contexto esse identificado por muitos pesquisadores como um período desestruturador de políticas sociais.

A Atenção Gerenciada ou ***Managed Care*** – como denominam os autores americanos – deve ser compreendida como um modelo de gestão de serviços de saúde que introduz regras de mercado na produção e na distribuição desses serviços. Valendo-se de alguns argumentos, maiormente, da redução de custos dos procedimentos médico-hospitalares, enfatiza a medicina preven-

tiva e a atenção primária, o atendimento domiciliar e o conforto que o mesmo propicia aos doentes e a seus familiares^{8,9}, utilizando-se da sobreposição do controle gerencial sobre o processo decisório clínico e introduzindo controles diretos ou transferindo riscos financeiros para o sistema de prestação^{10,4}.

Assim, tem-se como pressuposto a idéia de que a Atenção Gerenciada vem-se desenvolvendo no Brasil sob duas lógicas ordenadoras: a “lógica da competitividade” e a “lógica da redução de custos”. À primeira, corresponderiam os procedimentos das fusões entre as empresas e o uso intensivo da informação; já na segunda, estariam incluídos os procedimentos de precarização do trabalho, da introdução do trabalho assistencial em domicílio e dos controles nos processos relacionais e nas práticas de produção da saúde⁶.

Nesse contexto, ao mesmo tempo em que ficam assegurados os mecanismos de controle impostos pelos operadores de planos e seguros de saúde sobre o sistema de prestação de serviços, tem-se observado uma grande diversidade de formas tecnológicas na organização dessa prestação e na reestruturação desse particular processo produtivo.

Assim é que, possivelmente a partir de meados da década de 1990, surge e se expande no Brasil a Assistência Domiciliar Privada em Saúde, a mais notável dessas formas tecnológicas, modalidade assistencial centralmente fundamentada nos princípios e nas diretrizes da Atenção Gerenciada.

De uma perspectiva conceitual, então, a ADPS corresponde a uma determinada modalidade de cuidados que se desenvolve nos níveis secundário e terciário do subsistema privado de atenção à saúde, sendo prestada por equipe multidisciplinar geralmente constituída por profissionais médicos, de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e serviço social, além de auxiliares de enfermagem. No Brasil, é ofertada majoritariamente à população adstrita aos planos e seguros de saúde, mediante a provisão de serviços de saúde prestados ao indivíduo em qualquer idade, acometido por enfermidade crônica ou aguda, em seu domicílio^{9,11}.

Entretanto, a Assistência Domiciliar Privada constitui-se um objeto ainda muito obscuro para os profissionais de saúde. Nesse sentido, o esforço de objetivação da pesquisa, cujos resultados são apresentados a seguir, esteve dirigido à ampliação do conhecimento da lógica e das estratégias organizacionais, ainda ocultas, dessa nova modalidade assistencial.

Fundamentos da pesquisa

O desenho da pesquisa é um estudo de caso que prioriza a compreensão das inovações tecnológico-organizacionais as quais modelam o ato de tratar e o trabalho na ADPS, a partir da descrição e análise das concepções dos profissionais envolvidos na produção dessa específica modalidade assistencial. Dessa forma, foi realizada uma pesquisa qualitativa com objetivo exploratório, descritivo e analítico, percurso metodológico este que se adequa a objetos pouco conhecidos, quando são percebidos conceitos relevantes carecendo de definições ou situações nas quais se pretende relacionar aspectos particulares a contextos gerais e quando a flexibilidade do enfoque se faz necessária para permitir descobertas¹².

O estudo foi desenvolvido entre os anos 2001 e 2003, na cidade do Recife, município que centraliza grande parte dos estabelecimentos de saúde do Estado de Pernambuco, especialmente os pertencentes ao subsistema exclusivamente privado. Consoante com as contribuições de Moraes⁶, esse subsistema, atualmente, está formado por dois segmentos principais: um amplo parque empresarial composto pelos operadores de planos e seguros de saúde e um complexo de prestação de serviços com hospitais gerais, hospitais de especialidades, centros diagnósticos e laboratórios, os quais vêm-se desenvolvendo mediante dois tipos de prestação de serviços: os convênios com o Estado e a prestação exclusivamente privada.

Sendo assim, entende-se que o objeto da pesquisa pôde-se constituir exatamente pelo fato de esse segmento privado estar amplamente desenvolvido na cidade, acarretando que a expressão “segundo pólo médico do país” venha sendo imprópria e largamente difundida para caracterizar esse específico complexo médico-empresarial⁶.

É nesse cenário que as empresas privadas de assistência domiciliar surgem e se expandem, provavelmente a partir de meados da década de 1990, apresentando-se como decorrência de um processo crescente de empresariamento e tecnificação da assistência em saúde. Esse fato, até então não registrado na literatura médica local, fez com que o trabalho de campo propriamente dito devesse ser precedido de uma exploração prévia para identificação do parque empresarial existente e das possibilidades de o mesmo ser pesquisado. Pôde-se constatar, então, um total de seis empresas de ADPS, sendo que quatro delas concordaram em fazer parte do estudo, compondo suas unidades de análise. Essas empresas – as EPADS – são referidas no trabalho como A, B, C e D.

No decorrer da investigação, um outro fenômeno, intrinsecamente associado às EPADS, impôs-se como questão complementar ao objeto de estudo. Trata-se da existência das “falsas cooperativas”¹³ - nova estratégia bem estruturada no âmbito da prestação de serviço em geral, já agora aparecendo na prestação de serviços em saúde – as quais vêm realizando o recrutamento de grande parte dos trabalhadores para essas empresas.

Foram realizadas 23 entrevistas envolvendo profissionais médicos, de enfermagem e auxiliares de enfermagem, trabalhadores das quatro empresas envolvidas na pesquisa. As entrevistas foram oriundas de um roteiro semi-estruturado que permitiu variações na ordem sequencial, na forma de condução das perguntas, e até na sua natureza, para que fosse possível adaptar as questões aos distintos sujeitos entrevistados, pelo fato de pertencerem a diferentes categorias profissionais e exercerem distintas funções, tais como: administração, coordenação, supervisão, assistência direta em domicílios, além da direção das cooperativas. No entanto, cuidou-se para que essas adequações não comprometessem os objetivos da investigação.

Dessa forma, foram exploradas duas categorias: a “assistência” e o “trabalho” na ADPS, ambas posteriormente desagregadas em alguns componentes, com o objetivo de delimitar o campo de análise e, portanto, conferir maior rigor ao processo de apreensão da realidade. Assim, quanto à assistência foram analisadas: a sistemática de articulação das empresas com o sistema financiador (os operadores de planos e seguros de saúde) e com os demais prestadores de serviços de saúde; as tensões pertinentes aos processos decisórios técnicos e gerenciais e os argumentos constitutivos das finalidades da ADPS. Quanto à categoria “trabalho”, discutiram-se suas condições bem como as relações instituídas no âmbito das referidas empresas.

O enfoque da assistência

Cabe inicialmente registrar que as EPADS, comumente denominadas *home care* ou “hospitais residência”, ofertam diversos serviços, a exemplo dos internamentos domiciliares, das atividades denominadas monitoramento de casos, dos atendimentos de urgência e emergência, das remoções, além da assistência prestada em eventos que aglomeram grande número de pessoas.

Na ADPS, o internamento domiciliar se efetiva no domicílio do enfermo, pela disposição de

equipamentos hospitalares e pela permanência do auxiliar de enfermagem em regime de plantão e sob supervisão médica e de enfermagem. Nesse serviço, afora o auxiliar de enfermagem, a assistência dos demais profissionais da equipe é organizada em protocolos constituídos de visitas domiciliares, as quais ocorrem em número variável, dependendo do nível de complexidade do quadro clínico do interno, da prescrição médica e das determinações de caráter administrativo.

Já o serviço de monitoramento de casos, atividade em notável expansão no interior dessas empresas, destina-se à assistência de pessoas acometidas por doenças crônicas, as quais geralmente são cadastradas pelos operadores de planos e seguros de saúde porque apresentam histórico de internações hospitalares recorrentes, demandando custos elevados e progressivos para esses financiadores. Normalmente, realiza-se por intermédio de visitas domiciliares mensais prestadas por profissionais de enfermagem. Todavia, nos momentos de agravamento da doença, as pessoas podem ser atendidas em caráter de urgência, em seus domicílios e, caso necessário, qualquer um dos profissionais componentes das equipes pode ser envolvido na assistência.

Os serviços de urgência e emergência e as remoções dos doentes são realizados por médicos e auxiliares de enfermagem e podem se destinar ao atendimento de pessoas internadas, das monitoradas ou de outros clientes contratantes desses serviços.

Quanto à assistência em grandes eventos (culturais, científicos, etc.), pode ser realizada por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, pois dependem dos tipos de contratos estabelecidos com instituições ou empresas demandantes.

A articulação da ADPS com o sistema financiador, com vistas à redução dos custos, ocorre pelo controle gerencial dos operadores de planos e seguros de saúde sobre o processo decisório clínico dos profissionais, para o quê os protocolos de atendimento se constituem em excelentes instrumentos.

É o que se pode inferir quando observado o modo como se efetiva a assistência às pessoas internadas e classificadas em quadros clínicos com alta, média ou baixa complexidade. Ainda que sejam realizadas algumas alterações para atender a casos ou situações particulares, os protocolos de atendimento são, predominantemente, padronizados. Desse modo, semanalmente, ocorrem, no máximo, duas ou três visitas médicas e de enfermagem, nos casos mais graves, voltadas muitas vezes a pessoas em terapia intensiva; uma

ou duas visitas médicas e uma de enfermagem para as pessoas classificadas com quadro clínico de média complexidade e, por último, nos casos classificados como de baixa complexidade, as visitas desses profissionais podem ser semanais ou quinzenais. Já os plantões dos auxiliares de enfermagem costumam variar entre 4 e 24 horas, sendo os plantões de 24 horas destinados aos casos graves, os de 12 horas aos casos de média complexidade e os com 6 ou 4 horas para aqueles com quadro clínico com baixa complexidade. A assistência prestada pelos demais profissionais da equipe ocorre, em quaisquer dos protocolos, mediante um número de visitas bastante variável e depende dos acordos firmados entre as EPADS e os operadores de planos e seguros de saúde.

Ainda quanto à organização da assistência, pode-se perceber que se desenvolve, predominantemente, com a seguinte disposição: inicia-se com a alta hospitalar precoce, seguida da internação domiciliar na qual ocorre o processo de “desmame”, isto é, a redução progressiva das horas de plantão do auxiliar de enfermagem e do número de visitas dos demais profissionais de saúde, durante os internamentos domiciliares, procedendo-se, ou não, ao monitoramento da pessoa atendida e, fazendo-se evidente em todas essas etapas, a responsabilização da família nos cuidados com o doente.

Mas essa mudança no modo de atender pessoas enfermas não está isenta de tensões. No desenvolvimento da investigação, verificou-se que elas decorrem de um processo de trabalho rigidamente controlado, no qual se faz notar a extrema regulação sobre a autonomia dos sujeitos trabalhadores. É o que se pode depreender pela análise dos seguintes fragmentos discursivos:

Hoje, quando o internamento vem para o “home care”, já vem todo programado, do dia do internamento até à alta. O auditor médico do convênio vai ao hospital, ou na casa do paciente, faz a avaliação e quando libera o internamento, os prazos já vêm estipulados [...] Vem tudo, tudo, pronto! Eles dizem: olhe, o paciente tem direito a x visitas médicas, x visitas de enfermagem, o plantão do auxiliar de enfermagem é de tantas horas! [...] A enfermeira não, ela é uma supervisora da nossa empresa, ela pode ir todo dia até porque não tem a determinação do plano, é a gente que resolve. (Enfermeira - Coordenadora da Empresa D)

[...] o auditor do plano de saúde avalia e aprova o protocolo de atendimento do paciente com o orçamento que a gente manda. Depois, nós, da diretoria e o médico assistente, assinamos uma carta- acordo na qual se estabelece tudo que o pacien-

te tem direito” [...] Eles mandam tudo por e-mail. Dizem, por exemplo: está liberado tantos dias de internamento, doze ou vinte e quatro horas de auxiliar de enfermagem, fisioterapia diária ou três vezes por semana, começar o desmame tal dia [...] Normalmente, o tipo de internamento é feito em cima do orçamento. (Enfermeira - Coordenadora da Empresa B)

Do exposto, fica explicado como os operadores de planos e seguros de saúde, ao estabelecerem os protocolos de atendimento, determinando o momento da alta hospitalar precoce, o número de dias dos internamentos domiciliares, os programas de desmame, as visitas dos profissionais de saúde e as horas de plantão dos auxiliares de enfermagem, terminam por transferir a decisão técnica para o campo de ação dos administradores.

Os autores americanos ressaltam um certo conjunto de argumentos que se constituíram nos fundamentos da ADPS¹⁴. Pelo menos quatro deles foram bem identificados nas falas dos entrevistados, apontando para uma valoração positiva dessa específica prestação de serviço: a desospitalização, a redução dos riscos de infecção, o favorecimento do convívio da pessoa doente com o núcleo familiar e a redução de custos na produção dos serviços de saúde.

A transferência da assistência à pessoa doente do âmbito hospitalar para o domiciliar resulta de uma articulação entre os operadores de planos e seguros de saúde, os prestadores de assistência domiciliar privada e hospitais e concretiza-se, tão somente, quando os interesses de todos esses sujeitos coletivos podem ser solucionados.

Desse modo, a alta hospitalar precoce, seguida da internação domiciliar, torna-se exequível quando se consolida enquanto instrumento que oportuniza lucros para todos os sujeitos envolvidos em sua promoção. No caso dos hospitais, quando a transferência do interno pode proporcionar a liberação de um leito para ser ocupado por outro cliente que demande uma maior quantidade de serviços, insumos e procedimentos sofisticados; para os operadores, porque significa a possibilidade de tratar do enfermo em seu domicílio, com significativa redução dos custos operacionais; para as empresas prestadoras de assistência domiciliar se constitui a estratégia privilegiada para a venda de serviços. Exatamente por essa última razão, as EPADS dispõem de profissionais nos hospitais, não necessariamente profissionais de saúde, com a função de captarem clientes considerados aptos ao internamento domiciliar.

Os médicos contratados do plano de saúde fazem auditoria para ver os pacientes internados no hospital e identificam alguns pacientes adequados para o “home care”, pacientes que estão crônicos, que estão com custo alto para o hospital, como os que estão em UTI. Então eles avaliam e liberam. (Enfermeira - Coordenadora da Empresa A)

A gente recebe a solicitação do plano de saúde para levantamento de custos, então, a enfermeira captadora vai ao hospital fazer o levantamento daquele doente. Até então não temos nenhum contato com aquele paciente só com o prontuário. Fazemos toda a avaliação da prescrição, a data de entrada do paciente, como ele chegou, como ele está. Depois do levantamento de custos, se encaminha para a empresa e se aguarda a liberação para poder internar em casa. (Auxiliar de enfermagem da empresa D)

A redução do risco das infecções hospitalares se constitui em indiscutível argumento para a alta precoce. Porém, no âmbito da associação entre doença prolongada ou grave com as infecções, a alternativa proposta - o internamento domiciliar - introduz questões adicionais, tais como as relacionadas com as condições higiênico-sanitárias dos domicílios e o treinamento dos familiares para a abordagem do problema. Considerando que as condições domiciliares nem sempre são compatíveis com as necessidades das pessoas enfermas e, por conseguinte, requererem a intervenção do pessoal das EPADS, se estabelecem situações delicadas - com potencial de conflitos nada desprezível - porquanto, os técnicos passam a propor e regular rotinas e procedimentos relativos a decisões normalmente entendidas como do âmbito doméstico.

Também são bastante ressaltados enquanto justificativas da assistência domiciliar o apoio que a estrutura familiar deve proporcionar ao “seu doente” pelo estreitamento das relações afetivas visando o conforto psicológico e a vinculação mais estreita entre profissionais de saúde, familiares e a pessoa sob atendimento. Mas esses aspectos não devem mascarar questões que lhes são subjacentes, tais como: as capacidades emocionais das famílias de participarem ativamente do processo de trabalho característico da assistência domiciliar, bem como a nova condição de provedoras dos diversos custos materiais acarretados pelo tratamento em domicílio. Ainda que pouco tratados pela literatura, mas por se constituírem em aspectos centrais do modelo, são aspectos em relação aos quais a discussão teórica da ADPS não deve se furtar.

Nesta modalidade de assistência, se espera da

família que esteja à disposição para ser treinada, devendo contribuir com a execução de diversas atividades normalmente desenvolvidas por auxiliares de enfermagem, apoiando esses profissionais no desempenho de suas funções, ou gradativamente substituindo-os na etapa de desmame. Desse modo, deve dispor de uma ou mais pessoas às quais comumente se denomina de “cuidadores”, as quais podem ofertar tempo e condições psicológicas para a assunção das novas tarefas cotidianas. Em alguns relatos, são explicitadas dificuldades do núcleo familiar com a situação: ***A família não quer assumir essa responsabilidade [...] com a higiene do paciente. É o que dificulta nosso trabalho e que está prejudicando o “home care”. Se existisse uma lei pela qual a família fosse obrigada a cuidar do paciente, seria muito bom!*** (Enfermeira - Coordenadora da Empresa D) ▪

É oportuno insistir que o internamento em domicílio modifica a rotina familiar para que uma outra dinâmica se instale, dando lugar à promoção de um ambiente adequado ao internamento, ao conhecimento e ao enfrentamento da doença e à convivência com a equipe de profissionais, processos dos quais são parte constitutiva as tensões e as inseguranças geradas pelo agravamento da doença ou pelo óbito.

A estrutura familiar também desempenha papel estratégico para o objetivo de redução de custos das EPADS, mediante sua responsabilização na provisão das condições de infra-estrutura dos internamentos. A propósito, além de pagante do plano ou seguro de saúde, a família, ao dispor das instalações para o internamento, deve financiar vários bens de consumo como: água, energia elétrica, telefone, serviços de lavanderia e cozinha, produtos para higienização e desinfecção, alimentação para a pessoa sob atendimento e, com frequência, para os auxiliares de enfermagem. Sendo que outras despesas podem ser acrescidas de acordo com o tipo de contrato estabelecido entre clientes e operadores dos planos e seguros de saúde.

Além desse aspecto relacionado à provisão dos gastos pelas famílias, toda a lógica organizacional da ADPS está baseada em condutas rigidamente padronizadas, passíveis de rigoroso controle, visando à subtração dos custos financeiros de todos os procedimentos realizados. Nesse sentido, caberia retomar e, agora, compilar, as diversas estratégias operacionais utilizadas pelos operadores de planos e seguros de saúde e as EPADS para promoverem a racionalidade administrativa e financeira que defendem, conforme o quadro apresentado a seguir:

| CONDUTA | OBJETIVO |
|---|---|
| Promoção da alta hospitalar precoce. | Reduzir os dias das internações hospitalares. |
| Implementação dos protocolos de atendimento. | Diminuir o tipo e a quantidade de procedimentos assistenciais, inclusive, a presença dos profissionais nos domicílios. |
| Introdução dos programas de desmame. | Restringir de forma gradativa a presença da mão-de-obra técnica especializada e incorporar o trabalho familiar na assistência para reduzir o número de dias dos internamentos domiciliares. |
| Monitoramento de casos. | Encurtar a assistência dos profissionais de saúde nos domicílios e diminuir os internamentos hospitalares recorrentes. |
| Incorporação da infra-estrutura dos domicílios. | Permitir a assunção pelas famílias dos diversos custos materiais acarretados pela presença do doente no domicílio. |
| Inserção da mão-de-obra familiar gratuita. | Possibilitar a redução da mão-de-obra técnica qualificada. |
| Oferta de diferentes serviços para os distintos tipos de contratos firmados entre clientes e operadores. | Reduzir o acesso dos clientes de planos e seguros de menores valores à quantidade de atos realizados ou ao tipo de procedimentos e tecnologias duras disponibilizados. |
| Flexibilização e precarização do trabalho (vinculação com as “falsas cooperativas”, contratos temporários). | Evitar custos atinentes aos direitos trabalhistas e previdenciários, transferindo-os ao trabalhador. |

Assim, pode-se afirmar que, centralmente conduzida pela lógica de redução de custos, a ADPS se fundamenta em um conjunto de princípios característico 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.

O enfoque das condições de trabalho

A partir do conjunto de dados da pesquisa, foi possível identificar nas EPADS uma forma predominante de subcontratação de trabalhadores, ou seja, o contrato para prestação de serviços intermediado pelas “falsas cooperativas”¹³. Contratos temporários ou por atividade prestada

também foram registrados, ainda que em menor frequência.

Assim, os dois grupos de trabalhadores que aparecem nas EPADS foram denominados de “quadro fixo” e de “quadro flutuante”. O primeiro refere-se ao conjunto de profissionais componentes de um quadro mínimo de trabalhadores regulares, contratado com vínculo empregatício ou predominantemente recrutado nas “falsas cooperativas” e mantido nas empresas independentemente da variação da demanda de clientes. O “quadro flutuante” denomina o grupo de profissionais não regular, convocado ou dispensado conforme a variação do número de clientes dessas empresas, prestando serviços através das “falsas cooperativas” ou como autônomo. Os trabalhadores são contratados temporariamente ou por cada atividade desenvolvida, todos eles, sem qualquer vínculo formal de trabalho.

A situação apontada é condizente com o cenário de precarização do trabalho e de desemprego estrutural característicos do atual momento de reestruturação produtiva. Diga-se de passa-

gem que esse processo vem-se consolidando tanto no mundo da produção de mercadorias, quanto naquele da prestação de serviços, desencadeando grande insegurança no trabalho, seja na instância do mercado, da renda, da contratação e em sua própria representação¹³. De acordo com Antunes¹⁵, a crise se materializa pela flexibilização dos direitos, de modo que se dispõe da força de trabalho em função direta das necessidades do mercado consumidor; pela redução do número de trabalhadores e pela ampliação da força de trabalho mediante a realização de horas extras, do trabalho temporário e da subcontratação.

No que se refere à divisão técnica do trabalho, constata-se que a maior parte dos trabalhadores pertencentes ao “quadro fixo”, além de desenvolver atividades específicas, atinentes às suas formações profissionais, ocupa-se, ainda, com múltiplas atribuições. Daí porque a predileção por “profissionais generalistas”, com experiência em diversos campos da assistência, justamente aqueles considerados aptos a desenvolverem uma maior variedade de tarefas. Condição essa que se faz mais necessária, ou até imprescindível, considerando-se o reduzido número de trabalhadores fixos das EPADS.

Desse modo é que os denominados coordenadores (profissionais médicos ou de enfermagem) e os supervisores (profissionais de enfermagem) geralmente desempenham um conjunto de atividades de cunho administrativo e de supervisão técnica da assistência, sendo que os supervisores ainda realizam a captação da clientela nos hospitais. Comumente, um reduzido número de médicos e de auxiliares de enfermagem permanece na “base” (sedes administrativas dessas empresas), em regime de plantão, em período noturno, finais de semana e feriados, para atender aos casos de urgência e emergência da clientela. Para garantir a oferta de serviços, um restrito número de profissionais diaristas, assistentes em domicílio, é mantido nas empresas, independentemente da variação da demanda de clientes, sendo os responsáveis técnicos pela assistência prestada. Todavia, a maior parte dos profissionais que presta assistência direta nos domicílios, dentre os quais se incluem médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e auxiliares de enfermagem, são recrutados nas “falsas cooperativas” de acordo com a oscilação na demanda de clientes.

Destaca-se também que um número considerável desses profissionais geralmente desempenha suas atividades mediante o exercício em pelo menos dois vínculos de trabalho e em mais de um estabelecimento hospitalar. Note-se que

os médicos com função de coordenação e direção têm, em média, quatro vínculos. Em todas as empresas investigadas, todas essas condições estão indiscutivelmente associadas à precarização das condições de trabalho.

É pertinente ainda destacar que o trabalho se desenvolve restringindo a mão-de-obra técnica mais especializada, com forte concentração das atividades na figura do auxiliar de enfermagem. Esta categoria de trabalhador permanece nos domicílios dos internos, em regime de plantão, supervisionado pelos profissionais médicos e de enfermagem por ocasião das visitas domiciliares. Condição essa – a do incremento do número e da importância dos auxiliares de enfermagem na assistência – que, de acordo com Nogueira¹⁶, apresenta-se como tendência atual de ampliação da divisão técnica do trabalho em saúde nos diversos espaços de atuação do setor.

Depreende-se do exposto que as características respeitantes à gestão da força de trabalho, nessas empresas, ainda que se desenvolvam mediante estratégias particulares, vinculam-se ao quadro geral de transformações correntes no mundo do trabalho em geral, no contexto atual de reestruturação produtiva.

Comentários e proposições finais

O modelo técnico-assistencial da Atenção Gerenciada toma forma, portanto, no cenário das profundas transformações que vão se suceder na esfera do trabalho no último quarto de século. Aparecendo enquanto possibilidade de reordenação para a prestação dos serviços privados na área da saúde, impõe um extraordinário processo de reorganização do trabalho e do *modus operandi* dos próprios trabalhadores.

Nessa condição, emerge enquanto um projeto político atrelado ao capital financeiro vinculado aos operadores de planos e seguros de saúde, aos prestadores privados de serviços de saúde e às indústrias produtoras de insumos (equipamentos, materiais médico-hospitalares e medicamentos).

Sendo assim, sob a lógica dominante no processo de remercantilização da assistência, introduz-se no âmbito dessa prestação assistencial um conjunto de estratégias operacionais para reduzir custos, evidenciando-se a ADPS como sua proposta mais acabada.

Ao se vincular ao modelo da Atenção Gerenciada, a ADPS se fundamenta no evento sinistralidade/doença, sendo suas ações assistenciais – internamento domiciliar, monitoramento de ca-

resos, atendimentos de urgência e emergência, remoções de doentes e assistência em eventos que congregam grande número de pessoas - voltadas ao controle de doenças crônicas ou agudas das pessoas, constituindo-se sua finalidade principal a racionalização administrativa e financeira da produção de serviços.

Embora centrada na racionalidade administrativa e financeira, vale-se de outras justificativas, tais como: a desospitalização do doente, a possibilidade de reduzir riscos de infecções e a promoção do convívio do doente com a família.

Se todos esses argumentos reunidos se potencializam, no sentido de reforçarem a importância da ADPS, terminam por ocultar o que se constitui na estratégia nuclear do modelo, isto é, a redução de custos que promove na assistência médica financiada pelos planos e seguros de saúde e por medidas as mais diversas, quais sejam: a) pela padronização rigorosa dos produtos ofertados ou pela sobreposição das decisões gerenciais àquelas de natureza técnica, interferindo sobre a autonomia dos profissionais de saúde; b) pela restrição de mão-de-obra especializada com a centralização das atividades na figura do auxiliar de enfermagem, profissional que detém menor nível de escolaridade e, portanto, menor valor no mercado para a remuneração; c) pela dependência do trabalho familiar gratuito; d) pela incorporação da infra-estrutura domiciliar para a repartição dos vários custos materiais com as famílias.

De outro modo, essa modalidade assistencial está baseada em relações e condições de trabalho precárias, as quais possibilitam transferir para os trabalhadores os custos referentes aos direitos trabalhistas e previdenciários.

A apreensão dos dados empíricos obtidos neste estudo tornou evidente que a inexistência de uma regulamentação para a prestação da ADPS e, por conseguinte, a falta de fiscalização pelas instituições sanitárias sobre as atividades realizadas, é um condicionante para a realização do que se poderia denominar trabalho precário.

Por outro lado, ao propor a incorporação do trabalho familiar, nesse caso, pouco treinado e supervisionado, admite no interior do modelo elementos que concentram um alto grau de incerteza em relação a sua pretendida eficácia. Mesmo considerando a importância da estrutura familiar na promoção de um ambiente de internação permeado por relações afetivas mais estreitas, ressalte-se que esses familiares se submetem a prováveis danos ainda não suficientemente avaliados, tais como: insegurança, estresse, cansaço,

mudanças na dinâmica do núcleo familiar e outros de natureza econômica.

Ademais, para uma avaliação criteriosa dessa eficácia, não se deveria prescindir dos registros dos óbitos e das condições em que ocorrem. É importante atentar para o fato de que as EPADS não emitem atestados de óbito, pois esses são da alçada do médico que os assina na condição de autônomo.

Faz-se ainda notória a tendência de redefinição da divisão técnica do trabalho, com ênfase na contratação de “profissionais generalistas”, aptos a desenvolverem uma grande variedade de tarefas, condição compatível com a considerável redução do número de trabalhadores fixos nas EPADS. Ainda no que se refere às novas configurações do mundo do trabalho, destaca-se a questão da flexibilização, pelo notável avanço das subcontratações intermediadas por “falsas cooperativas”, importante estratégia de esfacelamento dos direitos sociais. É nesse novo espaço, consequência das fraturas da “geopolítica do caos”, para usar a expressão de Ramonet¹⁷, que as EPADS recrutam pessoal técnico de todos os níveis, ao disporem da maior parte da força de trabalho de modo instável, porque sempre dependente das necessidades impostas pelo mercado, conforme se constata pela presença dos trabalhadores referidos como “fixos” e “flutuantes”.

Ainda quanto a esses profissionais de saúde, além dos prejuízos relacionados aos seus direitos trabalhistas, são explícitos os danos atinentes às suas autonomias profissionais, tendo em vista que a ADPS é centralmente conduzida pela padronização de condutas orientada à redução de custos dos serviços, o que interfere, de forma decisiva, no processo decisório clínico.

Por todo o exposto, é coerente afirmar que se faz necessário a criação de mecanismos e de instrumentos de regulamentação da ADPS por parte dos órgãos governamentais competentes, a partir da formulação de políticas públicas específicas para o setor privado, com a participação de órgãos de representação das diversas categorias de profissionais de saúde e dos usuários, convergindo para a construção de um modelo assistencial em defesa da vida e que possa superar a redução do bem “saúde” a bem de mercado. Nesse sentido, o papel da Agência Nacional de Saúde de produzir o desenvolvimento das condições estratégicas para a normalização de procedimentos é uma discussão apenas incipiente no Brasil. Urge desenvolvê-la, buscando meios efetivos para sua legitimação.

É certo que, a partir das colocações postas,

ainda em caráter exploratório, se põe um conjunto de indagações acerca, por exemplo, das reais situações às quais estão expostos os doentes e suas famílias na ADPS; dos níveis de eficácia e eficiência da prestação desses serviços, portanto, da qualidade da assistência ofertada; da definição de instrumentos de regulação e de mecanismos de avaliação para essa modalidade assistencial. O que aponta, igualmente, para a urgência de pesquisas que venham a contribuir para a melhor compreensão de como as transformações societárias em curso estão determinando a reorganização dos serviços privados de saúde.

Colaboradores

MAO Cunha e HMM Moraes participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Braga JCS, Silva PLB. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: Negri B, Di Giovanni G, organizadores. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: UNICAMP/ Instituto de Economia; 2001.
2. Antunes R. *Os sentidos do trabalho – ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 4ª ed. São Paulo: Boitempo Editorial; 2001.
3. Costa MDH. Os serviços na contemporaneidade: notas sobre o trabalho nos serviços. In: Mota AE, organizador. *A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao serviço social*. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1998.
4. Merhy EE. *Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo* [tese de livre-docência]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 2000.
5. Pires D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume; 1998.
6. Moraes HMM. *Uma análise da assistência médico-hospitalar privada: o pólo médico da cidade do Recife na travessia do século XX para o XXI* [tese de doutorado]. Campinas (SP): Universidade de Campinas; 2002.
7. Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.
8. Almeida C. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. Rev *C S Col* 1999; (2):263:286.
9. Cunha MAO. *Tendências da assistência hospitalar privada: um estudo de caso sobre a atenção domiciliar na cidade do Recife* [dissertação]. Recife (PE): Centro de Ciências da Saúde/UFPE; 2003.
10. Brown GD, Ashford PJ. *Managed Care - alternativas de gestão em saúde*. 2º curso PROAHSA, São Paulo: [s.n.]; 1997. [Mimeo]
11. Mendes Júnior WV. *Assistência domiciliar. uma modalidade de assistência para o Brasil?* [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social/UERJ; 2000.
12. Tobar F, Yalour MR. *Como fazer teses em Saúde Pública – conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
13. Mattoso J. *O Brasil desempregado: como foram destruídos mais de 3 milhões de empregos nos anos 90*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2000.
14. Rimed. *Manual do Home Care*. São Paulo: Edição do Sistema Rimed Home Care; 2002.
15. Antunes R. *Adeus ao trabalho? ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 7ª ed. São Paulo: Cortez/ UNICAMP; 2000.
16. Nogueira RP. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.
17. Ramonet I. *Geopolítica do caos*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

Artigo apresentado em 18/07/2005

Aprovado em 11/08/2006