

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC**  
**PRÓ-REITORIA ACADÊMICA - PROACAD**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA– PPGSCOL**  
**[MESTRADO PROFISSIONAL]**

**ANA CLÁUDIA BÚRIGO LIMA**

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR**  
**NA ÓPTICA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**CRICIÚMA**

**2020**

**ANA CLÁUDIA BÚRIGO LIMA**

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR  
NA ÓPTICA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade do Extremo Sul  
Catarinense como parte das exigências do Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado  
Profissional] como requisito parcial para obtenção do  
Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Jacks Soratto

Coorientador: Dr. Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira

**CRICIÚMA**

**2020**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

L732a Lima, Ana Cláudia Búriço.

Análise da implantação do Serviço de Atendimento Domiciliar na óptica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde / Ana Cláudia Búriço Lima. - 2020. 84 p. ; il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2020.

Orientação: Jacks Soratto.

Coorientação: Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira.

1. Assistência domiciliar. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Atenção à saúde. 4. Saúde pública - Assistência domiciliar. 5. Integralidade em saúde. 6. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). I. Título.

CDD. 23. ed. 362.14

Bibliotecária Elisângela Just Steiner - CRB 14/1576  
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
Pró-Reitoria Acadêmica  
Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - (Mestrado Profissional)  
Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria Nº 609. De 14.03.2019

## ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

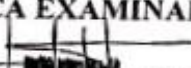
Ata da Defesa Pública de Dissertação da mestranda **Ana Claudia Burigo Lima**. No dia 11 (onze) do mês de dezembro do ano de dois mil e vinte, às 17 horas e 30 minutos, na Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, os membros da Banca Examinadora, composta pelos professores: Prof. Dr. Jacks Soratto (Orientador), Profa. Dra. Cristiane Damiani Tomasi (Membro/PPGSCol/UNESC) e Profa. Dra. Amanda Castro (Membro externo/UNESC). Afim de arguirm a 75º defesa de Dissertação do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da mestranda **Ana Claudia Burigo Lima** sub o título: **“ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**. Aberta a sessão pelo Presidente da mesma, coube a mestranda, sob a forma regulamentar, expor o tema de sua Defesa de Dissertação, findo o que, dentro do tempo estabelecido, foi questionada pelos membros da Banca Examinadora, procedendo, em seguida, às explicações que se faziam necessárias. O conceito final atribuído pela Banca Examinadora foi:

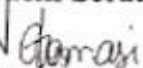
( X ) APROVADO ( A ) ( ) REPROVADO ( A )


### RECOMENDAÇÕES DA BANCA:

Atender as sugestões descritas nos comentários do arquivo analisado dos integrantes da banca, bem como potencializar a revisão de literatura e o diálogo com a mesma na discussão

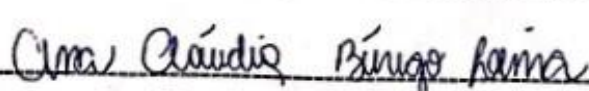
### BANCA EXAMINADORA:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Jacks Soratto (Orientador)

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Cristiane Damiani Tomasi (Membro PPGSCol/UNESC)

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Amanda Castro (Membro Externo/UNESC)

MESTRANDA:

  
\_\_\_\_\_  
**Ana Claudia Burigo Lima**

Criciúma, SC, 11 de dezembro de 2020.

Este trabalho é dedicado aos meus familiares e amigos, por tudo que significam para mim.

## AGRADECIMENTOS

A concretização dessa dissertação é uma importante conquista em minha vida, a de ser mestre, além da realização profissional e pessoal, eis a conquista de mais um sonho. Muitas pessoas estiveram e estão presentes ao meu lado me dando apoio e força, eis o momento de agradecê-las.

À **Deus** pelo dom da vida, pelas competências a mim concebidas na realização desse trabalho e pela força ao longo desse ano difícil, mas que para sua glória consegui vencê-lo.

Aos meus pais, **Donato Lima e Maria Conceição Burigo Lima** pelo apoio e grande incentivo para seguir um caminho que sempre idealizei e por não me deixarem desistir diante das dificuldades encontradas.

À meu orientador, **Prof. Dr. Jacks Soratto**, por ser meu mestre nesta caminhada. Agradeço por ter me aceitado como sua orientanda, me dando a oportunidade de ingressar na carreira acadêmica. Ao colaboradores nesse processo de construção, **Prof. Dr. Jonas Sami Albuquerque de Oliveira** e a **Profa. Dra. Daiane Biff**.

À minha irmã, **Ana Carolina Burigo Lima**, pelo companheirismo e amizade, por estar sempre comigo ao longo dos momentos mais difíceis e por me fazer acreditar que esta conquista seria possível.

Ao meu esposo, **Fernando Fernandes da Silva**, meu companheiro de todos os momentos, que esteve ao meu lado desde o início do mestrado sempre disposto a me auxiliar. Obrigada pelos seus conselhos e por compartilhar os momentos. Quero agradecer também ao meu filho, **João Pedro**, que embora não tem conhecimento disto, mas iluminou de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos.

Aos **profissionais de saúde** e a **Secretaria Municipal de Saúde de Araranguá - SC**, que participaram e colaboraram com a pesquisa, possibilitando a realização deste trabalho.

A todos os **professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva** da Universidade Extremo Sul Catarinense, pelos ensinamentos proferidos durante o curso que foram de extrema importância para minha formação profissional e pessoal e a todos os **colegas de mestrado da turma**, pelos conhecimentos compartilhados.

Aos **membros da banca** pela disponibilidade em contribuir para aprimoramento do desenvolvimento de minha pesquisa.

À minha amiga **Janaina Rocha Niehues** pelo apoio durante a escrita desse trabalho e ao meu colega **Diego Floriano de Souza** pelos conhecimentos compartilhados e apoio.

À minha querida tia **Rosa Maria Burigo**, pelo carinho e amor e por estar sempre a meu lado.

A **todos** que contribuíram de alguma forma para a concretização deste objetivo.

A todos meu eterno reconhecimento e gratidão!

"O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis."  
José de Alencar



## RESUMO

**Introdução:** O Programa Melhor em Casa e o SAD caracteriza-se por prestar assistência domiciliar ao usuário das modalidades AD2 e AD3, objetivando proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar. O SAD deve ser composto por equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social (BRASIL, 2019). **Objetivo:** analisar como ocorreu o processo de implantação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) na perspectiva dos profissionais da atenção primária a saúde do município de Araranguá/SC. **Método:** trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória. aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 3.481.531, realizado com 14 profissionais que atuaram antes da implantação do SAD e continuam trabalhando na Estratégia Saúde da Família do município de Araranguá/SC. Após a transcrição das entrevistas, os dados foram analisados com auxílio do software *Atlas.ti*, sendo utilizada a técnica de análise temática de conteúdo estruturada em três momentos operativos: pré-análise, exploração do material; e, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. **Resultados:** estão estruturados em três temáticas: Atuação do SAD; Função do SAD; e interação entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e SAD. Observa-se que atuação do SAD através de ações compreendidas como apoio familiar, doação de insumos e equipamentos, procedimentos e referiram o SAD como uma equipe de referência, para usuários que necessitam de cuidado domiciliar mais efetivo, apresentando maior dependência de acompanhamento técnico especializado. Em relação a função do SAD, os participantes relataram o apoio a ESF, a integralidade, a desospitalização, a melhoria da qualidade de vida, a implementação e acesso, como função do SAD, a maioria dos participantes refere que é função do SAD desempenhar o papel de apoio a equipe da ESF. Pode-se evidenciar ainda que em relação a interação entre as equipes da ESF e do SAD está compreendida como uma boa relação. Entretanto, segundo alguns relatos dos participantes, o SAD atua como dispositivo para desafogar os atendimentos na ESF. A comunicação entre o SAD e a ESF não acontece de forma linear entre todos os profissionais, além disso há relato de sobrecarga da equipe do SAD e precariedade na estrutura física e os profissionais referem dificuldade na transição do usuário pela equipe do SAD, e as dificuldades de responsabilização do usuário pelo cuidado. Os participantes apontaram algumas estratégias para melhorar a relação entre os membros da ESF com o SAD com destaque para educação permanente em saúde. O estudo conclui que o

SAD favoreceu a integralidade do cuidado dos usuários por ele assistidos, mas proporcionou uma certa desresponsabilização das equipes de Saúde da Família.

**Palavras-chave:** Assistência Domiciliar, Serviços de Atenção Domiciliar, Atenção Primária em Saúde, Atenção à Saúde, Saúde Pública.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Best at Home Program and the SAD are characterized by providing home care to users of the AD2 and AD3 modalities, aiming to provide the patient with care closer to the family routine, avoiding unnecessary hospitalizations and decreasing the risk of infections, in addition to being in the warmth of home. The SAD must be composed of Multiprofessional Home Care teams (EMAD), formed primarily by doctors, nurses, nursing technicians and physiotherapists or social workers (BRASIL, 2019). **Objective:** to analyze how the process of implementing the Home Care Service (SAD) occurred from the perspective of primary health care professionals in the municipality of Araranguá / SC. **Method:** this is a qualitative, descriptive-exploratory research. approved by the Research Ethics Committee under number 3,481,531, carried out with 14 professionals who worked before the implementation of the SAD and continue to work on the Family Health Strategy in the municipality of Araranguá / SC. After transcribing the interviews, the data were analyzed using the Atlas.ti software, using the thematic content analysis technique structured in three operational moments: pre-analysis, material exploration; and, treatment of the results obtained and interpretation. **Results:** they are structured in three themes: SAD performance; SAD function; and interaction between the Family Health Strategy (ESF) and SAD. It is observed that SAD's performance through actions understood as family support, donation of inputs and equipment, procedures and referred the SAD as a reference team, for users who need more effective home care, showing greater dependence on specialized technical monitoring. Regarding the role of the SAD, the participants reported support for the FHS, integrality, dehospitalization, improvement of the quality of life, implementation and access, as a function of the SAD, most participants say that it is the function of the SAD to perform the support role for the ESF team. It can also be seen that in relation to the interaction between the ESF and SAD teams, it is understood as a good relationship. However, according to some reports of the participants, the SAD acts as a device to relieve the attendance at the FHS. The communication between the SAD and the FHS does not happen in a linear way among all professionals, in addition, there is a report of overload of the SAD team and precariousness in the physical structure, and the professionals refer difficulties in the transition of the user by the SAD team, and the difficulties user accountability for care. The participants pointed out some strategies to improve the relationship between the members of the FHS with the SAD, with emphasis on continuing education in health. The study concludes that the SAD favored the integral care of the users assisted by it, but it provided a certain lack of responsibility for the Family Health teams.

**Keywords:** Home Care, Home Care Services, Primary Health Care, Health Care, Public Health.

## **LISTA DE QUADROS E TABELA**

**Quadro 1** - Comparativo das modalidades de atenção domiciliar

**Quadro 2** - Perfil dos profissionais que atuavam na ESF antes da implementação do SAD.

**Tabela 1** - Quantidade de trechos das entrevistas de acordo com as categorias e códigos relacionados ao SAD em Araranguá/SC, 2019.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AD - Atenção Domiciliar

AD1 - Atenção Domiciliar na modalidade 1

AD - Atenção Domiciliar na modalidade 2

AD - Atenção Domiciliar na modalidade 3

APS - Atenção Primária em Saúde

BILEVEL - Pressão Aérea Positiva por dois Níveis

CPAP - Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas

EMAD - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipes Multiprofissionais de Apoio

ESF - Estratégia de Saúde da Família

eSF - Equipe de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MHD - Materialismo Histórico e Dialético

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PMC - Programa Melhor em Casa

PNAD - Política Nacional de Atenção Domiciliar

RAS - Rede de Atenção a Saúde

SAD - Serviço de Atendimento Domiciliar

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
1.1 PRESSUPOSTOS.....	19
1.2 OBJETIVOS.....	19
1.2.1 Objetivo geral .....	19
<b>1.2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>19</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>20</b>
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	20
2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS E NORMATIVOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL.....	21
2.3 A ATENÇÃO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA: O PAPEL DA ESF E NASF ..	22
2.4 PROGRAMA MELHOR EM CASA E SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR.....	24
2.5 A INTEGRALIDADE DO CUIDADO E A ATENÇÃO DOMICILIAR .....	26
<b>2.6. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>27</b>
<b>2.6.1 Materialismo Histórico Dialético</b> .....	<b>27</b>
<b>2.6.2 O trabalho, elementos e tipificações</b> .....	<b>28</b>
<b>2.6.3 O processo de trabalho em saúde</b> .....	<b>29</b>
<b>3. MÉTODO</b> .....	<b>31</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	31
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	31
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	32
3.4 COLETA DE DADOS .....	33
3.5 ANÁLISE DE DADOS .....	35
3.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	37
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>38</b>
4.1 ATUAÇÃO DO SAD.....	39
4.2 FUNÇÃO DO SAD .....	42
7.3 INTERAÇÃO ENTRE A ESF E O SAD .....	46
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>57</b>
5.1 ATUAÇÃO DO SAD.....	57
5.2 FUNÇÃO DO SAD .....	60
5.3 INTERAÇÃO ENTRE A ESF E O SAD .....	63

<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>81</b>



## APRESENTAÇÃO

O objeto de pesquisa dessa dissertação é a análise da implantação do serviço de atendimento domiciliar na óptica dos profissionais da atenção primária em saúde. O estudo vincula-se academicamente ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

A motivação para realização do presente estudo surgiu a partir da minha trajetória profissional como médica do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Araranguá/SC. A aproximação, ainda que incipiente, com a temática iniciou-se durante a graduação de Medicina na Universidade do Extremo Sul Catarinense e fortaleceu-se durante os anos de exercício profissional no SAD.

O Mestrado em Saúde Coletiva realizado na UNESC colaborou para um amadurecimento e aprofundamento teórico sobre a presente proposta de pesquisa. A presente pesquisa está organizada algumas principais seções:

a) Introdução encontra-se a problematização do objeto de pesquisa, a justificativa teórica para a sua realização, a questão de pesquisa, os objetivos e pressupostos que norteiam o estudo bem como a dissertação defendida;

b) Revisão de literatura são abordados os aspectos históricos da Atenção domiciliar no mundo e no Brasil, bem como documentos normativos. São abordados atenção domiciliar e o papel da atenção básica, também é apresentado o Programa Melhor em Casa e a importância da integralidade do cuidado na atenção domiciliar;

c) Referencial teórico apresenta-se a fundamentação teórica estruturada em três eixos: o materialismo histórico dialético, o trabalho, seus elementos e suas tipificações e o processo de trabalho em saúde;

d) Método estão descritos todos os procedimentos que foram adotados para realização da pesquisa, a saber: o tipo de estudo, os critérios para seleção dos sujeitos pesquisados, os tipos de instrumentos utilizados para coleta de dados, a forma de análise dos dados e o detalhamento dos procedimentos éticos;

e) Resultados e discussão, detalha-se as respostas sobre a percepção dos profissionais da atenção primária sobre o trabalho do SAD divididos em três blocos de respostas: atuação do SAD, função do SAD e interação do SAD e ESF;

f) Conclusão realiza uma síntese na qual estão apresentados os resultados da pesquisa, as contribuições e as limitações do estudo.

## 1 INTRODUÇÃO

A motivação para o presente estudo deriva da experiência profissional como médica integrante da equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Araranguá/SC. A atuação neste serviço proporcionou desenvolver competências voltadas para a reabilitação em doenças crônicas; criação de vínculos entre usuários, familiares e equipe multiprofissional; humanização do atendimento; autonomia dos usuários e qualidade de vida dos usuários e familiares; por meio de práticas pautadas na integralidade do cuidado e proporcionando redução do número de internações hospitalares.

O aumento da expectativa de vida ao nascer, melhoria das condições de saneamento básico, moradia, educação, saúde e redução das taxas de natalidade proporcionou muitas mudanças nas necessidades de saúde, em especial oportunizando um aumento do envelhecimento populacional.

Diversos países do mundo incluindo o Brasil estão passando por modificações em sua pirâmide populacional, devido a transição epidemiológica e demográfica que se caracteriza por mudanças no padrão de morbimortalidade, com diminuição das infecto-parasitárias e aumento nas doenças crônicas não-transmissíveis (BRASIL, 2011, MALTA, 2014).

O Brasil apresenta acelerado crescimento no número de idosos (RIBEIRO, 2017), avançando ainda mais na mudança do perfil demográfico (ENGERS, 2016), fato que no decorrer dos próximos anos levará o país à conjuntura de sexta maior população de pessoas com mais de 60 anos no planeta (RIBEIRO *et al*, 2017). Essas mudanças no perfil epidemiológico e demográfico caracterizam-se com desafio para os modelos de atenção a saúde, especialmente na saúde pública (MALTA, 2014).

Diante do exposto, a atenção domiciliar (AD) assume papel com grande potencialidade para cuidado de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e indivíduos longevos, por meio de equipes multiprofissionais com um modelo de atenção biopsicossocial, modificando o modelo de atenção hegemônico hospitalocêntrico (BRASIL, 2012; SILVA, 2010), que preconizava a medicalização da vida e do sofrimento, institucionalização dessas pessoas, gerando hospitalizações, por vezes, desnecessárias, submissão a procedimentos dispensáveis, acarretando na ocupação de leitos hospitalares (BRASIL, 2012). Assim sendo, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, expõem a necessidade de novas demandas de cuidado, de forma, surge a necessidade de formular de novas estratégias de cuidado e demandas por melhor qualidade da atenção (SILVA *et al*, 2010).

A AD é uma forma de atenção à saúde, oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017).

A mudança no modelo tecnoassistencial com atendimento baseado na necessidade do indivíduo contrapõem-se com a ÓPTICA biomédica. O sujeito é centralizado com base nas suas aspirações, desejos, histórias de vida e participação ativa do seu projeto terapêutico (BRAGA *et al*, 2016). Nesse contexto, um dos eixos centrais da AD é a desospitalização, isto é, abreviar o processo de internação e a proporcionar alta hospitalar mais precoce para que cuidado continuado seja realizado no domicílio, a fim de minimizar intercorrências clínicas e riscos de infecções hospitalares, além de promover melhor suporte emocional necessário para usuários e familiares; possibilitando mais autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital, e permitindo um atendimento mais acolhedor e humanizado (BRASIL, 2012).

Paralelamente, o desenvolvimento da AD acompanhado das mudanças descritas está relacionado a racionalização de leitos hospitalares, redução de custos e estabelecimento do cuidado embasado na questão de humanização (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR- VAZ, 2008).

A partir deste cenário e mesmo após as criações das diversas legislações relacionadas AD no Sistema Único de Saúde (SUS), os SAD ainda não suprem a demanda das necessidades dos usuários. Há muitos desafios ainda para a consolidação do SAD como modalidade de atenção complementar e substitutiva. Apesar de ser uma política recente, uma análise realizada na literatura científica atual por meio de consulta as bases de dados verificaram-se que os estudos sobre a temática ainda são escassos.

Alguns estudos estão relacionados a percepção do usuário e dos cuidadores (SILVA *et al* 2017, POZZOLLI *et al*, 2017; FERREIRA *et al*, 2017), o perfil de usuários assistidos (PILLATI *et al*, 2017), a sobrecarga do cuidador (GUERRA *et al*, 2017, BRANDÃO *et al* 2017), o processo de desospitalização (CASTRO, 2016) e suporte à implantação e gerenciamento do SAD (DALLA BARBA, 2015). Até o presente momento, desconhece-se trabalhos realizados que discutam os processos de trabalho do SAD na visão dos profissionais da ESF. Nesse sentido, esse trabalho tem como intuito verificar o impacto da implantação do SAD na perspectiva dos profissionais da ESF.

Neste estudo a óptica dos profissionais da ESF torna-se o centro da pesquisa para conhecer as potencialidades e fragilidades do serviço e com isso sensibilizar mais os gestores para a importância do cuidado na perspectiva da integralidade do cuidado. Pretendeu-se

compreender se o SAD traz benefícios com vistas a substituição ou abreviação da internação hospitalar. Diante do exposto, o presente estudo possui a seguinte questão de pesquisa: Qual a análise dos profissionais de saúde da ESF sobre o trabalho do SAD no município de Araranguá/SC.

## 1.1 PRESSUPOSTOS

a) O SAD colaborou significativamente para ampliação da assistência na perspectiva da integralidade do cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde e diminuiu a sobrecarga na ESF.

b) O SAD proporcionou desresponsabilização dos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e conseqüente fragmentação do cuidado.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de trabalho do SAD do município de Araranguá/SC na óptica dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- a) Conhecer as formas de atuação do SAD;
- b) Identificar as funções do SAD;
- c) Compreender as inter-relações entre ESF e SAD.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR

O cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social (BRASIL, 2012). O objeto da atenção domiciliar, portanto, diz respeito apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares.

Historicamente, há longínquas citações na área da saúde que delineiam cuidados domiciliares e hospitalares por um médico chamado *Imhotep*, que no Egito Antigo (século XIII A.C.) atendia o paciente tanto no domicílio, sendo o encarregado pelo atendimento do Faraó nas instalações do palácio (AMARAL *et al*, 2001). Complementarmente, na Grécia Antiga, um médico chamado *Asklépios*, também atendia na residência do paciente. (AMARAL *et al*, 2001). Há Hipócrates, no século V A.C que explana em seu Tratado sobre a eficácia de atender-se no domicílio. No século XVII D.C, *Samuel Hanneman*, passou a visitar os doentes, pois acreditava médico deveria lutar a moléstia, independentemente do local onde se travava essa luta, sendo que há referências do mesmo permanecer ao lado dos leitos de seus usuários, no domicílio, a maior parte do tempo (AMARAL *et al*, 2001).

No entanto, foi apenas em 1796 nos Estados Unidos, que surgiu a primeira forma organizada de cuidados em Assistência Domiciliar à Saúde, tendo como primeira referência o Dispensário de Boston, sendo atualmente o *New England Medical Center* (AMARAL *et al*, 2001).

Em 1850, sob a liderança de Lilian Wald, com a determinação de promover ações de saúde em domicílio, foi criado o programa que mais tarde denominou-se *Public Health Nurse* (AMARAL *et al*, 2001). Essa enfermeira encabeçou um programa com a prática de visitas domiciliares, pois ela acreditava que aspecto social e econômico deveria ser considerado no processo-saúde doença (AMARAL *et al*, 2001). Esse modelo foi fomentado por seguradoras de saúde nos Estados Unidos (AMARAL *et al*, 2001). Anteriormente, em Los Angeles e outras cidades americanas em 1898, converteram-se nos financiadores dos cuidados domiciliares de saúde. Esses fundos governamentais foram, aos poucos, direcionados aos departamentos oficiais de saúde (AMARAL *et al*, 2001). O modelo de Wald popularizou-se a partir de 1950, com aumento da carga das doenças crônicas, sendo que sua concepção

idealizadora da assistência domiciliar à saúde é atualmente muito utilizada, mesmo no Brasil (AMARAL *et al*, 2001).

Seguindo o modelo norte americano, na Europa grande parte dos países há sistemas de assistência domiciliar, com ênfase para o programa francês ANTADIR específico a doentes respiratórios e com oxigenoterapia (AMARAL *et al*, 2001).

## 2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS E NORMATIVOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL

Ao analisar os marcos históricos da atenção domiciliar no Brasil, a primeira experiência nessa modalidade de assistência foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) fundado em 1949 vinculado ao Ministério do Trabalho e incorporado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967 (FRANCO; MERHY, 2008).

A partir da década de 1960 o cuidado domiciliar vem se desenvolvendo no Brasil, (OLIVEIRA NETO; DIAS 2014), culminando com a criação em 1967 pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo de um programa natureza similar ao SAMDU. Entretanto, foi somente a partir da década de 90, que essas modalidades atingiram uma larga expansão no mercado de saúde (SERAFIM; RIBEIRO, 2011) e sua expansão se deu com maior veracidade na década de 90 após a criação do SUS aliado a seus princípios e diretrizes que possibilitaram novas disposições de cuidados (OLIVEIRA NETO; DIAS 2014).

A lei orgânica do SUS (Brasil, 1990) também regia sobre AD, mas somente em 2002 pela lei n°10.424 foi acrescentada as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde dando providências e regulamentando a assistência, atendimento e internação domiciliar no SUS (BRASIL, 2002).

Houve um avanço significativo a partir de 2006 no tocante ao atendimento no domicílio, sendo que em 2011 o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho formado por serviços municipais de AD e por áreas técnicas do próprio Ministério. O trabalho realizado pelo grupo operacionalizou as bases para a publicação da portaria n° 2029 de 2011 que culminou para que o governo federal lançasse o Programa Melhor em Casa (PMC), sendo esta revogada em 2013 Brasil (2013) que instituiu a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) no SUS (BRASIL, 2012).

A AD no Brasil é regida atualmente pela portaria n° 825 de 25 de abril de 2016; esta redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas. Trata-se de uma modalidade de atenção à saúde integrada às RAS, caracterizada por um conjunto de

ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo a continuidade de cuidados (BRASIL, 2016).

No Brasil, a AD é dividida em três modalidades: AD1, AD2 e AD3 (BRASIL, 2019). A modalidade AD1 é de responsabilidade da atenção básica e destina-se a usuários com problemas de saúde controlados/ compensados e com dificuldades de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que necessitam de cuidados com menor frequência e necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade (BRASIL, 2017).

As modalidades AD2 e AD3 são de responsabilidade do PMC e SAD. Destina-se, na modalidade AD2, a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica. A modalidade AD3 destina-se aos usuários semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos. São usuários de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares (BRASIL, 2019).

### 2.3 A ATENÇÃO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA: O PAPEL DA ESF E NASF

A atenção básica (AB) é responsável por um recorte na esfera da atenção domiciliar, arraigando-se no processo de trabalho das eSF (BRASIL, 2012). De acordo com a normativa vigente, na AB ações como cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde podem realizadas no domicílio (BRASIL, 2012).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a AB

"é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, art 2º).

Nesse sentido, é preconizado que a AB seja a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017).

Para dar respaldo as ações da AB, foram instituídos os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). O NASF constitui-se de uma

"equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) (BRASIL, 2017).

No que tange o atendimento domiciliar, a Portaria GM/MS nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, é de responsabilidade da Atenção Primária em Saúde (eSF e NASF), o cuidado de usuários com impossibilidade/dificuldade de locomoção até o centro de saúde, mas que apresentam agravo que demande cuidados com menor frequência e necessidade de recursos (BRASIL, 2012).

O papel da ESF e NASF na atenção domiciliar envolve o desenvolvimento de ações estruturadas, articuladas e regulares, orienta-se na integralidade das atividades de promoção, recuperação e reabilitação, procura responder às necessidades de um certo grupo populacional com perdas e incapacidades funcionais, sendo que o fator primordial é o trabalho em equipe, lançando mão de recursos e equipamentos de baixa densidade e de tecnologias de alta complexidade, entre elas o conhecimento. (BRASIL, 2012).

Com a publicação da nota técnica 03/2020, do departamento de saúde da família do Ministério da Saúde, que considera o novo modelo de financiamento de custeio para a APS. Agora, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe (BRASIL, 2020).



## 2.4 PROGRAMA MELHOR EM CASA E SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

O Programa Melhor em Casa e o SAD caracteriza-se por prestar assistência domiciliar a paciente das modalidades AD2 e AD3, objetivando proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar (BRASIL, 2019).

O atendimento é realizado por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social (BRASIL, 2019). Além disso, outros profissionais (fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico) poderão compor as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2019). Na tabela 1, há um comparativo das modalidades de atenção domiciliar, bem como o perfil de elegibilidade dos usuários e a equipe responsável.

**Quadro 1:** Comparativo das modalidades de atenção domiciliar

<b>Modalidade</b>	<b>Perfil</b>	<b>Equipe responsável</b>
AD1	I - Problemas de saúde controlados e/ou compensados, II- Dificuldade física de locomoção até o serviço de saúde; III - que não se enquadrem nas modalidades AD2 e AD3.	eSF + NASF
AD2	I - Demanda por procedimentos de maior complexidade (curativos complexos, drenagem de abscesso, entre outros); II - Monitoramento frequente de sinais vitais; III - Necessidade frequente de exames laboratoriais IV - Adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia, ao uso de órteses/próteses e ao uso de sondas e ostomias; VII - Acompanhamento domiciliar em pós-operatório; VIII - Reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação; IX - Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; XI - Necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória (sonda nasoenteral, sonda nasogástrica ou gastrostomia); XII- Necessidade de cuidados paliativos; XIII - Necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea.	EMAD + EMAP
AD3	I - Existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; II - Necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos: a) Suporte Ventilatório não invasivo (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas – CPAP, Pressão Aérea Positiva por dois Níveis - BILEVEL); b) Diálise peritoneal; c) Paracentese.	EMAD + EMAP

Fonte: Quadro adaptado de Brasil (2012).

O SAD atende uma demanda de agravos de maior complexidade clínica, e por meio de seus atendimentos procura melhorar e ampliar a assistência no SUS a usuários, fazendo que estes recebam atendimento humanizado, em casa, e perto da família (BRASIL, 2019). O programa representa um progresso na administração pública de saúde, uma vez que resultará na desocupação de leitos hospitalares, proporcionando um melhor atendimento e regulação dos serviços de urgência dos hospitais, além disso o paciente que estará recebendo a assistência será acalentado pelo carinho e atenção familiar, vistos que estes são subsídios essenciais na contribuição para o restabelecimento da saúde (BRASIL, 2019).

## 2.5 A INTEGRALIDADE DO CUIDADO E A ATENÇÃO DOMICILIAR

A integralidade é tida como princípio norteador de saberes e práticas em saúde (PINHO *et al*, 2007). No SUS, ela é entendida como uma das diretrizes que preconiza o acesso da população ao sistema nos diversos níveis de atenção, seja ele primário, secundário ou terciário, preventivo ou curativo, técnico ou político (PINHO *et al*, 2007).

Contudo, na saúde a integralidade pode se manifestar em diferentes conformações. De acordo com Pinho e colaboradores (2007) há três principais manifestações: a) à busca do profissional e do serviço, em entender as necessidades de ações e serviços que um usuário demonstra, b) à organização dos serviços e práticas articulando entre assistência e práticas de saúde pública c) à definição de políticas, representando respostas governamentais a problemas de saúde específicos.

Desse modo, o âmbito da saúde coletiva, a integralidade representa uma multiplicidade de estratégias que não se limita somente a seu entendimento costumeiro de acessibilidade, visto que esse não o explica em sua totalidade (PINHO *et al*, 2007). Dessa forma, oferecer um atendimento integral vai além de um planejamento terapêutico, mas também abarca a regulação das políticas públicas, as relações entre o Estado e a Sociedade e a visão para o sujeito-usuário numa ÓPTICA que entenda o cuidado nas mais diferentes vertentes do ser humano (PINHO *et al*, 2007).

A atenção domiciliar apresenta-se na rede de saúde como um novo modelo tecnoassistencial na integralidade ao cuidado (SILVA *et al*, 2010). Por meio das equipes do SAD, procuram materializar a integralidade, construindo no cotidiano do trabalho novas formas de integrar os diferentes olhares para transformação das práticas em saúde, dando mais autonomia as famílias e usuários na implementação dos projetos de cuidado (SILVA *et al*, 2010).

A atenção domiciliar possui potencial para constituição de uma rede substitutiva ao produzir novos modos de cuidar que atravessam os projetos dos usuários, dos familiares, da rede social e dos trabalhadores da atenção domiciliar, porém esta requer sustentabilidade política, conceitual e operacional, bem como reconhecimento dos novos arranjos e articulação das propostas em curso (SILVA *et al*, 2010) para atingir seus desfechos de desospitalização, diminuição de custo, prevenção de riscos e humanização da assistência (SILVA *et al*, 2010).

## 2.6. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.6.1 Materialismo Histórico Dialético

A partir da vertente marxista de produção do conhecimento, conhecido como materialismo histórico e dialético (MHD) partimos para fazer esta contextualização. Segundo Soares *et al* (2013) o MHD torna-se importante para a ciência uma vez que une domínios indispensáveis à edificação do conhecimento, sendo eles epistemológicos, teóricos e metodológicos.

No que tange o domínio da epistemologia, o MHD apresenta que o conhecimento é tido por base na realidade e socialmente estabelecida pelo andamento dos episódios históricos e das ideologias de uma época. Complementarmente, no domínio teórico apresenta-se explicações para o conhecimento da realidade. As definições que completam o panorama teórico geral (por exemplo, modo de produção, relações de produção e formas de regularização necessárias à manutenção das relações antagônicas) possibilitam entender os componentes que constituem as formações sociais e as dinâmicas que as movimentam (SOARES *et al*, 2013).

No domínio metodológico, o MHD vale-se da dialética, que expõem ligações entre os itens de um dado acontecimento estes com o todo social, ponderando como o se processa, e conduz a busca de técnicas e instrumentos para mostrar o mais inteiramente razoável os artefatos retalhados da realidade (SOARES *et al*, 2013).

Nesse modelo, o conhecimento é produzido sobre a realidade e para poder transformá-la. Dessa maneira, entender a realidade é um modo para dirigir o processo histórico, no mundo concreto, histórico e em constante reformulação (SOARES *et al*, 2013). O MHD constituiu uma filosofia da Práxis, caracteriza-se como uma linha teórica e prática que não idealiza a ciência, define-a como prática social, um trabalho inserido no processo de produção, assim sendo, peça do desenvolvimento social e econômico (SOARES *et al*, 2013).

Complementarmente, o MHD, pode ser dividido em materialismo histórico como fundamento teórico para explicar a realidade e a dialética como referencial metodológico (MINAYO, 2006).

Desse modo, a pesquisa baseada no MHD busca analisar um recorte da realidade, tornando o objeto de estudo, evidenciando que a explicação sobre o concreto é coerente. A dialética marxista demonstra os pontos fundamentais da totalidade, que estão na determinação do objeto estudado (SOARES *et al*, 2013).

### **2.6.2 O trabalho, elementos e tipificações**

Na ÓPTICA marxista, o trabalho é a essência da humanidade dos homens (MERHY; FRANCO, 2006). Nesse sentido, toda atividade humana é um ato produtivo que modifica e produz novas coisas (MERHY; FRANCO, 2006). O trabalho compõe um modelo de intercessão entre homem e natureza. Entretanto, apesar de ser parte da natureza o homem distingue-se dela por sua ação, pela intencionalidade e finalidade que estampa com seu trabalho (PEDUZZI; SHCRAIBER, 2006).

O trabalho é um processo no qual os homens agem sobre os recursos da natureza subjugando-os ao seu domínio e convertendo-os em objetos proveitosos à vida, e nesse percurso de influência mútua, concomitantemente, modificam a si mesmos. O trabalho é, conseqüentemente, uma modificação não apenas de artefatos, mas também do ser (PEDUZZI e SHCRAIBER, 2006). Essa transformação intencional e mútua, também possui constituintes históricos e sociais (REIS *et al*, 2007). Adicionalmente, o trabalho pode ser entendido como um movimento dialético de exploração e alienação e de criação e emancipação (PEDUZZI; SHCRAIBER, 2006).

No processo de trabalho, a laboração humana executa uma mudança nos objetos sobre o qual age através de ferramentas de trabalho para a fabricação de produtos, e essa modificação está dependente a uma finalidade. Por conseguinte, os três elementos que compõem o processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, o objeto de trabalho e os instrumentos ou meios do trabalho (PEDUZZI; SHCRAIBER, 2006).

Em seus elementos, a atividade adequada a um fim caracteriza-se pelo próprio trabalho. O segundo elemento, refere-se aos objetos e estes referem-se a matéria em estado natural, isto é, a matéria prima. No contexto de saúde, o objeto será aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador. O terceiro elemento, diz respeito aos instrumentos de trabalho. O instrumento representa os meios no qual trabalhador utiliza entre si mesmo e o objeto de

trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. Na saúde pode-se destacar equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações e saberes (PEDUZZI; SHCRAIBER, 2006).

Além disso, todo processo de trabalho combina trabalho em ato e consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores. O trabalho em ato é chamado de trabalho vivo, e o trabalho feito anteriormente, que só chega por meio do seu produto, é chamado de trabalho morto (MERHY; FRANCO, 2006). A produção na saúde faz-se, especialmente, por meio do trabalho vivo, ou seja, o trabalho humano na ocasião em que é realizada é que define a produção do cuidado. Todavia, trabalho vivo interatua em todos os momentos com instrumentos, normas, máquinas, constituindo desse modo um processo de trabalho, no qual interatuam diferentes tecnologias (MERHY; FRANCO, 2006).

### **2.6.3 O processo de trabalho em saúde**

O trabalho em saúde é essencial para a vida humana, caracteriza-se pela produção não material. O seu ato de sua realização é seu produto, dessa forma não resulta em um produto que pode ser comercializado (RIBEIRO *et al*, 2004). Os produtos na saúde trazem a particularidade de uma certa materialidade simbólica (MERHY; FRANCO, 2006). Nesse sentido, o trabalho em saúde acontece no setor de serviços e tem como escopo a ação terapêutica de saúde, geradas por necessidades de assistência apresentadas individualmente ou coletivamente (SORATTO *et al*, 2015)

Segundo Peduzzi e Shcraiber (2006) o conceito processo de trabalho em saúde refere-se à extensão microscópica do dia-a-dia do trabalho em saúde, isto é, ao exercício dos profissionais de saúde introduzidos na rotina da produção e consumo de serviços de saúde.

O processo de trabalho em saúde se desencadeia com base em necessidades, e estas são gestadas nas relações sociais, portanto, são diferentes ao longo do tempo. Dessa forma, novos os modelos assistenciais de trabalho em saúde estão em cursos, a fim de modificar os processos produtivos (REIS *et al*, 2007). Os processos de trabalho respondem a finalidades, e na saúde, a finalidade precisa ser aprendida pelo conjunto de trabalhadores (REIS *et al*, 2007).

Para alcançar suas finalidades, o trabalho em saúde pode ser percebido usando de três valises. Na primeira valise se encontram os instrumentos, na segunda, o saber técnico estruturado e, na terceira, as relações entre os sujeitos. Dessa forma, entende-se que o trabalho em saúde é uma construção coletiva entre todos os profissionais da área (MERHY; FRANCO, 2006).

Assim como a ESF se constituiu em uma proposta de mudança do modelo tradicional de assistência em saúde pautado no paradigma biomédico (SORATTO *et al*, 2015), o SAD também se apresenta um novo modelo de assistência à saúde. Dessa forma, faz-se necessário o entendimento de seu processo de trabalho e sua articulação com a ESF.

### 3. MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa com alicerce teórico no MDH e nos preceitos teóricos do trabalho em saúde.

Os estudos exploratórios baseiam-se na tentativa de adquirir maior familiaridade com o fenômeno pesquisado, possibilitam aumentar o conhecimento do pesquisador sobre os fatos, permitindo a formulação mais precisa de problemas, criar novas hipóteses e realizar novas pesquisas mais estruturadas (OLIVEIRA, 2011). Complementarmente, as pesquisas de caráter descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis (OLIVEIRA, 2011).

Os estudos qualitativos apresentam importantes cortes epistemológicos para compreensões novas e profundas do ser humano (TURATO, 2005). As pesquisas qualitativas objetivam estudar as coisas em sua configuração natural, buscando dar significado e ou compreender eventos com base nos conceitos e sentidos que os sujeitos lhe aplicam (TURATO, 2005). Em suma, o escopo da pesquisa qualitativa é a significação que tal fenômeno ganha para os que o vivenciam (TURATO, 2005).

A pesquisa qualitativa procura o significado das coisas, porque este tem um papel construtivo para os seres humanos. Os fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos representam um modelo a vida das pessoas, e seu sentido passam ser compartilhados socioculturalmente em determinados grupos em torno do simbolismo construído (TURATO, 2005).

Na área da Ciência da Saúde, compreender os conceitos dos fenômenos do processo saúde-doença é primordial para melhorar a relação profissional-paciente-família-instituição, aumentar o consentimento dos usuários frente a tratamentos propostos, entender mais demasiadamente os sentimentos, ideias e comportamentos (TURATO, 2005).

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

Esse estudo foi realizado em 8 ESF do Município de Araranguá/SC, o local do estudo foi selecionado considerando o fato de a pesquisadora ter atuado como profissional de saúde no município, o estudo ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2019. O município de Araranguá é uma cidade localizada no extremo sul do Estado de Santa Catarina,



próximo à fronteira com o Estado do Rio Grande do Sul. De acordo com o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, Araranguá tem uma população aproximada de 61.310 habitantes, e a cidade dispõe de 15 ESF. O município de Araranguá implementou o SAD no ano de 2012, por meio da criação de uma EMAD.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi conduzido com 14 profissionais de saúde que atuavam nas ESF antes da implementação do SAD e que permanecem atuando no Município de Araranguá/SC. O detalhamento dos profissionais está descrito no quadro a seguir.

**Quadro 2** – Perfil dos profissionais que atuavam na ESF antes da implementação do SAD.

Codínome	Área Profissional	Atuação profissional (anos)	Atuação na ESF (anos)	Titulação máxima
P1	Enfermagem	16	16	Pós-Graduação
P2	Enfermagem	10	8,5	Pós-Graduação
P3	Enfermagem	16	13	Pós-Graduação
P4	Odontologia	14	12	Graduação
P5	Téc. Enf.	19	16	Técnico
P6	Medicina	18	11	Pós-Graduação
P7	Téc. Saúde Bucal	11	8	Técnico
P8	Téc. Enf.	18	18	Técnico
P9	Téc. Enf.	22	12	Técnico
P10	Odontologia	20	9	Pós-Graduação
P11	Odontologia	13	10	Graduação
P12	Enfermagem	23	14	Mestrado
P13	Enfermagem	16	8	Pós-Graduação
P14	Téc. Enf.	18,5	18,5	Técnico

Fonte: Elaboração da autora

O processo de seleção dos participantes levou em conta preceitos de amostragem das pesquisas qualitativas, de modo a escolher “[...] tipos de pessoas que melhor incrementam a compreensão do pesquisador sobre o fenômeno” (POLIT, BECK, 2011, p. 356), mas alicerçado no seguinte critério: profissionais de saúde que atuaram antes da implantação do SAD no ano de 2012 e continuam atuando nas ESF.

Como critério de inclusão, considerou-se os profissionais que estavam trabalhando na ESF antes da atuação do SAD e ainda permanecem na atenção básica até o dia da coleta, e que desenvolveram ações em conjunto com a equipe do SAD. Foram excluídos os

profissionais que se encontravam de férias ou licenciados na data da coleta.

O convite e sensibilização dos participantes ocorreu através de e-mail, onde foram convidados 46 profissionais para participar do estudo. Depois da demonstração de interesse de participação, foram selecionados aleatoriamente, buscando contemplar o mesmo número de participantes por categoria profissionais até a saturação dos dados. As entrevistas foram agendadas via ligação telefônica com os sujeitos, buscando assim, definir o melhor dia, horário e local para a realização. Se na ESF, mais de um sujeito iria participar da pesquisa, as entrevistas foram alinhadas para ocorrer no mesmo dia, respeitando a agenda de cada participante.

A partir do momento que se identificou a saturação dos dados, as entrevistas foram suspensas, ou seja, no décimo quarto participante. A saturação ocorre quando os temas dos dados se tornam repetitivos e redundantes, de modo que a coleta de maior quantidade de dados já não gera novas informações. Sobre a amostra em pesquisa qualitativa:

Logo, pensando a saturação de dados o ideal é a que reflita, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo. Pois, não há medida estabelecida a priori para o entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias a um adequado trabalho de pesquisa” (MINAYO, 2017, p.10).

### 3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados proposta para este estudo ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2019, após a submissão e aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Para a coleta a presente pesquisa adotou como instrumento principal a entrevista semiestruturada, combinando perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto.

Sobre a entrevista semiestruturada o pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. A entrevista é utilizada quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento

maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados (BONI; QUAREMAS, 2005)

As entrevistas semiestruturadas foram orientadas por um roteiro composto por perguntas fechadas sobre as características dos participantes do estudo e por nove perguntas abertas que objetivam discorrer sobre o objeto proposto de investigação (APÊNDICE A).

O processo de realização da entrevista perpassou por três etapas: pré-entrevista, entrevista e pós-entrevista. A pré-entrevista, consistiu na preparação para o encontro com os participantes, treinamento para domínio do instrumento de coleta de dados, através de exaustivas leituras por pares do roteiro proposto, a fim de construir uma maior adaptação de linguagem verbais e não verbais, com vistas a evitar tendenciosidade nas respostas. Nessa etapa também ocorreu a realização do agendamento para entrevista, por meio de ligações telefônicas, de forma a realizar breve contextualização sobre o teor da pesquisa, e assim, agendar os dias e horários para as entrevistas, sendo que as mesmas ocorreram sempre na ESF onde entrevistado estava atuando.

Na entrevista, o encontro foi conduzido para deixar o participante a vontade, sendo como uma conversa guiada pelo instrumento que de modo discreto, quase sempre imperceptível ao participante. O gravador foi posicionado em local de modo que não gerasse a intimidação ao entrevistado. Também buscou-se realizar as entrevistas sempre em locais privados, garantindo assim o sigilo e o teor do diálogo. Sendo que, nos casos de respostas objetivas foram utilizados recursos para fomentar a verbalização, por exemplo: “Me fale mais sobre? Porque ou como essa situação acontece? ”.

As entrevistas foram gravadas em gravador digital e aparelhos celulares. O manuseio do equipamento de áudio foi realizado de forma discreta, de modo a não interferir no andamento da entrevista. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra, sendo que os dados foram organizados em arquivos separados no computador, identificados pelo nome do participante, local de trabalho e data da entrevista, a fim de facilitar a inserção no *software* para análise de dados qualitativos *Atlas.ti*.

O período de coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro de dezembro de 2019, nas sextas feiras nos períodos matutino e vespertino, pois, segundo os participantes seria o melhor dia para encontrar horários disponíveis em suas agendas.

A média de tempo das entrevistas foi de 30 minutos, de forma que não foram agendadas mais que duas entrevistas por período.

Como dificuldades encontradas podemos apontar horários disponíveis dos profissionais para estarem participando da pesquisa, o fluxo de atendimento dos serviços,

dificuldade para conseguir ambientes privativos, com baixo ruído, também outra dificuldade se deu devido distância entre as unidades de saúde, podemos também aqui, citar o exaustivo trabalho para transcrição das entrevistas.

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas em programa de edição de texto, sendo realizada devolutiva aos participantes para validação da mesma.

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

O tratamento dos dados foi conduzido pela análise temática de conteúdo (BARDIN, 2011; SORATTO; PIRES; FRIESE, 2015), que se estrutura em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A fase de pré-análise incide na seleção dos documentos a serem submetidos à análise, a elaboração das hipóteses e dos objetivos e a preparação de indicadores que baseiem a interpretação final (BARDIN, 2011). Nesta etapa será realizada a leitura na íntegra do conteúdo das entrevistas, assim como a leitura dos documentos selecionados e a transcrição das entrevistas gravadas.

Após a seleção dos arquivos, ocorreu uma leitura completa dos dados empíricos. Todos os dados que o pesquisador considera úteis para a compreensão do fenômeno estudado, são adicionados ao projeto. Um número é atribuído automaticamente a cada documento, com base na ordem em que é adicionado ao projeto.

A segunda fase, consistiu na exploração do material, no sentido de atingir a compreensão do texto. Trata-se de processo de operações de codificações, decomposição ou numeração (BARDIN, 2011). Nessa fase foram criados códigos para cada categoria de avaliação.

Nesta fase, ocorreu a exploração do material selecionado, que tem por objetivo, alcançar o ponto central de entendimento do texto, como uma ideia ou sentimentos. Assim, vão se agregando informações semelhantes que, venha a caracterizar um discurso, que refletissem o conteúdo da fala. Para nomeação dos códigos, subcategorias e categorias, levou-se em conta a sustentação teórica das produções relacionadas a temática (VITALI, *et al* 2019). Neste processo de codificação ocorre a transformação de dados de texto bruto, recorte, agregação e enumeração, permitindo-lhes obter uma representação do conteúdo ou de sua expressão (SORATTO; PIRES; FRIESE, 2020).

Na última fase, foi realizado o tratamento dos resultados. Os dados brutos foram analisados a serem significativos e válidos, permitindo a elaboração de quadros de resultados,

diagramas, figuras (BARDIN, 2011, p. 131). Nesse momento, foram articulados os códigos e suas respectivas categorias, com vistas a gerar a visualização dos principais resultados.

Neste momento, os dados brutos foram processados para serem significativos e válidos”, possibilitando ao pesquisador estabelecer relação entre os objetivos da pesquisa e o referencial teórico e as informações que emergiram durante a coleta de dados (SORATTO; PIRES; FRIESE, 2020). O processo de organização da análise de conteúdo foi realizado com auxílio do software *Atlas.ti* (FRIESE; SORATTO; PIRES, 2018).

Após a transcrição na íntegra de todas as entrevistas, as mesmas foram salvas individualmente em arquivos de texto, renomeadas a partir da ESF onde ocorreu, o sujeito e a data da entrevista, com vistas a otimizar a busca pelo material no banco de dados. Feito isso, ocorreu leitura pelo pesquisador principal e pelo auxiliar de pesquisa, objetivando retirar vícios de linguagem e “excessos” trechos de falas que não corroboravam com o objetivo da pesquisa.

Feito este primeiro filtro do material, os arquivos de texto contendo as transcrições foram inseridos no software *Atlas.ti*, para iniciar a estruturação e codificação dos dados, que ocorreu por meio de leitura aprofundada de todas as entrevistas, selecionando os trechos significativos condizente ao objeto de investigação, atribuído código que representasse esses trechos. Após, ocorreu leitura duplo cego do material codificado, o que resultou posteriormente em fusões, renomeações, inclusive supressão de alguns códigos, os quais foram agrupados por ordem temática em três grupos.

Para extração dos trechos mais significativos que representavam os códigos foi realizado um amplo processo de análise duplo cego pelo pesquisador principal desse estudo e pelo auxiliar de pesquisa, onde os trechos receberam cores para orientar seu grau de significância, de forma que os trechos nas cores verdes deveriam melhor representar os códigos, trechos em amarelo havia divergência entre os pesquisadores sobre sua manutenção como representante do código, e os trechos em vermelho deveriam ser subtraídos. Ainda assim, nos casos de divergências sobre a representatividade dos trechos escolhidos, foi solicitado uma terceira opinião ao orientador do estudo, para que o mesmo a validasse.

Também foi construída uma tabela estruturada em três grupos, compostos pelos códigos que representam estes grupos, esta tabela teve como objetivo apresentar a frequência de cada código ao longo do estudo.

Os dados foram analisados sobre a perspectiva teórica do MHD e de autores que refletem sobre processo de trabalho em saúde, cuidado e o papel da ESF e do SAD, buscando discutindo a integralidade do cuidado em saúde a partir deste dos pressupostos da atenção

domiciliar.

A pós-entrevista, foi realizado a transcrição do áudio e devolutiva ao participante para validação da mesma, e posteriormente retorno do resultado final do trabalho com formalização de agradecimento.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os preceitos legislativos destacados nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde referente a pesquisa com seres humanos foram respeitados conforme as Resoluções número 466/2012 e número 510/2016 (BRASIL,2012;2016), sob parecer do Comitê de Ética em Pesquisa número 3.481.531. O acordo entre pesquisadora e participantes foi materializado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme modelo da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) (APÊNDICE B).

Os riscos foram mínimos relacionados a possíveis desconfortos emocionais. Caso a pergunta gerasse algum desconforto, a pesquisadora poderia externar a possibilidade de desistência da participação da pesquisa, bem como encaminhar o participante a UBS referencias mais próxima ou ao serviço de saúde mental do município para aporte psicológico. Os benefícios da pesquisa abrangem a importância de mais municípios aderirem ao PMC, a otimização de leitos hospitalares com as internações domiciliares e a mudança do modelo hegemônico para integralidade do cuidado.

O anonimato dos participantes foi garantido por meio de um código alfa numérico composto pela letra P indicando participante e um número cardinal, por exemplo: P1, P2, P3 e assim sucessivamente.

Cabe ressaltar que os resultados desta pesquisa serão socializados na comunidade científica, por meio da apresentação e publicação do trabalho em eventos científicos nacionais e internacionais. Além, da publicação de um manuscrito em periódicos científicos, de modo a difundir o conhecimento e contribuir com o debate em torno desta importante temática.

## 4 RESULTADOS

Os resultados desse estudo geram 451 trechos de falas selecionadas e 25 códigos vinculados a três categorias, a saber: Atuação do SAD, Função do SAD, Interação ESF e SAD. Os principais achados estão descritos na Tabela 1.

**Tabela 1** – Quantidade de trechos das entrevistas de acordo com as categorias e códigos relacionados análise do processo de trabalho do SAD em Araranguá/SC, 2019.

<b>Categorias/códigos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Atuação do SAD (n= 130 – 29 %)		
Ações desenvolvidas pela equipe	61	46,9
Voltada para atendimentos	26	20,0
Apoio familiar, doações de insumos e equipamentos	19	14,6
Centrada em procedimento	13	10,0
Representando uma equipe de referência	11	8,5
Função do SAD (n= 91 – 20 %)		
Apoio a ESF	40	44,0
Integralidade	20	22,0
Desospitalização	14	15,4
Melhoria na qualidade de Vida	11	12,1
Implementação	4	4,4
Acesso	2	2,2
Interação entre ESF e SAD (n = 230 – 51 %)		
Deficitária	44	19,1
Distanciamento de alguns profissionais	35	15,2
Educação permanente em saúde – Imersão	34	14,8
Protocolo de encaminhamento	29	12,6
Boas interações	22	9,6
Sobrecarga	21	9,1
Estratégias para melhorar a interação	14	6,1
Desconhecimento da rotina de atendimento	6	2,6
Compartilhamento do cuidado	6	2,6
Estrutura Física	5	2,2
Desafoga atendimento na ESF	5	2,2
Conhecimento da equipe e rotina de atendimento	4	1,7
Interação verticalizada	3	1,3
Dificuldade de responsabilização pelo usuário	2	0,9

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

#### 4.1 ATUAÇÃO DO SAD

Esta categoria busca-se descrever a compreensão da atuação do SAD, a partir dos relatos destes participantes, emergiram 19 códigos, que expressam a atuação desenvolvida pela equipe do SAD a partir da ÓPTICA dos profissionais que atuam na ESF.

Em relação **a compreensão sobre o SAD**, os participantes referiram que, compreendem o serviço como:

“[...] O SAD consegue ter mais essa finalidade, porque os pacientes mais graves ficam no caso com o SAD com esse Serviço de Atendimento Domiciliar” (P2).

“[...] Então acho que o SAD é prestar atendimento domiciliar para o paciente porque esse paciente não pode se deslocar a unidade, paciente acamado que tem a dificuldade de se deslocar” (P3).

“[...] O SAD é atendimento domiciliar. Ele ajuda a cuidar do paciente que estaria no hospital ocupando um leito, o SAD consegue fornecer esse atendimento em casa” (P7).

“[...] O SAD veio para suprir essa demanda que deve ser muito grande dos pacientes que são domiciliados” (P10).

Os participantes compreendem o SAD como um serviço de atenção domiciliar na atenção aos usuários, tanto para os usuários que estão acamados ou domiciliados quanto para os que apresentam dificuldades para se deslocar para o ambiente hospitalar e encontram-se em situação que exige maior atenção do cuidado humano. Há o entendimento também da função primordial do SAD seria a lógica da liberação de leitos para outros pacientes, visto que há os principais usuários do SAD são portadores/as de doenças crônicas, que pressupõe um cuidado prolongado.

Os participantes também apontaram que, **a atuação do SAD ocorre de forma multiprofissional**, potencializando ações de cuidado e melhoria na qualidade de vida dos usuários e familiares, como podemos observar nos relatos:



“[...] Já que tem a equipe multidisciplinar deixam a família mais orientada. Preciso do médico, o médico está lá e a família fica bem mais segura” (14).

A composição multiprofissional da equipe do SAD, além de promover uma melhor qualidade de vida dos usuários atendidos, também, apresenta movimentos de cuidados direcionados aos familiares e cuidadores, o que, impacta diretamente na qualidade do cuidado prestado aos usuários. Devido ao vínculo construído entre os familiares e cuidadores com a equipe do SAD.

Os relatos também sinalizam que, a atuação do SAD está mais voltada para usuários acamadas, domiciliados e portadores de doenças crônicas, que demandam de cuidado integral, caracterizando assim, um **perfil de atendimentos prestados pela equipe SAD**, como podemos observar nos relatos:

“[...] São pacientes no caso acamados que necessitam de um cuidador 24h que as vezes é o familiar” (P2).

“[...] Porque cuidar de uma pessoa acamada não é fácil” (P2).

“[...] Elas vão e acompanham a família também” (P3).

“[...] Curativos, desbridamentos, sondas, o atendimento psicológico dos próprios pacientes” (P5).

“[...] Final de semana os curativos são feitos nos pacientes que o SAD assume” (P1).

“[...] São os acamados com traqueostomia, algum curativo, principalmente quem tem a traqueostomia, bolsa de colostomia, soro, medicação” (P8).

Observa-se que o perfil dos usuários atendidos pela equipe do SAD, consiste basicamente em usuários amacados, em tratamento de feridas crônicas ou em alimentação enteral. Este perfil de usuários demanda maior atenção por parte da equipe de saúde, pois, apresentam um maior grau de dependência, sendo então necessário o compartilhamento do cuidado entre a equipe do SAD e da ESF, uma vez que, a demanda por assistência se faz necessária, inclusive nos finais de semana.

A partir dos relatos, evidenciamos que tanto para os profissionais de saúde a nível de Atenção Básica, quanto hospitalar, inclusive para os familiares, a equipe do SAD assume o papel de **equipe de referência** para o cuidado de determinadas demandas terapêuticas.

“[...] O SAD é assim, quando o paciente sai do hospital eles já vêm com uma alta encaminhando para o SAD e as vezes nem todo paciente que o hospital libera é SAD” (P1).

“[...] Tanto é que depois que surgiu o SAD o hospital mesmo já encaminha pedindo para a equipe do SAD avaliar” (P7).

“[...] O SAD para nós é uma referência de pacientes acamados, pacientes que necessitam de uma atenção maior, pacientes que tem feridas que não cicatrizam” (P13).

“[...] Se usa sonda e tem alguma coisa a mais a gente encaminha para o SAD. Se deu um AVC e precisa de fisioterapia é tudo encaminhado para o SAD, alguns curativos que são muito grandes eles usam as placas que têm disponível, também a gente encaminha para eles” (P7).

A equipe do SAD é compreendida como uma equipe de referência no pós alta hospitalar, pois, muitos destes usuários que estão acamados, portadores de feridas crônicas o sequelas de Acidente Vascular Encefálico já saem do hospital com referenciamento para serem atendidos pela equipe do SAD. Isto, muitas vezes, se deve pela composição multiprofissional da equipe.

## 4.2 FUNÇÃO DO SAD

Está temática composta por seis códigos que buscam apresentar a a compressão dos participantes em relação a função do SAD.

Como função do SAD, a maioria dos participantes que é desempenhar o papel de **apoio a equipe da ESF**, como podemos acompanhar nos relatos dos participantes:

“[...] Então ele veio para ajudar essa parte de apoio mesmo na unidade de saúde, não que os pacientes deixam de ser nossos pacientes. [...] O SAD foi uma mão na roda para gente, nessas partes de feridas. A gente tem o apoio do SAD” (P1).

“[...] Eles dão um apoio bem bom para unidade. [...] elas dão um suporte, elas vêm, elas orientam, elas fazem um acompanhamento e depois entregam para a unidade para dar continuidade no trabalho. [...] Isso dá um suporte bem bom para a equipe, acho que é essa a função” (P3).

“[...] Os pacientes que eles atendem seriam pacientes nossos só que temos uma grande demanda de pacientes na unidade e seriam pacientes que a gente teria que ir todos os dias e ia tomar bastante tempo” (P7).

“[...] Um auxílio bem importante para as enfermeiras, para o pessoal da unidade. Uma ajuda muito importante, porque quando a gente tem alguém acamado temos milhões de dúvidas e não nos preparamos para isso e eles estão preparados” (P9).

Então assim foi uma ajuda, uma assistência super bem-vinda” (P12).

“[...] Trabalhamos com uma demanda programada, demanda espontânea, enfim, na unidade de saúde é bem corrido. E a equipe do SAD consegue dar esse suporte” (P13).

A equipe do SAD assume também o papel de apoio a equipe da ESF, a partir dos relatos, pode-se identificar que os movimentos de apoio ocorrem através da troca de

informações e discussões de casos, compartilhamento do cuidado prestado aos usuários e familiares, inclusive nos finais de semana. Além de movimentos de Educação Permanente em Saúde entre os profissionais das duas equipes, a partir das demandas clínicas dos usuários, como no caso de feridas crônicas e seu manejo.

O SAD, também é compreendido como uma ferramenta muito importante para a **integralidade** do cuidado em saúde, hora por suas tecnologias leve, leve – duras ou duras, aplicadas ao processo do cuidar em saúde. Como podemos observar nos relatos:

“[...] Às vezes a gente tem o nosso paciente que precisa de fono e com a gente demora e a fisioterapia demora um pouquinho mais, lá não. A recuperação deles é melhor e qualquer momento que o paciente precisa eles estão ali a disposição, o médico vai junto, enfermeiro, vai toda uma equipe” (P1).

“[...] O SAD fica mais com essa parte de atendimento crítico onde ele consegue dar uma assistência melhor que a unidade que as vezes não conseguiria dar por causa da demanda. [...]

“[...] O SAD usou os curativos mais atualizados, aquelas botas de unna, aquelas placas, e agora eles até dão para a gente aquela Saf-gel, Kollagenase que o paciente as vezes não tem condições de pagar e a resolubilidade é bem maior e mais rápida. A gente encaminhou esse paciente com uma úlcera bem grande e quando o SAD liberou para gente novamente já estava com a úlcera quase fechada” (P3).

“[...] No final de semana eles ficavam as vezes sem curativo, sem alimentação, sonda entupida. Agora não, esses pacientes são assistidos pelo SAD. [...] Agora o paciente sabe que tem o SAD, qualquer coisa eles podem chamar” (P5).

“[...] Porque o SAD faça um tratamento integral” (P6). “[...] Eles têm o carro para ir no horário que o paciente precisar para nós é mais difícil porque a gente não tem um carro disponível aqui” (P7).

“[...] Assistência diária em geral, em relação a curativos, cuidados com sonda, troca com sondas, consultas médicas periódicas dependendo da necessidade. Todo o apoio de insumos, distribuição de

material, sondas, cateteres, material para curativos, os curativos são feitos diariamente, inclusive nos sábados, domingos feriados, natal, ano novo, faça chuva faça sol, o profissional está lá” (P12).

Outro aspecto importante sobre a atuação do SAD, está segundo os relatos, na lógica de sua assistência, sendo que, está busca pela integralidade da atenção, uma vez que, tenta conciliar o emprego de tecnologias leve, leve duras e duras no cuidado ao usuário e familiares.

Além de promover a integralidade, para alguns participantes, outra função do SAD consiste no movimento de **desospitalização**:

“[...] Eu acho que a principal função é o atendimento ao paciente crítico que é o paciente no caso que ele não fica no hospital que fica no domicílio e que precisa de uma assistência bem complexa” (P2).

“[...] Então essa eu acho que é a fundamental importância do SAD é dar esse seguimento e acabar desospitalizando o paciente. Dando um suporte evitando hospitalizações também” (P6).

“[...] É como eu te falei como antes eles não vinham eles ficavam no hospital. Mas ajuda bastante sim, porque as vezes eles estão no hospital só para se manter lá. [...] E antes disso teria que levar para o hospital” (P7).

“[...] Uma assistência mesmo a nível hospitalar porque o foco do SAD é desospitalizar aquele paciente que precisa de assistência hospitalar, mas que não necessariamente precisa estar dentro do hospital para que possa se reabilitar. O foco principal é a desospitalização ” (P12).

O foco do SAD está na desospitalização dos usuários, mas, não somente. O SAD também atua para evitar a hospitalização. Em situações críticas, onde demanda de uma assistência profissional complexa, o SAD atua, diminuindo o tempo de internação, evitando assim também, maiores complicações ligadas a esta internação, atuando diretamente na qualidade de vida dos usuários atendidos pela equipe.

Outro aspecto apontado pelos participantes, é a **melhoria na qualidade de vida**, reforçando também a integralidade no cuidado a saúde destes usuários do serviço.

“[...] Eu acho que nessa agilidade do serviço e na melhoria da qualidade de vida do paciente” (P1).

“[...] O SAD pegou e agora está super bem, quem olha assim não acredita na evolução dela, está caminhando sem ajuda” (P8).

[...] Geralmente paciente sondado a gente acaba não conseguindo dar o suporte necessário e a tendência era cada vez piorar e com a equipe do SAD melhorou muito esse aspecto, demais mesmo, andando e levando uma vida normal e se não fosse por essa equipe acho que a gente não ia conseguir” (P13).

“[...] E o paciente tem mais qualidade de vida. Por isso que serve a equipe” (P14).

Seguindo analisando os dados referentes a atuação do SAD, os participantes apontam que esta está diretamente ligada na melhoria da qualidade de vida dos usuários, pois, agiliza o atendimento aos usuários, principalmente no aspecto recuperação de lesões e sequelas provocadas por Acidente Vascular Encefálico, acidentes de trânsito e portadores de deficiências.

A SAD é compreendido como dispositivo de **melhoria do acesso** a bens e serviços de saúde por dois participantes, como podemos observar nos relatos:

“[...] O SAD veio com a proposta para atuar na demanda que a gente tem desses pacientes que tem mais dificuldade no acesso na unidade” (P1).

“[...] Os pacientes que não podem ir até a unidade” (P11).

Ainda de acordo com os profissionais que participaram deste estudo, o SAD apresenta-se como dispositivo de melhoria e ampliação acesso aos serviços de saúde. Principalmente para os usuários que encontram dificuldades de deslocamento e ou, apresentam condições de saúde especiais, que demandam maior atenção profissional.

### 7.3 INTERAÇÃO ENTRE A ESF E O SAD

Esta categoria busca trazer como ocorre a interação entre os profissionais que compõem a equipe que atua na Estratégia de Saúde da Família com os profissionais que compõem a equipe do SAD. Frente aos dados levantados, emergiram alguns códigos que nos auxiliam a compreender melhor como ocorre esta interação a partir do ponto de vista dos profissionais que atuam na ESF.

Em relação a interação entre as equipes, os participantes apontaram como uma **boa interação**. Como podemos observar nos relatos:

“[...] O dia que o SAD não pode, a unidade atende aquele paciente, ele não fica nunca descuidado. Tem sempre o apoio das duas” (P1).

“[...] A gente precisa deles, eles precisam de nós, é uma troca de saberes que a gente tem que ter, então nunca teve problema nenhum, sempre foi positivo” (P2).

“[...] Olha nós estamos com uma enfermeira agora no SAD que ela era enfermeira da unidade, então a gente não tem problema nenhum com ela. [...] Mas assim, tem o telefone e a gente acaba se comunicando bastante por ali, é uma ferramenta de trabalho bem legal, bem boa e rápida.” (P3).

“[...] Eles ficam sempre se comunicando, não é porque é assistido pelo SAD que a unidade não fica a par ou o SAD comunica nós ou nós também se soubermos alguma coisa também passamos para o SAD.

“[...] De vez enquanto o pessoal do SAD está aqui outro dia eles estiveram aqui fazendo um desbridamento de uma paciente nossa. Bom, estão sempre se comunicando” (P5).

“[...] Os médicos que trabalharam sempre foram bem. Quando preciso de alguma coisa sempre venho conversar e sempre teve um bom relacionamento das equipes. [...] A gente nunca teve dificuldade sempre nos entendemos bem sempre tivemos bom relacionamento” (P7).

“[...] Mas quando tem dúvida a comunicação é bem fácil, do profissional vir até aqui, ou algum profissional nosso ir com o SAD até a casa do paciente. É bem fácil a comunicação” (P9).

Em relação a interação entre a equipe da ESF e o SAD, os participantes apontam como uma boa relação, pois, durante o compartilhamento do cuidados aos pacientes, comunicação tem se mostrado facilitada, sendo que, na maioria das vezes, a comunicação ocorre com maior frequência entre a enfermeira da ESF e a enfermeira do SAD. Outro aspecto importante no relato, consiste na parceria entre as equipes, de forma que, se em algum momento uma equipe não consegue atender a demanda do usuário, a outra equipe supre esta necessidade, não deixando o usuário ou familiares desassistidos.

Os participantes também indicam a equipe do SAD, como sendo importante para o **compartilhamento do cuidado:**

“[...] Eles colocaram a placa que facilitou, a gente continua indo, continua fazendo o curativo básico, mas daí eles dão todo o suporte, porque esse curativo de placa a gente não tem, só o SAD. Aí eles vão lá, colocam e a gente continua trocando” (P8).

“[...] Por isso que o SAD também é importante sempre temos uma ligação com o SAD é uma ponte que te ajuda. Só nos auxilia. [...] Muito bom. É ótimo para população e para também diminuir a demanda das unidades” (P14).

O compartilhamento do cuidado entre as equipes do SAD e da ESF apresenta-se como outro aspecto importante que emergiu nas falas dos sujeitos, de forma que fica evidente a melhoria da qualidade de vida a partir do compartilhamento do cuidado entre as equipes, sendo que a equipe do SAD assume questões de maior complexidade, enquanto a ESF os cuidados rotineiros como troca de curativos simples. Além disso, o SAD também atua compartilhando materiais e insumos a equipe da ESF, além de que em sua atuação em parceria a equipe da ESF diminui diretamente as demandas de cuidados domiciliares realizados pela ESF.

Ainda segundo os participantes, o SAD atua como dispositivo para **desafogar os atendimentos na ESF.**



“[...] E a gente na unidade quando estamos sem carro e ambulância ficamos meio angustiados. Porque como é que a gente ia passar uma sonda? E esperar 2h para passar alimentação”? Tem que fazer um Raio-X, tem que verificar está no local, tudo certinho” (P1).

“[...] Porque a unidade precisa atuar aqui nos outros afazeres, daí depois que surgiu facilitou bastante nossa vida, principalmente para as enfermeiras da unidade, porque a demanda da unidade é muito grande e a gente não conseguiria dar essa assistência como o SAD dá” (P2).

Assim, a partir dos relatos pode-se evidenciar que devido a fatores como composição multiprofissional da equipe do SAD, seu número limitado de usuários e o fato de disponibilidade de carro próprio da equipe, contribuem para o desafogamento de atendimento na ESF e agilidade no atendimento as demandas dos usuários em cuidado domiciliar.

Porém, também apontam uma **sobrecarga** em relação a equipe do SAD.

“[...] O SAD ainda, a princípio, já está até meio sobrecarregado. É uma quantidade, não sei o total que tem agora no SAD no geral no município” (P1).

“[...] Eu acho que eles têm que ter uma quantidade para atender e que essa quantidade é bastante já. Então não dá se tiver bastante paciente crítico para eles cuidarem” (P2).

“[...] Então, uma equipe para o município todo eu acho que é pouco, porque está cada vez crescendo mais” (P3).

“[...] Claro que deve ter várias dificuldades tem que percorrer distancias, número de pessoas que eu não faço nem ideia quantos o SAD vai por dia ou por semana. Deve ter, com certeza, distância deve ser a primeira, número de pessoas no SAD, profissionais, número de profissionais, número de equipes, deve ter tudo isso” (P4)

“[...] Eu lembro é da dificuldade da distância mesmo, que para o SAD vir, claro, se precisar eles vêm, não estou dizendo que se negaram,

mas pela distância mesmo, acho que aqui a maior dificuldade é essa” (P10).

“[...] Eu amava ser enfermeira do SAD, mas já estava muito cansada porque é uma carga bem pesada, os pacientes completamente dependentes e nós trabalhamos com os familiares” (P12).

Os relatos dos participantes apontam para a sobrecarga enfrentada pela equipe devido ao perfil de usuários que são atendidos, muitos apresentando um quadro de total dependência de cuidados, com visitas frequentes por parte da equipe do SAD, o que, sobrecarga de tal maneira os profissionais da equipe.

Além da sobrecarga, outro ponto apontado como fragilidade está na **estrutura física**.

“[...] Se eu não me engano tem um carro, é uma dobrô aqui em Araranguá”(P4).

“[...] Sei das dificuldades talvez o SAD hoje nem tenha um computador próprio, nem tenha talvez tempo hábil até para fazer isso, é complicado, mas é algo que pode ser melhorado, penso”(P6).

“[...] São dificuldades de insumos permanentes, a estrutura poderia melhorar nesse sentido, mas ainda fazem muita coisa para a estrutura que tem. Poderia era melhorar um pouco a estrutura em relação aos materiais permanentes.”(P12).

Outro aspecto apontado como agente responsável pela sobrecarga da equipe é a estrutura física deficitária, onde, segundo os sujeitos participantes, alguns aspectos se melhorados, iriam diminuir os níveis de sobrecarga vivenciados pela equipe em sua rotina de trabalho.

Os participantes também sinalizam para a estruturação da linha de cuidado que se construiu para o compartilhamento do cuidado entre as equipes da ESF e do SAD por meio do estabelecimento de um **protocolo de encaminhamento**.

“[...] No início a gente encaminhava alguns acamados mesmo que não tivesse mais nenhuma complicação, mas com a demanda que foi surgindo esses acamados que não tem nenhuma complicação ficam para gente” (P7).

“[...] Acredito que por e-mail, spark o que a pessoa visualizar e conseguir responder” (P8).

“[...] Olha eu acredito que é quando precisa de sonda ou um curativo que precisa de mais acompanhamento. Eu acho pelo o que eu escuto é isso, deve ter mais alguma outra coisa, mas que não são do meu conhecimento” (P9).

“[...] Eu acho que quando a equipe não pode ir e quando precisa de um atendimento mais especializado. Imagino que seja isso. Não tenho certeza sobre” (P10).

“[...] Eu só sei do caso de pacientes que tem necessidades de atendimento, mas que tem dificuldade de locomoção até a unidade, mas exatamente as situações eu não vou saber te dizer” (P12).

Sobre o encaminhamento a equipe do SAD, os sujeitos apontam a existência de um protocolo de encaminhamentos, onde, na maioria das vezes os usuários recebem alta médica já referenciados para a equipe do SAD, sendo que o primeiro atendimento ocorre pela equipe da ESF, a enfermeira verificando a necessidade de acompanhamento pela equipe do SAD, mesmo sem o encaminhamento do hospital, pode solicitar que o usuário seja também acompanhando pela equipe do SAD. Ainda segundo os relatos, embora haja um protocolo de encaminhamento, a comunicação ocorre na maioria das vezes entres profissionais enfermeiros, Enfermeira da ESF e Enfermeira do SAD.

No entanto, alguns profissionais demonstraram certo desconhecimento em relação aos procedimentos de encaminhamentos, inclusive sobre **protocolo de encaminhamento** e compartilhamento de cuidado entre a equipe da ESF e o SAD.

“[...] No início a gente encaminhava alguns acamados mesmo que não tivesse mais nenhuma complicação, mas com a demanda que foi surgindo esses acamados que não tem nenhuma complicação ficam para gente. Já aconteceu de a gente encaminhar um paciente para ser avaliado e o profissional reclamar” (P7).

“[...] Acredito que por e-mail, spark o que a pessoa visualizar e conseguir responder” (P8).

“[...] Olha eu acredito que é quando precisa de sonda ou um curativo que precisa de mais acompanhamento. Eu acho pelo o que eu escuto é isso, deve ter mais alguma outra coisa, mas que não são do meu conhecimento. [...] Como eu te falei também no início da nossa conversa, eu acredito que seja através dos técnicos, enfermeiros, familiares que chegam na unidade e a equipe pede auxílio do SAD” (P9).

“[...] Eu acho que quando a equipe não pode ir e quando precisa de um atendimento mais especializado. Imagino que seja isso. Não tenho certeza sobre. [...] Não sei. Se precisasse iria pedir informações para enfermeira ou para médica” (P10).

“[...] Eu só sei do caso de usuários que tem necessidades de atendimento, mas que tem dificuldade de locomoção até a unidade, mas exatamente as situações eu não vou saber te dizer” (P12).

No entanto, alguns participantes demonstraram um certo **desconhecimento da rotina de atendimento** prestado pela equipe do SAD.

“[...] Tem uma equipe que trabalha direto, eu não sei mais se eles estão hoje trabalhando no sábado e domingo, mas existia uma equipe que fazia os curativos nos sábados e domingos. [...] Acho que eles trabalham com até 60 pacientes” (P3).

“[...] Não sei como é que eles planejam, mas eu sei que numa época eles iam primeiro para o lado sul, depois eles faziam o lado norte. Mas eu sei que eles iam seguindo assim para não ter que andar muito de um lado para o outro” (P7).

Também podemos observar um certo **distanciamento de alguns profissionais** da ESF e a equipe do SAD.

“[...] Eu sei muito pouco do SAD, eu não tenho muito contato direto com o SAD. [...] O SAD para mim é meio distante” (P4).

“[...] É, pelo que eu escuto o SAD vem para querer saber endereço, onde fica a casa” (P8).

“[...] É a equipe que compõe o SAD eu vou ser bem sincera que eu não sei muita coisa não, como eu te passei, eu sei o básico” (P9).

“[...] Não tenho, é mais de eu ver os outros comentando. Mas como eu nunca tive contato específico com eles, nenhum paciente meu precisou” (P10).

Também observou-se a partir das falas de cinco sujeitos participantes que, ocorre certo distanciamento entre alguns profissionais da equipe da ESF em relação a equipe do SAD, sua dinâmica de trabalho, perfil de usuários atendidos e protocolo de encaminhamentos, onde fica evidenciado nos trechos de falas que muito da comunicação entre as equipes se estabelece entre pares de enfermeiro com enfermeiro.

Outro aspecto apontado pelos participantes, foi o fato de que a interação entre a ESF e o SAD **não ocorreu com todos os membros da equipe** da ESF.

“[...] Enfermeiro, técnico de enfermagem e médico” (P4).

“[...] Eu acho que as enfermeiras se reúnem mais com a enfermeira do SAD” (P5).

“[...] Então o contato SAD acaba de enfermeira para enfermeira, enfermeira da Estratégia de Saúde da Família para a enfermeira do SAD e eu acho que elas têm um bom vínculo”(P6).

“[...] Com todos os profissionais eu não lembro, mas geralmente quando tem alguma coisa é passado para as enfermeiras em reunião e ela passa para equipe depois, mas assim exatamente eu não lembro” (P7).

“[...] Agente comunitária e a enfermeira, principalmente a enfermeira, fica com as informações todas lá”(P8).

“[...] Geralmente os enfermeiros e repassam para equipe em reuniões internas nas Estratégias” (P12).

Como não ocorrem reuniões de equipe para discussão de casos onde ocorre a participação da equipe do SAD em conjunto com a equipe da ESF, os membros da equipe da ESF, são informados pela enfermeira sobre os movimentos de cuidado prestados pela equipe do SAD a seus usuários, de acordo com os relatos, o contato entre as equipes está centralizado entre enfermeiros.

Porém, também apontam uma **sobrecarga** em relação a equipe do SAD:

“[...] O SAD ainda, a princípio, já está até meio sobrecarregado” (P1).

“[...] Eu acho que eles têm que ter uma quantidade para atender e que essa quantidade é bastante já” (P2).

“[...] Então, uma equipe para o município todo eu acho que é pouco, porque está cada vez crescendo mais” (P3).

“[...] Deve ter, com certeza, distância deve ser a primeira, número de pessoas no SAD, profissionais, número de profissionais, número de equipes, deve ter tudo isso” (P4)

“[...] Eu lembro é da dificuldade da distância mesmo, que para o SAD vir, claro, se precisar eles vêm, não estou dizendo que se negaram, mas pela distância mesmo, acho que aqui a maior dificuldade é essa” (P10).

“[...] É uma carga bem pesada, os usuários completamente dependentes e nós trabalhamos com os familiares” (P12).

Entre os sujeitos participantes, sete apontaram que a equipe do SAD está sobrecarregada, segundo os relatos, observa-se que essa sobrecarga se deve a quantidade e usuários atendidos pela equipe, a grande extensão territorial do município, o fato de a equipe apresentar uma rotatividade expressiva de profissionais, muitas vezes a deixando desfalcada,

de forma que, o fato de a equipe ter a sua disposição apenas um veículo, isso dificulta também seu deslocamento pelo município, gerando ainda mais sobrecarga a equipe.

Além da sobrecarga, outro ponto apontado como fragilidade está na **estrutura física**:

“[...] Se eu não me engano tem um carro, é uma dobrô aqui em Araranguá”(P4).

“[...] Sei das dificuldades talvez o SAD hoje nem tenha um computador próprio, nem tenha talvez tempo hábil até para fazer isso, é complicado, mas é algo que pode ser melhorado, penso”(P6).

“[...] Nós temos dificuldades em relação a estrutura com carros. O SAD deveria ter uma ambulância própria, são dificuldades de insumos permanentes, a estrutura poderia melhorar nesse sentido, mas ainda fazem muita coisa para a estrutura que tem”(P12).

Ainda discutindo a questão da sobrecarga, a estrutura física emergiu como um dado importante a partir dos relatos dos sujeitos, sendo que, foi apontado por estes, a falta de insumos de uso permanente, o fato de a equipe não possuir um computador próprio, o modelo de automóvel que está a disposição da equipe também não atende suas necessidade, sendo também, que para atender melhor as necessidades dos usuários atendidos, a equipe, segundo os relatos, deveria ter a sua disposição uma ambulância.

Ainda em relação as dificuldades apontadas pelos participantes, citamos a dificuldade na transição do usuário pela equipe do SAD, e a **dificuldades de responsabilização do usuário** pelo cuidado.

“[...] Dar uma alta para o paciente, eles ficam com nós ali. Parece que eles querem fazer o mesmo vínculo com o SAD. Eu acho que não, porque é uma coisa do paciente, do familiar, entendeu” (P2).

Ocorre segundo o relato, a dificuldade por parte da equipe do SAD em desenvolver a corresponsabilização do usuário pelo seu autocuidado. O que pode estar relacionado pela insegurança dos usuários e dos familiares diante da possibilidade de não receber a atenção contínua e frequente da equipe do SAD.

Os participantes também apontaram algumas **estratégias para melhorar a interação** entre os membros da ESF com o SAD. Que consiste basicamente em movimentos de Educação Permanente em saúde, na lógica momentos de imersões e vivências junto a equipe do SAD.

“[...] Acho que hoje com a ferramenta WhatsApp, eles podem mandar mensagem, conversar ou fazer um grupo, a própria unidade de saúde ter essa integração” (P4).

“[...] Prontuário Eletrônico do Cidadão, que é do SUS e eu não vejo registros do que é feito no SAD no prontuário, se é feito sinceramente pode ter sido uma falha minha de não ir atrás, mas talvez até porque não tenha. Poderíamos talvez termos reuniões a cada dois meses para ou discutir casos ou trocar ideias e informações, acho que por aí, algo simples, fácil, barato de fazer” (P6).

“[...] Discutir os casos dos pacientes com toda a equipe, tinha um dia específico, “a tal dia a gente vai discutir o caso de tal paciente para ver o que a gente vai fazer”, eu achava legal isso. A equipe deles com a nossa equipe discutir. Como eu participei la eu achei bem interessante” (P7).

“[...] Que é importante conseguir um dia específico uma vez por mês para que tenha essa reunião. Eu acho que seria importante” (P9).

As estratégias de comunicação utilizadas entre as equipes da ESF e do SAD, ocorrem geralmente via aplicativos de mensagem (Whatsapp), devido a fragilidade da estrutura física que a equipe do SAD enfrenta, como a falta de um computador próprio, muito dos atendimentos, realizados aos usuários não são descritos e evoluídos no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), o que dificulta o acompanhamento por parte dos outros profissionais, inclusive o compartilhamento do cuidado.

Como proposta para superar esta situação, os sujeitos apontaram a possibilidade de reuniões inter- equipes, entre a ESF e o SAD, estas reuniões poderiam ocorrer de forma mensal, além de discutir as ações que vem sendo desenvolvidas com os usuários, podem ser alinhadas ações em conjunto inter-equipes, bem como, a socialização de ações do SAD para conhecimento dos demais profissionais de saúde.



Como ações de **Educação Permanente em Saúde**, os participantes também apontaram como.

“[...] Então já foi conversado sobre isso para passar cada profissional da unidade um dia no SAD” (P3).

“[...] Acompanhar um dia, quem sabe assim, mesmo não sendo da minha área, ver o funcionamento do dia a dia deles ou estar em uma área que eu esteja em atuação também, ir junto. Na prática, seria mais plausível, melhor para nós” (P4).

“[...] Por exemplo a transição de quando o SAD libera o paciente fosse interessante. A equipe junta para entender ou até receber da equipe da Estratégia de Saúde da Família o paciente talvez, algo conjunto fosse interessante” (P6).

Como ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), os sujeitos participantes apontam como uma estratégia a experiência de imersão na equipe do SAD. Nesta imersão, os profissionais da ESF deveriam acompanhar a equipe do SAD por um dia, para compreender a lógica dos atendimentos e a dinâmica da equipe. Também apontam como possibilidade de ações de EPS, ações de atualização realizadas pelos próprios profissionais da equipe do SAD, como atualização no manejo de feridas crônicas e utilização de coberturas.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 ATUAÇÃO DO SAD

Ao analisar as entrevistas dos profissionais da ESF sobre a atuação do SAD, observa-se que os participantes compreendem que a atuação do SAD através de ações compreendidas basicamente como (apoio familiar, doação de insumos e equipamentos, procedimentos) e referiram o SAD como uma equipe de referência, para usuários que necessitam de cuidado domiciliar mais efetivo, apresentando maior dependência de acompanhamento técnico especializado.

Além de que, o apoio familiar vem dentro dessa lógica, de instrumentalizar cuidadores para desenvolverem o maior número de movimentos de cuidado em saúde ao usuário, neste momento, a equipe do SAD além de ser referência para o cuidado ao usuário domiciliar, atua também como equipe de referência para os familiares que cuidam desses usuários, por meio de ações de apoio familiar.

As finalidades do SAD estão em consonância ao encontrados na literatura, de acordo com Silva et al (2010) os programas de atenção domiciliar se orientam para a desospitalização, diminuição de custos, prevenção de riscos e humanização da assistência.

Complementarmente, o Ministério da Saúde descreve a atenção domiciliar como uma modalidade de atenção complementar, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Dessa forma, as relações estabelecidas no domicílio tendem a humanizar o cuidado, colocando o usuário no lugar mais de sujeito do processo e menos de objeto de intervenção (BRASIL, 2012).

Ainda como atuação do SAD, foi apontado que sua atuação ocorreu dentro da lógica multiprofissional que segue os princípios da portaria do Ministério da Saúde, que exige configuração multiprofissional nas equipes do SAD. De acordo com essa portaria, as equipes poderão ser compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais (BRASIL, 2012).

Quanto a atuação das equipes multiprofissionais de saúde, esta deve atuar a partir da prática colaborativa, planejando e articulando ações e práticas coletivas. Esta prática deve ter como principal aposta a comunicação e cooperação, estando pautada na lógica dialógica, por meio de uma rede de conversação entre os profissionais da equipe multiprofissional,

permitindo assim que os profissionais reconheçam o trabalho do outro e compartilhem objetivos e interesses em comum, a fim de alcançar construir planos de cuidados ainda mais integrados. Logo, a atuação multiprofissional permite otimizar habilidades mútuas, compartilhando saberes na gestão do cuidado e assim propicia melhores serviços de cuidado em saúde, tanto a nível individual quanto comunitário (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

Assim sendo, o trabalho das equipes multiprofissionais vem com intuito de assegurar e intensificar a construção da integralidade do cuidado, por meio da organização do fazer profissional coletivo e multiprofissional, do processo de trabalho e da política pública em saúde, através de um sistema de cooperação entre os sujeitos (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

No que diz respeito ao perfil dos usuários atendidos pelo SAD, os relatos também sinalizam que, a atuação do SAD segue a proposta de criação do programa, estando direcionada prioritariamente para usuários acamados, domiciliados e portadores de doenças crônicas, que demandam de cuidado integral.

Corroborando com esses achados, Feuerwerker e Merhy (2008) em seu estudo observaram que os perfis dos usuários em cuidados domiciliares são usuários em situações de restrição crônica ao leito ou de uso contínuo de medicamentos ou equipamentos como concentradores de oxigênio, sondas e cateteres, usuários em cuidados paliativos, fechamento de feridas e na recuperação, acamados crônicos, usuários com AIDS, acompanhamento do desenvolvimento de bebês prematuros, dentre outros. Dessa forma, observa-se uma consonância entre o perfil de usuários atendidos pelo SAD na visão dos profissionais da ESF com o estabelecido na literatura.

Ainda de acordo com os sujeitos deste estudo, a equipe do SAD é referência para atendimento e acompanhamento de usuários acamados. Conforme Campos e Domitti (2007) a equipe de referência é aquela que possui responsabilidade pela condução de um caso, seja ele no nível individual, familiar ou na comunidade. A equipe de referência corresponde a uma nova maneira de organização que tem por intuito reforçar a atuação multiprofissional, buscando unificar os processos de trabalho (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Dessa forma, a equipe de referência estrutura-se a partir de um grupo de profissionais considerados fundamentais para a condução das demandas em saúde de cada área de conhecimento. Esses profissionais são corresponsabilizados pelo cuidado em saúde, de forma a construir planos terapêuticos coletivos, estes profissionais assumem também a corresponsabilidade pela execução das ações e intervenções compactuadas.

Assim, a equipe de referência é responsável pela condução dos casos inscritos em seu cadastro, desde a de avaliação de risco e vulnerabilidade, elaboração de um projeto terapêutico singular, avaliação diagnóstica e até a execução procedimentos de cuidado (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Uma das ferramentas utilizadas para a efetivação destas propostas, está no termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção de maneira longitudinal e horizontal (CAMPOS; DOMITTI, 2007). A equipe de referência responsabiliza-se por criar e oferecer dispositivos que possam facilitar a criação de vínculo entre os profissionais e os usuários, o que permite uma gestão centrada nas demandas reais de cada usuário, e por consequente mais resolutiva e integral, pois a partir do estabelecimento de uma comunicação efetiva, da troca de saberes, de afetos e de corresponsabilidade entre diferentes atores (BRASIL, 2007).

Quando esse processo ocorre de forma verticalizada, com divisão de funções e pouco diálogo, há redução do objeto de trabalho e permite ocorrer com maior facilidade o que se chama de “desresponsabilização” (BRASIL, 2007).

De acordo com Campos e Domitti (2007) o estabelecimento de equipes de referência assemelha-se ao que é preconizado para ESF na atenção básica (CAMPO; DOMITTI, 2007). No Brasil, a ESF é eixo estrutural na assistência no processo saúde-doença da população assistida (MARQUI, *et al.* 2010). A ESF como proposta inovadora (SORATTO, *et al.* 2015) estabeleceu-se com um projeto dinamizador do SUS que buscou reformar os processos de trabalho e as relações interpessoais entre profissionais e usuários, se estabelecendo como referência no cuidado focado na realidade das famílias atendidas (MARQUI, *et al.* 2010).

As demandas geradas devido as mudanças na lógica assistencial preconizada pela ESF, seguem na direção muitas vezes de uma lógica de cuidados voltada para a assistência domiciliar, como a redução das práticas hospitalocêntricas e estratificadas, essa atividade tem sido identificada como uma das mais delicadas e complexas da proposta saúde da família. Com isso, a visita domiciliar representa um grande desafio aos profissionais de saúde, no que tange a integralidade da assistência e a satisfação de usuários e gestores de saúde (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

Logo, ao observar as falas dos profissionais da ESF acerca da atuação dos profissionais do SAD como equipe de referência permite inferir que o SAD atuou na desresponsabilização da ESF no cuidado dos usuários acamados. O SAD é entendido como responsável pelo cuidado desses usuários e não como uma equipe de apoio.

## 5.2 FUNÇÃO DO SAD

Em relação a função do SAD, os participantes relataram o apoio a ESF, a integralidade, a desospitalização, a melhoria da qualidade de vida, a implementação e acesso, como função do SAD, a maioria dos participantes que é desempenhar o papel de apoio a equipe da ESF.

Sabe-se que a atenção domiciliar é uma ferramenta de organização e assistência que objetiva a consolidação de novos modelos de cuidado em saúde articulados na RAS (BRITO, *et al.* 2013).

A RAS é uma significativa ferramenta no aperfeiçoamento do político-institucional do SUS, com vistas a garantir ao indivíduo as ações e serviços de que precisa. Através da RAS é possível fornecer assistência contínua a determinada população no tempo e lugar certos, com o custo e qualidade adequados (ANDRADE, *et al.* 2013).

De acordo com as políticas de saúde, a AD abrange práticas voltadas a humanização do cuidado e redução de complicações (BRITO *et al.*, 2013). Nesse sentido, o SAD caracteriza-se como parte integrante da RAS (BRASIL, 2012) bem como as equipes da ESF (BRASIL, 2017).

O estabelecimento da RAS está pautado na integração dos serviços de saúde e a interdependência dos diferentes atores e organizações, entendendo que nenhum serviço dispõe da totalidade de recursos e competências necessários para a resolução das demandas de saúde da população em seus diversos ciclos de vida (BRITO *et al.*, 2013). Assim sendo, a RAS vai sendo delineada em diferentes pontos de atenção, por meio de distintos dispositivos com densidades tecnológicas diferentes, nelas distribuídos de modo a resultar em qualidade, eficiência, eficácia e resolutividade (BRITO *et al.*, 2013).

Dessa forma, a interação entre o SAD e as equipes da ESF apresentam-se como fatores decisivos para garantir a assistência mais resolutiva e de qualidade aos usuários. Observa-se pela ÓPTICA dos profissionais da ESF que há integração entre esses dois pontos da RAS, havendo apoio mútuo.

Além disso, para os sujeitos deste estudo, o SAD também é compreendido como uma ferramenta muito importante para a integralidade do cuidado em saúde, que está caracterizado no agir de cada profissional da equipe, no seu trabalho vivo em ato e no emprego de suas tecnologias leve, leve – duras ou duras, aplicadas ao processo do cuidar em saúde (MERHY; FRANCO, 2002).

A expressão integralidade tem sido utilizada para denominar um dos princípios do SUS (MATTOS, 2004; BRITO *et al*, 2013), entendida como o ideal que se espera alcançar nas práticas de saúde e no planejamento de modelo assistencial (BRITO *et al*, 2013), sendo que expressa uma das bandeiras do movimento sanitário (MATTOS, 2004).

Nesse sentido, a integralidade é vista como a busca de um olhar integral, ampliado, objetivando compreender de forma holística o que pode favorecer a saúde, considerando as necessidades dos usuários nos diferentes ciclos da vida. Essa visão de uma saúde integral, exige um acompanhamento longitudinal e horizontal para se estabelecer o vínculo e conhecer as necessidades individuais e coletivas. Desse modo, vai muito além de somente verificar demandas de saúde-doença (BRITO *et al*, 2013).

Para Machado *et al* (2007), não há uma definição única para o que seria integralidade. Entretanto, destaca-se com uma imagem objetiva e subjetiva de práticas que são consideradas desejáveis para construção coletiva da saúde. Dessa forma, a integralidade é um conceito que possibilita o reconhecimento dos indivíduos em sua totalidade, levando em consideração as dimensões possíveis de intervenção. Para se alcançar a integralidade, é necessário a ruptura da organização tradicional e o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional, percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual está inserido.

Com base nos relatos dos sujeitos, os profissionais da ESF compreendem que a equipe do SAD está propiciando atendimento integral aos seus usuários e familiares, agindo para promover a integralidade, outra função do SAD consiste no movimento de desospitalização.

Corroborando com as falas dos profissionais da ESF, Brito *et al* (2013), referem que um dos principais objetivos da AD é a desospitalização. O processo de desospitalização está relacionado à humanização do atendimento, a fim de proporcionar ao sujeito uma reabilitação mais rápida no domicílio.

A saída do hospital está associada a racionalização dos leitos hospitalares, pois, considerando os elevados custos com assistência em saúde, tornou-se uma tendência mundial dar prioridade aos leitos hospitalares para doenças agudas ou descompensadas (SILVA; SENA; CASTRO, 2018). Desse modo, a AD tem como um dos pilares centrais acelerar o processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio (SILVA; SENA; CASTRO, 2018).

Por muito tempo, os modelos de saúde eram organizados nos moldes hospitalocêntricos, hierarquizados e estruturados. Dessa forma, era comum verificar nos hospitais condições sensíveis à atenção primária, tais como portadores de doenças crônico-degenerativas, alocados em serviços de internação. Entretanto, com o processo de transição demográfica e epidemiológica, houve um aumento na demanda por serviços de saúde e observou-se a necessidade de novos modelos de assistência para cobrir a essa crescente demanda.

Assim, o domicílio passou a ser entendido como espaço de cuidado em saúde propiciando racionalizar a utilização dos leitos hospitalares e os custos, além de estabelecer uma prática centrada no indivíduo. Com o processo de desospitalização, objetiva-se humanizar o atendimento e o cuidado, assegurar cuidados e insumos mínimos, redução de internações e prevenção de re-internações, aumento da disponibilização de leitos hospitalares e redução de custos (SANTANA; ALVES, 2014).

Ao observar a visão dos profissionais da ESF pode-se sugerir que a equipe do SAD está auxiliando no processo de desospitalização. Outro aspecto importante apontado pelos participantes, consiste na melhoria na qualidade de vida destes usuários.

Devido novas abordagens psicossociais, intensificou-se a preocupação com questões relacionada a qualidade de vida, valorizando aspectos mais amplos do que somente controle de sintomas, redução da morbimortalidade e aumento da expectativa de vida (PEREIRA; TEXEIRA; SANTOS, 2012).

O conceito de qualidade de vida é abrangente e complexo e não representa somente a saúde, mas sim, envolve diferentes abordagens, como a econômica, psicológica, biomédica e geral ou holística (PEREIRA; TEXEIRA; SANTOS, 2012),

A qualidade de vida pode ser compreendida como a oferta ao sujeito o mínimo de condições para que possam desenvolver o máximo de suas habilidades e potencialidades. Esse termo abarca muitos significados, que repercutem conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos em diferentes locais e tempos, representando portanto uma construção sociocultural.

A qualidade de vida representa elementos que determinada sociedade considera de conforto e bem-estar, assim a qualidade de vida reflete um grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética (MINAYO *et al*, 2000).

Além disso, a qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais básicas do ser humano tais como saúde, alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação e lazer. Assim, a qualidade de vida em saúde vai além da capacidade de

viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade (MINAYO *et al*, 2000).

De maneira geral, a qualidade de vida foi validada em quatro construtos considerando a percepção do sujeito: 1) condição física; 2) condição afetiva e cognitiva; 3) relacionamentos e papéis sociais e 4) percepção do ambiente (SEIDL; ZANNON, 2004).

Na visão dos profissionais da ESF, o pode-se inferir que o SAD auxiliou na qualidade de vida dos usuários assistidos, especialmente por melhorias nas condições físicas. Por fim, o SAD é compreendido por estes profissionais como um dispositivo de melhoria no acesso a bens e serviços de saúde.

De acordo com Travassos e Martins (2004) a utilização dos serviços de saúde simboliza a essência do funcionamento dos sistemas de saúde, que decorre do contato direto (consultas médicas, hospitalizações) ou indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos). Segundo os autores, o acesso é um conceito complexo e variável, de maneira geral, o acesso seria o ato de ingressar e dar entrada no serviço, mas também pode indicar o grau de facilidade que o indivíduo consegue assistência.

O acesso aos serviços de saúde pode ser influenciado por diferentes determinantes, tais como, características demográficas, geográficas, socioeconômicas, culturais, disponibilidade e quantidade de recursos, dentre outros (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Entretanto, alguns aspectos podem influenciar o acesso a bens e serviços de saúde, como a morbidade, gravidade e urgência da doença (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Assim, na ÓPTICA dos profissionais da ESF é possível verificar que o SAD propiciou acesso direto e indireto aos serviços de saúde, facilitando principalmente para usuários com condições de saúde que não conseguiriam ir até a UBS.

### 5.3 INTERAÇÃO ENTRE A ESF E O SAD

Pode-se evidenciar ainda que em relação a interação entre as equipes da ESF e do SAD está compreendida como uma boa relação.

A comunicação é uma prática social que ocorre da relação entre pessoas, podendo ser expressa por meio de características verbais [fala] e não verbais [escrita, comportamentos, gestos] (CORIOLANO-MARINUS *et al*, 2014). Nos serviços de saúde, inclusive no SUS, os encontros entre os trabalhadores são intermediados pela comunicação (CORIOLANO-MARINUS *et al*, 2014).



Nesse sentido, o trabalho em equipe perpassa a trocas de conceitos, teorias e métodos e práticas. A fim, de que todos os diferentes saberes e trabalhem integrados e articulados. Na multiplicidade, as equipes aprendem a lidar com as diferenças, com o objetivo de maximizar e amplificar as interações e ser mais resolutivo aos problemas de saúde (BACKES *et al*, 2014).

Compreende-se, que o trabalho das equipes de saúde envolve diversos membros, que estão conectados e fazem parte de teias estruturais que formam interações entre si e que estão inseridos num emaranhado de redes maiores (LANZONI; MEIRELLES, 2012). Assim, a comunicação é uma ferramenta laboral dos trabalhadores de saúde e parte da necessidade de implementação da comunicação dialógica, para efetivar a troca e intercâmbio de saberes (CORIOLANO-MARINUS *et al*, 2014).

Os participantes também indicam a equipe do SAD, como sendo importantes para o compartilhamento do cuidado. Onde, de acordo com Matuda et al (2015) a colaboração interprofissional é uma expressão usada para designar a interação entre profissionais de diferentes áreas de atuação, viabilizando uma assistência à saúde mais ampla. A interação é uma prática comunicativa, caracterizada pela procura de zonas de convergência, a fim de traçar objetivos em comum de trabalho (MARQUI *et al*, 2010).

A interação entre os profissionais está diretamente associada ao cuidado integral, uma vez que reúne práticas participativas e de relacionamentos mútuos entre os participantes, contrapondo-se ao modelo biomédico, tradicional e verticalizado. Para tal, este processo demanda de um permanente movimento de comunicação e de tomada de decisões, que possibilite os saberes e habilidades das várias áreas de conhecimento operarem de modo colaborativo e participativo (MATUDA *et al*, 2015). Assim, o trabalho em equipe é resultante da interação recíproca entre as intervenções técnicas e dos agentes, sendo uma construção coletiva (MARQUI *et al*, 2010).

Dessa forma, observa-se que os profissionais da ESF percebem acerca da interação com o SAD como positiva, visto que seus relatos sinalizam para a existência de uma boa comunicação, o que favorece o compartilhamento e a corresponsabilização do cuidado.

Entretando, segundo alguns relatos dos participantes, o SAD atua como dispositivo para desafogar os atendimentos na ESF.

Nessa perspectiva, observa-se que os profissionais da ESF vêem no SAD uma forma de desresponsabilização, no qual encaminhar o paciente ao SAD é sinônimo de diminuir sua demanda. De acordo com Campos e Domitti (2007), encaminhar como forma de transmitir a responsabilidade leva à fragmentação do cuidado e à descontinuidade do projeto terapêutico, além haver redução da força do trabalho coletivo. De algum modo também desresponsabiliza

o estado e culpabiliza o cuidador informal por quaisquer dificuldades no cuidado (BRITO, 2018).

No estudo realizado por Andrade et al (2013) que buscava verificar a percepção dos profissionais de AD sobre a articulação com as RAS, também verificou a desresponsabilização. Um dos entrevistados referiu que para haver a melhoria nessa articulação deveria ser orientado, especialmente em atenção primária, que os serviços de AD não vieram para suprir a demanda do programa de saúde da família (PSF).

Os autores ressaltam que ainda há integração vertical na articulação nos serviços de saúde e destacam que o desafio é articulação com outros pontos da RAS, especialmente na AB, necessitando a superação da desresponsabilização, pois só assim será possível a resolutividade e qualidade no processo de trabalho em saúde.

Os resultados também sinalizam para a estruturação da linha de cuidado que se construiu para o compartilhamento do cuidado entre as equipes da ESF e do SAD, por meio do estabelecimento de um protocolo de encaminhamento.

O estabelecimento de protocolos em saúde são considerados importantes ferramentas para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Por meio de protocolos, há pressupostos e diretrizes técnicas para o planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto organização e padronização do trabalho (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Entretanto, apesar dos profissionais da ESF relatarem uma boa comunicação com a equipe do SAD, alguns profissionais demonstraram certo desconhecimento em relação aos procedimentos de encaminhamentos, inclusive sobre protocolo de encaminhamento e desconhecimento da rotina de atendimento prestado pela equipe do SAD.

Além das fragilidades na comunicação, os profissionais da ESF também apresentam em seus relatos a existência de um distanciamento de alguns profissionais e que a interação entre a ESF e o SAD não ocorreu com todos os membros da equipe da ESF.

Segundo Massoco e Melleir (2015), o ato de se comunicar é indispensável para o trabalho em equipe, sendo esta a habilidade de manifestar e exteriorizar uma informação universal ao indivíduo. Segundo os autores, um canal de comunicação efetivo é fundamental para prestação de uma assistência de qualidade, possibilitando aos profissionais transmitir e receber informações de forma clara e correta. Quando a comunicação ocorre de forma satisfatória, há uma sinergia entre as equipes.

Dessa forma, observa-se que a comunicação entre o SAD e a ESF não acontece de forma linear entre todos os profissionais. Algumas barreiras na comunicação precisam ser

superadas para que haja um melhor conhecimento e entrosamento de todos os profissionais, pois todos são peças atuantes nesse processo de cuidado.

Outra fragilidade apontada pelos profissionais da ESF está a sobrecarga da equipe do SAD, o que além de dificultar o processo de trabalho dos profissionais que compõe a equipe do SAD, pode também interferir diretamente na qualidade do cuidado a vida dos usuários atendidos pela equipe.

A sobrecarga refere-se a percepção de demandas excessivas e a sensação de peso destas demandas, está ligada a fatores, tais como as condições de trabalho (BANDEIRA, *et al* 2007). Corroborando com esses achados, Oliveira e Cunha (2014) apontam que os profissionais de saúde estão expostos a situações estressoras e conflituosas que podem levar a sobrecarga, tais como a precariedade condições de trabalho, excesso de trabalho e acúmulo de tarefas, alta demandas requeridas pela assistência e a grande responsabilidade exigida no trabalho.

Ainda como fragilidades apontadas pelos profissionais da ESF em relação ao SAD é a estrutura física, onde muitas vezes ocorrem acúmulos de funções por parte dos profissionais do SAD, bem como, a grande extensão territorial a ser percorrida pela equipe para atender aos usuários.

A precariedade na estrutura física não é um problema exclusivo do SAD, mas sim de todas as equipes que fazem parte do SUS. Os autores Marqui et al (2010) realizaram um estudo com profissionais da ESF de uma coordenadoria regional no Rio Grande do Sul para caracterizar o processo de trabalho e observaram que a queixa mais frequente é a falta de estrutura.

Além disso, uma pesquisa realizada em Minas Gerais por Cotta et al (2006) também apontou que as principais dificuldades encontradas pelas equipes de ESF são a falta de transporte, infraestrutura, equipamentos, medicamentos, apoio dos órgãos responsáveis pela ESF, pouca disponibilidade de recursos humanos repasse e aplicação indevida de verbas. A falta ou deficiência na estrutura comprometem o planejamento e execução do trabalho das equipes de saúde, interferindo na qualidade da assistência realizada (MARQUI, *et al.* 2010). Apesar de não serem realizadas com equipes de SAD, esses estudos permitem inferir sobre a realidade vivenciada por esses profissionais.

Ainda em relação as dificuldades apontadas pelos participantes, citamos a dificuldade na transição do usuário pela equipe do SAD, e a dificuldades de responsabilização do usuário pelo cuidado.

Pode-se ainda observar um distanciamento entre as equipes da ESF e do SAD e fragmentação do cuidado. No Brasil ainda há predomínio de práticas fragmentadas e pontos de atenção que não se comunicam, fragilizando o processo de integralidade (BRITO *et al*, 2013). Para que isso ocorra, todos os autores devem estar participando ativamente, ou seja, é necessário estabelecer uma parceria entre as equipes de saúde e o paciente-família no processo de tomada de decisões com responsabilidade igualmente distribuídas (SANTANA; ALVES, 2014). Assim, deve-se ser dada ênfase na responsabilização mútua entre paciente e equipe de saúde, ressaltando o protagonismo do paciente e da família no seu processo saúde doença, permitindo a participação ativa no processo de planejamento, organização, implantação e controle dos cuidados necessários. (BRITO *et al*, 2013). Nesse sentido, faz-se necessário a melhora da interação entre os profissionais do SAD e da ESF, para que tais problemas sejam minimizados.

Os participantes apontaram algumas estratégias para melhorar a interação entre os membros da ESF com o SAD, que consiste basicamente em movimentos de Educação Permanente em saúde. Para que isso aconteça, os profissionais da ESF relataram a unificação dos prontuários, utilização das tecnologias para melhorar a comunicação, realização de reunião de equipes, elaboração de cursos e material de apoio e imersão através de vivências.

O prontuário do paciente é um registro escrita das informações clínicas, biológicas, diagnósticos e terapêuticas de uma pessoa, constantemente atualizado (PINTO, 2006). Caracteriza-se como um documento com um conjunto de dados acerca de situação de saúde do indivíduo e da assistência a ele fornecida e é utilizado para possibilitar a comunicação entre os integrantes da equipe multiprofissional de modo a assegurar continuidade do cuidado.

Nesse sentido, com o advento das tecnologias da informação e da comunicação, estas vieram para aprimorar os processos de decisão, propiciando uma assistência qualificada e favorecendo a eficiência dos serviços de saúde. Além disso, outra ferramenta de aproximação entre as equipes para discussão de casos está a utilização de aplicativos de mensagens o que vem facilitando a interação entre as equipes da ESF e do SAD.

Os autores Oliveira e Alencar (2017) apontam que os aplicativos para dispositivos móveis são um importante de fonte de informação e são utilizados para manter as pessoas hiperconectadas. Esses aplicativos foram desenvolvidos para facilitar a colaboração e interatividade dos usuários. Além disso, esses aplicativos propiciaram a modernização, dinamização, ampliação e enriquecimento de diversas áreas, entre elas na saúde.

Outra estratégia, usada para aperfeiçoar a interação entre as equipes apresentada pelos profissionais da ESF foi a realização de reuniões de equipe.

A reunião de equipe tem como finalidade reunir os profissionais, para se estabelecer um planejamento comum, a discussão de situações e casos, bem como a tomada de decisão (SANTOS, *et al.* 2017). A reunião de equipe permite que os profissionais envolvidos observem com mais clareza a importância da função que desempenha no processo de trabalho, fazendo-o como peça fundamental para traçar um trabalho coletivo através do diálogo e da construção interdisciplinar.

A elaboração de cursos e material de apoio para educação permanente também foi apontada como medida para melhorar a interação entre as equipes.

De acordo com Carotta et al (2009) a educação permanente em saúde é uma ferramenta de reflexão crítica para construção de práticas de atenção, gestão e formação nos processos de trabalho, possibilitando a mudança nas práticas de saúde e favorecendo uma melhor articulação entre os serviços de saúde.

Nesse sentido, o termo educação permanente remete a qualificação do fator humano como um dos mais importantes meios para a produtividade no próprio local de trabalho. Refere-se a perspectiva de uma aprendizagem constante ao longo da vida, no qual o profissional tenha maior engajamento no processo produtivo da saúde, superando o trabalho fragmentado e desumanizado (LEMOS, 2016). Dessa forma, caracteriza-se por um processo educativo e pedagógico que coloca o trabalho em saúde em análise, a fim de construir espaços coletivos de reflexão e avaliação das práticas cotidianas. Tem como objetivo a atualização das práticas com aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, para mudanças nos serviços de saúde e orientação políticas públicas em um dado tempo e lugar (CECCIM, 2005).

Por fim, os participantes apontaram a imersão nas vivências do SAD como um fator para melhorar a interação entre os mesmos. Ferla et al (2013) afirmam que as vivências proporcionam diálogos e conversações problematizadoras, permitindo ampliar a concepção de saúde e considerando o sujeito como ator e inserido num contexto sociocultural e político.

Além disso, as vivências permitem sensações e percepções que os profissionais da saúde devem aguçar e aperfeiçoar. O compartilhamento das experiências é fundamental para a melhoria da qualidade da assistência, permitindo reflexões e mudanças por meio da troca de saberes (WEBER *et al.*, 2016).

## **6 CONCLUSÃO**

Para os profissionais da ESF o SAD tem como atuação prestar atendimento domiciliar para o paciente acamado e que não pode se deslocar ao serviço de saúde. Além disso, a atuação ocorre de forma multiprofissional e está mais voltada para usuários acamados, domiciliados e portadores de doenças crônicas, que demandam de cuidado integral.

A função do SAD é fornecer o apoio a ESF, promover atendimento integral aos usuários, favorecer a desospitalização, proporcionar melhoria da qualidade de vida e facilitar o acesso a indivíduos com condições de saúde que não conseguiriam ir até a UBS.

Os profissionais da ESF percebem como positiva a interação com o SAD, vistos os relatos de uma boa comunicação e de que favoreceu o compartilhamento do cuidado. Não obstante, o SAD é também uma possibilidade de desafogar a demanda, ou seja, vêem como uma forma de desresponsabilização, no qual encaminhar o paciente ao serviço é sinônimo de diminuir sua demanda no território de atuação adstrito da ESF.

Os participantes indicaram ainda algumas estratégias para melhorar a interação entre os membros da ESF com o SAD, que consiste basicamente em movimentos de educação permanente em saúde, unificação dos prontuários, utilização das tecnologias para melhorar a comunicação, realização de reunião de equipes, elaboração de cursos, material de apoio e imersão através de vivências.

Algumas barreiras na comunicação precisam ser superadas para que haja um melhor conhecimento e entrosamento de todos os profissionais. Além disso, outras fragilidades são percebidas pela equipe da ESF em relação ao SAD, como sobrecarga, falta de estrutura e dificuldade em responsabilização do cuidado. Tais fragilidades podem contribuir na fragmentação do cuidado.

Para pesquisas futuras, sugerisse buscar identificar questões relacionadas ao desconhecimento de certos profissionais em relação aos procedimentos de encaminhamentos, inclusive sobre protocolo de encaminhamento e desconhecimento da rotina de atendimento prestado pela equipe do SAD, uma vez que a comunicação entre o SAD e a ESF não acontece de forma linear entre todos os profissionais.

## **REFERÊNCIAS**

AMARAL, N. N. *et al.* Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. **Rev. Neurociências**. São Paulo, v.9, n.3, p. 111-117, set 2001.

ANDRADE, A. M. *et al.* Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 111-117, Junho 2013.

BACKES, D. S. *et al.* Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde**. Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 277-289, out 2014.

BANDEIRA, M. *et al.* Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO. **Jor. Bras. Psiquiatr.** Rio de Janeiro, v.56 n.4, p. 280-286, Dez 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BONI, V.; QUARESMA, J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. Florianópolis, v. 2, n 3, p. 68-80, jul 2005.

BRAGA, P. P. *et al.* Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, mar 2016.

BRANDÃO, F.S.R. *et al.* Sobrecarga dos cuidadores de idosos assistidos por um serviço de atenção domiciliar. **Rev. Enferm. UFPE**. Recife, v. 11, supl 1, p. 272-279, jan.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) Acesso em: 17/06/2019.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/leis/2002/L10424.html](http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/2002/L10424.html) . Acesso em: 09 de agosto de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar**. Publicado em <15/05/2017>. Disponível em: <http://portalsms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar> . Acesso: abril 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças**

**crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011; p.148.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, vol 1, p. 1-106. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199\\_30\\_01\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html). Acesso em: 09 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Modalidades de atenção domiciliar**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar/modalidades-de-atencao-domiciliar> Acesso em: 15/03/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 09 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html). Acesso em: 09 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 60 p.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção Primária À Saúde. Departamento de Saúde da Família. **NOTA TÉCNICA Nº3/2020-DESF/SAPS/MS**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2020

BRITO, M.J.M. *et al.* Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 603-610 dez 2013.

BRITO, A.M.M, *et al.* Representações sociais do cuidado e da velhice no Brasil e Itália. **Psicol.(Univ. Brasília, Online)**, p. e3455-e3455, 2018.



CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.399-407, fev 2007.

CAROTTA, F. *et al.* Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, supl.1, p. 48-51, mar 2009.

CASTRO, W.S. **A desospitalização de um hospital público geral de Minas Gerais: início da atenção domiciliar**. 2016. 111 p. (Tese de Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CORIO-LANO-MARINUS, M.W.L. *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.4, p.1356-1369, 2014.

COTTA, R.M.M. *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da Atenção Básica em Saúde. **Epidemiol Serv Saúde**. Brasília, v.15, n.3, p.7-18, set 2006.

DALLA BARBA, P. **Projeto de implantação do serviço de Atenção Domiciliar para o município de Ijuí**. 2015. 62 p. (Monografia Atenção domiciliar) Grupo Conceição Porto Alegre, 2015.

ENGERS, P.B. *et al.* **Efeitos da prática do método Pilates em idosos: uma revisão sistemática**. Rev Bras Reumatol. São Paulo, v.56, n. 4, p.352–365, Jul/ agos 2016

FERLA, A.A. *et al.* **Vivências e Estágios na Realidade do SUS: educação permanente em saúde e aprendizagem de uma saúde que requer integralidade e trabalho em redes colaborativas**. RECIIS – R. Eletr. De Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 1-11, dez 2013.

FERREIRA, R.B. *et al.* Práticas de si de cuidadores familiares na atenção domiciliar. **Rev. cuid**. Bucaramanga, v. 8, v.3, p. 1809-1825, set/ dez 2017.

FEUERWERKER L.C.M.; MERHY, E,E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud**. Washington, v. 24, n. 8, p. 180-188, fev 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, 2008.

GUERRA, S.G. *et al.* A sobrecarga do cuidador domiciliar. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**. Fortaleza, v. 30, n. 2, p.179-186, jul 2017.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 161-9, 31 mar. 2014.

KERBER, N.P.C.; KIRCHHOF, A.L.C.; CEZAR-VAZ, M.R. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 485-493, mar 2008.

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v.25, n.3, p. 464-470, ago 2012.

LEMOS, C.L.S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, jul 2016.

MACHADO, M.A.F.S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do sus - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, ago 2007.

MALTA, D.C. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4341-4350, ago 2014.

MARQUI, A.B.T. *et al.* Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-61, dez 2010.

MASSOCO, E.C.P.; MELLEIRO, M.M. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **REME • Rev Min Enferm**. Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 187-191, jun 2015.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, out 2004.

MATUDA, C.G. *et al.* Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, nov 2015.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Trabalho em saúde. In: escola politécnica Joaquim Venâncio. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 1ed. Rio de Janeiro: escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio, 2006, v. 1, p. 276-282.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

MINAYO, M.C.S. *et al.* Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.7-18, jan 2000.

OLIVEIRA, A.R.F.; ALENCAR, M.S.M. O uso de aplicativos de saúde para dispositivos móveis como fontes de informação e educação em saúde. **RDBCI: Rev. Digit. Bibliotecon. Cienc. Inf.** Campinas, v. 15, n. 1, p. 234-245, abr. 2017

OLIVEIRA, R.J.; CUNHA, T. Estresse do profissional de saúde no ambiente de trabalho: causas e consequências. **Caderno Saúde e Desenvolvimento.** Juiz de Fora, v.3, n.2, p. 1-93, dez 2014.

OLIVEIRA, M.F. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração.** Catalão: UFG, 2011. p. 72.

OLIVEIRA NETO, A.V.; DIAS, M.B. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? **Divulgação em Saúde Para Debate.** Rio de Janeiro, v. 51, p.58-71, out. 2014.

PEDUZZI, M; SHCRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Observatório dos Técnicos de Saúde. (Org.). **Dicionário de educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz, 2006, p. 199-206.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte.** São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, jun 2012.

PEREIRA, R.C.A.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. **Interface** (Botucatu), v.17, n.45, p.327-40, jun. 2013.

PILATTI, P. *et al.* Cuidados paliativos oncológicos em um serviço público de atenção domiciliar. **Rev. bras. med. fam. Comunidade.** Rio de Janeiro, v. 12, n.39, p. 1-10, fev 2017.

PINHO, L.B. *et al.* A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Rev. eletrônica enferm.** Goiânia, v. 9, n.3, p. 835-846, dez 2007.

PINTO, V.B. **Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde.** Enc. Bibli: R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf., Florianópolis, n.21, 1º sem. 2006. 34p.

POZZOLI, S.M.L. *et al.* Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. **Saúde debate.** Rio de Janeiro, v. 41, n.115, p. 1116-1129, dez 2017.

REIS, M.A.S. *et al.* A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface - Comunic, Saúde, Educ,** v.11, n.23, p.655-66, dez 2007.

RIBEIRO, C.G. *et al.* Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 330-339, abr 2017.

RIBEIRO, E.M. *et al.* A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.438-446, abr 2004.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. Washington, v.31, n.3, p. 260–268, jun 2012.

SANTANA, C.R.; ALVES, E.D. Estudo sobre os limites e possibilidades do programa de internação domiciliar em desospitalizar doentes portadores de doenças crônico degenerativas na regional de saúde do Paranoá. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Brasília, v. 5, n. 1, p. 37-46, fev 2014.

SANTOS, E.O. *et al.* Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho. **Rev Fund Care Online**. Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 606-613, jul 2017.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-588, abr 2004.

SERAFIM, A.P; RIBEIRO, R.A.B. Internação domiciliar no SUS: breve histórico e desafios sobre sua implementação no Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**. Brasília, v. 22, n. 2, p. 163-168, jan 2011.

SEVERO S.B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15(Supl. 1), p.1685-1698, nov 2010.

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; CASTRO, W.S. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 38, n. 4, p. 1-9, jun 2017.

SILVA, K.L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, fev 2010.

SOARES, C.B. *et al.* Marxismo como referencial teórico metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 47, n. 6, p 1403-1409, set 2013.

SORATTO, J. *et al.* Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, jun 2015.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20 Sup 2, p.190-198, jan 2004.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, abr 2005.

WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte. Nescon/UFMG, 2009, p.90.

WEBER A *et al.* Vivências e estágios na realidade do sus (ver-sus) e a formação profissional em saúde: relato de experiência. Extensio: **R. Eletr. De Extensão**. Florianópolis, v. 13, n. 23, p.112-122, set 2016.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

Tempo de atuação profissional:

Tempo de atuação na ESF no município:

### 2. OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

- 1) Fale um pouco sobre Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Araranguá ?
- 2) Como era o trabalho na ESF antes do SAD existir?
- 3) Na sua opinião, qual é a função do trabalho no SAD?
- 4) Você sabe quais são os tipos de situações ou necessidades de saúde que o SAD atua/assiste? Quais os tipos de ações que são realizadas pelo SAD?
- 5) Na sua opinião, quais são os benefícios/aspectos positivos do SAD?
- 6) Para você, quais são os principais problemas do SAD?
- 7) Como que você acha que deveria ser a integração entre ESF e SAD?
- 8) Como você avalia o seu próprio trabalho e ou da equipe em relação ao SAD?
- 9) Você gostaria de falar mais alguma coisa que possa contribuir com a pesquisa?

**APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**



**Título da Pesquisa: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR EM ARARANGUÁ/ SC NA ÓPTICA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Objetivo:** Analisar o processo de trabalho do Serviço de Atenção Domiciliar do município de Araranguá/SC, na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

**Período da coleta de dados:** junho a outubro 2019

**Tempo estimado para cada coleta:** 1 hora

**Local da coleta:** 15 ESF de Araranguá

**Pesquisador/Orientador:** Jacks Soratto

**Telefone:** 480999347881

**Pesquisador/Acadêmico:** Ana Claudia Burigo Lima

**Telefone:** 48 996364689

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA da UNESC**

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

**DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA**

O presente projeto de pesquisa adotará como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada como instrumento principal e a observação como complementar. As entrevistas semiestruturada serão orientadas por um roteiro composto por X perguntas fechadas sobre as características dos participantes do estudo e por Y perguntas abertas que objetivam discorrer sobre o objeto proposto de investigação. Na entrevista, o encontro será conduzido para deixar o participante a vontade, sendo como uma conversa guiada pelo instrumento que deverá se apresentar imperceptível ao participante. O gravador será posicionado em local que não gere uma intimidação ao entrevistado. Em caso de resposta objetivas poderá ser utilizado recursos para fomentar a verbalização, por exemplo:



“ Me fale mais sobre? \_Por que ou como essa situação acontece?”.

### RISCOS

Os riscos são mínimos relacionados a possíveis desconfortos emocionais. Caso a pergunta oportunize este desconforto, a pesquisadora externará a possibilidade de desistência da participação da pesquisa, bem como encaminhar o participante a UBS referencia mais próxima ou ao serviço de saúde mental do município para aporte psicológico.

### BENEFÍCIOS

Os benefícios da pesquisa abrangem a importância de mais municípios aderirem ao PMC, a otimização de leitos hospitalares com as internações domiciliares e a mudança do modelo

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) **Jacks Soratto** pelo telefone 48 - 999347881/ou pelo e-mail <[jacks@unesc.net](mailto:jacks@unesc.net)>.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
<b>Voluntário(a)/Participante</b>	<b>Pesquisador(a) Responsável</b>
_____	_____
<b>Assinatura</b>	<b>Assinatura</b>
<b>Nome:</b> _____	<b>Nome: Jacks Soratto</b>
<b>CPF:</b> _____._____._____ - ____	<b>CPF: 007674729 - 85</b>

Criciúma (SC), de 2019.

## ANEXOS

**ANEXO A – PARECER COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR EM ARARANGUÁ/SC NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA **Pesquisador:** Jacks Soratto **Área Temática:**  
**Versão:** 2

**CAAE:** 16037019.3.0000.0119

**Instituição Proponente:** Universidade do Extremo Sul Catarinense

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.481.531

**Apresentação do Projeto:**

Pesquisa empírica e qualitativa, que objetiva analisar o trabalho do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) no município de Araranguá/SC sob a ótica dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) daquele município. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde que atuavam nas ESF antes da implementação do SAD e que permanecem atuando no Município de Araranguá. Serão profissionais envolvendo as 15 ESF do município. Pretende-se conhecer as potencialidades e fragilidades do serviço e, com isso, sensibilizar os gestores para a importância do cuidado na perspectiva da integralidade. Projeto reapresentado a este comitê.

**Objetivo da Pesquisa:**

Geral:

Analisar o processo de trabalho do SAD do município de Araranguá/SC, na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Específicos:

- Identificar a compressão de elementos do processo de trabalho dos profissionais de saúde da ESF sobre o SAD;
- Conhecer as potencialidades e fragilidades do SAD.

Continuação do Parecer: 3.481.531

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Adequados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Todos os quesitos apontados no parecer anterior foram atendidos, seja por sua aceitação, seja por um melhor esclarecimento do que já fora colocado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos adequados.

**Recomendações:**

Concluída a pesquisa, deve ser anexado a esta plataforma, o relatório final incluindo análise dos dados e conclusões do estudo. Para os trabalhos de conclusão de curso, pode ser anexado o trabalho final, para as demais pesquisas, está disponível um modelo de relatório na página [www.unesc.net/cep](http://www.unesc.net/cep).

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1382612.pdf	24/07/2019 15:23:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoanaclaudia24072019.doc	24/07/2019 15:20:39	Jacks Soratto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	24/07/2019 15:19:38	Jacks Soratto	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostooficial.pdf	20/06/2019 11:06:22	Jacks Soratto	Aceito
Outros	cartadeaceite.jpg	19/06/2019 09:46:23	Jacks Soratto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Continuação do Parecer: 3.481.531

**Necessita Apreciação da CONEP:**  
Não

CRICIUMA, 01 de Agosto de 2019

---

**Assinado por:**  
**RENAN ANTONIO CERETTA**  
**(Coordenador(a))**

