

DESAFIOS NOS MODOS DE PENSAR E FAZER GESTÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR EM MINAS GERAIS¹

Alexandre Ernesto Silva*
Roseni Rosângela de Sena**
Patrícia Pinto Braga***
Patrícia Alves Paiva****
Orlene Veloso Dias*****

RESUMO

Este estudo objetivou analisar as potencialidades e os desafios da atenção domiciliar a partir da perspectiva de gestores e coordenadores destes serviços no Sistema Único de Saúde, em municípios do estado de Minas Gerais. Estudo de abordagem qualitativa ancorado no referencial teórico-metodológico da dialética. As entrevistas foram realizadas com cinco gestores e dezesseis coordenadores de dezesseis municípios, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Após transcrição, o conteúdo do material foi analisado seguindo orientações de Bardin (2011). A análise dos dados proporcionou a identificação de duas categorias temáticas que expõem dois aspectos no que se relacionam às potencialidades e desafios da atenção domiciliar: (1) O reducionismo da gestão da atenção domiciliar à oferta de insumos materiais: desafios do pensar e divergências no fazer. (2) A atenção domiciliar e sua (des) conexão com a rede de atenção à saúde. Os resultados do estudo demonstram que os gestores de saúde dos municípios estudados ainda têm superficial conhecimento sobre as potencialidades da atenção domiciliar, embora demonstrem conhecimento quanto às políticas implementadas pelo Governo Federal.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar. Administração de Serviço de Saúde. Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

Diversos países estão repensando seu modelo de atenção à saúde, assim como as possibilidades de cuidados ofertados, considerando as mudanças decorrentes da transição demográfica e epidemiológica, haja vista o crescente envelhecimento populacional e preponderância de condições crônicas de saúde⁽¹⁾. Dois grandes eixos impelem esta mudança, um econômico, que trata da viabilidade e sustentabilidade do sistema e outro de qualificação assistencial, que tem buscado ações resolutivas e promotoras da integralidade do cuidado⁽²⁾.

Neste contexto a Atenção Domiciliar - AD desponta como uma modalidade de atenção com potencial para qualificação do cuidado, devido à sua característica inovadora e produtora de integralidade e por otimizar a utilização de recursos, colocando um contraponto ao modelo de

saúde reducionista, fragmentado, centrado em procedimentos, que onera o sistema pela baixa resolutividade e custos crescentes^(2,3).

A AD pode ser entendida como um dispositivo organizacional e assistencial que propicia a materialização de uma nova forma de se produzir o cuidado e a intervenção em diferentes locais da Rede de Atenção à Saúde, partindo do princípio de que o cuidado será nesta perspectiva, centrado no usuário e em suas necessidades⁽⁴⁾.

Em consequência, observa-se a expansão dos serviços de Atenção Domiciliar no Brasil, a partir da década de 90 e em conjunto a emergência da necessidade de regulamentação do funcionamento e a proposição de políticas públicas que regulem a oferta destes serviços⁽²⁾.

Em 2011, a AD foi instituída no SUS de forma sistêmica, por meio do programa Melhor em Casa, que possui como premissas a integração desta modalidade aos demais pontos de atenção e a vinculação da AD à estratégia das redes de atenção

¹Apoio financeiro: FAPEMIG- Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais- "EDITAL 14/2012 - PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS - PPSUS-REDE" PROCESSO N.º: CDS - APQ-03332-12 e CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Processo N.º: 478725/2012-4.

*Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), MG-Brasil. E-mail: alexandresilva@ufs.br

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFMG. E-mail: rosenisena@uol.com.br

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSJ, MG-Brasil. E-mail: patriciabragaufsj@gmail.com

****Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). E-mail: patricia.alves.paiva@hotmail.com

*****Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Departamento de Enfermagem da Unimontes, MG-Brasil. E-mail: orlenedias@yahoo.com.br

à saúde, mantendo a atenção básica como balizadora do cuidado e da ação territorial. Este programa passa então a ser uma ação indutora importante para criação e ou ampliação de serviços de AD, possibilitando assim a organização dos mesmos em resposta a uma demanda existente e até então negligenciada pelas políticas públicas de saúde^(2,5).

Desta forma, muitos são os avanços identificados na AD a partir de 2011 por meio da Política Nacional de Atenção Domiciliar. Tal fato promoveu maior capilaridade desta modalidade de atenção para vários locais, antes sem acesso. É incontestável, o fato, de que se adotada na perspectiva do usuário como protagonista no seu processo saúde doença, a AD é a estratégia de intervenção em saúde que possibilita práticas mais próximas do conceito de integralidade e além disto, proporciona ao usuário e familiares a minimização dos riscos de infecção hospitalar e de iatrogenias decorrentes de tempo prolongado de internação⁽³⁾.

No Brasil várias iniciativas de implementação da AD podem ser identificadas ao longo da concepção do sistema Único de Saúde (SUS), algumas provindas do Ministério da Saúde e de outras esferas, como a atenção básica. A intenção destas iniciativas era de desospitalizar usuários aptos à continuidade dos cuidados no domicílio e/ou atender a populações com riscos específicos⁽²⁾.

O reconhecimento da AD como modalidade de cuidado a saúde em ampliação no contexto brasileiro implica em pensar e questionar como tem sido organizada as diferentes formas de se pensar e fazer gestão nos serviços da AD do SUS.

Esse artigo objetivou analisar as potencialidades e os desafios da Atenção Domiciliar a partir da perspectiva de gestores e coordenadores de Serviços voltados para AD no SUS, em municípios do estado de Minas Gerais.

METODOLOGIA

Estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa ancorado no referencial teórico-metodológico da dialética⁽⁶⁾.

A dialética permite apreender a prática social dos indivíduos em seu movimento contraditório considerando a realidade vivida e condicionada à historicidade, possibilitando a existência simultânea “[...] de interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e

os contrapõem”⁽⁶⁾.

Os resultados apresentados neste artigo fazem parte de uma pesquisa multicêntrica, intitulada: *Atenção Domiciliar em Saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda do Sistema Único de Saúde*, que contou com a participação de pesquisadores enfermeiros das seguintes Universidades brasileiras: Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal de São João Del Rei, Universidade Estadual de Montes Claros, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Considerando o cenário dos Serviços de Atenção Domiciliar do Estado de Minas Gerais e o objetivo da pesquisa multicêntrica foi analisar a oferta de serviços e demanda por cuidados domiciliares, o estudo foi metodologicamente dividido em fases que podem sintetizadas conforme a Figura 1 a seguir:

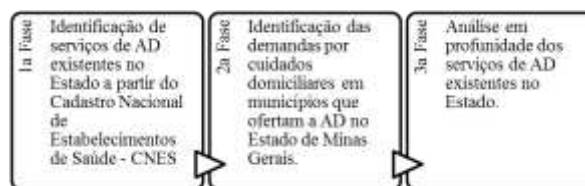


Figura 1. Fases do Estudo.

Os resultados apresentados neste artigo fazem parte dos dados coletados na terceira fase, no período entre março e julho de 2015, e teve como objetivo revelar a análise sobre as potencialidades e os desafios da Atenção Domiciliar a partir da perspectiva de gestores e coordenadores de Serviços voltados para AD no SUS, em municípios do estado de Minas Gerais.

Previamente ao trabalho de campo os pesquisadores participaram de oficinas preparatórias o que permitiu definir com clareza como as entrevistas e o trabalho de campo seriam realizados. Da mesma forma, após as entrevistas o processo de análise foi construído também em oficinas de trabalho, minimizando fragmentações no processo analítico.

Foram realizadas entrevistas com cinco gestores de saúde dos municípios que oferecem Atenção Domiciliar e 17 coordenadores destes serviços. Essa fase compreendeu entrevista à profissionais de 16 municípios identificados no mapeamento dos serviços que ofertavam a AD pelo SUS. Cada participante recebeu um código constituído por letra G para os gestores e C para

coordenadores, com a respectiva identificação numérica. As entrevistas foram conduzidas por roteiro semiestruturado com questões contemplando informações sobre vinculação institucional; rede dos serviços de atenção domiciliar; número, composição e perfil de equipes habilitadas; modalidade de atenção prestada; perfil dos usuários atendidos; protocolos utilizados pelo serviço; fluxos de encaminhamentos e relação com os outros serviços da rede.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, sob Parecer nº 129.725. O trabalho de campo foi desenvolvido obedecendo à Resolução nº 466/2012 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. As entrevistas foram precedidas da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após transcrição, na íntegra, das entrevistas seguimos a orientação de Bardin⁽⁷⁾ para análise de conteúdo. Foram realizadas leituras exaustivas das entrevistas o que permitiu uma apropriação com o conteúdo dos discursos e identificação de unidades temáticas semelhantes que agrupadas revelou duas categorias: (1) O reducionismo da gestão da AD à oferta de insumos materiais: desafios do pensar e divergências no fazer (2) A Atenção Domiciliar e sua (des) conexão com a Rede de Atenção à Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O reducionismo da gestão da Atenção Domiciliar à oferta de insumos materiais: desafios do pensar e divergências no fazer.

A análise revelou que os gestores e coordenadores entrevistados orientam as práticas de saúde e as qualificam por meio do fornecimento de dispositivos e insumos de suporte à saúde, como fraldas, cilindro de oxigênio, dietas pré-confeccionadas para sondas gástricas e entéricas, coberturas para curativos, além da disponibilidade de veículos para transportar a equipe do Serviço de Atenção Domiciliar. Preceito este, na perspectiva de pesquisadores, que tem por finalidade prestar assistência às pessoas menos favorecidas na sociedade, possibilitando acesso a um bem por meio de um serviço oferecido⁽⁸⁾.

[...] oferece tudo que o paciente precisa, fralda, dieta, curativo. (G3)

[...] um carro plotado bonitinho carro completo, airbag, ar condicionado. (G3)

[...] dispensação de coberturas para que um especialista em coberturas indique quais comprar. (G4)

Neste estudo foi exposta a relevância que os gestores conferem à oferta adequada de recursos materiais para o bom desempenho destes serviços. Contrapondo a essa ideia, estudo revela o quão é desafiador para a Atenção Domiciliar a carência de insumos e medicamentos, colocando este fato, como um dos principais dificultadores para os serviços de AD⁽⁹⁾.

Assim o cenário traçado pelos gestores é da existência de serviços de AD plenos quanto à disponibilidade de recursos materiais, como se a suficiência destes recursos bastasse para o bom desempenho destes serviços, revelando a carência de um olhar abrangente e sistêmico por parte dos gestores quanto aos serviços de AD.

Para superar essa visão reducionista da AD aos aspectos materiais, é necessário que os gestores se apropriem do planejamento estratégico. Utilizado e adaptado na saúde, a flexibilidade desta estratégia possibilita abranger as etapas do processo, identificando os problemas, mantendo a riqueza da análise de viabilidades e de probabilidades e ainda aplicando ações efetivas que resultarão de forma positiva nas decisões⁽¹⁰⁾.

Entende-se que o gestor/coordenador desenvolve ações de cunho estratégico e organizacional, que permitam a condução e o fazer acontecer da interação entre o SAD e outros serviços inseridos na Rede de Atenção à Saúde (RAS), viabilizando educação permanente para as equipes além de dispor de recursos materiais e humanos para que a Atenção Domiciliar de qualidade aconteça⁽¹¹⁾.

O discurso dos coordenadores reforça a importância da disponibilidade dos recursos materiais para o desenvolvimento dos serviços de AD, no entanto contrapõem expressões dos gestores, quando trazem à tona as dificuldades para obtenção destes recursos e consequentemente para desempenharem as atividades propostas aos SAD.

Alta para pacientes que não tem condições financeiras de continuar um tratamento em casa acaba ficando dependente dos materiais do programa, complicando a alta. (C16)

O programa não fornece fraldas para o paciente, somente um relatório para que este consiga fraldas mais baratas. (C17)

Não tem carro, não tem gasolina, há bairros que são perigosos. (C18)

Historicamente o SUS é uma conquista social que preconiza a integralidade do cuidado à saúde, no entanto, depara-se com problemas de recursos para manutenção dos serviços, o que pode ser caracterizado como um dos desafios mais conflituosos na saúde pública do país⁽¹²⁾.

Aos coordenadores fica o desafio de redução dos custos operacionais do serviço a partir da gestão e planejamento dos recursos materiais. Porém, conforme identificado, a baixa disponibilidade destes recursos, contrapõem ao cenário traçado pelos gestores. Este achado corrobora com pesquisa que revelou a dificuldade de recursos materiais em detrimento dos entraves de articulação entre os SAD (Serviço de Atenção Domiciliar) e a RAS (Rede Assistencial de Saúde), situações estas que geram descontinuidade da assistência à saúde⁽⁴⁾.

[...] não tem carro suficientes, também assim, por um problema até mesmo de financeiro, às vezes falta, principalmente agora, falta algum medicamento, você não consegue tirar o paciente da UPA, para tratar de uma pneumonia em casa, por que você não tem o medicamento, ou se você tem o medicamento, que compõe a cesta básica hoje, são medicamentos que são de doze em doze horas, por exemplo, injetáveis. (C8)

A divergência entre o discurso dos gestores e a prática dos coordenadores reforça a fragmentação do sistema de atenção à saúde, com preponderância de gestão hierárquica e vertical e consequente desorganização do SAD, o que pode contribuir para uma fragilidade na continuidade da atenção. Ademais, o discurso desconexo entre os atores envolvidos, torna visível também a atuação equivocada destes profissionais, que ao ocuparem cargos estratégicos e táticos, exercem de forma suprimida os atributos inerentes a esta função ocasionando impacto negativo para com o provimento de recursos e operacionalização dos serviços de saúde.

Os gestores e coordenadores expressaram nas entrevistas o conhecimento sobre a importância de implementação de protocolos e processos, embora sejam ainda incipientes, corroboram com a constatação por alguns dos entrevistados da necessidade da implementação de tecnologias leves e leves duras, que propiciam um cenário de humanização e melhoria da qualidade do cuidado bem como sua desfragmentação.

Não existe plano formal, nem por escrito. (G5)

Elaborou estratégia quanto à atenção básica, nós vamos separar por regionais vamos fazer uma equipe, uma reunião grande do PID com as unidades básicas de abrangência para fechar alguns fluxos. (G3)

Discreta alusão é feita pelos gestores de saúde, no que tange os recursos humanos disponibilizados para os serviços de AD. Enfatizou-se a composição da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) por profissionais psicólogos e assistentes sociais, além daqueles obrigatoriamente definidos pelos dispositivos regulamentadores que definem a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, para composição da EMAD, tais como profissionais médico, enfermeiro, técnico em enfermagem.

[...] acompanhamento social desse paciente com parceria com a psicologia. (G5)

A proposta do SAD é fornecer a pessoa que necessita de cuidados domiciliares e seus familiares uma abordagem ampla, na qual o indivíduo, dotado de aspectos biopsicossociais e espirituais é o centro do cuidado⁽⁵⁾. Neste contexto, contemplar os profissionais da psicologia e serviço social enriquece o cuidado prestado pelos SAD, principalmente por contemplarem, com maior propriedade, abordagens e intervenções que tratam o indivíduo além dos aspectos biológicos. Sendo assim contemplar estes profissionais na equipe é um avanço, principalmente quando o contexto da atenção à pessoa que necessita de cuidados e seus familiares é voltada para uma abordagem multiprofissional.

Tendo em vista o exposto, constata-se que o suprimento de recursos materiais é item privilegiado entre os demais recursos, que devem ser previstos e providos aos serviços de AD pelos gestores e coordenadores dos SAD. Tal fato, torna evidente o fornecimento de insumos como trunfo de gestão, obscurecendo as outras facetas importantes para operacionalização dos SAD, conferindo uma assistência reducionista e contraposta àquela integral, voltada de fato ao indivíduo e suas várias dimensões⁽⁸⁾.

Nessa perspectiva é preciso transpor esse reducionismo da gestão do cuidado aos aspectos materiais e estabelecer o propósito de que o gestor de saúde, seja qual for seu âmbito de atuação, deve ter uma percepção ampliada de saúde, ser capaz de priorizar de forma adequada as dificuldades e carências da comunidade, e executar o modelo de atenção integral e da gestão participativa⁽¹³⁾. Os

gestores e trabalhadores têm que estar atentos ao fato de que o usuário do serviço de saúde, possui perspectivas em ser bem tratado, ser ouvido, e busca resolutividade para o seu agravo com o uso de todas as soluções possíveis para o alcance desse objetivo⁽¹⁴⁾, ou seja, as expectativas vão muito além dos aspectos materiais.

A Atenção Domiciliar e sua (des) conexão com a Rede de Atenção à Saúde

Evidenciou-se nas entrevistas com os gestores e coordenadores dos SAD, que existem dificuldades em manter um contato sistêmico com a rede, seja em nível hospitalar ou na atenção básica. Observa-se que há uma polarização dos serviços além da frágil integração entre os mesmos, comprometendo a continuidade da atenção à saúde, bem como a resolutividade e qualidade dos mesmos, demonstrando uma precária construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As redes de atenção à saúde devem operar construindo linhas de produção do cuidado e atenção, o que se configura em muitas conexões, denotando a importância de que todas as redes estejam interligadas permitindo aos usuários transitarem entre um serviço de saúde e outro. É imperativo compreender que a não integração das RAS pode acarretar problemas e conflitos entre os diversos níveis de assistência à saúde, resultando em menor efetividade na atenção à saúde⁽¹⁵⁾.

Os entrevistados relatam que a atenção hospitalar conhece superficialmente a existência dos SAD e reage contrariamente à desospitalização, mantendo-se desinformado quanto às reais possibilidades da Atenção Domiciliar, demonstrando o desconhecimento das possibilidades da rede de atenção à saúde em que estão inseridos.

[...] o hospital não conversa a respeito da atenção domiciliar. (G3)

[...] Dificuldade em desospitalizar pacientes internos. (C3)

Assim o cenário desenhado pelos gestores/coordenadores aponta para a inexistência da integração entre os serviços da RAS, bem como a ausência de sistemas efetivos de referência e contra referência, enfraquecendo ações potencialmente resolutivas, como a adoção do cuidado continuado no domicílio após a desospitalização.

Nesta perspectiva, o que se percebe é a consolidação de uma visão distorcida das possibilidades proporcionadas pela implementação do cuidado sistematizado e concatenado entre os diversos pontos das redes, apontado para a carência de ações estratégicas que norteiem a inteligência do funcionamento da rede de serviços de saúde. O precário conhecimento da rede, associado à cultura hospitalocêntrica acabam por sobrecarregar os serviços de saúde, onerando todo o sistema, conduzindo a baixa efetividade e a produção de um cuidado inadequado.

Para o cuidado adequado torna-se necessário, além de um olhar ampliado para as necessidades identificadas, a possibilidade do atendimento longitudinal e percurso assistencial que permita ao indivíduo tramitar pelos pontos da rede que lhe forem imprescindíveis, sem perda da continuidade ou desvinculação com a equipe de referência⁽⁴⁾.

As RAS podem contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços e satisfação dos usuários, reduzindo assim os custos dos sistemas de atenção à saúde, o que corrobora com a fala de alguns gestores no sentido da importância das organizações das RAS⁽¹⁾. No entanto, segundo os entrevistados, faltam momentos que viabilizem essa integração com a rede e até mesmo de instrumentos que permitam a integração, salvo alguns movimentos localizados no intuito de ampliar a comunicação entre os serviços e os pontos com a tentativa de complementariedade entre alguns deles:

[...] Cartilha desenvolvida, fisioterapia motora e respiratória, todo o fluxo do SAD é feito por encaminhamento (referência e contra-referência), fazem plano de cuidados, discussão de casos, articulação com a RAS do município, há retaguarda. (C9)

Articular conhecimentos de gerentes e trabalhadores, com eficácia na ação de trabalho requer a participação e o envolvimento de todos os protagonistas⁽¹⁶⁾. Entende-se que, quando se parte da realidade do sujeito envolvido, ocorre a aprendizagem significativa, assim como a problematização, a participação e a reflexão crítica, capaz de proporcionar a mudança necessária. Por outro lado, os gestores e coordenadores, apontaram em seus depoimentos uma série de desafios a serem enfrentados, seja do ponto de vista logístico, operacional, de apoio, bem como da definição clara das integrações necessárias nos pontos de

conexão da rede de atenção e principalmente com a rede de atenção básica.

O NASF devido as atribuições alega não conseguir fazer essa reabilitação semanal elas não conseguem ir na casa do paciente toda semana então ficou essa lacuna. (C11)

Pacientes internados na região mais que não são do município tem dificuldade de ser integrado no programa. (C17)

Trabalho realizado anterior às políticas de AD vigentes, demonstram o imenso desafio da conexão dos serviços de AD com a rede de saúde existente no SUS⁽⁹⁾. Os gestores e coordenadores expressaram que a implementação da AD exige investimentos que ultrapassam as esferas das instituições de saúde, pois este tipo de assistência demanda das famílias um maior investimento não somente de tempo como também de recursos financeiros, que se materializam entre outros, na contratação de cuidadores, adaptações da estrutura física do domicílio, por meio de reformas, aumento do custo de energia elétrica e água.

[...]fazem o possível para ajudar os pacientes tentando ajuda de paróquias do INSS e da CEMIG. (C18)

A rede social é um círculo de contatos que une as diversas pessoas que têm relações sociais e colabora para que os recursos de apoio aconteçam por meio dessas interações⁽¹⁷⁾. São essenciais, sobretudo no cuidado domiciliar, para atender às necessidades das pessoas e das comunidades e tornam-se imprescindíveis, pois a preservação da saúde e prevenção de doenças acontecem por meio de uma organização histórico-social e de situações vivenciadas⁽¹⁸⁾. Neste contexto, os gestores e coordenadores expressam que as redes sociais de apoio, apesar de tímidas, são referidas pelos

entrevistados e colocadas como importantes ferramentas viabilizadoras da implementação dos serviços de AD, por apoiarem as famílias em demandas que não são ligadas à saúde, mas que influenciam diretamente na mesma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo demonstram que os gestores de saúde dos municípios estudados ainda têm superficial conhecimento sobre as necessidades e possibilidades da AD, embora mais fortalecido que anteriormente às políticas implementadas pelo Governo Federal. É perceptível o impacto dos recursos financeiros direcionados pelo governo federal, aos municípios para a AD, visto que exerceu papel indutor na ampliação de SAD existentes e criação de outros.

A garantia de recursos materiais para operacionalização da AD é enxergada pelos gestores como suficiente para o processo de implantação deste serviço. Tal fato demonstra visão distorcida dos gestores para o real significado da mudança no cuidado, resultando em assistencialismo material e descaso para outras facetas de relevância no SAD como o cuidado integral.

Ademais, a conexão dos serviços de AD com as Redes de atenção à Saúde é algo incipiente que merece ser tecida por diferentes atores envolvidos na AD e nos serviços das RAS.

AGRADECIMENTO

À professora Doutora Roseni Rosângela Sena (*in memoriam*) pelos seus ensinamentos e contribuições para uma sociedade mais justa e uma saúde pública brasileira de qualidade.

CHALLENGES IN WAYS OF THINKING AND DOING HOME CARE MANAGEMENT IN MINAS GERAIS

ABSTRACT

This article aimed to analyze the potentials and challenges of home care from the perspective of managers and coordinators of home care services in SUS, in the municipalities of the State of Minas Gerais. Study of qualitative approach anchored in the theoretical-methodological of the dialectic. The interviews were conducted with five managers and seventeen sixteen municipalities' coordinators, after approval by the Research Ethics Committee. After transcription, this material was analyzed its content guided by Bardin (2011). The analysis of the data provided in the identification of two themes that expose two aspects that relate to the potential and challenges of home care: (1) reductionism home care management to offer input materials: challenges of thinking and differences in the make. (2) The home care and their (DIS) connection to the health care Network. The study results show that health managers of the studied municipal districts still have superficial knowledge about the potential of the home care, although demonstrate knowledge about the policies implemented by the Federal Government.

Keywords: Home Nursing. Health Services Administration. Unified Health System.

DESAFIOS EN FORMAS DE PENSAR Y HACER CASA GESTIÓN EN MINAS GERAIS

RESUMEN

Este artículo pretende analizar los potenciales y desafíos de la atención en el hogar desde la perspectiva de los gerentes y coordinadores de estos servicios en el Sistema Único de Salud, en los municipios en el estado de Minas Gerais. Estudio de enfoque cualitativo anclado en el teórico-metodológico de la dialéctica. Las entrevistas se realizaron con cinco directivos y 17:16 coordinadores de municipios, después de la aprobación por el Comité de ética de investigación. Después transcripción, este material fue analizado su contenido guiado por Bardin (2011). El análisis de los datos facilitados en la identificación de dos temas que exponen dos aspectos que se relacionan con el potencial y los desafíos de la atención domiciliar: (1) gestión de reduccionismo anuncio para ofrecer materiales de entrada: desafíos del pensamiento y las diferencias en el hacer. (2) el cuidado del hogar y su (des) conexión a la red de salud. Los resultados del estudio muestran que los administradores de la salud de los municipios estudiados aún tienen conocimientos superficiales sobre el potencial de la atención domiciliar, aunque demuestran conocimiento sobre las políticas implementadas por el Gobierno Federal.

Palabras clave: Atención Domiciliar de Salud; Administración de los Serviços de Salud; Sistema Único de Salud.

REFERENCIAS

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. [citado 2015 set 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília, DF; 2014.
3. Pires MRGM, Duarte EC, Göttems LBD, Figueiredo NVF, Spagnol CA. Fatores associados à atenção domiciliar: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):648-56.
4. Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS, Freitas LFC, Penna CMM. Home care in the structuring of the healthcare network: following the paths of comprehensiveness. *Esc Anna Nery*. 2013;17(4):603-10.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF; 2013.
6. Minayo MC. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 18a ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2002.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
8. Rodrigues IM, Guedes NS. A Assistência Social e o Assistencialismo: desafio da garantia de direitos pelos Assistentes Sociais. 2011. [citado 2016 fev 19]. Disponível em <http://novo.cress-se.org.br/2011/02/11/artigo-a-assistencia-social-e-o-assistencialismo-desafio-da-garantia-de-direitos-pelos-assistentes-sociais/>
9. Silva KL, Sena RR, Braga PP, Silva PM, Souza CG. Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):408-14.
10. Lacerda JT, Calvo MC, Berretta IQ, Ortega AM. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(4):851-9.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF; 2012.
12. Schramm FR. É pertinente e justificado falar em bioética de proteção. In: Porto D, Garrafa V, Martins GZ, Barbosa SN, editores. Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois. Brasília, DF: CFM/Cátedra Unesco de Bioética; 2012.
13. André AM, Ciampone MHT. Desafios para a gestão de Unidades Básicas de Saúde. *Rev Adm Saúde*. 2007; 9(34):16-21.
14. Honorato DZS, Martins KQL, Vieira SKSF, Campos SAPBM, Almeida CAPL. O uso de tecnologias em saúde na consulta: uma análise reflexiva. *Rev Interd*. 2015;8(1): 234-9.
15. Costa CFS, Vaghetti HH, Santos SSC, Francioni FF, Kerber NPC. A complexidade da rede de atenção à saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2015 out-dez; 14(4):1609-15.
16. Andrade AM, Silva KL, Montenegro LC, Von Randow RM, Brito MJM. Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. *Rev Pesqui Cuid. Fundam*. 2013; 5(1):3383-93.
17. Catafesta F, Lacerda MR. Skills of nurses needed for the development of home care: reflection. *Online Braz J Nurs*. 2008; 7(2). doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20081302>
18. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na Atenção domiciliar em Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21(3):903-12.

Endereço para correspondência: Alexandre Ernesto Silva. Rua São Paulo, nº 2170, Bairro Santo Antônio. Divinópolis-MG, CEP: 35.502-025. E-mail: alexandresilva@ufsj.edu.br

Data de recebimento: 14/09/2016

Data de aprovação: 22/12/2016