



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

EENF PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM

JULIANA MARQUES WEYKAMP

**SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR E SUA INTERCONEXÃO
COM AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE À LUZ DO PENSAMENTO
ECOSSISTÊMICO**

**Rio Grande
2020**

JULIANA MARQUES WEYKAMP

**SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR E SUA INTERCONEXÃO
COM AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE À LUZ DO PENSAMENTO
ECOSSISTÊMICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito final para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: O Trabalho da Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

**Rio Grande
2020**

Ficha Catalográfica

W547s Weykamp, Juliana Marques.
Serviço de atenção domiciliar e sua interconexão com as redes
de atenção à saúde à luz do pensamento ecossistêmico / Juliana
Marques Weykamp. – 2020.
177 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande –
FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio
Grande/RS, 2020.

Orientadora: Dra. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira.

1. Atenção à Saúde 2. Assistência Domiciliar 3. Enfermagem
4. Ecossistema I. Siqueira, Hedi Crecencia Heckler de II. Título.

CDU 613

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

JULIANA MARQUES WEYKAMP

**SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR E SUA INTERCONEXÃO
COM AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE À LUZ DO PENSAMENTO
ECOSSISTÊMICO**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 07 de julho de 2020, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

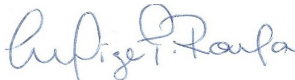


Mara Regina dos Santos Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG

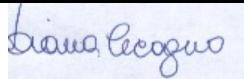
BANCA EXAMINADORA



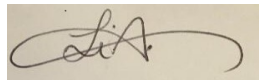
Profª Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira – (Presidente)
Universidade Federal do Rio Grande – FURG – Brasil



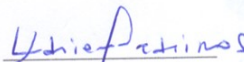
Profª. Drª. Laurelize Pereira Rocha
Universidade Federal do Rio Grande – FURG – Brasil



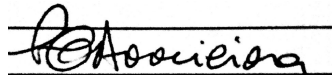
Profª Drª. Diana Cecagno
Universidade Federal de Pelotas - UFPEL – Brasil



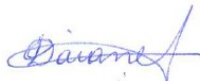
Profª. Drª. Liziane Iturriet Avila
Universidade Federal do Rio Grande – FURG – Brasil



Drª. Adriane Calvetti de Medeiros
Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas – HE UFPEL– Brasil



Profª. Drª. Isabel Cristina de Oliveira Arrieira
Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas – HE UFPEL– Brasil
Universidade Católica de Pelotas – UCPEL - Brasil



Profª. Drª. Daiane Porto Gautério Abreu
Universidade Federal do Rio Grande – FURG – Brasil

Rio Grande, 07 de julho de 2020

“Ninguém pode entrar duas vezes no mesmo rio, pois quando nele se entra novamente, não se encontra as mesmas águas, e o próprio ser já se modificou.”

Heráclito

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por permitir minha existência, e por me dar força nas horas mais difíceis, permitindo que eu cumpra minha jornada aqui na terra.

Aos meus pais, Elizabete e Valdir, obrigada pelo amor incondicional, por terem dedicado parte de suas vidas investindo na minha educação e por terem contribuído diretamente em quem eu sou hoje. Obrigada pelo apoio, incentivo, compreensão, reconhecimento, amor e, também, pela convivência harmoniosa dos nossos dias.

À minha família Marques/Weykamp, obrigada por todo apoio, carinho, dedicação ao longo de toda essa jornada e, principalmente, por acreditarem na minha capacidade.

Aos meus poucos e bons amigos, principalmente, a Gisele e Juliano, agradeço os momentos de descontração, as palavras de incentivo e por aquele ombro amigo que só vocês sabem dar.

Aos meus colegas de trabalho, agradeço o apoio, os ensinamentos e parceria diária.

A minha orientadora, Prof. Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, amiga e inspiradora, sem você eu não teria realizado este trabalho. Gratidão é o que eu tenho para lhe dizer. Gratidão pela convivência, pelos conselhos, pela parceria, por acreditar em mim e me apoiar nesta e em outras trajetórias que ainda percorreremos juntas.

A minha querida Diana, pela amizade, dedicação, confiança, apoio e por sempre acreditar em mim, até quando eu não acreditava mais.

Aos membros da Banca Examinadora por terem aceitado o convite, pelo carinho e pela contribuição no aperfeiçoamento do estudo e durante a minha trajetória acadêmica.

Aos Professores do PPGEnf/FURG, pelo conhecimento transmitido, pelas palavras de carinho e pelas oportunidades de crescimento acadêmico.

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES), pela convivência, trocas, conhecimento. Estar com vocês e aprender com vocês fazem parte de uma oportunidade ímpar.

Aos participantes desta pesquisa, por disponibilizarem seu tempo, sem o qual seria impossível a realização deste estudo. Grata por me acolherem e por terem dedicado um tempo para mim.

A todos que contribuíram para que esta conquista se tornasse possível e que estão felizes com as minhas realizações.

WEYKAMP, Juliana Marques. **Serviço de Atenção Domiciliar e sua interconexão com as Redes de Atenção à saúde à luz do pensamento ecossistêmico**. 2020. 177p. Tese de Doutorado em Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande, 2020.

RESUMO

Objetiva-se investigar e analisar o processo da organização e funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades de 2 e 3 e a sua interconexão com a modalidade de atenção domiciliar 1 e demais serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde na região urbana de Porto Alegre à luz do Pensamento Ecossistêmico. Assim, delimitou-se a Tese: A organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 na região urbana de Porto Alegre e a análise de suas inter-relações com a AD1 e os demais serviços que compõem às redes de atenção à saúde, possibilita contribuir com inovações nas práticas profissionais da enfermagem, no aperfeiçoamento das interconexões dos elementos constituintes da rede de atenção à saúde, na melhoria da qualidade da assistência à luz do pensamento ecossistêmico. No caminho **metodológico**, o estudo apresentou características descritivas e exploratórias, com abordagem qualitativa. A pesquisa teve como local de estudo o Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades 2 e 3 do Grupo Hospitalar Conceição e a Associação Hospitalar Vila Nova, bem como, os serviços de saúde constituídos pela modalidade de atenção domiciliar 1 da região urbana de Porto Alegre. Participaram do estudo dois coordenadores do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades 2 e 3, e dez coordenadores da modalidade de atenção domiciliar 1. A coleta de dados ocorreu mediante parecer de aprovação ético número 03/2018, no período de setembro de 2018 à outubro de 2019, realizada por meio de entrevista semi-estruturada e coleta documental na base de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Para a **análise dos dados** qualitativos optou-se pela Análise de Conteúdo de Bardin e, para os dados obtidos por meio da coleta documental, utilizou-se a análise descritiva. Os **resultados** apontaram que ambos os serviços atuam nas duas modalidades de atenção domiciliar 2 e 3, onde um dos serviços conta com quatro equipes multiprofissionais e uma de apoio, enquanto o outro, apresenta seis equipes multiprofissionais e uma de apoio. Para a inserção do usuário são seguidos alguns critérios e o seu desligamento pode ocorrer devido a alta/ transição para a atenção domiciliar 1, agravo do quadro clínico e encaminhamento para uma internação hospitalar e alta administrativa ou em situações de óbito domiciliar. Embora dificuldades tenham sido expostas pelos coordenadores do serviço em estudo, inúmeras são as potencialidades referidas por eles. Os cuidadores representam um elemento importante nesse serviço, tendo em vista que a presença dele se faz necessária como um dos critérios para a admissão do usuário no serviço ou em alguns casos a exclusão dele quando o plano terapêutico ou as rotinas do serviço não são desempenhadas de maneira adequada. Destaca-se, ainda, que apesar da sobrecarga, o cuidador prefere realizar os cuidados no domicílio junto a família, pois, na maioria das vezes, o cuidador é responsável, também, por outros familiares. Ainda que se perceba que o Serviço de Atenção Domiciliar cumpre o seu papel evitando internações passíveis de atendimento hospitalar e responda às demandas provenientes dos diferentes pontos de atenção, percebe-se a necessidade de um cuidado compartilhado e da construção de estratégias coletivas entre as três modalidades 1, 2, 3 e os demais serviços. **Considerações finais:** A organização e o funcionamento do Serviço de atenção domiciliar nas modalidades 2 e 3 da cidade de Porto Alegre, bem como, sua interconexão com a modalidade de atenção domiciliar 1, evidenciaram, nesse estudo, novas possibilidades e novos caminhos a serem trilhados visando a qualidade dos serviços e instituições de saúde, balizando as adequações e mudanças para atender as demandas em saúde do mundo contemporâneo.

Descritores: Atenção à saúde; Assistência Domiciliar; Enfermagem; Ecossistema.

WEYKAMP, Juliana Marques. **Home Care Service and its interconnection with Health Care Networks in the light of ecosystem thinking**. 2020. 177p. Tese de Doutorado em Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande, 2020.

ABSTRACT

The **objective** is to investigate and analyze the process of organization and functioning of the Home Care Service in modalities 2 and 3 and its interconnection with the modality of home care 1 and other services that make up the Health Care Networks in the urban region of Porto Alegre in the light of Ecosystem Thinking. Thus, the Thesis was **delimited**: The organization and functioning of the Home Care Service in the modalities AD2 and AD3 in the urban region of Porto Alegre and the analysis of its interrelationships with AD1 and the others services that make up the health care networks, makes it possible to contribute with innovations in professional nursing practices, in improving the interconnections of the constituent elements of the health care network, in improving the quality of care in the light of ecosystem thinking. study presented descriptive, exploratory characteristics with a qualitative approach. The research had as place of study the Home Care Service in modalities 2 and 3 of Grupo Hospitalar Conceição and Associação Hospitalar Vila Nova, as well as the health services constituted by home care modality 1 in the urban region of Porto Alegre. Two coordinators of the Home Care Service in modalities 2 and 3 participated in the study, and ten coordinators of the home care modality 1. Data collection took place through an ethical approval opinion number 03/2018, from September 2018 to October 2019, conducted through semi-structured interviews and documentary collection in the database of the Municipal Health Department of Porto Alegre. For the **analysis** of qualitative data, Bardin Content Analysis was chosen and for data obtained through documentary collection, descriptive analysis was used. The **results** showed that both services operate in two types of home care 2 and 3, where one of the services has four multi-professional teams and one support team, while the other has six multi-professional teams and one support team. For the insertion of the user, some criteria are followed, and their disconnection may occur due to discharge / transition to home care 1, worsening of the clinical condition and referral to hospitalization and administrative discharge or in situations of home death. Although difficulties were exposed by the coordinators of the service under study, the potentials mentioned by them are numerous. Caregivers represent an important element in this service, considering that his presence is necessary as one of the criteria for the admission of the user to the service or in some cases, the exclusion of the same when the therapeutic plan or service routines are not performed properly. It is also noteworthy that despite the burden, the caregiver prefers to perform home care with the family, because, in most cases, the caregiver is also responsible for other family members. Even though it is perceived that the Home Care Service fulfills its role by avoiding hospitalizations that can be hospitalized and responding to demands from different points of care, there is a need for shared care and the construction of collective strategies between the three modalities 1, 2, 3 and other services. **Final considerations**: The organization and functioning of the Home Care Service in modalities 2 and 3 in the city of Porto Alegre, as well as its interconnection with the home care modality 1, showed, in this study, new possibilities and new paths to be followed aiming at the quality of health services and institutions, guiding adaptations and changes to meet the health demands of the contemporary world.

Descriptors: Health care; Home Assistance; Nursing; Ecosystem.

WEYKAMP, Juliana Marques. **Home Care Service y su interconexión con Health Care Networks a la luz del pensamiento del ecosistema**. 2020. 177p. Tese de Doutorado em Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande, 2020.

RESUMEN

El **objetivo** es investigar y analizar el proceso de organización y funcionamiento del Servicio de Atención em Domicílio en las modalidades 2 y 3 y su interconexión con la modalidad de atención em domicílio 1 y otros servicios que integran las Redes de Atención de la Salud en la región urbana de Oporto. Alegre a la luz del Pensamiento Ecosistémico. Así, se delimitó la Tesis: La organización y funcionamiento del Servicio de Atención Domiciliaria en las modalidades AD2 y AD3 en la región urbana de Porto Alegre y el análisis de sus interrelaciones con AD1 y los demás. servicios que integran las redes asistenciales, permite contribuir con innovaciones en las prácticas profesionales de enfermería, en la mejora de las interconexiones de los elementos constitutivos de la red asistencial, en la mejora de la calidad asistencial a la luz del pensamiento ecosistémico. Estudio presentó características descriptivas, exploratorias con enfoque cualitativo. La investigación tuvo como lugar de estudio el Servicio de Atención em Domicílio en las modalidades 2 y 3 del Grupo Hospitalar Conceição y Associação Hospitalar Vila Nova, así como los servicios de salud constituidos por la modalidad de atención domiciliaria 1 en la región urbana de Porto Alegre. En el estudio participaron dos coordinadores del Servicio de Atención em Domicílio en las modalidades 2 y 3, y diez coordinadores de la modalidad de atención em domicílio 1. La recogida de datos se realizó mediante dictamen de aprobación ética número 03/2018, de septiembre de 2018 a octubre 2019, realizado mediante entrevistas semiestructuradas y recolección documental en la base de datos del Departamento Municipal de Salud de Porto Alegre. Para el análisis de datos cualitativos se eligió el Análisis de Contenido de Bardin y para los datos obtenidos a través de la recolección documental se utilizó el análisis descriptivo. Los **resultados** mostraron que ambos servicios operan en das modalidades de atención domiciliaria 2 y 3, donde uno de los servicios cuenta con cuatro equipos multiprofesionales y un equipo de soporte, mientras que el otro cuenta con seis equipos multiprofesionales y un equipo de soporte. Para la inserción del usuario se siguen algunos criterios, pudiendo producirse su desconexión por alta / transición em domicílio 1, empeoramiento del cuadro clínico y derivación a hospitalización y alta administrativa o en situaciones de fallecimiento domiciliario. Si bien las dificultades fueron expuestas por los coordinadores del servicio en estudio, las potencialidades mencionadas por ellos son numerosas, los cuidadores representan un elemento importante en este servicio, considerando que su presencia es necesaria como uno de los criterios para la admisión del usuario al servicio o en algunos casos, la exclusión de los mismos cuando el plan terapéutico o las rutinas del servicio no se realizan adecuadamente. También es de destacar que apesar de la carga, el cuidador prefiere realizar el cuidado domiciliario con la familia, ya que, en la mayoría de los casos, el cuidador también es responsable de otros miembros de la familia. Si bien se percibe que el Servicio de Atención Domiciliaria cumple su rol evitando hospitalizaciones que pueden ser hospitalizadas y respondiendo a demandas desde diferentes puntos de atención, existe la necesidad de un cuidado compartido y la construcción de estrategias colectivas entre las tres modalidades 1, 2, 3 y otros servicios. **Consideraciones finales:** La organización y funcionamiento del Servicio de Atención em Domicílio en modalidades 2 y 3 en la ciudad de Porto Alegre, así como su interconexión con la modalidad de atención domiciliaria 1, mostró, en este estudio, nuevas posibilidades y nuevos caminos a seguir. apuntando a la calidad de los servicios e instituciones de salud, orientando adaptaciones y cambios para satisfacer las demandas de salud del mundo contemporáneo.

Descriptores: Cuidado de la salud; Asistencia domiciliaria; Enfermería; Ecosistema.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	Princípios sistêmicos que norteiam a presente pesquisa	39
Figura 02	O Serviço de Atenção Domiciliar e sua interconexão com os elementos das Redes de Atenção à Saúde	64
Figura 03	Fluxo de captação do usuário	65
Figura 04	Fluxograma do acesso do usuário ao Serviço de Atenção Domiciliar	68
Figura 05	Atenção domiciliar na perspectiva sistêmica	71
Figura 06	Mapa do município de Porto Alegre	73
Figura 07	Distribuição das equipes do Serviço de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e Associação Hospitalar Vila Nova (AHVN)	75
Figura 08	Identificação dos participantes da pesquisa	78
Figura 09	Serviço de Atenção domiciliar à luz do pensamento ecossistêmico	142

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Distribuição dos dados dos artigos abrangendo: identificação do artigo, ano de publicação, título do artigo e resumo das conclusões	22
Quadro 02	Incentivo financeiro de custeio para manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar	70
Quadro 03	Organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3 da cidade de Porto Alegre	86
Quadro 04	Interconexão entre o SAD na modalidade Ad1 com as modalidades Ad2 e Ad3	92
Quadro 05	Apresentação dos títulos e objetivos dos artigos	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Média anual (2018-2019) referente a distribuição dos atendimentos do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3 do Grupo Hospitalar Conceição e da Associação Hospitalar Vila Nova.	97
------------------	--	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AC	Análise de Conteúdo
AD	Atenção domiciliar
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção primária em saúde
BDENF	Banco de dados da Enfermagem
BVS	Biblioteca virtual em saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da saúde/FURG
CIB	Conselho Intergestores bipartite
CIS	Comissões Inter-Institucionais de Saúde
CIMS	Comissões Inter-Institucionais Municipais de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASP	Conselho Nacional de Administração Previdenciária
DECS	Descritores da ciência da saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EMAD	Equipe multiprofissional da Atenção domiciliar
EMAP	Equipe multiprofissional de apoio
ESF	Estratégia de Saúde da família
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
GEES	Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HVN	Hospital Vila Nova
IAMPSE	Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ID	Internação domiciliar
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
LILACS	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PID	Programa de Internação Domiciliar
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
RAS	Rede de atenção à saúde
RUE	Redes de Atenção à Urgência e emergência
SAD	Serviço de Atenção domiciliar
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
SAMDU	Serviço de Assistência médica domiciliar e de urgência
SMS	Secretaria municipal de saúde
SUDS	Sistema Unificado e descentralizado de saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
2.	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	Produção científica acerca do Serviço de Atenção Domiciliar	21
2.2	Contextualizando o processo de saúde-doença	25
2.3	O Sistema Único de Saúde	38
2.3.1	Redes de Atenção à Saúde	44
2.4	A trajetória da Atenção Domiciliar	51
2.4.1	Antecedentes históricos	52
2.4.2	Amparos legais da Atenção Domiciliar no Brasil	56
2.5	O Serviço de Atenção Domiciliar	63
2.5.1	O acesso do usuário ao SAD	66
2.5.2	Requisitos para habilitação e o financiamento do Serviço de Atenção Domiciliar	69
3.	CAMINHO METODOLÓGICO	72
3.1	Tipo de pesquisa	72
3.2	Cenário de pesquisa	73
3.2.1	Critérios de inclusão das instituições a serem pesquisadas na primeira etapa	73
3.2.2	Critérios de inclusão das instituições a serem pesquisadas na segunda etapa	75
3.3	Participantes da pesquisa	76
3.3.1	Critérios de seleção dos participantes na primeira etapa	77
3.3.2	Critérios de inclusão dos dados a serem pesquisadas na primeira etapa	77
3.3.3	Critérios de seleção dos participantes na segunda etapa	77
3.3.4	Critérios de exclusão dos participantes na primeira e segunda etapa	77
3.3.5	Identificação dos participantes	77
3.4	Coleta de dados	78
3.5	Aspectos éticos	80
3.5.1	Análise crítica de riscos e benefícios	81
3.5.2	Explicitação das responsabilidades dos pesquisadores	81
3.5.3	Explicitação de critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa	81
3.5.4	Declaração de que os resultados serão tornados públicos	82
3.5.5	Declaração sobre o uso e destinação dos dados e/ou materiais coletados	82
3.6	Análise e interpretação dos dados	82
4.	DADOS E RESULTADOS DA PESQUISA	85
4.1	Dados e resultados qualitativos	85
4.2	Dados e resultados quantitativos	96
5.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS E RESULTADOS DA PESQUISA	99
5.1	ARTIGO 1 – Organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades 2 e 3	100
5.2	ARTIGO 2 – Influência do cuidador no Serviço de Atenção domiciliar no município de Porto Alegre	115

5.3	ARTIGO 3 - Interconexão das modalidades do Serviço de	123
	Atenção Domiciliar à luz do Pensamento Ecológico	
6.	SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR E SUA	136
	INTERCONEXÃO COM AS REDES DE ATENÇÃO À	
	SAÚDE – SÍNTESE FILOSÓFICA REFLEXIVA	
	REFERÊNCIAS	145
	APÊNDICES	154
	Apêndice A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde	155
	para o desenvolvimento da pesquisa	
	Apêndice B – Autorização do Serviço de Atenção Domiciliar do	156
	Grupo Hospitalar Conceição	
	Apêndice C – Autorização do Serviço de Atenção Domiciliar da	157
	Associação Hospitalar Vila Nova	
	Apêndice D – Autorização para a realização do estudo à direção	158
	da Escola de Enfermagem – FURG	
	Apêndice E – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa FURG	159
	Apêndice F – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa SMS	160
	POA	
	Apêndice G – Instrumento de coleta de dados – Roteiro da	161
	entrevista do coordenador do Serviço de Atenção Domiciliar	
	Apêndice H – Instrumento de coleta de dados – Roteiro da	162
	entrevista dos coordenadores da AD1, Unidade de Internação	
	hospitalar, UPA, Unidade de Urgência e Emergência	
	Apêndice I – Instrumento de coleta de dados - Pesquisa	163
	documental	
	Apêndice J – Convite participação na pesquisa	164
	Apêndice K - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	165
	coordenador	
	Apêndice L – Termo de Confidencialidade	167
	ANEXOS	168
	ANEXO A – Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016	169

1. INTRODUÇÃO

As decisões humanas dependem das lembranças do passado e das expectativas do futuro.

Ilya Prigogine

Historicamente, a humanidade é influenciada e acompanha a evolução do conhecimento e muda, ao longo do tempo, sua forma de pensar, fazer e agir e, assim, perpassa por diferentes características na sua maneira de viver e conviver.

Da antiguidade até o ano de 1500, século XV e XVI, a visão do mundo era conhecida como organísmica, marcada por peculiaridades. A vivência dos homens era em pequenas comunidades e em harmonia com a natureza que lhes servia de sustento, proteção, abrigo, acolhimento e assistência. O grande objetivo dos cientistas da época era entender o significado e a importância das coisas e consideravam que “questões relacionadas a Deus, à alma humana e à ética eram da mais alta importância” (BERTALANFFY, 2008; CAPRA, LUISI 2014 p. 43).

Entretanto, no século XVI e XVII o homem acompanhou o surgimento e a dominação da teoria mecanicista da realidade do mundo, mudando a visão do pensamento do homem organísmico, substituindo-o pelo homem máquina, teoria criada por René Descartes (1596-1650) em 1619, conhecida como cartesianismo ou mecanicismo. Para conhecer a realidade, Descartes criou o método analítico que consiste na análise da parte do todo, sendo esta teoria fundamentada nos princípios do pensamento linear, fragmentado, reducionista e hierarquizado, dividindo a realidade em partes, cada vez menores, para realizar a análise das partes da realidade em estudo (PEREIRA, SIQUEIRA, 2008; CAPRA, 2012; BERTALANFFY, 2013; CAPRA e LUISI, 2014).

Longos anos se passaram e o cartesianismo se disseminou pela humanidade alcançando um grande número de adeptos e, somente no limiar do século XX (1920), ideias científicas que, ainda continham sementes organísmicas, começaram a ser discutidas, principalmente, pelos biólogos europeus, noticiando uma nova ciência divulgada com base na visão dos organismos vivos como totalidades integradas. Posteriormente, organismos vivos (bióticos) e não vivos (abióticos) foram absorvidos pela ecologia.

Etimologicamente, o termo ecologia é composto por duas palavras: o prefixo grego *eco oikos*= casa, espaço e o sufixo *logia* = *estudo*. Portanto, ecologicamente, cada realidade

ecológica contempla inúmeras características próprias que distinguem cada uma - Tansley, em 1935, chamou de ecossistema a unidade funcional da ecologia. Por analogia, cada unidade de serviço são ações formadas de elementos físicos(abióticos) e biológicos (bióticos) constituindo uma realidade totalidade/unidade que pode ser considerada um ecossistema (ODUM, 2001).

Dessa forma, a aplicabilidade do Pensamento Ecológico (PE) inicia a receber espaço/lugar no campo das pesquisas e consegue introduzir na ciência uma nova visão na construção do conhecimento utilizando os princípios da teoria sistêmica. Nesta conjuntura, diversos autores pesquisados ancoram seus trabalhos no PE, entre os quais SIQUEIRA (2001); CAPRA (2006; 2012); CAPRA e LUISI (2014); MORAES (2008); MATURANA e VARELA (2011); BERTALANFFY (2013); MEDEIROS (2013); ZAMBERLAN (2013); SANTOS (2013) CECAGNO (2015), entre outros.

Prosseguindo com a utilização do pensamento sistêmico, é importante rememorar a situação caótica da saúde brasileira no decorrer do período de 1980, quando mais de três mil profissionais de saúde se reuniram na VIII Conferência Nacional da Saúde em Brasília para discutir o estado difícil e complicado da saúde. Segundo Silva (2013), o movimento sanitário brasileiro cresceu e ganhou representatividade por meio dos diferentes setores sociais, como os profissionais de saúde, usuários, políticos e lideranças populares, em prol da reestruturação do sistema de saúde brasileiro.

Neste contexto, com a proposta de reestruturação do sistema de saúde brasileiro foi criado, o Sistema Único de Saúde (SUS), que representa o maior movimento de inclusão social testemunhado na história do Brasil, sendo este, identificado como um sistema formado por um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem e se inter-relacionam, no intuito de prestar uma assistência de qualidade à população (BRASIL, 1990, 2007).

A reorganização do SUS possui na sua base os princípios doutrinários que asseguram acesso a todo cidadão brasileiro da equidade, integralidade e universalidade. Entretanto, o SUS vem enfrentando desafios devido as mudanças sociais, econômicas e tecnológicas, que influenciam nos formatos das organizações de trabalho, como também no processo de viver do ser humano. Neste momento, a preocupação com a resolutividade do sistema público de saúde evidencia a necessidade de se ampliar as pesquisas sobre as inúmeras formas de cuidar e conhecer os diferentes níveis de atenção: primário, secundário e terciário, sedimentando uma nova visão sob a ótica das relações dos elementos constituintes dos serviços e ações do processo de saúde.

Os atendimentos realizados pela atenção primária correspondem àqueles de baixa complexidade, desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Na atenção secundária, são disponibilizados serviços especializados no âmbito laboratorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e terciária, reconhecida pela execução de ações de média complexidade. Já a atenção terciária envolve práticas que necessitam de alta tecnologia devido a sua alta complexidade e necessidade de condutas de elevada especialização (BRASIL, 2009).

Frente às diferentes modalidades de atendimento pertencentes ao sistema de saúde atual, inserida no nível de atenção primário e secundário, a Atenção Domiciliar (AD) é reconhecida como uma modalidade de atenção, constituída, a partir, de diagnósticos das necessidades de saúde, onde o cuidado é prestado ao usuário de qualquer idade em sua residência (YAMAGUCHI et al, 2010). Essa, no entanto, ainda é percebida como uma abordagem diferenciada de cuidado, capaz de reduzir e/ou auxiliar nas demandas em saúde, na qualidade do serviço prestado e na superação da incoerência entre a oferta de atendimento e as necessidades de saúde da população (WEYKAMP e SIQUEIRA, 2015).

Este serviço, atualmente em vigência, representa uma priorização da AD por parte do Governo Federal, sendo desenvolvido em parcerias com Estados e Municípios, uma vez que, este traz inúmeros benefícios para o sistema de saúde, entre eles: a redução dos índices de infecção, a otimização dos leitos, a melhoria e a ampliação do cuidado prestado aos usuários, numa perspectiva mais humanizada, no próprio domicílio e junto a sua família (BRASIL, 2011; WEYKAMP, SIQUEIRA, 2015).

O SAD contempla três modalidades conhecidas como Atenção Domiciliar 1 (Ad1) que se destina aos usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e ficam sob a responsabilidade da atenção básica, incluindo, as equipes de saúde da família, que realizam visitas regulares no domicílio do usuário, no mínimo, uma vez por mês (BRASIL, 2013; 2016).

E nas modalidades de Atenção domiciliar 2 (Ad2) e Atenção domiciliar 3 (Ad3), são atendidos usuários, que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, e que necessitam de uma maior frequência de cuidados, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, equipamentos de maior complexidade, podendo ser procedentes de diferentes serviços da rede de atenção, e que ficam sob a responsabilidade das Equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e pela

Equipe multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas constituídas para essa finalidade (BRASIL, 2013; 2016).

Em Municípios com uma capacidade populacional que permita a implantação de mais de uma EMAD, fica facultada a organização do SAD, a partir de arranjos diferenciados, compostos por EMAD responsável pelo cuidado de pacientes com características específicas, tais como, equipes voltadas para o atendimento infantil e neonatal (BRASIL, 2013; 2016).

O SAD, mais especificamente, se encontra amparado e é considerado um dos elementos constituintes da Rede de Atenção às Urgências (RAU) que é organizado de forma articulada e integrada aos outros componentes das RAS, com base nos planos de ação definidos na Portaria GM/MS nº 1.600 de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011;2014). Nesta linha de pensamento, entende-se que a articulação das modalidades de AD com os demais serviços que compõem as RAS representa um elemento benéfico e inovador desta portaria, pois, possibilita a realização de uma assistência contínua e dinâmica para a população, com efetividade e eficácia.

Do ponto de vista ecossistêmico, vê-se nas RAS uma possibilidade de integração, inter-relação de ações e serviços de saúde, no intuito de oportunizar uma assistência de qualidade ao usuário e família. A AD junto com os demais serviços de saúde é capaz de construir uma rede flexível e interdependente, onde a partir de suas diferentes dimensões e elementos que interagem entre si, formam uma teia de relações.

Para diferentes autores, as redes são constituídas por nós que são representados por todos os elementos, sejam eles bióticos e abióticos, que formam a realidade, e, os filamentos que os unem, representam as inter-relações que acontecem entre os componentes concebidos como a comunicação, o diálogo e a interação (SIQUEIRA, THUROW, PAULA DE et al., 2018). E é esse conjunto de elementos que formam e estruturam o ecossistema, no âmbito da AD, com base nas redes de cooperação e de interligação, que otimizam o trabalho em saúde e, com isso, norteiam ações coletivas, de modo a viabilizar a sustentabilidade (SANTOS, SIQUEIRA, SILVA, 2009; SIQUEIRA et. al., 2018).

Dessa forma, compreender o SAD e a sua articulação com as diferentes modalidades de atenção à luz do pensamento ecossistêmico, significa enxergá-lo a partir de referenciais de cunho dinâmico, inter-relacional, integrativo e cooperativo. E, mais ainda, percebê-lo como uma nova maneira de pensar para o alcance de soluções às questões emergentes na atualidade, que precisam ser próximas, interconectadas, interdependentes e contextualizadas, para serem coerentemente instituídas em um eixo de possibilidades.

O **interesse** pelo tema surgiu na graduação, ao perceber um *déficit* de conhecimento e discussão na academia sobre as modalidades de atendimento do SUS (hospitais, atenção básica, urgência e emergência, entre outros) principalmente, no que diz respeito a Atenção Domiciliar. Também durante a construção, coleta e análise dos dados da dissertação intitulada Cuidado do enfermeiro ao usuário do SUS no Serviço de Atenção domiciliar na perspectiva ecossistêmica, pode-se perceber alguns aspectos referente ao desconhecimento sobre o conceito, a funcionalidade da Atenção Domiciliar (AD), sua articulação com os demais serviços que compõem as RAS, como também, da portaria em vigência relativa a AD. Tais fatores dificultam e prejudicam tanto a atuação dos profissionais ali inseridos, em especial do enfermeiro, no que diz respeito a qualidade dos cuidados desenvolvidos nessa modalidade de atendimento, como também na resolutividade dos serviços disponibilizados à população. Essa problemática me instigou a buscar investigar a organização e o funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades de Ad2 e Ad3 e compreender e avaliar sua articulação com a Ad1 e demais serviços que compõem as RAS.

As inúmeras **vantagens** apontadas na Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 e a procura ou necessidade constante por aprofundar o conhecimento dessa temática em nível nacional e internacional, **justificam** a presente pesquisa e evidencia a importância dela. Além disso, essa temática faz parte da Agenda de Prioridades de Pesquisas em Saúde no tema 9: Programas e políticas em saúde, no tema 9.22 Avaliação do impacto da Atenção Domiciliar na rotatividade de leitos hospitalares, 9.23 Avaliação de custo-efetividade do Serviço de Atenção Domiciliar e 9.24 Análise das especificidades do trabalho em Atenção Domiciliar no que se refere à regulação e à gestão do trabalho.

Diante disso, pretende-se, nesta pesquisa, contribuir com subsídios capazes de colaborar nessa área de atuação, tanto na academia como no campo prático, tornando os acadêmicos e os profissionais conscientes do impacto decorrente da AD para o usuário e sua família. E, ainda, da implicação das RAS frente a integração de ações e serviços de saúde em diferentes níveis de atenção, com vistas a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS com base no Pensamento Ecossistêmico.

Com base no exposto, tem-se como **Tese**: A organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 na região urbana de Porto Alegre e a análise de suas relações e inter-relações com a AD1 e os demais serviços que compõem às redes de atenção à saúde, e possibilita contribuir com inovações nas práticas profissionais da enfermagem, no aperfeiçoamento das interconexões dos elementos constituintes da rede de atenção à saúde e na melhoria da qualidade da assistência à saúde à luz do pensamento ecossistêmico.

Esta pesquisa encontra-se interconectada ao Projeto de Pesquisa Pensamento ecossistêmico e sua aplicabilidade em Enfermagem e saúde do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem e Saúde (GEES) da Prof.^a Dr^a Hedi Crecencia Hecler de Siqueira do qual faço parte.

Com base nesse contexto, tem-se como **questão norteadora** da presente pesquisa: Como se processa a organização e funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades de AD2 e AD3 e como se interconectam com a AD1 e demais serviços que compõem as RAS na região urbana de Porto Alegre à luz do pensamento ecossistêmico?

Com a finalidade de responder a esse questionamento formulou-se os objetivos:

Objetivo geral

- Analisar a organização e funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades de AD2 e AD3, e a sua interconexão com a AD1 e demais serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde na região urbana de Porto Alegre à luz do pensamento ecossistêmico.

Objetivos específicos

- Identificar as instituições de saúde do município de Porto Alegre que oferecem o serviço de atenção domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3;
- Conhecer o processo da organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades da Ad2 e Ad3;
- Investigar a influência do cuidador na organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3;
- Verificar, por meio dos indicadores da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, aspectos referentes ao funcionamento do serviço de atenção domiciliar nas modalidades AD2 e AD3, fornecidos pelas instituições em estudo;
- Investigar a interconexão do serviço de atenção domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 com a AD1 e demais serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde.
- Analisar as dificuldades e melhorias na interconexão entre o SAD nas modalidades Ad1, Ad2 e Ad3.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Nenhuma das propriedades de qualquer parte da teia é fundamental; todas elas resultam das propriedades das outras partes, e a consistência global de suas inter-relações determina a estrutura de toda a teia.

Fritjof Capra

Neste capítulo, com a finalidade de construir subsídios para um melhor entendimento da temática em estudo e detectar possibilidades para análise e interpretação dos dados, apresenta-se a revisão de literatura que contempla os temas: Produção científica acerca dos serviços de atenção domiciliar; Contextualizando o processo de saúde-doença; O Sistema Único de Saúde, Redes de Atenção à Saúde, a Trajetória da Atenção Domiciliar e O Serviço de Atenção domiciliar.

2.1 Produção científica acerca do Serviço de Atenção domiciliar

Com o objetivo de conhecer a produção científica sobre a temática em estudo, foi realizada, via *online*, uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando descritores da ciência da saúde (DeCS): atenção à saúde, assistência domiciliar e enfermagem. A busca foi realizada nas bases de dados eletrônicas do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Banco de dados da Enfermagem (BDENF). Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos publicados em português, inglês e/ou espanhol, no período de 2010 a 2017, com disponibilidade eletrônica gratuita e completa.

Ao utilizar o descritor “atenção à saúde”, foram encontrados 57.106 artigos na base de dados MEDLINE, já na LILACS foram identificados 7.481 artigos e na BDENF 2.037 artigos. Ao refiná-los com o descritor “assistência domiciliar” obteve-se 1.418 artigos da MEDLINE, 216 artigos do LILACS e 145 artigos do BDENF. Ao acrescentar o descritor “enfermagem” capturou-se 934 artigos na MEDLINE, 129 na LILACS e 127 da B totalizando 1.190 artigos.

Dos 1.190 artigos selecionados, 970 foram excluídos por não possuírem aderência à temática em questão. Destes 220 artigos que restaram, foram selecionados 70 que

contemplavam os critérios de inclusão e exclusão, tais como, estar disponível via *online*, ser um artigo completo, publicado no período de 2010 a 2019, como também, estar nos idiomas português, inglês e/ou espanhol, e que abordasse a temática em estudo. Após leitura criteriosa dos resumos, foram eliminados 53 artigos por contemplarem somente parte da temática em questão, permanecendo um total de 25 artigos que foram lidos na íntegra, entretanto, nenhum artigo contemplou o descritor ecossistema. Após a leitura e seleção de cada um dos materiais encontrados, foi realizado o respectivo fichamento. Para maior visibilidade dos dados, construiu-se um instrumento próprio para lançar os dados das informações obtidas nos periódicos e, assim, facilitar a sua análise.

Quadro 01: Distribuição dos dados dos artigos abrangendo: identificação do artigo, ano de publicação, título do artigo e resumo das conclusões

Artigo	Ano de Publicação	Título	Resumo das conclusões
1	2010	Home care as change of the technical-assistance model	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. A atenção domiciliar como modalidade substitutiva de atenção à saúde requer sustentabilidade política, conceitual e operacional, bem como reconhecimento dos novos arranjos e articulação das propostas em curso.
2	2012	Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS	As variáveis fundadas no contexto social, familiar e clínico dos sujeitos subsidiam a abordagem integral e a tomada de decisão da equipe de saúde.
3	2012	Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a Inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG	A inclusão do trabalho do enfermeiro nas modalidades de atenção domiciliar representa ao Mesmo tempo um componente de redução de custos e contribui para a transição tecnológica pelo estabelecimento de novas formas de cuidado No domicílio.
4	2012	INTERNAÇÃO DOMICILIAR: CARACTERIZAÇÃO DE USUÁRIOS E CUIDADORES	os pacientes assistidos evidenciam as diferentes estruturas das famílias da região atendida. Já os cuidadores apresentaram um perfil esperado, sendo estes formados por mulheres, pertencentes à família dos pacientes, de baixa instrução e renda e muito sobrecarregadas pelas atividades do cuidado.
5	2013	Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção À saúde: trilhando os caminhos da integralidade	A atenção domiciliar constitui importante estratégia para o alcance de práticas pautadas na integralidade.
6	2013	Importância da integralidade das ações no serviço de atenção domiciliar-artigo de revisão	Por tanto, entende-se que a assistência domiciliar confirma o período transitório do modelo assistencial. Antes compreendido como um modelo hierárquico e centralizado, hoje se apresenta, em uma rede integrada e descentralizadora em serviços de saúde.
7	2015	Enunciados sobre la atención	Fueron elaboradas tres categorías enunciativas:

		domiciliaria en el panorama mundial: revisión narrativa	Atención domiciliaria: ¿Qué es? ¿Para qué sirve? Atención Domiciliaria: Fragilidades y potencialidades; Cuidador Familiar: fatiga y aislamiento.
8	2015	Internações sensíveis à atenção domiciliar em um hospital de ensino em Montes claros-MG, Brasil	Dos 45 leitos ocupados, sete leitos poderiam ser aproveitados por usuários em estado agudo e/ou crítico, com necessidades de maior quantidade de procedimentos e tecnologias. Os sete usuários elegíveis para atenção domiciliar poderiam ter a continuidade do tratamento no lar, com segurança, ao lado de seus familiares.
9	2016	Serviços de atenção domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta	Embora os critérios dos serviços de assistência domiciliar estejam definidos pelo ministério da saúde, Os gestores e coordenadores abrem exceções na inclusão e alta considerando: a fragilidade Da rede para alta e encaminhamento para outro ponto de atenção e a realidade do paciente. A atenção domiciliar deve ser realizada quando as condições clínicas e administrativas do usuário permitam, considerando os critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta.
10	2016	Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde	A PNAD representou um avanço ao reconhecer a APS como responsável pela AD1 numa lógica de cuidados contínuos crescentes, mas as lacunas no entendimento entre equipes de AD e APS, de formação profissional, e de sobrecarga de tarefas persistem. Este estudo apresenta uma análise crítica da implantação da PNAD até o momento, baseada na legislação vigente confrontada a prática das equipes de APS trabalhando no Sistema Único de Saúde.
11	2016	Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após a alta hospitalar no contexto do SUS	Conclui-se que a implantação efetiva da Atenção Domiciliar é imprescindível para a integralidade do cuidado.
12	2016	Modalidades de atención em domicilio del Sistema Único de Salud (SUS) articuladas a las Redes de Atención a la Salud	Se concluye que los servicios implicados en las actividades de salud deben formar una red interdependiente, interrelacionada, utilizando como punto básico la complejidad de las necesidades del usuario a ser atendido. Se recomienda una profundización en este asunto para lograr una conciencia colectiva sobre el tema. Es preciso comprender la importancia real que la atención a domicilio en conjunción con las redes de atención a la salud es capaz de proporcionar para la vida de las personas, sin embargo, es necesario que los responsables, directa o indirectamente, de la coordinación de los servicios de salud consigan implementarlas en las redes interconectadas
13	2017	Desafios nos modos de pensar e fazer gestão na Atenção domiciliar em Minas Gerais	Os resultados do estudo demonstram que os gestores de saúde dos municípios estudados ainda têm superficial conhecimento sobre as potencialidades da atenção domiciliar, embora demonstrarem conhecimento quanto às políticas implementadas pelo Governo Federal.
14	2017	Atenção domiciliar: estratégia da biopolítica?	A atenção domiciliar consiste em estratégia da biopolítica, uma vez que aparece conforme as necessidades relativas à morbidade da população; estende-se a duas populações: pacientes e

			cuidadores; há um conjunto de experts e instituições que proferem e organizam os saberes sobre o tema.
15	2017	Melhor em casa: dispositivo de segurança	A atenção domiciliar como dispositivo de segurança constitui a casa como um lugar mais seguro e melhor para o paciente que fica próximo da família, sem risco de infecção hospitalar, recebendo atendimento de equipe que propiciará a tecnologia necessária.
16	2018	Características dos serviços de atenção domiciliar	A atenção domiciliar é um eficaz meio de desospitalização e redução de custo e humanização do cuidado, porém, de acesso escasso aos usuários da rede pública de saúde. Descritores: Serviços de assistência domiciliar; Serviços hospitalares de assistência domiciliar; Assistência domiciliar; Saúde Pública; Educação em Saúde; Assistência Integral à Saúde.
17	2018	Programa Melhor em casa: processo de trabalho da equipe multiprofissional	Por meio deste estudo foi possível identificar que o serviço envolve um conjunto de ações que garante a continuidade do cuidado, exigindo dos profissionais estratégias de saúde, e incentiva a corresponsabilização de familiares/cuidadores na integralidade e humanização do cuidado aos pacientes assistidos no domicílio.
18	2018	Avaliação do Serviço de Atenção Domiciliar em Maranguape - Ceará: Um Olhar na Perspectiva dos Usuários, Profissionais e Gestores do Serviço	O reconhecimento do domicílio como um espaço de recuperação de saúde facilita os vínculos e corresponsabilidades. Recomenda-se que os profissionais e gestores busquem ferramentas adequadas para incorporação de novas técnicas.
19	2018	Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa	Depreende-se que o sucesso notado nos modos de organização da Atenção Domiciliar decorre da integração entre elementos da gestão e assistenciais. Reforça-se que esta modalidade assistencial substitutiva apresenta potencial para a efetividade dos serviços, redução da fragmentação e resolubilidade das necessidades de saúde.
20	2018	A atenção domiciliar na desospitalização de pacientes	Por fim, expõe os resultados obtidos no decorrer do estudo, os quais confirmam a contribuição do SAD de forma positiva no processo de desospitalização, e traz algumas proposições com o intento de contribuir com o crescimento do serviço na instituição.
21	2019	Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino	Funções, responsabilidades, custos e gastos são transferidos as famílias, onerando o cuidado domiciliar.
22	2019	Programas de atenção domiciliar no processo de desospitalização nas redes de assistência a saúde	Percebe – se que os cuidados com os PAD são o alicerce de todo o processo de desospitalização como proposta de uma assistência humanizada, individualizada e integral à saúde, necessitando de mais pesquisas que avaliam a efetividade desses programas auxiliando os gestores a criar estratégias que prezem pela valorização e efetividade destes programas.
23	2019	Fatores associados a não efetivação da alta na assistência domiciliar	Os resultados apontaram à existência de usuários nos quais o Serviço de Atenção Domiciliar tem dificuldades de efetivação da alta para a Atenção Primária, estando a alta também vinculada ao tipo de acesso ao serviço; tendo o estudo revelado contribuições para a área.
24	2019	A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde:	A análise aponta como potencialidades da Atenção Domiciliar a configuração como rede substitutiva de

		desafios e potencialidades	cuidado, o vínculo e as relações horizontais entre equipe, usuários e familiares. Os principais desafios são a fragmentação do cuidado e a falta de articulação com os outros pontos da rede de atenção. A Atenção Domiciliar é um espaço singular da saúde e pode constituir um espaço potente para reinvenção das relações entre usuários, cuidadores e equipes, questionando os modos hegemônicos de se produzir cuidado.
25	2019	Serviço de Atenção Domiciliar e as Redes de Atenção à Saúde	O funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar e a dinâmica das redes necessitam estar organizada, esclarecida, articulada e desenvolvida em cooperação entre os serviços e instituições de saúde, visando a importância na reestruturação produtiva na saúde.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelas pesquisadoras Weykamp e Siqueira (2020).

2.2 Contextualizando o processo saúde-doença

O processo saúde-doença sempre fez parte da realidade dos serviços e instituições de saúde, como também, da preocupação humana. E, por isso, existe um maior enfoque sob essa temática, tendo em vista os diferentes fatores que a influenciam.

Ao longo da história da humanidade, a saúde vem sofrendo influências socioculturais, econômicas, políticas, educacionais, entre outras, tornando-se pauta de diferentes discussões entre os meios de comunicação. Embora se tenham inúmeras discussões acerca desse tema, as abordagens adotadas, muitas vezes, não consideram o indivíduo em sua totalidade, bem como, não reconhecem o ambiente onde ele está inserido como um fator de extrema importância e influência no processo de saúde-doença.

Enxergar as questões sob este ângulo envolve a necessidade de ir além dos fatores físicos do ser humano e de reconhecê-lo junto ao contexto onde se encontra inserido. De acordo com Siqueira (2001), essa visualização da realidade é desenvolvida a partir do Pensamento Ecológico, que apreende a realidade com interdependência dos fenômenos físicos, biológicos, sociais, espirituais e culturais, num espaço/tempo geográfico delimitado e estimado, permitindo que o processo saúde-doença seja visto com base nas relações, interconexões e interações dos elementos que constituem essa totalidade/unidade (SANTOS, SIQUEIRA, SILVA, 2009).

De acordo com Batistella (2007), os conceitos norteiam a prática, e se revelam nas diferentes formas de conhecimento, na aplicação de distintos métodos, técnicas e dispositivos de intervenção e, até mesmo, na maneira como a população se organiza para promover a

saúde e prevenir a doença. O interesse por essas questões perpassou diferentes períodos, ao longo da história, até chegar ao momento atual – século XXI.

O período paleolítico (2.000.000 a.C – 10.000 a.C) é marcado pela descoberta e o domínio do fogo, bem como, pelo desenvolvimento de uma linguagem rudimentar, que contribuía para o desenvolvimento de sociedades comunais, indicando uma certa organização social entre os homens primitivos, mais conhecidos como caçadores-coletores. Naquela época, as enfermidades e agravos quando não podiam ser reconhecidas como efeito direto da prática da caça, eram elucidadas a partir de práticas sobrenaturais vinculadas a deuses, demônios e, até mesmo, entidades que agiam por trás da má fé de um inimigo (BATISTELLA, 2007; GIOVANINI et al, 2010).

Com um forte domínio entre os povos da Antiguidade, a era mágico-religiosa visava a manutenção da coesão social e ainda o desenvolvimento inicial da prática médica. Naquela situação, o que era reconhecido como meio de cura e eliminação do mal envolvia relações junto à natureza, ao espaço sobrenatural, sob a responsabilidade de curandeiros, xamãs e pajés. Neste contexto, destaca-se que todos os membros envolvidos, considerados líderes espirituais, com atribuições de origem ritualística, mágica e religiosa, cultivavam a comunicação com o mundo sobrenatural e com as energias advindas da natureza. Essas práticas eram realizadas com a responsabilidade pela cura, pela erradicação do mal, tratando do indivíduo enfermo, utilizando rituais que envolviam cantorias, danças, instrumentos musicais, plantas psicoativas, jejuns, reclusão, tabaco, calor, defumação, massagens, fricção, entre outros recursos terapêuticos (SCLIAR, 2007).

Ainda na era mágico-religiosa, evidencia-se que somente a partir das interações existentes entre os membros envolvidos no processo terapêutico – curandeiro e doente - é que ocorre a “cura da doença”, ou seja, a reintegração do enfermo ao espaço total do qual ele faz parte (SCLIAR, 2007). Em um estudo organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), fica evidente a intensa afeição histórica no que diz respeito às diferentes culturas, como, por exemplo, a mágico-religiosa que ainda é capaz de influenciar no modo de pensar e agir em relação às questões de saúde e doença na contemporaneidade (FERREIRA, 2007).

Para Capra (2006), a prática desenvolvida por curandeiros populares não se limitava aos elementos físicos, diferente do que será visto ao longo dessa discussão, uma vez que, o ser humano como parte integrante do contexto da totalidade, se interliga e se inter-relaciona com os demais elementos da natureza. De acordo com Siqueira (2001), este indivíduo pode ser compreendido como um sistema aberto, com necessidades biológicas, socioculturais,

psicológicas e espirituais que, ao se interconectarem com o meio físico, buscam manter o equilíbrio.

A ideia de cura adotada pelos curandeiros, considera o indivíduo em suas diferentes dimensões, o que, de certa forma, fazia com que outros profissionais que realizavam o cuidado, nessa época, renegassem esse tipo de prática, ao invés de reconhecerem a sua eficácia. Atrelada às convicções mágico-religiosas, pouco a pouco, foi se desenvolvendo outra maneira de enxergar o processo saúde-doença, que se torna mais evidente no período da medicina grega, que chega para representar a tentativa de rompimento das superstições e as práticas mágicas, dando lugar a racionalidade frente a esse processo (BATISTELLA, 2007; SCLIAR, 2007).

Originada da religião panteísta, a medicina grega (300 a.C) venerava a potestade da medicina Asclepius, mas também, cultuava outras duas deusas que eram reconhecidas como Higiéia, que além de ser uma das faces de Atena - a deusa da razão – simbolizava o reconhecimento das práticas higiênicas, enquanto a outra, se chamava Panacea, representando a idealização de que tudo pode ser curado, porém, através do uso de plantas medicinais e métodos naturais (SCLIAR, 2007).

No que concernem os médicos gregos, segundo Batistella (2007, p.31) eles também eram filósofos: “Mais do que lidar com problemas de saúde, eles procuravam entender as relações entre o homem e a natureza. Entre estas preocupações, estava a explicação da saúde e da doença como resultante de processos naturais e não sagrados”.

A prática da natureza é capaz de possibilitar a partir de diferentes elementos uma nova maneira de compreender a enfermidade humana. Dentro dessa ótica, Hipócrates (460-377 a.C) abarca uma visão mais racional da medicina, substituindo deuses por observações clínicas de usuários, instituindo metodologias de estudo e diagnóstico. Ele também evidencia a presença de quatro elementos – bile amarela, bile negra, fleuma e sangue – que, estando em equilíbrio, representam a saúde. Ao considerar o ser humano como uma unidade organizada, Hipócrates acreditava que ao haver um estado de desequilíbrio - de desorganização - existe uma doença (BATISTELLA, 2007; SCLIAR, 2007)

Uma de suas obras mais relevantes foi a Ares, Águas e Lugares, onde Hipócrates reconhece, pela primeira vez, as doenças endêmicas, ou seja, aquelas que ocorrem a partir de uma quantidade regular e contínua de casos entre membros de uma mesma comunidade, e epidemia como sendo uma doença de aparecimento inesperado, capaz de atingir em alta prevalência os indivíduos de uma mesma população. Frente a isso, ele começou a levar em conta fatores como água, solo, clima, alimentação e estilo de vida como elementos

importantes no progresso de doenças, criando assim, uma teoria que considerava a saúde como a homeostase, isto é, oriunda do equilíbrio entre o ser humano e o seu meio (BATISTELLA, 2007).

Olhando para a saúde como um sistema que se inter-relaciona com os fatores biológicos, sociais, psicológicos, econômicos e espirituais, pode-se perceber que ela é profundamente ecológica e vai ao encontro das ideias hipocráticas. A perspectiva sistêmica da saúde permite encará-la como um processo sucessivo que se estabelece coletivamente ao longo da vida, caracterizando-se como um fenômeno multidimensional. Capra e Luisi (2014) vislumbram a saúde nesta perspectiva como um processo em andamento, que necessita de um equilíbrio dinâmico, algo não estático, e sim que apresente um padrão flexível e de flutuações. Para eles, a compreensão da saúde estará intimamente inter-relacionada ao nosso entendimento sobre a vida e a interação entre os seus diferentes elementos.

No que concerne à cultura romana, tem-se uma época marcada pela implantação de aquedutos, banheiros públicos e cisternas de água, onde o hábito de banhar-se foi aplicado por toda uma população, que via na higiene corporal e nas propriedades medicinais advindas da água, um grande benefício à saúde. Embora inúmeras sejam as medidas adotadas pelos cidadãos frente a prevenção de doenças, o Império Romano (27 a.C – 476 d.C), acaba por vivenciar epidemias, entre elas a de malária, que desencadeou a migração dos habitantes da área rural para a urbana, o que causou um crescimento excessivo e desordenado da enfermidade (SCLIAR, 2007; BATISTELA, 2007).

Frente ao avanço do pensamento romano e as questões envolvendo o conceito de saúde e doença, dá-se evidência ao médico e escritor Galeno de Pérgamo (130 a.C – 200 d.C) que publicou diferentes estudos sobre a anatomia e fisiologia, levando em consideração nestes aspectos, o corpo como instrumento da alma, sendo encarada de maneira endógena, residindo no interior do ser humano (MIRANDA, 2011). Este também deixa claro o seu posicionamento quanto ao equilíbrio advindo de forças vitais internas que, funcionando de forma harmoniosa, resultam em saúde e a presença da doença se encontra representada pelo desequilíbrio do homem com base na sua constituição física e no seu modo de viver (SCLIAR, 2007).

Com o declínio do império romano e o progresso do regime feudal no período de 476 d.C, o declínio da organização, das práticas de saúde pública e das instalações sanitárias ganhou destaque, bem como, as questões religiosas cristãs ganham visibilidade, mantendo a percepção de que as enfermidades eram oriundas dos pecados do homem e a cura diretamente relacionada a fé, que se dava pela crença na religião ou uma entidade divina. (ROSEN, 1994;

BATISTELLA, 2007). Ainda nesta época, o cuidado dos indivíduos enfermos, em sua maioria, estava sob a responsabilidade de religiosos, onde em suas instituições e serviços hospitalares, a cura não era prioridade e sim o conforto do doente. Estudos evidenciam que, pela compreensão de que o corpo e o espírito não se separam, tampouco desliga-se o homem do cosmos, ou a vida da religião, muitos confiavam na ideia de que para todos os males que atingem o corpo e a alma do homem sempre há uma reza para curar e confortar (SCLIAR, 2007).

No cristianismo, havia uma série de afirmações que correspondiam a forte associação da doença com o pecado. Para Rosen (1994) e Batistella (2007), as enfermidades, na verdade, eram penitências de Deus, ou, até mesmo, o domínio do demônio - o que os levou a assumir as questões envolvendo o processo de cura - passando por cima das atribuições médicas. Ao invés de orientações e práticas voltadas a recuperação do enfermo, a terapêutica utilizada baseava-se em rezas, exorcismos e outros métodos que visavam a purificação da alma.

A propagação dos católicos e de seu modo de enxergar as coisas e as pessoas tornou as ciências, principalmente, na área da medicina, um insulto diante do evangelho, assim, consideradas desnecessárias naquele momento. Frente a isso, o avanço da medicina só aconteceu entre a população árabe e judia, onde a herança deixada por Hipócrates e Galeno de Pérgamo era mantida e ainda adicionada a outros estudos oriundos da cirurgia e farmacologia (SCLIAR, 2007; BATISTELLA, 2007).

Durante anos, o receio frente às diferentes doenças era frequente nos burgos medievais. A principal preocupação era com a lepra, tendo sua incidência relacionada a impureza diante de Deus, onde os enfermos precisavam ser condenados a exclusão, conforme a bíblia. Esses ainda eram julgados como mortos, tendo até uma missa rezada para eles. Além disso, aqueles que não estavam em isolamento, necessitavam fazer uso de vestimentas próprias para identificar aos demais de sua doença ameaçadora. Toda essa situação fez da lepra a enfermidade mais temida nesse período (ROSEN, 1994; SCLIAR, 2002; BATISTELLA, 2007).

Outra doença de grande destaque na Idade média foi a peste bubônica, doença provocada por uma bactéria chamada de *Pasteurella pestis*, e transmitida pela pulga dos ratos, ela foi culpada pela morte de ¼ da população europeia no ano de 1347 - d.C. As viagens marítimas e a migração da comunidade rural para a zona urbana, aliado aos conflitos militares, a ausência de higiene e a promiscuidade, contribuíram para que essa Era fosse definida como a idade das trevas (BATISTELLA, 2007).

Ainda na Idade média, tem-se a existência dos primeiros hospitais, originados da igreja, que visavam o acolhimento dos indivíduos pobres e enfermos. Outro acontecimento, também importante nesta época, se dá ao surgimento das práticas de quarentena que tinham como objetivo impedir a proliferação das doenças (BATISTELLA, 2007).

A vasta prática adquirida durante o isolamento dos indivíduos leprosos - embora realizado por questões religiosas - contribuiu para a utilização deste método em outras enfermidades. O processo de quarentena surgiu na cidade de Veneza no ano de 1348, compreendida como a notificação de episódios suspeitos aos órgãos de poder e no isolamento e observação severa de usuários, embarcações e produtos por um período de quarenta dias, em uma ilha localizada na laguna. Posteriormente, outras localidades foram adotadas para reclusão oriunda da quarentena (BATISTELLA, 2007).

Outra importante discussão advém de Paracelsus (1493-1541), que considerava que as enfermidades eram causadas por agentes externos ao organismo e que os processos que aconteciam no corpo humano eram considerados químicos, assim, a melhor terapêutica a ser adotada também seria química. Frente a isso, ele passou a administrar em pequenas doses metais e minerais, que inclusive eram utilizados para combater as epidemias existentes na Europa (BATISTELLA, 2007).

Em meados do século XV e XVI no âmbito da saúde, diferentes pesquisas de fisiologia, anatomia, e o conhecimento acumulado pelos profissionais possibilitou diferentes elementos referente a origem das epidemias e o fenômeno da enfermidade humana (BATISTELLA, 2007). Em virtude dos fatos mencionados, evidencia-se o confronto entre os contagionistas, que eram comprometidos com a descoberta do princípio causal das doenças, e dos não contagionistas, protetores da constituição epidêmica, que defendiam a ideia de que as epidemias eram causadoras de desequilíbrios de organismos, sejam eles atmosférico e/ou corporal (ROSEN, 1994; CZERESNIA, 1997; CHALHOUB, 1996, BATISTELLA, 2007).

Nesse particular, têm-se nos contagionistas aqueles indivíduos influenciados pela intenção de detalhar a doença e objetivar a produção do saber e, nos não contagionistas, aqueles que se atentam às relações entre as questões objetivas da vida desenvolvidas no contexto social. O referido debate demonstra, de modo singular, o momento em que se firmavam os alicerces da ciência moderna e do método científico (BATISTELLA, 2007).

Ainda neste século, no Brasil, em um primeiro momento, as referências oriundas das terras brasileiras e de seus habitantes indígenas – descobertos em 1500 por Pedro Álvares Cabral – exprimiam a ideia de ter achado um paraíso terreno. Porém, este paraíso tão evidenciado pelos marinheiros da esquadra do descobrimento, recebia uma conotação

totalmente diferente quando eles retornavam a seus portos de origem. Os pontos negativos evidenciados sobre este local aos colonizadores portugueses se referiam aos conflitos do povo indígena, os contratempos frente aos recursos materiais adquiridos na região e, principalmente, as inúmeras enfermidades contraídas por uma grande parcela da população (BERTOLLI FILHO, 2011).

Logo após o período de descobrimento, o Brasil foi ocupado por aventureiros oriundos da Europa. O termo “aventureiro” implica na desorganização estrutural e funcional instituída, evidenciados a partir da carência nos diferentes níveis de atenção à saúde. Os recursos ali disponíveis advinham da natureza, como plantas e ervas, uma vez que, os conhecimentos empíricos sustentados e disponíveis à população envolviam os curandeiros que, naquela época, realizavam o cuidar (POLIGNANO, 2012).

Já no século XVII, diferentes filósofos como Descartes, Galileu e Newton idealizaram a realidade do universo de forma mecânica. Newton entendia o mundo como uma máquina, onde os seres vivos são constituídos de peças mecânicas, e que para entendê-los é preciso compreender sua estrutura a partir de diferentes peças (ALBUQUERQUE, OLIVEIRA, 2002). E assim, os seres vivos começam a ser vistos de forma fragmentada, evidenciando os distintos órgãos que o compõem. Em relação ao pensamento newtoniano, destaca-se que ele exibiu diferentes pontos de vista acerca dos aspectos envolvendo o viver cotidiano, fornecendo, a medicina mecanicista, instrumentos a serem utilizados pela equipe médica no intuito de enfrentar, com maior eficácia, as enfermidades mais corriqueiras (SILVA, SIQUEIRA, 2013).

Neste contexto, parece oportuno dizer que cada elemento é compreendido separadamente e apresenta uma funcionalidade determinada. O organismo é entendido pela soma das partes ou dos elementos que constituem um conjunto, e o corpo humano como uma máquina cujas peças se ajustam ordenadamente. Assim, o processo de cura consistia em reparar a máquina, representando um processo analítico e reducionista, onde a compreensão do todo não correspondia a totalidade orgânica (PEREIRA, SIQUEIRA, 2008; CAPRA, 2012).

No percurso da ciência ocidental, o progresso da biologia acompanhou o da medicina, onde a perspectiva mecanicista da vida fortemente presente na biologia, também passou a fazer parte do cotidiano dos médicos frente às práticas associadas ao processo de saúde e doença. Esta influência na área da medicina originou o que até hoje é conhecido como modelo biomédico, que se instituiu como um fundamento conceitual da medicina científica moderna. Esta perspectiva pode ser mais bem compreendida em uma analogia realizada por Descartes,

quando ele considera que um indivíduo saudável se assemelhava a um relógio bem feito, funcionando em suas plenas condições mecânicas, já o indivíduo enfermo correspondia a um relógio cujas peças não funcionavam de maneira adequada (CAPRA, LUISI, 2014).

Assim, tal como se faz com as máquinas, estudam-se os seres vivos desarticulando as suas partes constituintes (os órgãos), passa-se a estudar cada parte separadamente. A concepção de um universo baseado no modelo mecânico, e o uso da analogia do relógio para caracterizar o funcionamento do organismo, estabelece a base na qual as Ciências da natureza se fundamentam (CAPRA, 2012). Na visão cartesiana, para Albuquerque e Oliveira (2002), a natureza é vista de forma independente ao ser humano, composta por peças que respeitam preceitos determinados. Estes autores ainda evidenciam que esse enfoque mecanicista tem sido adotado por diferentes profissionais, entre eles, médicos e fisiologistas reconhecidos da época, reforçando a ideia do organismo como um maquinário cujas peças se encaixam mediante um processo racional.

Esta situação também se faz presente na prática profissional da Enfermagem, quando os profissionais, com base no modelo mecanicista, podem limitar-se à sustentação das práticas médicas, constituindo-se como um trabalho complementar e pouco reconhecido. A enfermagem, segundo Teixeira (2004), desde a sua criação, historicamente, manteve sua prática norteadas pela racionalidade científica moderna, que é cartesiana, e se operacionalizou pelo modelo biomédico, com uma base conceitual que ainda enxerga o ser humano como indivíduo composto por partes passíveis de separação e análise.

A maior parte das teorias de enfermagem está historicamente associada a esse modelo, mantendo o afastamento dos aspectos sociais, culturais e outros considerados subjetivos, o que contribui para uma abordagem que se distancia da determinação social do processo saúde/doença (FREITAS, 2002). E isso se apresenta claramente na organização dos serviços de saúde quando grande parte das instituições, ou seja, a maioria, opta por fundamentar as suas atividades com base no modelo biomédico.

Os diferentes profissionais de saúde, em seus ambientes de trabalho, bem como, nas próprias instituições de ensino, tendem a valorizar as intervenções técnicas, desconsiderando, na maioria das vezes, os diferentes aspectos que interferem na saúde do usuário. O modelo biomédico de atendimento e que continua presente na assistência à saúde, centrando a sua atenção na doença, baseado na medicalização, e com forte embasamento no modelo cartesiano, possui como ideia principal a fragmentação das questões envolvendo o processo saúde-doença.

Neste contexto, entende-se que a saúde concebida sob um enfoque mecanicista, condiz com a ausência de doença, dor ou defeito, o que torna a condição humana normal "saúdável", já a própria doença é considerada como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos do ser humano. O foco do modelo sobre os elementos físicos, tais como, a patologia, a bioquímica e a fisiologia de uma doença, desconsidera as outras dimensões do ser humano, e nem mesmo reconhece a influência do meio no qual vive, na saúde-doença. Ao centrar-se em pedaços cada vez menores do corpo, reduzindo seus estudos e enfoques para as funções celulares, a área médica moderna acaba abandonando a visão de totalidade do indivíduo, e, reforça as questões de saúde sob um ponto de vista mecanicista, incapacitando-o de lidar com a cura (CAPRA, LUISI, 2014).

Em virtude dos fatos mencionados, dá-se a entender que o modelo biomédico se consagrou frente às questões envolvendo a saúde do período em questão, além de definir a teoria do germe – sob a ótica cartesiana – onde os organismos patogênicos eram responsáveis pelo surgimento de doenças específicas, fator esse, que facilitava o combate às epidemias. Ainda no século XVII o modelo cartesiano ganha força a partir do desenvolvimento do conhecimento nas áreas da física, química e das ciências biológicas, porém, sua abordagem, tendo o corpo como foco no processo de tratamento e cura, em detrimento da mente, esquece que o ser humano é integrante do meio em que vive, e que a sua totalidade transcende a soma de suas partes (ALBUQUERQUE, OLIVEIRA, 2002).

Nessa linha de pensamento, pode-se perceber que, durante anos depois de Descartes, a medicina ainda manteve esse paradigma dominante e centrado numa abordagem hospitalocêntrica, curativista e verticalizada. Ao dissociar o ser humano - corpo e mente, criou-se um dualismo que impediu a compreensão do indivíduo como parte do universo, negando suas dimensões individuais, sociais, ecológicas, bem como, dificultando uma visão sistêmica dos organismos vivos e de suas relações com o meio (RIOS, FRANCHI, SILVA, AMORIM, COSTA, 2007).

O final do século XVIII foi marcado pelo início da revolução industrial com implicações calamitosas no âmbito da saúde, onde, epidemias foram constatadas devido ao desequilíbrio ecológico oriundo das mudanças sociais. Nesse particular, o crescimento excessivo e desorganizado das cidades e a crescente migração populacional da zona rural para a área urbana, desencadeou diversas complicações como, por exemplo, ausência de saneamento, precárias condições de higiene e falta de habitação, entre outras. Tudo isso contribuiu para a propagação de microrganismos patogênicos, responsáveis pelo aumento do índice de morbidade e mortalidade daquele cenário (ALBUQUERQUE, OLIVEIRA, 2002).

Até meados do século XIX, a saúde pública contava com poucos recursos para o controle de enfermidades, porém, ainda eram utilizados os métodos de isolamento e quarentena. A partir do avanço em pesquisas, tratando-se das doenças infecciosas e, também, da microbiologia, é que diferentes medidas de controle foram adotadas com eficácia, entre elas, a vacinação. Levando em consideração esses aspectos, evidencia-se que, embora os mecanismos de contágio já tivessem sido explicados no século XVI e as bactérias e outros microrganismos já houvessem sido discutidos no século XVII, é apenas nesse século que se dá, de fato, a identificação de microrganismos patogênicos (BATISTELLA, 2007).

Já no Brasil, este período é marcado pela primeira organização de uma estrutura sanitária que ocorreu em 1808 com a chegada da família real à cidade do Rio de Janeiro. As medidas sanitárias neste período apresentavam algumas fragilidades, que foram destacadas por Bertolli Filho (2011, p.10) conforme pode se observar a seguir:

Levava a população a lutar por conta própria contra as doenças e a morte. Em casos mais graves, os doentes ricos buscavam assistência médica na Europa ou nas clínicas particulares que começaram a ser criadas na região serrana fluminense. Para os pobres restavam, os curandeiros negros, que continuaram a serem os principais responsáveis pelo tratamento dos que tinham pouco dinheiro. Além disso, os doentes tinham medo de ser internados nos raros hospitais públicos e nas Santas Casas. Em suas enfermarias misturavam-se pacientes de todos os tipos, sendo comum dois ou mais doentes dividirem o mesmo leito. É claro que tal "tratamento", somado à falta de higiene dos hospitais, fazia com que famílias evitassem internar seus parentes, pois a morte era destino certo na maioria dos pacientes pobres.

Um aspecto importante refere-se à Proclamação da República datada em 1889, que traz à tona a necessidade de atualização da economia e da sociedade, a partir do reconhecimento das funções produtivas como fonte de riqueza das nações. Em virtude dos fatos mencionados, tornava-se indispensável que a medicina tomasse a frente no Estado diante às questões sanitárias, no intuito de promover a melhoria da saúde individual e coletiva, permitindo a sociedade assumir um modelo das nações mais ricas do mundo. Outro detalhe importante deste período, no Brasil, corresponde ao reconhecimento de um novo domínio da ciência, que era direcionado ao estudo e a prevenção de enfermidades, além do desenvolvimento de diferentes práticas frente aos surtos epidêmicos. Diante disso, é que se tem o surgimento da medicina pública, ou, mais conhecida atualmente como saúde pública, que, aliada ao núcleo de pesquisa sobre enfermidades, conseguia alcançar a coletividade, ou seja, a epidemiologia (BERTOLLI FILHO, 2011).

É oportuno lembrar, também, que nesta época, o Rio de Janeiro enfrentava um grave problema sanitário, evidenciado pela presença de inúmeras enfermidades que acometiam a população, entre elas, a febre amarela, que trouxe diversas implicações para a saúde pública,

estendendo-se para as áreas do comércio exterior. Devido a esta problemática, os navios passaram a não querer atracar no porto da cidade, principalmente, pela situação sanitária do local, por isso, Rodrigues Alves, presidente do Brasil na ocasião, pensando na erradicação da epidemia da febre amarela no RJ, indicou Oswaldo Cruz para a direção do departamento federal de saúde pública (POLIGNANO, 2012).

No período entre 1889-1930, no Brasil, foram criados e implementados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional sob o comando de Oswaldo Cruz, ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur, que organizou e implementou, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no país. Aliado a isso, surgia também o modelo das 'campanhas sanitárias', que tinha como enfoque o combate as epidemias urbanas e, posteriormente, as endemias rurais (BERTOLLI FILHO, 2011).

Em meados de 1950, tem-se, no Brasil, um novo processo de transformação que envolvia um movimento de modernização do setor saúde, com base no desenvolvimento capitalista, que tinha como objetivo principal a plena realização da lógica de eficiência da produção de bens e serviços. Na presente situação, o serviço hospitalar passava a ocupar uma posição central no âmbito da saúde, marcado pela presença de diferentes especialidades médicas, bem como, era detentor da infraestrutura e dos equipamentos necessários para a realização da assistência em saúde (BRASIL, 2007; BERTOLLI FILHO, 2011).

Já em 1978, aconteceu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em saúde que deu origem a Declaração de Alma-Ata que expressava a necessidade de todos os governos em promover a saúde para todos. Neste documento a saúde compreendia

um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (BRASIL, 1978, p.1)

Sob esse enfoque, observa-se que as discussões sobre as questões de saúde precisavam ser incentivadas tendo em vista a necessidade de transformação do atual modelo de atenção à saúde, e, também, pela inclusão da sociedade nas atividades de promoção e prevenção da saúde (ALMEIDA FILHO, 2000; TEIXEIRA, PAIM, VILLASBÔAS, 2002; BUSS, 2003; CZERINA, 2003; SILVA e SIQUEIRA, 2013).

Ao término do século XIX, diferentes questões envolvendo as doenças infecciosas já haviam sido esclarecidas, principalmente, no que diz respeito às enfermidades infecciosas. No entanto, ainda permaneciam alguns questionamentos referentes ao surgimento dessas doenças

como, também, a evidência delas sem um contato direto com o usuário adoecido. Outrossim, intrigava o não adoecimento daqueles indivíduos expostos ao enfermo.

Neste mesmo período, evidencia-se que as práticas em saúde no Brasil passavam por uma importante crise econômica, influenciando, diretamente, nas questões de saúde do país – principalmente, no acesso – pois apenas aqueles que estavam empregados e contribuíam financeiramente com o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) obtinham o direito a saúde. Sabe-se, também, que nesta época, ainda sob o forte domínio do regime militar, e marcada por movimentos sociais, pela redemocratização do país, apontava para a melhoria das condições de saúde da população (SILVA, 2013).

Em virtude dos fatos mencionados, pretende-se, de maneira resumida, possibilitar a compreensão dos aspectos históricos relativos à saúde no Brasil e no mundo, tendo em vista suas mudanças políticas em busca da redemocratização do país, que se tornaram mais intensas na década de 1980 devido as manifestações populares na área da saúde, direcionadas a uma atenção ampliada, democrática e igualitária (MEDEIROS JUNIOR, RONCALLI, 2004).

O ano de 1980, em Brasília, é marcado pela realização da VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) tendo como tema “A extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos”. Com base no relatório originado na conferência, passa-se a perceber um movimento social consolidado em volta da reivindicação de reformas mais intensas do sistema de saúde (BRASIL, 2009). Uma parcela do conteúdo existente no relatório corrobora com essa ideia e faz referência a ela:

[...] embora, por motivos circunstanciais, não tenham sido convocados determinados grupos sociais – como por exemplo - os usuários dos serviços de saúde [grifos nossos] os participantes estiveram de acordo em que a população brasileira, destinatário final das ações do programa (de extensão de cobertura) ainda não participa de seu processo decisório, devendo porém fazê-lo na média em que for levada a se incorporar à prática das ações ao mesmo inerentes, desse modo podendo representar fator determinantes para que alcance suas finalidades (BRASIL, 1980, p.216).

Ainda em 1980 havia um projeto conhecido como PREV-SAÚDE que tinha como objetivo ampliar a cobertura dos serviços de saúde para toda a população, com um enfoque na área básica. Posteriormente, o Conselho Nacional de Administração Previdenciária (CONASP) em 1982, estruturou algumas ações baseando-se nas ideias do PREV-SAÚDE, principalmente, nas questões envolvendo a descentralização e o uso de serviços públicos para a assistência aos usuários.

Com base nas estratégias adotadas, foi instituído em 1983 o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), no intuito de integrar os diferentes serviços disponíveis à população favorecendo o desenvolvimento de práticas de saúde efetivas e eficazes. Essas

ainda representavam a possibilidade de inter-relação entre as instituições de saúde, facilitando o planejamento e a realização de cuidados contínuos e integrados ao usuário, família e comunidade, bem como, influenciar, significativamente, na criação das Comissões Inter-Institucionais de Saúde (CIS) e Comissões Inter-Institucionais Municipais de Saúde (CIMS), que, atualmente, estão em vigência como Conselhos de Saúde, servindo de base para a implantação futura do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Já em 1986, é realizada a VIII CNS, também realizada em Brasília, que teve um importante impacto na saúde brasileira, ao ampliar o número de participantes envolvidos e apontar em seu relatório, diretrizes para a reorganização do sistema de saúde. Vale ressaltar, também, que a VIII CNS conseguiu alcançar setores mobilizados da população, os profissionais de saúde, como também os membros dos sindicatos, resultando em um documento final o qual estruturou o processo de construção de um modelo reformador da saúde que considera a saúde como resultado das condições de higiene, moradia, educação, situação financeira, nutrição, atividade laboral, emprego, lazer, liberdade, entre outros, mas, principalmente, a possibilidade de acesso aos serviços de saúde, que deverão ser conquistadas pelos usuários em suas lutas diárias (BRASIL, 1986).

No relatório da VIII CNS, o conceito de saúde passa a ser compreendido de forma ampliada (BRASIL, 1986). Assim, para corresponder às expectativas desta mudança, torna-se necessário uma extensa rede de conhecimentos, bem como, de serviços e ações que, em conjunto e de forma inter-relacionada, são capazes de proporcionar saúde ao usuário, família e comunidade. Para tanto, era necessária uma nova forma de perceber o mundo e o ambiente no qual cada um se encontra inserido – um olhar sistêmico.

O SUDS foi instituído com base no decreto nº 94 de 20 de julho de 1987, tendo como preceitos a equidade no acesso dos usuários aos serviços e instituições de saúde, a universalização, o cuidado contínuo e integral, a regionalização dos serviços de saúde, a descentralização das práticas em saúde, o estabelecimento de uma política direcionada aos recursos humanos, entre outros (BRASIL, 1987; PAIM, 2003; SILVA, 2013).

O capítulo destinado à saúde na Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, representa o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo da década de 80, como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a determinação da “saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos”, Art. 196. Assim sendo, ela oportuniza a todo cidadão brasileiro, o exercício dos direitos sociais e individuais e assegura a liberdade, a segurança, o bem estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça de uma sociedade fraterna, pluralista e

sem preconceitos. Esses direitos baseiam-se na harmonia social e estão comprometidos, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias. Esses direitos se encontram expressos nos Art. 196 a 200 da referida constituição (BRASIL, 1988).

A saúde, como direito universal a toda população, representa um amplo desafio que só pode ser alcançando mediante o desenvolvimento de políticas sociais e econômicas que operem reduzindo as desigualdades sociais e regionais do Brasil, garantindo o direito à cidadania e consolidação da democracia (BRASIL, 1988). No entanto, a saúde precisa ser apreciada como um bem comum com a qual os cidadãos brasileiros têm assegurado o exercício e a prática do direito à saúde, necessitando ser considerada como um referencial e valor básico a ser absorvido pelo poder público, orientando o planejamento e desenvolvimento de condutas, decisões, estratégias, ações e resultados.

2.3 O Sistema Único de Saúde

O Brasil, ao longo de sua trajetória, passou por inúmeras transformações na busca por estratégias e soluções, associadas a modelos e propostas de atenção que dessem conta da real demanda de saúde da população.

No dia 17 de março de 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), o presidente José Sarney em seu discurso, discute, junto a mais de quatro mil pessoas, três macro temas, sendo estes: Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do setor (BRASIL, 2011). No Relatório Final da VIII CNS, foi evidenciada a necessidade de mudanças no âmbito da saúde, onde um dos assuntos mais debatidos tratava-se da reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, assunto esse que deveria resultar na criação de um Sistema Único de Saúde, por meio-de uma ampla Reforma Sanitária (BRASIL, 1986).

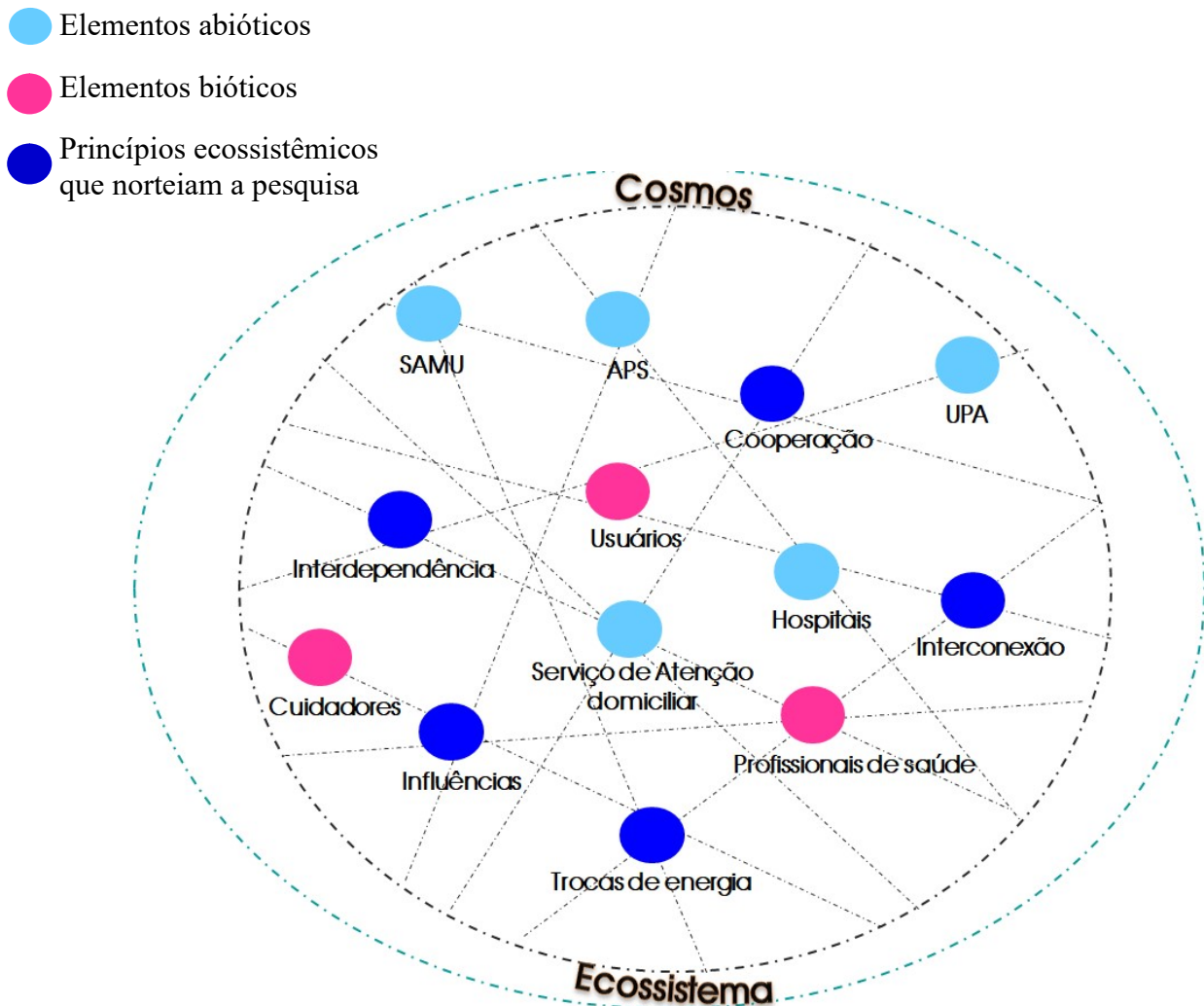
Neste contexto, com a proposta de reorganizar o sistema de saúde brasileiro, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que representa o maior movimento de inclusão social testemunhado na história do Brasil, sendo este, identificado como um sistema formado por um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem e se inter-relacionam, com o objetivo de prestar uma assistência de qualidade à população (BRASIL, 1990, 2007).

Entende-se por sistema um conjunto de elementos bióticos e abióticos dinâmicos, que influenciam e não são influenciados, que cooperam entre si, se mantém em constante troca de energia em virtude de sua capacidade de se inter-relacionar e interconectar-se com os elementos que o constituem e formam uma totalidade/unidade com objetivo comum e que

efetuam determinada função (BERTALANFFY, 2013). Este também pode remeter a um conjunto de unidades combinadas constituindo um todo organizado onde o seu resultado total é maior que o resultado das unidades que o compõem, se estes, ocorressem de maneira independente (CAPRA, 2006; SANTOS, SIQUEIRA e SILVA, 2009; DEI SVALDI, 2011).

As interconexões que se estabelecem entre todos os elementos constituintes do ecossistema são capazes de alcançar um resultado por meio da integração, cooperação, inter-relação, interdependência, onde esses princípios se influenciam mutuamente e produzem energia que se mantém em constante troca (Figura01). Entretanto, Siqueira (2001 e Capra 2006) reforçam a necessidade de compreender a forma pela qual essas trocas acontecem e, assim, perceber o grau de importância que possuem no contexto.

Figura 01 - Princípios sistêmicos que norteiam a presente pesquisa



Fonte: Dados com base na Revisão de Literatura, organizados pelas pesquisadoras Weykamp e Siqueira (2020).

A compreensão da interdependência entre os diferentes elementos de um sistema traz consigo ideias sobre o estilo como se influenciam mutuamente. Já a essência das interações significa que todos os elementos fluem de suas inter-relações e estas são dinâmicas. Para tanto, esses elementos necessitam estar acoplados estruturalmente, o que garante o encontro estrutural necessário para que as interações aconteçam (MATURANA, VARELA, 2011).

Se tudo se encontra interconectado, interdependente, influenciando-se mutuamente de forma dinâmica, então a concepção sistêmica “vê o mundo em termos de relações e de integração [...] embora se possa discernir partes individuais em qualquer sistema, a natureza do todo é sempre diferente da mera soma de suas partes” (CAPRA, 2012 p. 260). Perceber o mundo como um grande sistema possibilita vê-lo de forma mais ampla. Essa forma de apreender o que nos cerca é capaz de provocar diferentes discussões e reflexões acerca da importância que essa visão sobre qualquer serviço e ação a ser realizada, principalmente, no âmbito da saúde (CAPRA, 2012).

Ao perceber a saúde como um sistema, busca-se, por meio desses conceitos, elucidar a importância das interconexões/inter-relações/interações entre os diferentes elementos que a constituem, tendo em vista a necessidade de se instituir um sistema de saúde que, de fato, promova práticas de atenção mais efetivas e eficazes, bem como, que corresponda às necessidades do usuário, família e comunidade.

Desde sua regulamentação, até a atualidade, o SUS mantém em sua base os princípios doutrinários que asseguram o acesso a todo cidadão brasileiro, respeitando a **universalidade** que corresponde ao direito que os usuários têm ao acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção sem distinção alguma e sem qualquer custo, independente das características sociais, a **equidade** que garante que todo cidadão é igual perante o SUS e, para isso, deve-se considerar as necessidades específicas dos diferentes grupos sociais e regionais que compõem o país e a **integralidade** que norteia as ações de saúde devendo estas serem combinadas e voltadas para prevenção, promoção e recuperação a partir da compreensão do indivíduo em sua totalidade, garantindo o acesso a todos os níveis do SUS (BRASIL, 1990).

Além de constar na Constituição de 1988, o SUS foi regulamentado pelo Art. 4º da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, e recebe evidência na Lei nº 8142 ambas sancionadas em 1990. Ao mesmo tempo em que a primeira lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, a segunda lei se refere a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990; 1990b; 2004).

Neste contexto, tem-se presente na lei nº 8080 a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Ela envolve a gestão financeira e consolida o Plano Municipal de Saúde como base das ações e, também, das responsabilidades em cada nível de gerência do sistema de saúde, possibilitando, de fato, a adoção de ações e serviços gratuitos nos atendimentos e contratados privados e conveniados (BRASIL, 2004). Descrito em seu Art. 1º, com um enfoque nacional, tornam-se regulamentadas as ações e serviços de saúde, desempenhados a nível individual e coletivo, de maneira permanente ou eventual, seja a partir de sujeitos naturais ou jurídicos nos setores privados ou públicos (BRASIL, 1990).

Tratando-se dos objetivos do SUS presentes nesta lei, destaca-se o reconhecimento e exposição dos elementos condicionantes e determinantes de saúde, a elaboração de políticas públicas voltadas a saúde dos cidadãos, no meio econômico e social, tendo em vista a redução de riscos de doenças e outros agravos e a garantia do acesso universal e igualitário as ações e aos serviços de saúde como, também, práticas em saúde que envolva ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990; PAIM, 2009).

Já a lei nº 8142, por meio do seu Art. 1º, determina que o SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo, das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I – A conferência de Saúde;

§ 1º A conferência de saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação de vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

II- O conselho de saúde;

§ 2º O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL, 1990b, p.01).

O SUS, mesmo sendo um sistema de saúde com abrangência nacional, mantém subsistemas em cada um dos estados e municípios do país. O panorama das ações encontra-se nos municípios, e com isso a totalidade dessas ações e, também, dos serviços de atenção à saúde, precisam ser desenvolvidos por um conjunto de instituições de saúde, estruturados em redes regionalizadas, hierarquizadas, direcionados ao cuidado humanizado e integralizado da população local, respeitando o subsistema municipal, mas, inserido de forma conjunta nas abrangências estadual e nacional do SUS (BRASIL, 2000; SILVA, 2013).

É oportuno lembrar que na Constituição de 1988 é estabelecida a regionalização, a partir da organização de redes de atenção como elemento essencial para a garantia dos

princípios de universalidade, integralidade e equidade. Segundo consta na constituição, as ações e serviços de saúde constituem uma rede regionalizada e integrada em um sistema único em todo o território nacional (BRASIL, 1990). No entanto, o processo de construção do SUS ao longo da década de 90, em um contexto político e econômico atribulado, privilegiou o desenvolvimento das bases municipais de ações e serviços de saúde em conformidade com a diretriz de descentralização.

A ampla discussão envolvendo o processo de descentralização trouxe à tona a necessidade de se determinar o espaço regional como meio essencial de construção do SUS, uma vez que, a maioria dos municípios, isoladamente, não possuía condições de garantir oferta integral a seus usuários (OUVERNEY, NORONHA, 2013; SILVA, 2013). E com isso, em 2001 foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001) e editada no ano de 2002 (NOAS 01/2002), no intuito de consolidar uma lógica de estruturação de redes regionalizadas como um sistema de saúde integrado regionalmente, e, assim, estender as responsabilidades aos municípios no âmbito Atenção Básica, desenvolver métodos para o fortalecimento da gestão do SUS e dar continuidade na atualização dos padrões de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2001; 2002).

Em relação à NOAS 2002, sabe-se também que ela apresentou dificuldades em sua implantação. Silva e Dobashi (2007) apontam que os moldes rígidos adotados na reorganização dos serviços associados à não concretização de uma chefia regional e intermunicipal, foram pontos de incoerência e fragilidades em situações que se mostravam essenciais para a articulação entre os municípios e, destes, com as outras esferas do governo.

A diretriz da regionalização somente ganhou força na agenda do SUS no ano de 2006 com a publicação do Pacto pela Saúde. Aprovado pela Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, e regulamentado pela Portaria nº 699 de 30 de março de 2006, o Pacto pela saúde visa substituir os moldes rigorosos propostos pela NOAS 2002 por pactos mais flexíveis, capazes de estabelecer arranjos que colaborem para a regionalização e o aprimoramento das redes (BRASIL 2006b, 2006c). Este pacto contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de Regionalização e de organização do SUS, sob a forma de rede, como estratégia essencial para consolidar os princípios desse sistema de saúde.

Além dessas dificuldades, é preciso acrescentar, que o modelo cartesiano vigente, impediu e continua impedindo a perceber a nova forma a ser implementada. Não é, simplesmente, apresentar, legalmente, um novo modo, que existe a possibilidade de fazer uma mudança no processo mental de pensar e fazer diferente. Torna-se necessária, uma ampla

discussão, um entendimento sobre essa nova forma de ver e fazer saúde. Essa habilitação, com diversos segmentos da saúde, não aconteceu e ainda, em pleno século XXI, não acontece. Esse é apenas um dos múltiplos entraves que dificultam implementar, de forma mais efetiva, os serviços de saúde com base no pensamento sistêmico.

De acordo com Capra e Luisi (2014), as ações médicas, com base no método cartesiano, não são muito eficientes, tendo em vista a necessidade de promoção, prevenção e manutenção da saúde dos indivíduos. Consideram, ainda, que essa situação não irá modificar-se enquanto a ciência médica não inserir na sua prática cotidiana e, em seus estudos, o ser humano visto em seus aspectos multidimensionais: físico/biológico, psicossocial e espiritual, incluindo o espaço/tempo em que vive, trabalha e se desenvolve, numa visão sistêmica

Por isso, busca-se com a perspectiva sistêmica compreender o ser humano em sua totalidade, e entender que, segundo Siqueira (2001) suas necessidades não podem ser entendidas e supridas de forma fragmentada, cuidando apenas de um aspecto, e sim, envolvendo o indivíduo de maneira integral, contemplando-o em seus diferentes aspectos biopsicossociais e espirituais (SILVA, 2013; MEDEIROS, 2013; ZAMBERLAN, 2013). Para Capra e Luisi (2014), essa perspectiva enxerga a saúde como um processo de transição, decorrente de um reflexo criativo do organismo em relação aos estímulos ambientais, contrapondo-se a ideia de estado inerte de perfeito bem estar, e reconhece a doença como resultado de padrões de desordens que surgem sob diferentes enfoques do organismo com base nas inter-relações entre este e os demais elementos com os quais ele interage.

Dessa forma, tem-se na perspectiva sistêmica/ecossistêmica, a ideia de saúde-doença em constante construção, pois ela se baseia nas interações, inter-relações e transformações constantes entre os diferentes elementos bióticos (vivos) e abióticos (não vivos) que se relacionam, se influenciam e constroem em conjunto algo que nenhum dos elementos possui. Olhar e compreender o mundo, na ótica sistêmica, significa percebê-lo como um todo inter-relacionado, produzindo mudanças e transformações que ocorrem com velocidade constante e acelerada, pois tudo influencia no todo e o todo é influenciado por tudo.

Entretanto, em pleno século XXI, em grande parte do mundo, persiste, em relação à saúde, de forma significativa, o pensamento cartesiano, atuando de forma fragmentada, linear, hierárquica, centrado na doença e não na saúde. Frente a isso, entende-se que diferentes são os desafios a serem superados, tendo em vista que a saúde já não pode mais ser compreendida apenas como ausência de doenças e sim oriunda de distintos fatores conforme o conceito ampliado oriundo da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1986).

Frente a isso, entende-se que para inovar o processo de organização do SUS e para se produzir um impacto positivo nos indicadores de saúde é preciso pensar e agir sob a perspectiva das redes de atenção à saúde, que, atualmente, apresentam-se como uma importante estratégia para aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do sistema de saúde, no intuito de garantir ao usuário e sua família um cuidado integrado, direcionado as suas reais necessidades, levando em consideração as influências entre os diferentes elementos (bióticos e abióticos) que constituem o meio no qual eles estão inseridos.

2.3.1 Redes de Atenção à Saúde

As Redes de atenção à saúde (RAS) correspondem a uma nova maneira de organizar o sistema de saúde, transformando-o em sistemas integrados que permitam atender, com efetividade, eficácia e equidade as condições de saúde da população (BRASIL, 2015). O sistema de saúde sob a perspectiva das redes, visa diminuir a fragmentação da assistência, prestar cuidados contínuos e direcionados às necessidades do usuário, família e comunidade, reduzir o índice de internações hospitalares desnecessárias, facilitar o acesso aos diferentes pontos de atenção, incentivar o autocuidado e aumentar a satisfação do usuário (BRASIL, 2011; 2012).

Neste caso, são considerados pontos de atenção, os ambientes onde são disponibilizados diferentes serviços de saúde, tais como: unidades básicas de saúde (UBS), instituições ambulatoriais especializadas, domicílios, espaços direcionados a práticas hemoterapeutas e hematológicas, centros de apoio psicossocial (CAPS), entre outros. Sabe-se, também, que no âmbito hospitalar pode haver diferentes pontos de atenção, como, por exemplo: a maternidade, o bloco cirúrgico, setor cirúrgico ambulatorial, unidade de pronto atendimento, de terapia intensiva e hospital/dia (BRASIL, 2010). Sob o enfoque sistêmico, os diferentes pontos de atenção são vistos de forma relacionada, interconectada e interdependente.

Em analogia, cada ponto de atenção que compõe o seu espaço/tempo, influencia e é influenciado pelos demais, e trazem a ideia de continua formação de rede, tecida por fios e nós que, de forma dinâmica e flexível, sustentam a totalidade (CAPRA, 2006). E, por isso, é que, dentro da proposta de redes, todos os pontos possuem a mesma representatividade para que desempenhem suas atividades, diferenciando-se apenas pelas suas características tecnológicas. Portanto, não importa em que posição se encontram localizados na rede.

A organização dos serviços em redes teve início em 1920, no Reino Unido, a partir do relatório de Dawson, documento esse que apresenta a primeira proposta de sistematização dos sistemas regionalizados de saúde e que destaca a importância dos serviços de saúde atuarem a partir de um arranjo ampliado direcionado às necessidades de saúde dos cidadãos (OPAS, 1964). O relatório, ainda apontava para a necessidade de que os cuidados de cunho preventivo e curativo realizados no espaço domiciliar, como também nas instituições de saúde secundárias, vinculadas ao hospital, contemplassem a totalidade dos usuários do sistema.

Na década de 90, nos Estados Unidos, ocorre uma discussão dando ênfase ao esforço para superar o processo de fragmentação do sistema de saúde. Frente a isso, foram adotadas medidas visando a oferta contínua de serviços disponíveis à população, tendo como foco a Atenção Primária em Saúde (APS), desempenhadas a partir de práticas interdisciplinares, com serviços integrados (BRASIL, 2012). Diante disso, Shortell et al (1993) sugeriu combater a fragmentação ainda existente nos sistemas de saúde a partir do estabelecimento de sistemas integrados em instituições de saúde direcionados a uma população específica. Este mesmo autor, realizou diferentes experiências, em alguns hospitais comunitários, que tiveram resultados positivos, revelados com base nas propriedades que compunha as organizações integradas de atenção à saúde, direcionadas à prestação de cuidados contínuos, visando a promoção e prevenção da saúde dos usuários e, também, para a gerência de uma rede de serviços (SHORTELL, 1993).

Nessa linha de pensamento, Todd (1996) classificou a relação entre os sistemas de atenção à saúde americana em três etapas: a primeira retrata a fragmentação entre as unidades, e a competição existente entre elas, a segunda já foi marcada pela dissolução das unidades de saúde no intuito de alcançar a economia de escala e, por fim, a última etapa representa a integração vertical entre os sistemas de saúde. Ainda nos EUA, na década de 90, diferentes autores discutem a evolução dos sistemas integrados, onde a responsabilidade pela população, a continuidade nos serviços, a cooperação acima da competição, o foco na qualidade, o trabalho multidisciplinar, e ainda o fortalecimento na APS, são alguns dos elementos que contemplam a proposta de redes neste país, e que são vistos como fatores necessários para superar a crise do sistema de atenção à saúde americano (POINTER et al, 1997; COILE, 1997; ENTHOVEN, 1999; WAN et al, 2002).

No Canadá também foram constatadas fragmentações no sistema de atenção à saúde, onde a proposta de integração ocorreu baseada no pagamento por captação, na inclusão de profissionais da área de medicina da família como porta de entrada, no fornecimento de uma assistência integral, no reforço dos dados em saúde, como também, na organização e

planejamento fundamentado nas necessidades de saúde da população (LEAT et al, 1996). Em 1978 a reestruturação dos sistemas de saúde, sob a perspectiva das RAS, também está presente na reunião de Alma-Ata (OMS, 2011). Vivências semelhantes, também, foram registradas no Canadá e Europa ocidental, embora na América Latina o desenvolvimento das RAS ainda é recente, tendo o Chile como o país mais avançado neste processo (KUCHNIR, CHORNY, LIMA, LIRA, 2010).

No Brasil, a proposta de sistemas integrados é bem recente, tendo início no ano de 2010, quando foi estabelecida a Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 que de fato estabeleceu as RAS no SUS, tendo como finalidade possibilitar a inter-relação de ações e serviços de saúde, tendo em vista a execução de práticas em saúde contínuas, integradas, eficazes, que correspondam aos princípios e diretrizes do sistema único (BRASIL, 2010). As redes, junto ao SUS, são apontadas como estratégias para a consolidação de seus princípios de universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Essa portaria ainda em vigência evidencia algumas características essenciais para a articulação das redes, tais como: constituir relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção, onde os serviços de saúde são igualmente importantes, dentro dos níveis e objetivos da rede. Após a sua divulgação, no intuito de organizar dentro do SUS as RAS, são criadas cinco redes temáticas que foram firmadas para serem instituídas nas regiões de saúde do país (BRASIL, 2010).

Entre as redes temáticas, tem-se:

- Rede cegonha
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE);
- Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- Rede de cuidados à Pessoa com Deficiências;
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

No que concerne as RAS, tem-se na RUE a presença da Atenção Domiciliar (AD) de maneira mais explícita. De acordo com Brasil (2011; 2015) a AD, também conhecida, atualmente, como o Programa Melhor em Casa, é considerada um dos elementos constituintes da RUE, e é organizada de forma articulada e integrada aos outros componentes das RAS, com base nos planos de ação definidos na Portaria GM/MS nº 1.600 de 7 de julho de 2011. Esta modalidade de atenção inserida nessa rede de cuidados tem como objetivo reorganizar as questões referente as práticas de cuidado domiciliar das equipes que realizam suas atividades

sejam no setor básico, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e instituições hospitalares. Ela existe no intuito de reduzir a demanda por atendimentos hospitalares e/ou a diminuição do tempo de permanência do usuário internado, atenção à saúde humanizada, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2015).

Com a origem do programa Melhor em casa, as modalidades de AD se deparam com um importante desafio a ser superado, que corresponda a sua interação e inter-relação com os demais pontos que compõem as RAS, principalmente, com a AB, que, em vários momentos, é considerada como o centro comunicador da rede. Frente a isso, se faz necessário que a rotina de trabalho dos profissionais de saúde da AB e AD seja baseada em parcerias, onde a integração, à comunicação, à adaptação e à flexibilidade entre os “nós” que compõem as RAS, desencadeiam proporcionalmente a redução da quantidade de consultas, internações, riscos e custos, como, também, garantem a promoção da melhoria da qualidade de vida do usuário, família e comunidade (BRASIL, 2012).

Tendo por uma pesquisa realizada em diferentes municípios do Rio Grande do Sul, pode-se afirmar que a articulação do SAD com os outros serviços das RAS auxilia na captação dos usuários ao serviço. E, também é possível afirmar que as interações existentes entre os diferentes pontos de atenção possam ser vistas como um dispositivo de reestruturação produtiva na saúde suplementar, uma vez que, os usuários pertencentes ao sistema de saúde dependem da eficácia dessas relações para ter as suas necessidades atendidas (WEYKAMP, 2015).

A AD integrada à RUE representa um avanço na busca por cuidados em saúde mais efetivos e eficazes, utilizando-se de práticas inovadoras fora dos ambientes convencionais, como o domicílio, suscitando um olhar diferenciado frente às necessidades de saúde da população. E com isso, indo ao encontro de uma assistência que corresponde ao novo modelo assistencial proposto, garantindo uma rede de cuidados contínuos, responsabilizando-se por uma parcela dos usuários do sistema de saúde, bem como os demais pontos de atenção, com um enfoque voltado para às condições agudas e crônicas da população (BRASIL, 2012).

Em virtude dos fatos mencionados, destaca-se que diferentes autores apresentam a implantação das redes como um desafio, principalmente, pela necessidade de articulação entre os níveis de atenção. Eles apontam que, apesar dos pontos das RAS estarem estabelecidos ou em fase de desenvolvimento, isso tudo ocorre de modo desarticulado, bem como, o financiamento, que permanece fragmentado e com liberação incerta, contribuindo para que os serviços não atuem com a efetividade necessária (MENDES, 2011; ANDRADE et al, 2013; BRASIL, 2015).

Corroborando esta ideia, La Forgia (2006) afirma que o sistema de saúde não está apto para enfrentar os desafios ocasionados pela alta prevalência de doenças crônicas em nosso país. Ele acredita que a problemática envolvendo a fragmentação - que ele considera “mais normal que a exceção” - implica nas fragilidades existentes nos serviços e ações em saúde, como, por exemplo, nos altos custos de tratamento pelo fato das questões envolvendo as doenças crônicas não serem organizadas de forma adequada, um cuidado descontínuo e de baixa qualidade, não contemplando a totalidade da população, nem mesmo, as suas demandas em saúde.

Isso significa que, embora inúmeros sejam os benefícios advindos das RAS, o modelo biomédico de saúde, composto por elementos isolados, que priorizam as condições agudas, as práticas curativas centradas no indivíduo, exibindo níveis de atenção hierarquizados, reativos, baseado na gestão de ofertas, resiste a ideia de uma proposta de um sistema de saúde organizado em redes que preza por uma assistência contínua, com espaço para as condições crônicas, centrada na coletividade proativa, baseada em redes poliárquicas, que considera a gestão das necessidades (BRASIL, 2010; MENDES, 2010; BRASIL, 2012). Conforme já discutido anteriormente, enquanto o modelo biomédico reforça a ideia fragmentada, buscando compreender o todo com base em aspectos individualizados não foi devidamente discutida e os trabalhadores da saúde não forem qualificados para trabalhar na perspectiva sistêmica, acredita-se que o impasse irá persistir.

Entende-se por ecossistema, uma comunidade de organismos que formam um espaço/ambiente/território (SANTOS, SIQUEIRA, SILVA, 2009). O enfoque ecossistêmico se baseia em diferentes princípios, entre eles, a inter-relação, interação, interdependência e a integralidade, princípios esses que norteiam a proposta de um sistema de saúde organizado em redes, onde, segundo Capra (2006) é preciso compreender e conceber todas as influências e trocas entre os elementos que se processam no todo sob esse olhar, e assim perceber a sua importância.

Para este mesmo autor, as inter-relações correspondem as trocas de energia, matéria ou informações que nutrem o sistema, assim como, as relações que ocorrem entre os diferentes elementos que constituem o sistema são definidas pelas dinâmicas deste, em sua totalidade (DEI SVALDI, SIQUEIRA, 2005; MEDEIROS, 2013; SILVA, 2013). Esta teia dinâmica de acontecimentos interligados resulta das características de diferentes elementos, que constituem a estrutura da teia, estabelecida a partir da lógica de suas inter-relações, produzindo algo diferente do existente em cada um dos elementos constituintes da unidade/totalidade.

Nessa perspectiva, percebe-se que a formação de redes funciona, basicamente, como uma teia, onde os diferentes pontos/nós são representados pelos serviços que integram a teia, e a partir de suas relações e inter-relações, representados pelos filamentos. Ou seja, a comunicação e o diálogo entre os serviços são capazes de definir e influenciar em todo o processo de tessitura de teia/estrutura da rede (THUROW, 2016). Sob este enfoque, Siqueira (2001) e Capra & Luisi (2014) apontam para uma perspectiva sistêmica que enxerga o mundo a partir de suas interações e relações, num processo dinâmico, que influencia e é influenciado pelo surgimento de tecnologias que afeiçoam as estruturas econômicas, culturais e sociais, atualmente dominadas pela globalização. E, mais uma vez, deixam claro a ideia de totalidade/unidade bastante presente no pensamento sistêmico, onde, ela é maior do que a soma das partes, porque representa o resultado das interações das partes entre si.

Neste contexto, compreender as RAS sob o ponto de vista sistêmico é considerá-las uma teia dinâmica que possibilita a compreensão mais ampla e simples dos sistemas, enaltecendo as inter-relações, interações e influências existentes entre os diferentes elementos, assim, como a realidade dos diferentes processos que constituem a totalidade de forma interdependente. Frente a isso, Capra (2006) afirma que as dificuldades vivenciadas no mundo são sistêmicas e, por isso, interligadas e interdependentes, podendo ser desvendadas e solucionadas se levado em consideração as relações, as interações, as interconexões e o contexto.

O primeiro elemento corresponde a **população** - que fica sob a responsabilidade das redes – habita em territórios sanitários singulares e se estabelece, socialmente, em famílias, sendo necessário um cadastro e registro como subpopulações devido aos riscos sócio sanitários (MENDES, 2011; BRASIL, 2012; THUROW, 2016). As RAS mantêm seu foco na população, de maneira integral, a partir da prestação de um serviço contínuo de cuidados que priorize as ações de cunho preventivo, promocional e de reabilitação da saúde, desenvolvidas de forma responsável, humanizada, indo ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS.

O segundo elemento refere-se a **estrutura operacional**, que envolve os pontos de assistência pertencentes as redes e pelas relações entre os elementos bióticos e abióticos que compõem múltiplos serviços, constituindo-se de cinco segmentos, entre eles: o centro de comunicação, pontos de atenção à saúde secundários e terciários, sistemas de apoio, sistemas logísticos e sistemas de governança (MENDES, 2011; BRASIL, 2012; THUROW, 2016). Frente a isso, tem-se no centro de comunicação a Atenção Primária em Saúde (APS), que, tem como objetivo, desenvolver práticas em saúde, bem como, realizar a articulação entre os

diferentes pontos de atenção, possibilitando uma assistência integrada e contínua ao usuário, família e comunidade (BRASIL, 2012).

No que diz respeito aos pontos de atenção à saúde, secundários e terciários, sabe-se que estes se destacam pela capacidade de abranger diferentes densidades tecnológicas no intuito de auxiliar nos serviços disponibilizados pela APS, por meio de atendimentos especializados nos âmbitos ambulatoriais, hospitalares, domiciliares, diagnósticos e curativos. Já os sistemas de apoio atuam, praticamente, como sítios, onde são disponibilizados e executados os cuidados em saúde, compartilhados por todos os pontos de atenção (BRASIL, 2012).

Somam-se a isto, os sistemas logísticos que fornecem ajudam com base nas tecnologias de informação, com o objetivo de facilitar a interação e a comunicação entre os diferentes serviços constituintes das redes, incluindo, os sistemas de apoio. E, também, os sistemas de governança que correspondem aos padrões institucionais ordenados, que circundam atores distintos, técnicas e procedimentos, conduzindo, de maneira compartilhada e Inter federativa, as inter-relações entre os quatro segmentos operacionais evidenciados anteriormente, com o objetivo de atingir maior interdependência e resultados sanitários e econômicos mais eficazes. Dessa forma, é a partir desses sistemas transversos que ocorre a interação entre os diferentes pontos pertencentes às RAS com bases na missão, visão e objetivos gerais das redes (MENDES, 2010; BRASIL, 2012).

O terceiro elemento representa o **modelo de atenção à saúde** caracterizado como um sistema lógico responsável pela organização e funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, a inter-relação entre a população e as subpopulações classificadas conforme grupo de risco, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções, determinado a partir da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais de saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada população (BRASIL, 2012).

Os modelos de atenção à saúde precisam amparar o processo de formação e implantação das RAS, mantendo um enfoque nas condições crônicas e não somente as agudas. Diante disso, evidencia-se que o Brasil apresenta uma particularidade, e ela envolve os aspectos relativos à saúde com base numa transição demográfica acelerada, marcada por incoerências entre a situação epidemiológica (tripla carga de doenças, com predomínio das condições crônicas), e o modelo organizacional dos serviços direcionado, principalmente, às condições agudas (BRASIL, 2015).

Na contemporaneidade, os sistemas de saúde vêm sendo marcados por uma discrepância com base na alta prevalência das condições crônicas e da resposta social advinda de unidades fragmentadas, direcionadas, principalmente, ao tratamento das enfermidades agudas, ou das agudizações das doenças crônicas (BRASIL, 2015). Sob a perspectiva, as redes propõem uma atenção às enfermidades crônicas, tendo como centro de comunicação a APS, atuando na coordenação dos fluxos existentes dentro da rede, enquanto nas condições agudas a APS não se apresenta como centro da comunicação e, sim, como um importante ponto de atenção (BRASIL, 2012).

Ainda convém lembrar que os modelos de atenção vão depender das especificidades presentes em cada uma das condições de saúde, sendo capazes de ocasionar transformações significativas no sistema de saúde, tendo em vista a necessidade de intervenção sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas. A qualidade da assistência frente às doenças crônicas e as situações decorrentes do processo agudo da mesma, se dá por meio das Redes de Urgências e Emergências, porém, para que essa rede opere de forma efetiva, humanizada e resolutiva, precisa haver uma boa articulação e interação entre todos os pontos de atenção (BRASIL, 2012; 2015).

Por isso, entende-se que não adianta referenciar instituições hospitalares com serviços de urgência e emergência, se continuar mantendo uma superlotação com usuários que não se encaixam no quadro clínico necessário para tal atendimento, como também, não tem como encaminhar todos os usuários “estáveis” para a AB se não houver uma organização entre estes e os demais serviços que compõem as RAS (BRASIL, 2015; MENDES, 2011). Neste contexto, vê-se na AD uma importante modalidade de atenção, que possibilita à realização do cuidado em espaços não convencionais, garantindo uma assistência contínua, integrada, direcionada às necessidades do usuário, família e comunidade.

2.4 A trajetória da Atenção domiciliar

A atenção domiciliar (AD) se construiu, historicamente, tanto com base nas necessidades de saúde da população, falta de instituições adequadas para acolhê-la, como, também, em relação ao alto custo para manter as instituições de saúde.

2.4.1 Antecedentes históricos

Os primeiros cuidados em assistência domiciliar reconhecidos por sua organização foram oriundos do Dispensário de Boston no ano de 1796, atualmente reconhecido como *Newengland Medical Center*. Essa organização de cuidados domiciliares era direcionada aos pobres e enfermos nos seus lares ao invés de hospitalizá-los. Naquela época, as instituições hospitalares ainda eram consideradas como “lares infectados” pela peste, onde cidadãos pobres e enfermos eram enviados para morrer (ALMEIDA FILHO, 2000).

Mais tarde, em 1850 frente a necessidade de se estabelecer ações de saúde em domicílio foi criado sob a liderança de Lilian Wald o programa que, posteriormente, foi chamado de *Public Health Nurse*. Ela, com vinte anos de experiência em visitas domiciliares de enfermagem, aliada a outras enfermeiras, acreditava que a doença precisava ser considerada envolvendo os aspectos sociais e econômicos. Esse pioneirismo permitiu uma transformação na história da enfermagem, apresentando os contornos da assistência domiciliar à saúde e possibilitando uma reforma progressiva dos movimentos públicos de saúde dos Estados Unidos da América (EUA) (AMARAL, CUNHA, LABRONICI, OLIVEIRA, GABBAI, 2001).

Historicamente, em 1887, nos EUA, o cuidado domiciliar era desenvolvido de maneira informal por duas enfermeiras conhecidas como Lilian Wald e Mary Brewster (SILVA, 2006). Juntas, trouxeram uma proposta inovadora de um cuidado direcionado ao usuário, a partir da atenção domiciliar, evidenciando as vantagens desse tipo de assistência à população. Com base neste acontecimento, outras enfermeiras domiciliares direcionaram suas práticas na implantação e implementação de estratégias a fim de reduzir os custos com o atendimento ao usuário.

As formas de cuidado norteadas por elas, posteriormente, foram financiadas por duas seguradoras dos EUA, a *Medicare e Medicaid*, mantendo a sua funcionalidade primária, que corresponde a mobilização da comunidade no intuito de favorecer e reduzir a necessidade de assistência profissional para alcançar as metas da atenção domiciliar (OGUISSO, SCHIMIDT, 2007).

No Brasil, as primeiras ações domiciliares tiveram início, conforme artigo publicado em “O Jornal”, pelo médico J.P. Fontelle em 15 de outubro de 1919. Este material enfatizava a importância da educação sanitária e, também, da necessidade de formação de enfermeiras visitadoras, recomendando, então, a criação deste serviço (MAZZA, 1994). Ainda nesta época, o país enfrentava diferentes epidemias como a da febre amarela e a da peste, que

traziam riscos aos negócios do país e ao desenvolvimento econômico, impossibilitando a imigração e prejudicando a exportação de produtos, obrigando as autoridades a agir.

Frente a essa problemática, no ano de 1919, surgem as primeiras ações domiciliares no Brasil. Por meio da criação do Serviço de enfermeiras visitadoras do Rio de Janeiro, onde também se encontrava o primeiro hospital com assistência domiciliar que era dirigido pelo médico Nildo Aguiar. Este serviço tinha como objetivo principal o combate às epidemias, o que em 1921, desencadeou a criação do primeiro curso de formação de enfermeiras visitadoras, no intuito de prepará-las para executar o cuidado nos domicílios, levando em consideração, principalmente, atividades de orientação às famílias no que se referia aos aspectos higiênicos de enfermidades como a tuberculose, bem como, prestar orientações sobre saúde infantil (CUNHA, 1991; KERBER, 2007; SANTOS, KIRSCHBAUM, 2008).

O serviço de enfermeiras foi criado juntamente com o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e Parsons que atuou no Brasil por 10 anos, no período de 1921 até 1931 (SAUTHIER e BARREIRA, 1999). Em 1922, a missão era formada de 13 enfermeiras estrangeiras, destas, sete desenvolviam ações nos serviços de saúde pública e seis dedicavam-se ao desenvolvimento da escola (SECAF, COSTA e BOA VIAGEM, 2007).

O marco histórico da Missão Parsons foi o planejamento, a organização e a implantação de uma Escola de Enfermeiras do DNSP, com base no Decreto nº 15.799, de 10 de novembro de 1922, inaugurada no dia 19 de fevereiro de 1923, primeiramente, com o objetivo de implementar um curso de emergência, com duração de seis meses, a fim de estender o quadro de visitantes para a realização do controle sanitário (BRASIL, 1922). *A posteriori*, em 1923, foi criada a escola Dona Anna Nery, hoje Escola de Enfermagem Anna Nery. Foi por meio do Decreto nº 17.268, de 31 de março de 1926 que a Escola de Enfermeiras do DNSP passou a chamar-se Escola de Enfermeiras D. Anna Nery, considerada um padrão para todo o país (SECAF, COSTA e BOA VIAGEM, 2007).

Nos Estados Unidos, o domicílio como espaço de **internação domiciliar** (ID), obteve esse reconhecimento e denominação a partir do médico Bluestone que atuava no hospital Guido Montifiore em Nova York no ano de 1947, e que foi inspirado por duas enfermeiras Lilian Walt e Mary Brewster, como já mencionado, que já realizavam cuidados domiciliar nesse país. Ele, através de sua vasta vivência na área da saúde, convencido de que o usuário adoecido é o membro de maior importância dentro da instituição hospitalar, identificou que a assistência a ele necessária não estava sendo, verdadeiramente, executada. Frente a isso, Bluestone preocupado com a situação, procurou encontrar estratégias capazes de combater essa lacuna na prática hospitalar, e a partir disso, levantou a possibilidade de atender uma

parcela de seus usuários em seus domicílios, fazendo uso de seus próprios leitos, sendo acompanhado por equipes de saúde que realizariam os cuidados hospitalares à domicílio (SIQUEIRA, 1974; SILVA, 2006).

A experiência adquirida no cuidado domiciliar no Brasil possibilitou ao médico Nildo Aguiar, que além de conduzir o hospital reconhecido pelo serviço de enfermeiras visitadoras, ocupar diferentes cargos nos setores do Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social. Foi ele, que concedeu informações importantes a respeito da criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), originado em 1949, aliado, principalmente, ao Ministério do Trabalho (SILVA, 2006; FEUERWERKER, MERHY, 2008).

O SAMDU foi criado pelos membros dos sindicatos, devido a insatisfação com o atendimento dos serviços de urgência. Este serviço era voltado para o atendimento do usuário previdenciário com doenças crônicas em seu próprio domicílio, onde a exigência empregada para a realização do cuidado acabava por excluir uma grande parcela da população (FABRICIO, WEHBE, NASSUR, ANDRADE, 2004; SILVA, 2006). Frente a isso, somente em 30 de dezembro de 1949 que o SAMDU é regulamentado com base no Decreto nº 27.664. Em seu Art. 1º fica claro que o atendimento médico no domicílio, bem como, em situações de urgência para aqueles usuários assegurados e beneficiários dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões será desenvolvido a partir de "comunidades de serviços", identificadas como Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social (SAMDU), sediadas no Instituto ou Caixa que o Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio designar, de acordo com a maior conveniência de realização do serviço (BRASIL, 1949).

No que diz respeito ao atendimento domiciliar na Europa, temos a primeira experiência com esse tipo de modalidade de atenção, mais conhecida como *“hospitalisation à domicile”* no ano de 1951 no hospital Tenon de Paris. Seguidamente, também foi inaugurado na mesma cidade o chamado *“santé service”* no ano de 1957, que se caracterizava como uma organização sem fins lucrativos, direcionada ao cuidado de usuários com enfermidades crônicas e, também, em estado terminal no âmbito domiciliar (SILVA, 2006; GOMEZ, 2016).

Levando em consideração os aspectos referentes a atenção domiciliar, cabe ressaltar que, embora diferentes países venham realizando e ampliando este tipo de modalidade de atenção em diferentes marcos da história mundial, somente em 1959 é que a Organização Mundial da Saúde admite a importância da assistência domiciliar e a recomenda a diferentes localidades, tendo em vista a flexibilidade desse tipo de cuidado, podendo ser adaptado a

diferentes contextos, o que foi bastante significativo tendo em vista que nesta época ainda não havia nenhuma legislação que a regulamentasse (SIQUEIRA, 1974; WHO, 1978; WEYKAMP, 2015).

Em 1967, no Brasil, uma instituição hospitalar do Servidor Público de São Paulo, relativo ao Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual (IAMPSE) criou e manteve um sistema de **internação domiciliar**, único da América Latina, na época, era direcionado aos servidores públicos estaduais, conseguindo reduzir drasticamente os custos e alcançando resultados positivos em relação as questões sociais, principalmente, familiares que envolviam essa forma de internação (SIQUEIRA, 1974; SILVA, SIQUEIRA, 2006). Frente a isso, o setor administrativo do IAMPSE começou a perceber que esse tipo de modalidade de atendimento poderia reduzir o tempo de internação hospitalar dos usuários e aumentaria a capacidade de leitos disponíveis para internação, visto que naquela época já se vivenciava a problemática de superlotação das instituições (SIQUEIRA, 1974; SILVA, SIQUEIRA, 2006).

Mais tarde, em 1981, na Espanha, o primeiro setor de atenção domiciliar foi estabelecido. Nos anos seguintes, empreendimentos semelhantes, em diferentes hospitais foram criados. De acordo com Ramalho e Tamayo (1998), o avanço desse tipo de modalidade no país ocorreu devido a demanda dos usuários pertencentes ao sistema público de saúde que buscavam uma assistência humanizada e de qualidade, como também, a partir dos próprios gestores que perante os custos e com base nos recursos limitados direcionados à saúde, procuraram organizar os gastos de maneira a não comprometer a efetividade e eficácia dos cuidados dispensados à população.

Em relação ao Canadá, sabe-se que os cuidados domiciliares eram desenvolvidos, principalmente, visando a alta precoce de usuários cirúrgicos, desde os anos 60. Em meados de 1987, neste país foi desenvolvido um experimento piloto em três instituições hospitalares localizadas em Montreal, que tinha como público-alvo os usuários clínicos agudos, sob o enfoque principal na administração e controle de antibióticos parenterais no ambiente domiciliar (RIBEIRO, 1999).

Considerando os aspectos até aqui observados, destaca-se que, atualmente, a OMS conceitua a assistência domiciliar como “a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo de atenção, incluindo cuidados para uma morte digna” (BRASIL, 2003). Tendo em vista a sua importância, a atenção domiciliar pode ser considerada um exemplo de inovação nas formas de cuidar do indivíduo em sua residência, que a cada dia se consolida mais em nosso país.

2.4.2 Amparos legais da Atenção domiciliar no Brasil

O atendimento domiciliar no Brasil ganhou destaque ao longo dos anos, mas, até 1998, ocorreu sem suporte de um padrão legislativo que orientasse o crescimento desta modalidade de atenção, de forma uniforme e eficaz. A própria definição deste tipo de serviço sofreu várias interpretações, onde também foram adotadas diferentes nomenclaturas.

Em 1998, a partir da Portaria nº 2416 de 23 de março de 1998 foram definidos os primeiros requisitos para o credenciamento de instituições hospitalares e especificados os critérios para o estabelecimento da **internação domiciliar (ID)** no SUS. Esta portaria já evidenciava alguns benefícios oriundos desta modalidade, frente a desospitalização que permitia um maior contato do usuário junto a sua família, fator esse, que contribuía para a sua recuperação, como, também, a diminuição dos custos com a internação hospitalar (BRASIL, 1998).

Neste documento, o cuidado no domicílio era desenvolvido mediante avaliação médica, privilegiando os usuários com idade superior a 65 anos, crônicos, acometidos por trauma com fratura ou afecção osteo-articular em recuperação ou neoplasias malignas, apresentando, no mínimo, três internações pela mesma causa num intervalo de um ano. A internação domiciliar contava com a presença de equipes multiprofissionais, que visitavam os usuários semanalmente, conforme agendamento prévio (BRASIL, 1998).

Embora já existissem os requisitos para a implantação da internação domiciliar nas instituições hospitalares, é somente no ano de 2002 com base na Lei 10.424 que a Assistência domiciliar no SUS é regulamentada. Esta lei agregou à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o capítulo VI alusivo ao Subsistema de atendimento e internação domiciliar e o Art. 19, onde são determinados, no âmbito do SUS, o **atendimento domiciliar (AD)** e a **internação domiciliar (ID)**. O que diferencia as duas modalidades é o fato de que a AD está vinculada à rede básica de atenção em saúde a ID ao serviço hospitalar.

Ainda consta no Art. 19 desta lei, na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares, a inclusão, principalmente, de médicos, enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos e de assistente social, entre outros, considerados necessários para a realização de um cuidado integrado ao usuário em seu domicílio. As práticas em saúde realizadas no espaço domiciliar serão de responsabilidade das equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. Tanto o atendimento, como a solicitação de internação domiciliares só poderão

ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família (BRASIL, 1990; MS 2002).

Tendo em vista os aspectos, até aqui observados, destaca-se que durante quase oito anos a Portaria nº 2416/98 representou os serviços de ID, sendo substituída pela Portaria nº 2529, em 19 de outubro de 2006, que estabelece a ID, evidenciando a presença de duas modalidades de atendimento, a assistência domiciliar (AD) realizada por profissionais de saúde oriundos da atenção básica e/ou da atenção especializada e a internação domiciliar (ID) sob a responsabilidade de uma equipe de saúde destinada a este fim, com uma instituição hospitalar de suporte (BRASIL, 2006d).

Mais amplamente destacado nesta portaria, o conceito de ID corresponde a um conjunto de atividades, normalmente realizadas no âmbito hospitalar, mas que podem ser desenvolvidas no domicílio, a indivíduos clinicamente estáveis, que exigem intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possuem a capacidade de serem mantidos no domicílio, sob os cuidados de uma equipe exclusiva destinada a esta finalidade (BRASIL, 2006d). Em seu Art. 3º, os serviços de internação domiciliar constituem-se de equipes multiprofissionais de internação domiciliar: compostas, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem e equipes de apoio que permeiam entre as diferentes equipes ou serviços de ID e, até mesmo, quando necessário junto a rede de serviços de saúde. Esta é composta por outros profissionais do nível superior, levando em consideração o perfil da atenção a ser prestada e os protocolos previamente estabelecidos (BRASIL, 2006d).

Para fins de credenciamento e implantação da ID era preciso que o gestor, além de contemplar os critérios adotados nesta portaria, exibisse à Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/DAE/SAS/MS, um projeto de instituição dessa modalidade de atendimento aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, bem como, pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2006d). O projeto em questão deveria envolver o diagnóstico situacional simplificado do município com um enfoque na coletividade, o objetivo do projeto, as particularidades técnicas da ID, o planejamento operacional anual incluindo metas quantitativas e qualitativas destacando os possíveis impactos já esperados, a proposta local de supervisão, controle e avaliação (BRASIL, 2006d).

Na tentativa de atingir os benefícios oriundos da ID, havia a necessidade de uma atuação multiprofissional pautada na interdisciplinaridade, com interações entre todos os membros envolvidos, estabelecendo trocas de saberes, vivências e contribuindo para práticas em saúde mais efetivas e eficazes. A partir dessa necessidade, surge o Programa de Internação

Domiciliar (PID) operando como uma estratégia na reversão dos moldes hospitalocêntricos, possibilitando práticas em saúde direcionadas a prevenção de doenças, promoção da saúde e humanização da atenção (SILVA, 2006).

Durante 05 anos a Portaria nº 2529 de 2006 esteve em vigência, porém foi revogada com a publicação da Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011. Na presente portaria, a nomenclatura ID é excluída e é dado lugar para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2011).

Fundamentado no Art.12, da referida portaria, o SAD é constituído de três modalidades de atendimento, tratando-se da AD1, AD2 e AD3. A modalidade AD1 destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde. A prestação de assistência nesta modalidade fica a cargo das equipes de atenção básica, incluindo as equipes de saúde da família, por meio de visitas regulares no domicílio do usuário, no mínimo, uma vez por mês (BRASIL, 2011).

Na modalidade AD2 são atendidos usuários, que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, e que necessitam de uma maior frequência de cuidados, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser procedentes de diferentes serviços da rede de atenção. A assistência prestada nesta modalidade fica sob a responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para essa finalidade (BRASIL, 2011).

Já a modalidade AD3, destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção a uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. Também ficam sob responsabilidade da EMAD e EMAP, ambas designadas para esta finalidade (BRASIL, 2011).

Ainda neste mesmo ano, na busca por redefinir a AD no SUS, surge a Portaria nº 2527 de 27 de outubro de 2011 que, além de anular a Portaria nº 2.029/11, institui normas para o registro do SAD, a habilitação de instituições de saúde onde estarão previstos os valores de incentivo para o seu funcionamento (BRASIL, 2011b). De acordo com o Art. 3º da Portaria

2527/11, onde a Atenção Domiciliar, inserida na rede de cuidados, tem como objetivo reorganizar as questões referente as práticas de cuidado domiciliar das equipes que realizam suas atividades sejam no setor básico, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e/ou instituições hospitalares. Ela existe no intuito de reduzir a demanda por atendimentos hospitalares e/ou a diminuição do tempo de permanência do usuário internado, atenção à saúde humanizada, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2011b).

Já em seu Art. 4º, destaca-se a AD como um dos elementos da Rede de Atenção às Urgências, integrando-a com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), com base no Plano de Ação, determinado na Portaria nº 1.600/GM/MS de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011b, 2011c). Frente a isso, tem-se que as orientações propostas no Art. 5º da Portaria 2527/11 apontam que a AD necessita ser desenvolvida sob a perspectiva da RAS.

Em consequência disso, entende-se que a atenção básica exerce um papel de extrema importância nesse processo, como porta de entrada do cuidado, ela precisa inserir-se no sistema de regulação, interagindo com diferentes níveis de atenção à saúde e com outros serviços de apoio, no intuito de reduzir a fragmentação do cuidado ainda existente, mantendo-se em concordância com os princípios de acessibilidade, acolhimento, equidade, humanização e integralidade do cuidado, aderindo o modelo de atenção que valoriza o trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, que favorece a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador (BRASIL, 2011c).

Presente no capítulo II desta Portaria, referente à organização da AD no SAD, constata-se que:

Art. 6º o SAD precisa estar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);

Art. 7º Os municípios poderão ter SAD desde que possuam:

- I- População igual ou superior a 100.000 habitantes com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- II- População igual ou superior a 40.000 habitantes e inferior a 100.000 habitantes, com base na população estimada pelo IBGE, desde que estejam localizados em regiões metropolitanas.

Art. 9º Cada EMAD deve atender a uma população adstrita de 100.000 habitantes

Art. 11 Para admissão do usuário no SAD, deverá haver concordância do usuário e familiar, com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

Art. 13 Quando clinicamente indicado, será designada EMAP para dar suporte e complementar as ações de saúde da atenção domiciliar, de acordo com o Art. 14 desta portaria;

Art. 14 Todos os municípios com uma EMAD poderão implementar uma EMAP para suporte e complementação das ações de atenção domiciliar, e a cada três EMAD a mais, farão jus a possibilidade de implantar mais uma EMAP (BRASIL, 2011b).

Em novembro de 2011, agregado à Portaria nº 1.600/GM/MS, foi divulgado um guia educativo referente ao Programa Melhor em Casa, no intuito de especificar algumas orientações direcionadas aos gestores de saúde responsáveis pela elaboração do projeto e adesão ao programa. Nesta linha de pensamento, evidencia-se que o Melhor em casa, alusivo a Atenção domiciliar, é um dos elementos da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e precisa atuar sob a ótica das RAS (BRASIL, 2011c).

A implantação do Programa Melhor em Casa, ainda em vigência, reflete a priorização da modalidade de atendimento domiciliar pelo Governo Federal, sendo elaborado em parceria com Estados e municípios. Entre as inúmeras vantagens frente a sua implantação, destaca-se a extensão do cuidado prestado aos usuários do SUS, de forma mais integrada e humanizada, no próprio domicílio e próximo a sua família.

Ainda como benefício deste programa, considera-se a notabilidade nos avanços relacionados a gestão do sistema de saúde, já que, ele prima pela desocupação dos leitos em instituições hospitalares, possibilitando uma assistência de melhor qualidade e organização dos serviços de urgência dos hospitais (BRASIL, 2012). Em consequência disso, pode-se entender que a AD de fato precisa manter-se estruturada e articulada as RAS, com vistas a contribuir na reestruturação dos serviços de saúde, priorizando práticas em saúde adequadas à população e com poucos custos operacionais (FRANCO e MERHY, 2008).

Até pouco tempo, estava em vigor a Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013 que considerava a atenção domiciliar como “a incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar de baixa e média complexidade, aos cuidados iniciados nos Serviços de Atenção à Urgência e Emergência, e complementar a Atenção Básica”. Porém, com a necessidade de reformulação desta portaria, surge a Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016 para redefinir a Atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde e atualizar as equipes habilitadas. O Art. 2º desta portaria atualmente em vigência considera:

- I- Atenção domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;
- II- Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes multiprofissionais de Atenção domiciliar (EMAD) e Equipes multiprofissionais de apoio (EMAP); e
- III- Cuidador: pessoa, com ou sem vínculo familiar com o usuário, aptas para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá estar presentes no atendimento domiciliar

Em seu Art. 3º consta os objetivos do SAD, que visam diminuir o tempo de permanência dos usuários em instituições hospitalares, desenvolver práticas em saúde humanizadas, expandindo a autonomia do usuário, a redução da busca direta por serviços hospitalares, como também, a melhoria dos recursos financeiros e estruturais das RAS (BRASIL, 2016).

Em relação ao Art. 4º desse documento, compete as diretrizes orientar sobre a necessidade de que a AD seja estruturada conforme os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e assistência integrada, na concepção das RAS, agregando-se ao sistema de regulação e interagindo com outros pontos de atenção. Ainda evidencia a importância de se fazer uso de métodos de cuidado com base em práticas clínicas cuidadoras direcionadas as carências dos usuários, reduzindo a fragmentação do cuidado, enaltecendo o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar e incentivando a participação ativa dos profissionais de saúde comprometidos com este processo, bem como, o usuário, família e cuidadores (BRASIL, 2016).

Outro fator existente, corresponde indicação da AD com base em suas três modalidades AD1, AD2 e AD3, onde a definição de cada modalidade está associada às necessidades de cuidados específicos de cada caso clínico, a frequência de visitas necessárias, à intensidade da assistência multiprofissional e os tipos de equipamentos a serem utilizados (BRASIL, 2016). A distribuição em modalidades possibilita melhor identificação e entendimento do perfil dos usuários contemplados por esse tipo de serviço, bem como, favorecer o planejamento, a organização de fluxos intra e inter-setoriais e o gerenciamento de recursos humanos e materiais necessários para o desenvolvimento de práticas de cuidado mais adequadas.

Os usuários são distribuídos entre as três modalidades com base em seu quadro clínico, como também em algumas condições administrativas/operacionais/legais exigidas para a realização dos cuidados no domicílio. Na AD1, encontram-se os usuários que demandam cuidados com menor frequência e poucas intervenções da equipe multiprofissional, visto que, normalmente, mantém um quadro clínico estável e cuidados regulares pelos cuidadores. Esta modalidade fica sob responsabilidade da AB, apoiada pelos núcleos de Saúde da Família, ambulatório de especialidades e centros de reabilitação, frisando que o acompanhamento regular pode variar de acordo com as particularidades de cada caso (BRASIL, 2012; 2016).

A modalidade AD2 dispensa cuidados aos usuários com enfermidades agudas ou crônicas agudizadas, que precisam de assistência intensiva e sequencial, incluindo tratamentos

parentais ou reabilitação. Atende, ainda, os usuários com doenças crônico-degenerativas, onde o nível de comprometimento exija um cuidado mínimo mensal, bem como, aqueles que necessitam de cuidados paliativos com acompanhamento clínico mínimo semanal, no intuito de amenizar a dor e o sofrimento do enfermo. Recém-nascidos, prematuros ou bebês com baixo peso que tem de ganhar peso ponderal, também podem ser acompanhados por este serviço. A responsabilidade por esta modalidade fica a cargo da EMAD e EMAP (BRASIL, 2012; 2016).

Já a AD3, contempla os mesmos usuários que a modalidade AD2, porém alcança também aqueles usuários que exigem de certa forma cuidados e procedimentos mais complexos, que demandam acompanhamento multiprofissional mais frequente, uso de equipamentos mais avançados, carecendo de um período de AD maior. A responsabilidade por esta modalidade também se dá pela EMAD e EMAP (BRASIL, 2012; 2016).

Além de contemplar os critérios clínicos exigidos entre as três modalidades, o usuário também precisa residir em um local de abrangência da EMAD – AD2 e AD3 – como também, da equipe de AB, nos casos de AD1. Em diferentes situações torna-se indispensável a presença de um familiar/cuidador, mas, principalmente, naquelas em que há dependência funcional. Outro critério corresponde a concordância do médico assistente nos distintos serviços, por meio de protocolos ou documentos de contra - referência, contendo um relatório metucioso, com informações significativas para a avaliação do quadro clínico do usuário (BRASIL, 2012; 2016).

O espaço onde serão realizados os cuidados precisa apresentar condições mínimas de higiene e conforto para o usuário (água potável, luz, ambiente arejado, entre outras), além de um acesso facilitado do transporte dos membros da equipe de saúde (BRASIL, 2012; ANVISA, 2006). Neste contexto, diferentes possibilidades precisam ser consideradas, principalmente, tratando-se das necessidades do usuário acompanhado pelo SAD. Cada situação precisa ser analisada de maneira individualizada e inclusiva, levando em consideração o quadro clínico desse usuário, bem como, o meio em que ele está inserido e, também, os diferentes elementos que contribuem ou dificultam para a realização desse cuidado domiciliar.

Diante disso, destaca-se que a articulação entre as modalidades de AD representa uma importante estratégia na redução dos índices de retorno às instituições hospitalares e, também, diminuem a busca e, por consequência, a superlotação dos serviços de urgência e emergência. Com base nos inúmeros benefícios advindos dessa modalidade de atenção, acredita-se ser necessário ampliar as discussões a respeito da organização e do funcionamento do SAD, com

o objetivo de promover melhorias no fluxo das RAS e garantir a resolatividade e qualidade dos cuidados dispensados ao usuário, família e comunidade.

2.5 O Serviço de Atenção Domiciliar

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) segundo a Portaria nº 825/2016 apresenta em sua organização equipes multiprofissionais de Atenção domiciliar (EMAD) e equipes multiprofissionais de apoio (EMAP). A EMAD se apresenta em dois tipos: EMAD tipo 1 e EMAD tipo 2, sendo a primeira constituída por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas ou assistentes sociais e profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem. A segunda pelos mesmos profissionais, porém, com uma carga horária reduzida, nenhuma inferior a 20 horas de trabalho. A EMAD deverá realizar suas atividades, no mínimo, uma vez por semana a cada usuário (BRASIL, 2016).

Já a EMAP precisa ser composta por no mínimo três profissionais graduados, entre assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional, com uma carga horária de 90 horas a ser cumprida. A EMAP será solicitada mediante indicação clínica da EMAD, para fins de suporte complementar aos cuidados domiciliares (BRASIL, 2016).

Considera-se, em média, que a EMAD tipo 1 contempla 60 usuários em seu atendimento e a EMAD tipo 2, 30 usuários mensalmente. O SAD oferecerá, no mínimo 12 horas/dia de funcionamento, de maneira que o trabalho da EMAD seja organizado por um regime diário - dias úteis, finais de semana e feriados - com vistas a garantir a continuidade de cuidados, com possibilidade de utilização de um regime de plantão (BRASIL, 2016).

O Art. 19 §4º da portaria em vigência estabelece que o SAD tem que se relacionar com os diferentes pontos das RAS, dando ênfase aos hospitais, serviços de urgência e emergência e a AB (BRASIL, 2016). Mantendo sua base territorial direcionada ao cuidado domiciliar, atendendo aos usuários que se encaixam no perfil de elegibilidade desta modalidade de atenção, o SAD precisa interagir com os diferentes elementos que fazem parte das RAS e, principalmente, com a AB – o centro comunicador - tendo em vista a sua atuação como sede referência tanto da EMAD e EMAP.

Devido a essa necessidade, são construídos fluxos e pactuações que podem ser desenvolvidos de maneiras distintas, no intuito de garantir a continuidade dos cuidados, preservando a sua qualidade. Para que isso aconteça, é preciso determinar os locais onde as equipes de saúde irão atuar e a população a ser contemplada, respeitando o sentido de

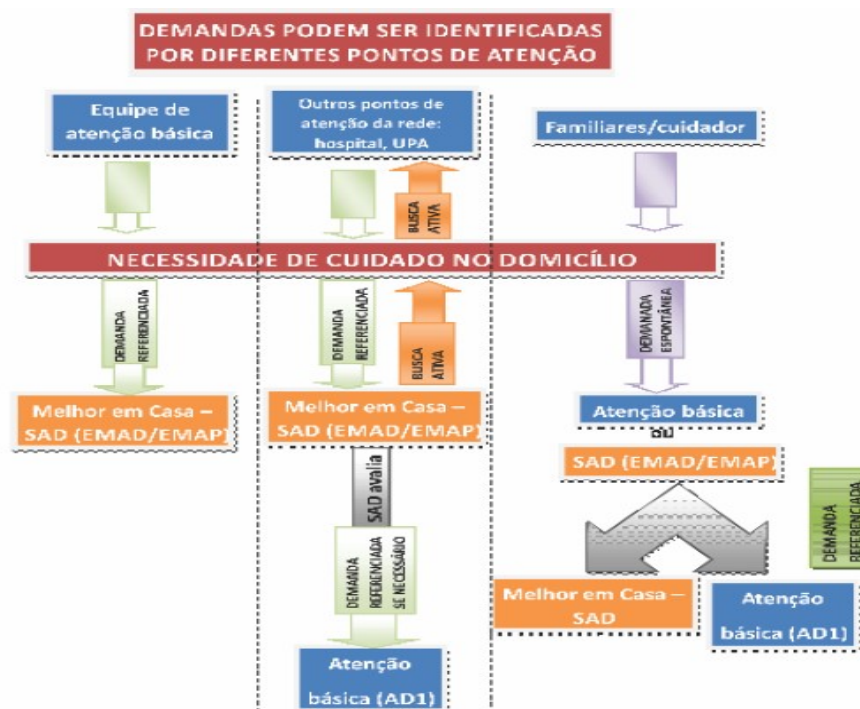
territorialização, bem como, das equipes de referência, para que estas mantenham a assistência contínua e impeçam a sobreposição das ações (BRASIL, 2012). Isso tudo, requer esforços interdependentes, de colaboração e cooperação entre todos os elementos da rede, representando uma estratégia para reorganizar o sistema de saúde e promover a qualidade e resolutividade na assistência prestada ao usuário, família e comunidade (Figura 02).

Figura 02 - O Serviço de Atenção Domiciliar e sua interconexão com os elementos das Redes de Atenção à Saúde



Fonte. Dados Com base em BRASIL (2010; 2012) Organizado pelas pesquisadoras Weykamp e Siqueira (2020).

Sabe-se que, em diferentes momentos, a AD transcorre toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, por isso, cada serviço necessita estar hábil a identificar o usuário apropriado para cada modalidade de atendimento em questão. Assim, as estratégias de admissão do usuário sucedem de acordo com os serviços que podem servir como “porta de entrada” para a AD, conforme sistematizado na figura nº 03.

Figura 03 - Fluxo de captação do usuário

Fonte. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Atenção Domiciliar, 2012.

Por meio de fluxos e protocolos, previamente ajustados, os serviços que compõem as RAS podem indicar a AD e encaminhar o usuário para o SAD, fazendo uso de formulários padronizados. Para isso, é necessário preencher os documentos com informações básicas e indispensáveis à continuidade do cuidado ao usuário, tais como: dados de identificação, quadro clínico do usuário, detalhamento de todas as necessidades de consumo (equipamentos, sondagens, curativos, entre outros), além de medicamentos a serem utilizados no domicílio, os exames clínicos e de imagem já realizados, intercorrências prévias, entre outras necessidades diante da especificidade de cada indivíduo (BRASIL, 2012).

Entre os inúmeros benefícios advindos do SUS, está a garantia de acesso aos usuários aos serviços e instituições, bem como, de materiais e instrumentos de saúde necessários para o desenvolvimento do cuidado (BRASIL, 2012). No âmbito domiciliar não é diferente e, por isso, existe a necessidade de diferentes protocolos que correspondam as pactuações a serem estabelecidas, que fundamentem a efetivação de outras, permitindo que o usuário possa transcorrer pelos diferentes pontos de atenção de maneira segura, resolutiva, mantendo a continuidade da assistência em saúde.

Desse modo, destaca-se que, na organização proposta pelas RAS, a AD, junto aos demais serviços de saúde, precisa estabelecer relações, com base em fluxos e protocolos

adequados para cada situação, deixando clara a necessidade de que os critérios de inserção do usuário nas diferentes modalidades de AD estejam bem definidos e esclarecidos para os diferentes níveis de assistência, tendo em vista que a solicitação de inclusão dos usuários pode ser realizada pelos distintos pontos de atenção.

2.5.1 O acesso do usuário ao SAD

O acesso do usuário ao SAD pode ocorrer de duas maneiras (Figura 05). A primeira pode acontecer por meio de fluxos e protocolos previamente ajustados, onde os serviços que compõem as RAS podem indicar a AD e encaminhar o usuário para o SAD, fazendo uso de formulários padronizados. Para isso, é necessário preencher os documentos com informações básicas e indispensáveis à continuidade do cuidado ao usuário, tais como: dados de identificação, quadro clínico do usuário, detalhamento de todas as necessidades de consumo (equipamentos, sondagens, curativos, entre outros), além de medicamentos a serem utilizados no domicílio, os exames clínicos e de imagem já realizados, intercorrências prévias, entre outras necessidades diante da especificidade de cada indivíduo (BRASIL, 2012).

Quando essa solicitação ocorrer devido à alta do usuário de instituições hospitalares ou de serviços de urgência e emergência, será preciso uma interação simultânea entre o contato com o SAD e o ponto de atenção requerente, para que a alta fique associada ao SAD permitindo a sua avaliação (BRASIL, 2012). Nessa situação em particular, cabe ressaltar que quando o SAD consegue avaliar e admitir o usuário em uma de suas modalidades, os pontos de urgência e emergência, por exemplo, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) acabam reduzindo suas demandas em excesso e, por consequência disso, diminuem os índices de internações hospitalares.

Ainda convém lembrar que tanto o usuário como o seu familiar e/ou cuidador precisam estar cientes e de acordo com os serviços de AD após a alta hospitalar ou por referência do setor de urgência e emergência. Posterior ao aceite das pessoas envolvidas, a EMAD irá realizar uma visita no domicílio, também chamada como visita de ambiência, que tem como objetivo identificar as condições do espaço de cuidados e, também, da competência do cuidador em executar os cuidados, esclarecendo possíveis dúvidas e orientando frente as necessidades. Nos casos em que o usuário precisa ficar mais tempo internado no hospital, o SAD precisa ser avisado para que ele remarque uma nova data para a ambiência, evitando visitas dispensáveis (BRASIL, 2012; MENDES, 2011).

A segunda maneira de acesso dos usuários ao serviço é mediante a demanda espontânea, onde os próprios familiares entram em contato com o SAD via telefone ou visita à sede. Essa situação faz parte do cotidiano dos profissionais dessa modalidade de atenção, porém, ela não é indicada, pois demonstra fragilidades na articulação e comunicação dos serviços de saúde com o SAD, como, também, a dificuldade de acesso dos usuários aos diferentes pontos de atenção, principalmente, a AB que é o centro comunicador da rede (BRASIL, 2012).

O que se percebe é que ainda prevalecem os sistemas fragmentados de atenção à saúde, que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicáveis uns com os outros e que, por consequência, são incapazes de prestar um cuidado contínuo aos usuários do sistema. E com isso, expõe a problemática da atenção primária à saúde que não se comunica fluidamente com a atenção secundária, e esses dois níveis também não se articulam com a atenção terciária, o que prejudica o acesso dos usuários aos serviços de saúde e influencia, de forma negativa, na qualidade dos cuidados dispensados à população.

Nessa linha pensamento, cabe ressaltar que embora inúmeras sejam as possibilidades do usuário ser admitido no SAD (Figura 04), existem algumas situações que podem desencadear o desligamento dele do serviço, ou, até mesmo, a sua não admissão, pelo fato dele não contemplar os critérios exigidos pela instituição responsável pela assistência. Não ter um cuidador, é um dos fatores que pode gerar o afastamento desse usuário do serviço, mesmo sabendo que a equipe irá avaliar esse tipo de situação com cautela. Por não se tratar de um serviço com acompanhamento 24 horas, e pelo grau de dependência e complexidade do quadro clínico do usuário, dificilmente ele poderá manter os cuidados no domicílio sem algum familiar e/ou cuidador para auxiliá-lo enquanto a equipe não está no local.

Figura 04 – Fluxograma do acesso do usuário ao SAD



Fonte: BRASIL (2012; 2016). Organizado pelas pesquisadoras Weykamp e Siqueira (2020).

O usuário e/ou familiar pode não aceitar a supervisão da equipe de AD, ou, também, preferir seguir um plano terapêutico de profissionais externos ao serviço, que não compactuam com as orientações e prescrições realizadas pela equipe, ou não cumprir com as pactuações construídas no plano de cuidados domiciliares. Nos casos em que o usuário apresenta melhora no quadro clínico, ele é encaminhado para outro serviço, bem como, em situações agravantes em que ele precisa de internação hospitalar, deixa de fazer parte do SAD. E, por fim, nos casos de óbito.

Em virtude dos fatos mencionados, evidencia-se que a AD quando realizada de maneira sistematizada, respeitando os critérios de inclusão e exclusão do usuário, estabelecendo adequadamente os seus fluxos da assistência, contribui, significativamente, para a qualificação e a continuidade do cuidado em saúde, sendo capaz de influenciar positivamente na superação de lacunas assistenciais, racionalização e otimização dos recursos disponíveis.

2.5.2. Requisitos para habilitação e o financiamento do Serviço de Atenção Domiciliar

Para a habilitação do SAD nos municípios, deve-se seguir alguns requisitos que garantirão o apoio e os recursos necessários para o seu funcionamento. Cada município precisa contar com uma população igual ou superior a 20.000 habitantes, baseado nos índices atuais estimados pelo IBGE. Além disso, precisa contar com uma instituição hospitalar que atuará como referência do serviço, bem como, o amparo de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) licenciado e em funcionamento (BRASIL, 2016).

Nas localidades em que a população é igual ou superior a 40.000 habitantes, também poderão solicitar a habilitação da EMAD tipo 1, e aquelas com um número de habitantes inferior a 40.000 poderão requerer a habilitação da EMAD tipo 2. Já aqueles municípios em que a população é constituída por mais de 150.000 habitantes, também poderão solicitar uma segunda EMAD e, consecutivamente, uma nova EMAD a cada 100.000 habitantes. Todo os municípios com uma EMAD tipo 1 ou 2, poderão requisitar 1 EMAP, sendo possível o estabelecimento de mais 1 EMAP a cada 3 EMAD a mais instituídas (BRASIL, 2016).

O incentivo financeiro ao SAD ocorre com base no repasse mensal do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde do ente federativo beneficiado (BRASIL, 2016). De acordo com o Art. 35 da Portaria nº 825/2016 os serviços receberão incentivo financeiro mediante:

- I- Recebimento, análise técnica e aprovação, pelo Ministério da Saúde, do Projeto de criação ou ampliação do SAD;

II- Habilitação do município, estado ou distrito federal com quantitativo de equipes que comporão o SAD, por meio da portaria publicada no Diário Oficial da União;
 III-Inclusão, pelo gestor local de saúde, da EMAD e, se houver, da EMAP no SCNES, correspondendo ao início do funcionamento destas, condicionando, assim, o início do repasse financeiro mensal (BRASIL, 2016, p.9).

Quadro 02 - Incentivo financeiro de custeio para a manutenção do SAD

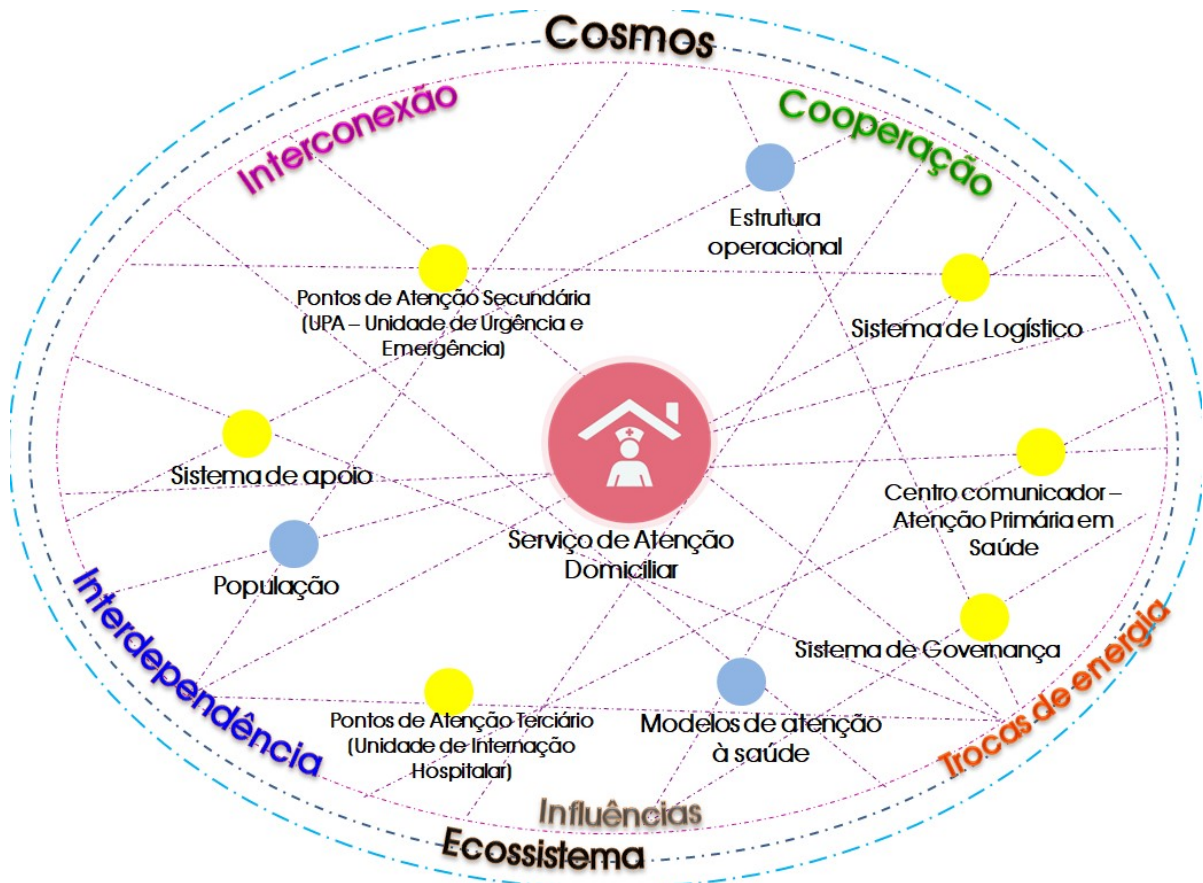
EMAD Tipo 1	R\$ 50.000 (cinquenta mil reais) cada EMAD/mês
EMAD Tipo 2	R\$ 34.000 (trinta e quatro mil reais) cada EMAD/mês
EMAP	R\$ 06.000 (seis mil reais) cada EMAP/mês

Fonte. (BRASIL, 2016), organizado pelas pesquisadoras Weykamp e Siqueira (2020)

Neste contexto, o que se percebe é que com os avanços oriundos da AD e da implantação dessa modalidade de atenção em diferentes municípios, não justifica a escassez de estudos que discutem as questões referentes ao incentivo financeiro deste serviço. Por isso, vê-se a necessidade de que sejam estabelecidas estratégias que ajudem as equipes a desenvolverem e utilizarem, de forma mais abrangente, metodologias de análise e monitoramentos relacionadas aos resultados, assim como aos processos, incluindo os custos.

Com base no exposto, entende-se que a AD, sob o ponto de vista sistêmico, ainda necessita ser fortalecida e legitimada como modalidade de atenção potente, contribuindo com novas formas de cuidado, humanizadas, resolutivas, focadas nas necessidades dos usuários e produtoras de autonomia, reconhecendo a sua rede de elementos constituintes a partir de sua experimentação e discussão. Essa ideia pode ser mais bem visualizada na figura 05.

Figura 05. Atenção domiciliar na perspectiva sistêmica



Fonte: Dados da pesquisa, organizados pelas pesquisadoras Weykamp e Siqueira (2020).

3. CAMINHO METODOLÓGICO

*Todo ato de conhecer faz surgir um mundo.
Humberto J. Maturana e Francisco J. Varela*

Esse capítulo compreende a trajetória metodológica utilizada nesta pesquisa. Contempla as etapas: tipo de pesquisa, o cenário no qual a pesquisa será realizada, os participantes da pesquisa, a coleta de dados, a análise e interpretação de dados e os aspectos éticos da pesquisa.

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo com características descritivas, exploratórias com abordagem qualitativa e um estudo documental, retrospectivo. De acordo com Bardin (2011) a pesquisa descritiva possibilita a descrição sistemática e objetiva do conteúdo das mensagens, ou seja, uma forma de tratamento das informações contidas nas mensagens. Neste trabalho, poderão ser descritos sistematicamente os dados por meio do conteúdo das entrevistas de modo a facilitar a compreensão e análise.

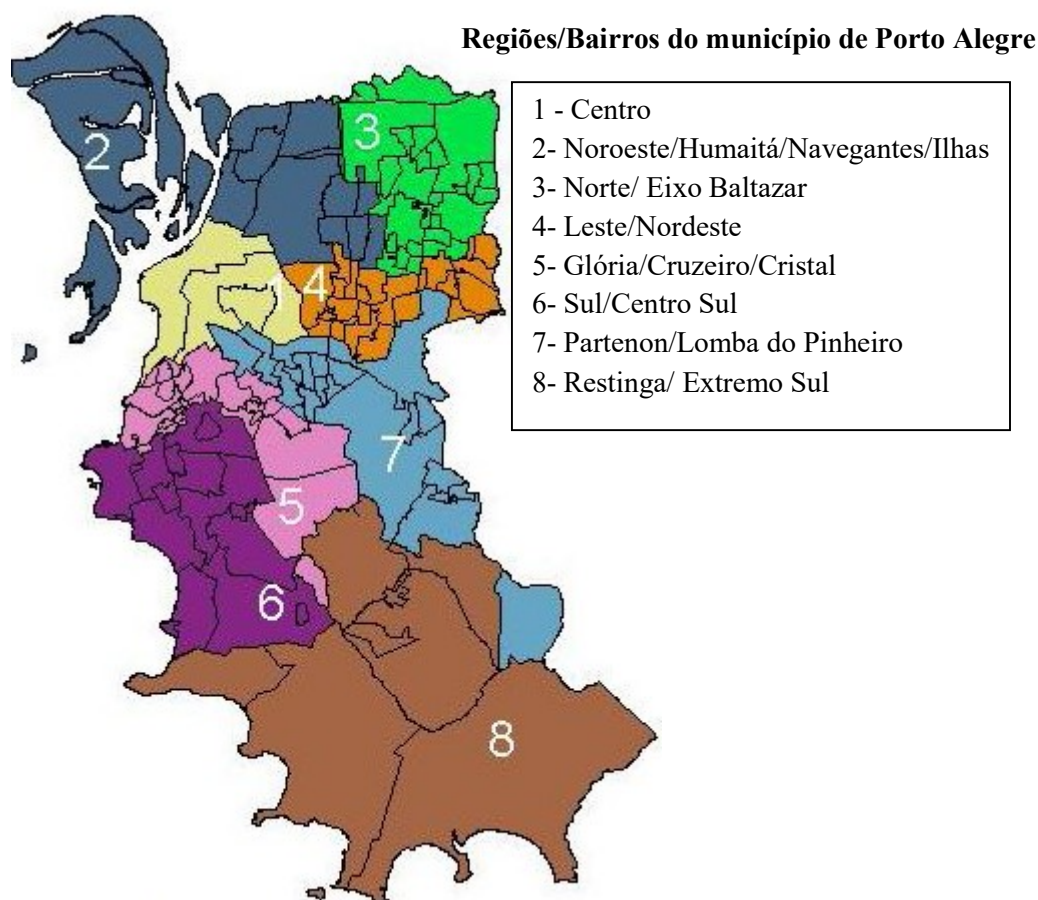
A pesquisa exploratória, permite “descobrir conteúdos e estruturas que confirmam o que se procura demonstrar a propósito das mensagens, ou pelo esclarecimento de elementos de significações suscetíveis de conduzir a uma descrição de mecanismos de que a priori não possuíamos a compreensão” (BARDIN, 2011, p.35). Para a mesma autora, a pesquisa qualitativa se caracteriza pelo estudo planejado de um determinado fato, possibilitando descobrir o significado das mensagens, por meio da presença, ou não, de determinada(s) característica(s).

Ao buscar investigar e analisar o processo da organização e funcionamento gerencial do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades de AD2 e AD3, e sua inter-relação com a AD1 e demais serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde, criam-se possibilidades de encontrar caminhos e ou ramificações que contribuam cientificamente para a melhoria nas práticas de enfermagem/saúde sob uma perspectiva sistêmica.

3.2 Cenário da Pesquisa

A pesquisa teve como cenário o município de Porto Alegre (Figura 06), capital do Estado do Rio Grande do Sul que compreende 1.483.771 habitantes (IBGE, 2019).

Figura 06 - Mapa do Município de Porto Alegre



Fonte. Prefeitura Municipal de Porto Alegre (2017)

3.2.1 Critérios de inclusão das instituições a serem pesquisadas na primeira etapa

Participaram da primeira etapa deste estudo somente as instituições que oferecem e desenvolvem Serviços de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 aos usuários do SUS, que possuem população igual ou maior que 20.000 habitantes, sendo esse último critério, exigência indicada pela Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, em vigência. As instituições de saúde que fizeram parte da pesquisa foram: o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e o Associação Hospitalar Vila Nova.

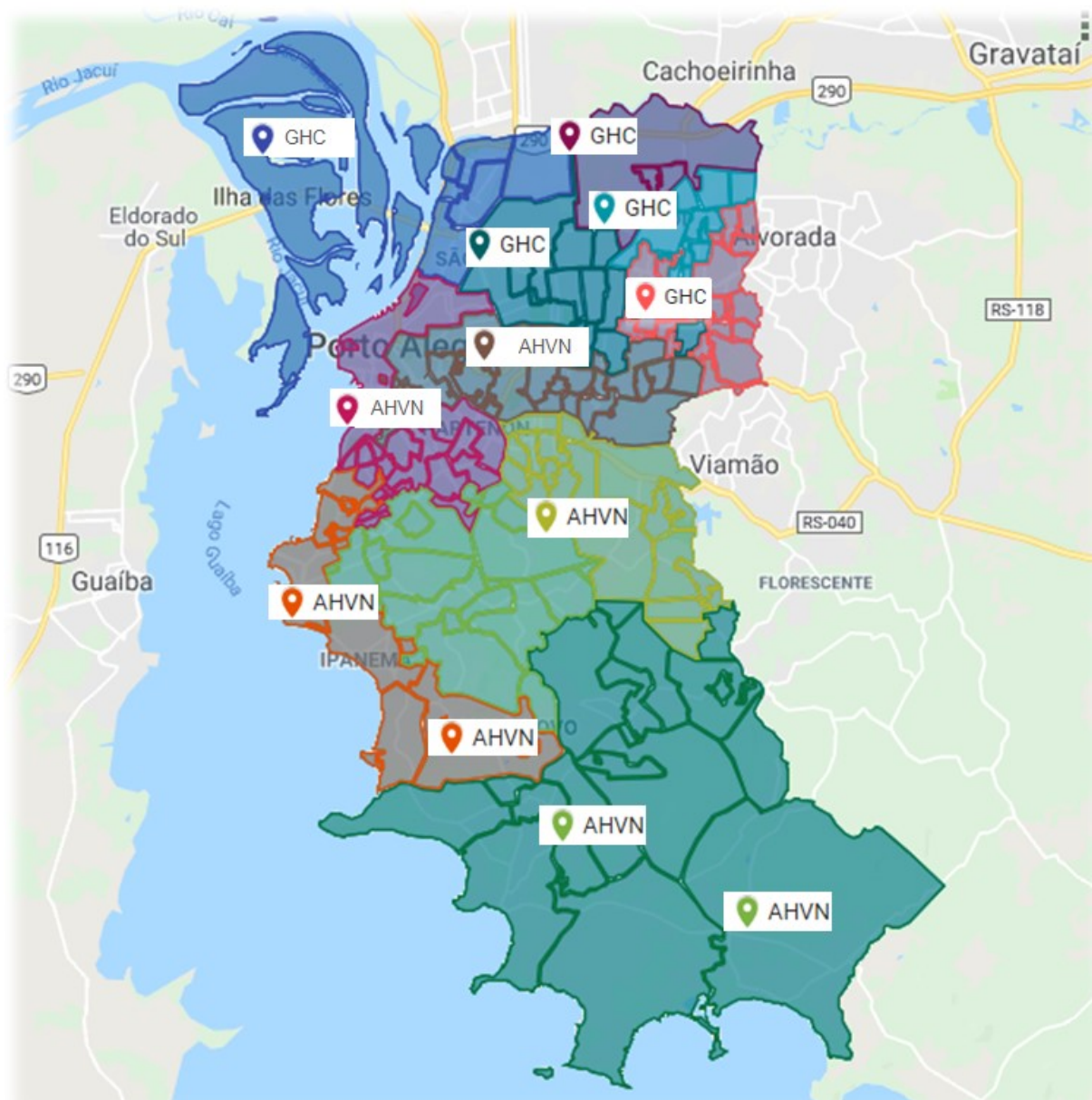
Referência no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) conta com três instituições hospitalares Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, a UPA Moacyr Scliar, doze unidades básicas de saúde, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Os serviços da instituição são a garantia de acesso ao atendimento universal e gratuito e, portanto, estão de portas abertas para que a população tenha o seu direito à saúde garantido. Vinculada ao Ministério da Saúde, essa estrutura, reconhecida nacionalmente, forma a maior rede pública de hospitais do Sul do país, com atendimento 100% SUS.

Nesta instituição é desenvolvido o Programa Saúde em Casa, em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, que tem como objetivo garantir que os usuários possam receber atendimento e tratamento em seu próprio domicílio. A equipe de atendimento é multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, contando, também, com consultoria de outras áreas. Uma das maiores vantagens dessa alternativa de assistência é proporcionar à pessoa doente um cuidado qualificado junto ao convívio familiar, sem o estresse de um ambiente hospitalar e com a redução dos riscos de infecção. Outro benefício é oferecer uma atenção humanizada e personalizada, proporcionando recuperação mais rápida, além de aumentar a oferta de leitos nos hospitais para os casos mais complexos (BRASIL, 2012).

O Hospital Vila Nova foi fundado em 1965, decorrente da notória necessidade de oferta de atendimentos à população da Zona Sul de Porto Alegre. Por uma estratégia de sustentabilidade, em 2002, muda sua razão social para Associação Hospitalar Vila Nova, uma entidade privada, sem fins lucrativos. Atualmente, a Associação Hospitalar Vila Nova destina 100% dos seus atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde.

A Associação Hospitalar Vila Nova possibilita ao usuário receber tratamento no domicílio através do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde. O serviço acompanha usuários que residem em bairros determinados da região sul/centro sul de Porto Alegre que sejam referenciados das Unidades Básicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais. As visitas são realizadas por equipes compostas de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, assistente social e nutricionista.

Figura 07 - Distribuição das equipes do Serviço de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e Associação Hospitalar Vila Nova (AHVN)



Fonte. SMS POA (<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/>)

3.2.2 Critérios de inclusão das instituições a serem pesquisadas na segunda etapa

Na segunda etapa deste estudo fizeram parte da pesquisa as Unidades Básicas de Saúde que caracterizam a modalidade AD1, que são referências para as duas instituições sede do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3.

Tem-se na **modalidade AD1** as Unidades Básicas de Saúde (UBS) consideradas o local prioritário de atuação das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes utilizam

tecnologias de cuidado de baixa densidade, que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Tem como objetivo a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a corresponsabilização e o primeiro atendimento em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos usuários a outros pontos de atenção, quando necessário, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. A AB deve ser o contato preferencial dos usuários com o Sistema Único de Saúde, uma vez que, é a principal porta de entrada das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013d).

A **Unidade de Internação Hospitalar** é o estabelecimento destinado ao diagnóstico e ao tratamento de doentes, onde se pratica, também, a investigação e o ensino. Esta instituição apresenta características próprias, na qual percebe-se como integrante de uma organização cuja função é prover assistência à saúde à população, exercendo uma função de complementação através das diferentes modalidades de atendimento e atrelado às normas que regem ao SUS (SILVA, 2006).

Os **Serviços de Urgência e Emergência** podem funcionar de forma independente ou inseridos em um estabelecimento com internação com maior capacidade de resolução. Estes devem estar organizados e estruturados considerando as necessidades da rede de atenção à saúde existente, além de dispor de infraestrutura física dimensionada de acordo a demanda, complexidade e perfil assistencial da unidade, garantindo a segurança e a continuidade da assistência ao usuário (BRASIL, 2014).

As **Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) 24 horas**, são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, o Serviço de Urgência e Emergência e a rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos usuários, intervir em sua condição clínica e contra referencia-los para os demais pontos de atenção da RAS, para os serviços da atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população (BRASIL, 2013).

3.3 Participantes da Pesquisa

Diante do objetivo proposto e com a finalidade de responder à questão de pesquisa, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS), participaram da

primeira etapa desse estudo 02 coordenadores responsáveis pelo Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 das duas instituições de saúde do município de Porto Alegre. E, na segunda etapa, compuseram o estudo 08 coordenadores responsáveis pela AD1, totalizando 12 participantes.

3.3.1 Critérios de seleção dos participantes na primeira etapa

- ✓ Ser coordenador responsável pelo Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 do município;

3.3.2. Critérios de inclusão dos dados a serem pesquisadas na primeira etapa

- ✓ Todos os indicadores dos usuários assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 no momento da coleta de dados, disponíveis no site da Secretaria Municipal de saúde de Porto Alegre.

3.3.3. Critérios de seleção dos participantes na segunda etapa

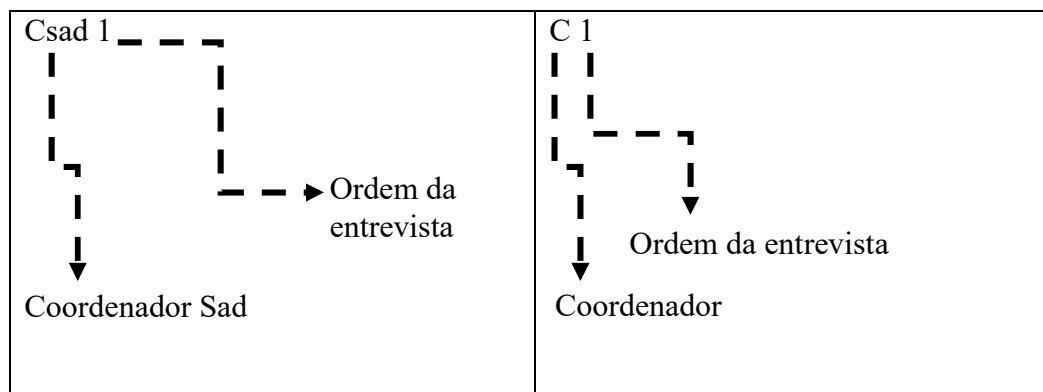
- ✓ Ser coordenador responsável pela modalidade de atenção domiciliar 1 do município (AD1), Unidade de internação hospitalar, UPA, Unidade de Urgência e Emergência

3.3.4. Critérios de exclusão dos participantes na primeira e segunda etapa

- ✓ Encontrar-se afastado do trabalho por férias, licença de qualquer natureza no período da coleta de dados

3.3.5 Identificação dos participantes

Ao participante coordenador do SAD (participante da primeira etapa da pesquisa) foi atribuído as letras C_{sad} seguido de números arábicos conforme ordem da entrevista e a letra C para os coordenadores dos demais serviços participantes da pesquisa (segunda etapa), seguindo-se a atribuição de números arábicos conforme o caso anterior. A identificação estabelecida se encontra demonstrada na figura 08.

Figura 08 - Identificação dos participantes da pesquisa

Fonte. Dados da pesquisa organizados pelas pesquisadoras Weykamp e Siqueira (2020).

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada mediante a autorização e aceite da SMS de Porto Alegre em participar da pesquisa (APÊNDICE A), bem como, autorização e aceite do Grupo Hospitalar Conceição e Associação Hospitalar Vila Nova, ambas instituições sede do SAD nas modalidades AD 2 e AD 3 (APÊNDICE B e C), autorização da direção da Escola de Enfermagem – FURG (APÊNDICE D) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) (APÊNDICE E) e o CEPAS da SMS (APÊNDICE F).

Os dados foram coletados em duas etapas: a primeira etapa foi desenvolvida com os coordenadores das instituições sede do SAD Ad2 e Ad3 (Hospital Vila Nova e Grupo Hospitalar Conceição), fazendo uso de entrevista semiestruturada, bem como, coleta documental dos indicadores do SAD Ad2 e Ad3 na base de dados do site da SMS de Porto Alegre. A coleta de dados na segunda etapa ocorreu mediante entrevista semiestruturada com os coordenadores dos serviços de referência do SAD Ad2 e Ad3.

No período da coleta de dados, não se obteve êxito em coletar com os coordenadores das demais instituições de referência (Hospitais, UPA e Serviços de Urgência e Emergência).

Para a coleta de dados foram elaborados três instrumentos, dois deles com um roteiro composto por questões abertas e fechadas que contemplam a questão norteadora, os objetivos e o referencial teórico: um direcionado ao coordenador do SAD Ad2 e Ad3 (APÊNDICE G), e o outro para os coordenadores da AD1, Unidade de internação hospitalar, UPA, Unidade de Urgência e Emergência (APÊNDICE H). O terceiro instrumento foi construído e organizado

pelas pesquisadoras a fim de realizar a coleta documental dos indicadores do Sad Ad2 e Ad3 na base de dados do site da SMS de Porto Alegre. (APÊNDICE I).

O roteiro possibilitou ao pesquisador, selecionar e explorar determinados pontos que o direcionaram a novos questionamentos, considerando a proposta da pesquisa (BARDIN, 2011). Partindo da livre explanação do entrevistado, o entrevistador conseguiu chegar a pontos relevantes que se constituíram em subsídios ao estudo.

Conforme Bardin (2011), a entrevista possibilita fornecer um material verbal para análise considerado rico e complexo. Ela é capaz de facilitar a apreensão de um conjunto de dados objetivos e subjetivos que poderão auxiliar na compreensão e interpretação dos resultados alcançados por meio de um instrumento previamente testado. Por se lidar com uma fala, relativamente espontânea, preserva a subjetividade do entrevistado que está presente e, mesmo considerada delicada, fornece riqueza de conteúdo (BARDIN, 2011). O trabalho de campo confirmou o previsto na teoria. Posterior a isso, foram contatados e convidados, formalmente (APÊNDICE J), os participantes do levantamento da coleta de dados. Após o seu aceite, foram realizados os agendamentos das entrevistas individuais, as quais obedeceram ao caráter confidencial, garantindo o anonimato das informações. As entrevistas foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos participantes, ficando a critério de cada um o horário e o local, desde que respeitados os aspectos éticos, morais e físicos dos envolvidos. Essa teve a duração média de 50 minutos. Após a apresentação da pesquisadora e da sua proposta, procedeu-se à assinatura do TCLE. Foi enfatizada a relevância da proposta, a importância da participação do profissional para a sua concretização. A seguir, procedeu-se a entrevista com o participante da pesquisa.

Ao término de cada entrevista, o entrevistador agradeceu a participação do entrevistado, sua colaboração e contribuição para com a pesquisa e se colocou à disposição para informações em qualquer momento da realização do trabalho. Posteriormente, a cada entrevista, os dados gravados foram transcritos, na íntegra para uma planilha a fim de dar sequência a análise e interpretação desses dados.

Na coleta documental, os prontuários foram os documentos utilizados como fonte de informações. Foram coletados indicações e esclarecimentos para elucidar as questões de pesquisa e servir de prova confirmatória para outras, de acordo com os interesses e objetivos do trabalho. Esse tipo de coleta considerou o documento como objeto de investigação, e ainda se caracterizou pela procura de informações em documentos que ainda não receberam nenhum tratamento analítico (BARDIN, 2011).

O uso de diferentes métodos de coleta de dados, segundo Bardin (2011), permite a

compreensão contida nas mensagens e descobrir as significações, ir “além das aparências” e, por meio da superação das incertezas e do enriquecimento da leitura, expressa as “linhas de força” do desenvolvimento histórico. Além disso, entende-se que o uso de diferentes métodos de coleta de dados admiti uma melhor fundamentação da questão pesquisa, objetivos e, principalmente, da TESE.

A interconexão entre as informações obtidas durante a coleta de dados trouxe à possibilidade de compreender as mensagens existentes em suas diferentes perspectivas, em analogia à rede com seus elos e filamentos que unem os nós e se complementam para revelar os contingentes dimensões do estudo.

3.5 Aspectos éticos

Para a realização deste estudo, foram respeitados os preceitos éticos da Resolução Nº. 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, assim como os dispostos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, capítulo III (do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica), artigos 89, 90 e 91 que tratam das responsabilidades e deveres e artigos 94 e 98 (COFEN, 2007).

Para a autorização das instituições participantes, foi realizado contato prévio com as próprias instituições e, posteriormente, com seus coordenadores, convidando-os para participar da pesquisa. Nos documentos, foram especificados o objetivo, a metodologia, os riscos e os benefícios de modo breve, resguardando a identificação de todos os envolvidos na pesquisa e o compromisso das normas éticas, previstas nas pesquisas com seres humanos. Porém, o aceite se deu somente após a pesquisa passar pelos Comitês de Ética em Pesquisa das respectivas instituições, bem como, o preenchimento de formulários específicos exigidos pelas instituições para esta finalidade, mesmo com o projeto de pesquisa aprovado pela instituição proponente da pesquisa, Universidade Federal do Rio Grande/FURG.

Cada participante foi convidado a assinar o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APENDICE K) em duas vias ficando uma com o entrevistado e a outra com o pesquisador. No TCLE constou a participação voluntária do profissional, elucidação dos objetivos deste estudo e o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase do trabalho, sem prejuízo pessoal e/ou profissional, e, em conformidade com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos foi garantido: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. O participante foi respeitado em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, bem como, foi assegurado sua vontade de contribuir e permanecer, ou

não, na pesquisa, por intermédio da manifestação expressa, livre e esclarecida. Todas as vias continham o endereço, o contato dos pesquisadores e do CEPAS da instituição de origem, assim como, da instituição de onde o participante era proveniente, quando necessário.

Destaca-se algumas questões éticas importantes:

3.5.1 Análise crítica de riscos e benefícios

No decorrer do processo de pesquisa, foram respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, assim como, os hábitos e costumes, tanto individuais quanto coletivos, cumprindo-se o rigor científico que a pesquisa exige.

Em relação aos benefícios, os participantes foram capazes de contribuir para desenvolver a ciência da Enfermagem e explorar possíveis inovações tecnológicas aplicáveis no desenvolvimento das modalidades de AD ao usuário do SUS. Compreende-se que ao pesquisar a organização e o funcionamento do SAD Ad2 e Ad3, da cidade de Porto Alegre, bem como, sua interconexão com a AD1, possibilitam a obtenção de dados capazes de apontar caminhos possíveis de serem seguidos para melhorias na qualidade dos serviços e instituições de saúde, balizando as adequações e mudanças para atender as demandas em saúde do mundo contemporâneo.

3.5.2 Explicitação das responsabilidades dos pesquisadores

Os autores da pesquisa responsabilizaram-se por todos os processos envolvidos na pesquisa, tendo o compromisso com a confidencialidade dos participantes, assumindo a responsabilidade com o cumprimento integral da Resolução 466/12, que rege as pesquisas com seres humanos (APÊNDICE L).

3.5.3 Explicitação de critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa

Não houve necessidade para suspender e/ou encerrar a pesquisa, pois obteve-se 10 participantes convidados como voluntários, bem como, total autorização frente ao acesso aos prontuários dos usuários na terceira etapa da pesquisa. Ficou assegurado aos participantes a possibilidade de desistir de sua participação, em qualquer momento da pesquisa em qualquer uma de suas etapas. Entretanto, todos os participantes que aceitaram o convite para participar, mantiveram a sua decisão e participaram até o final da pesquisa.

3.5.4 Declaração de que os resultados serão tornados públicos

Após conclusão deste estudo, serão divulgados os resultados da pesquisa, independentemente dos resultados obtidos, favoráveis ou não, ficando disponíveis na biblioteca do Campus Saúde da FURG, para elaboração de trabalhos de conclusão de curso de graduação, monografias, de cursos de especialização, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, além de sua divulgação em eventos. Após a defesa da Tese, será entregue uma cópia da pesquisa concluída ao Centro de Documentação do Grupo Hospitalar Conceição e para a Associação Hospitalar Vila Nova para conhecimento dos resultados obtidos e consulta dos interessados.

Os materiais e dados coletados serão utilizados, exclusivamente, para fins de publicações científicas. Ressalta-se que não existem conflitos de interesses entre os pesquisadores e os participantes da pesquisa. Declara-se que foram aceitas as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

3.5.5 Declaração sobre o uso e destinação dos dados e/ou materiais coletados

Os dados obtidos durante a presente pesquisa ficarão sob a responsabilidade do pesquisador responsável para poder realizar a análise, discussão e sua comparação. Posteriormente, serão arquivados em caixa lacrada, por um período de cinco anos, e assim, se assegura a legitimidade do estudo e serão guardados no Banco de Dados do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde (GEES), sob a supervisão da Prof^ª Dr^ª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, orientadora deste projeto de Tese e líder desse grupo de pesquisa, após este período os dados serão destruídos (APÊNDICE K).

3.6 Análise e interpretação dos dados

Para a análise dos dados qualitativos da pesquisa foi utilizado o método de Análise de Conteúdo (AC) de Bardin (2011). No intuito de categorizar os dados, foi realizada uma leitura atenta e criteriosa na busca das unidades de registro a fim de organizá-las sob a forma de subcategorias e, a partir delas, desenvolver um novo agrupamento visando a composição das categorias a serem apontadas no estudo. Dessa forma, fez-se uso de palavras, frases ou

unidades significantes que serviram de subsídios para responder à questão pesquisa, aos objetivos e aos propostos da Tese.

Optou-se pela AC de Bardin (2011) frente a possibilidade da descrição objetiva, sistemática da análise das comunicações. Esse método favorece o processamento dos dados científicos e possibilita adequar-se à variedade de objetos a serem investigados. Esse método pode ser utilizado para analisar o significado do conteúdo exposto pelos participantes entrevistados. Permite, ainda, desvelar a realidade por meio de questões que instigam o pesquisador, sustentando o caráter e o rigor científico.

A AC, conforme enunciado por Bardin (2011), constitui-se de três etapas: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação. Tais etapas são criteriosas, com aspectos que devem ser observados para que possam colaborar para o desvelo dos conteúdos das mensagens, tanto dos documentos como das entrevistas.

Na pré-análise foram realizadas leituras criteriosas de todas as transcrições, momento em que foram excluídos os conteúdos que não correspondiam aos objetivos propostos na Tese. Posterior a isso, os dados relevantes foram destacados e agrupados por características em comum estruturando, assim, as Unidades de Registro. Cabe ressaltar que para Bardin (2011), essa etapa envolve a escolha dos dados a serem analisados, bem como, a formulação de hipóteses e dos objetivos, como, também, a construção de indicadores que forneçam subsídios a interpretação final.

A categorização dos dados deu-se a partir da construção das unidades de registro, onde, segundo a autora uma categoria pode ser de boa qualidade ou de má qualidade, e para ser boa, precisa cumprir alguns pré-requisitos, tais como: exclusão mútua, ou seja, um elemento não deve estar em mais de uma classe; a homogeneidade, no qual o critério de categorização precisa ser enfatizado em todo o processo de organização do material; a pertinência - o conteúdo categorizado precisa ser pertinente ao estabelecido no trabalho; a objetividade e a fidelidade, isto é, os elementos do mesmo material necessitam ser codificados de maneira igualitária; a produtividade, deve fornecer resultados expressivos e criativos (BARDIN, 2011).

Dessa forma, as categorias originadas precisam ter um alto grau de significância no que diz respeito aos objetivos, a problemática e a fundamentação teórica do trabalho proposto, pois no entender de Bardin (2011), a AC só é adequada quando não se limita apenas a descrição dos dados, mas sim, expõe as respostas ocultas nas mensagens investigadas, aprofundando o conteúdo existente.

O tratamento dos resultados na terceira fase foi realizada a partir de ações para alcançar os objetivos e a questão problema da Tese, assim “permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise” (BARDIN, 2011, p,147).

Apoiado neste contexto, as entrevistas foram baseadas em um instrumento semiestruturado sendo gravadas e transcritas na sua totalidade, passando por uma leitura criteriosa e exaustiva por repetidas vezes, o suficiente para realizar a triagem do material resultante. Assim, foi possível, por meio da seleção de palavras, frases e expressões significativas em relação à questão pesquisa, objetivos e Tese desta pesquisa, agrupá-las nas seguintes grandes categorias: Organização e o funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades 2 e 3, Influência do cuidador na organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar do município de Porto Alegre e a Interconexão entre o SAD na modalidade AD1 com as modalidades AD2 e AD3 à luz do pensamento ecossistêmico.

Para Bardin (2011), uma boa análise de conteúdo não deve limitar-se à descrição, deve ir além, alcançar uma compreensão aprofundada do conteúdo das mensagens por meio da interpretação. O termo interpretação está mais associado à pesquisa qualitativa, ainda que não ausente na abordagem quantitativa. Pode-se dizer que toda leitura de um texto se constitui numa interpretação, e ela é fundamental na análise de conteúdo. A interpretação vai além do conteúdo exposto, busca explicitar o significado que ele contém.

As informações obtidas por meio da coleta documental foram analisadas com base na estatística descritiva, que complementaram e enriqueceram os resultados qualitativos.

A seguir apresenta-se a análise dos dados, agrupados em categorias e subcategorias.

4. DESCRIÇÃO DOS DADOS E RESULTADOS DA PESQUISA

Uma nuvem se acumula, o céu escurece, as folhas torcem para cima e sabemos que choverá. Também sabemos que, depois da tempestade, o escoamento se alimentará das águas subterrâneas a quilômetros de distância e o céu ficará claro amanhã. Todos esses eventos estão distantes no tempo e no espaço, se estiverem todos conectados no mesmo padrão. Cada um tem uma influência sobre o resto, e influência que geralmente está oculta à vista. Você só pode entender o sistema de tempestade contemplando o todo, que não é parte do padrão.
Peter Senge

Este capítulo contempla a descrição dos dados capturados e respectivos resultados. Os dados foram obtidos por meio da entrevista semiestruturada com os 12 coordenadores, das instituições em estudo, sendo quatro médicos, sete enfermeiros, uma assistente social que desenvolvem suas atividades no Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades Ad1, Ad2 e Ad3. Além disso, também são apresentados os dados relativos aos atendimentos realizados pelo SAD na modalidade Ad2 e Ad3 cuja coleta de dados foi realizada pelo método documental por meio dos indicadores presentes no banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS de POA), compreendendo o período de janeiro de 2018 a novembro de 2019.

4.1 Dados e resultados qualitativos

Os dados qualitativos foram obtidos a partir de entrevistas que foram realizadas pela pesquisadora principal, utilizando um roteiro de questões abertas cujas respostas/falas foram gravadas com autorização dos participantes para posterior transcrição. As 12 entrevistas, após a transcrição, foram organizadas seguindo a ordem cronológica de sua realização. Salienta-se a importância das gravações das entrevistas para a extração do máximo de detalhes capazes de contribuir para compor o ecossistema de cada serviço, perceber as peculiaridades do seu contexto referentes aos objetivos desta pesquisa e, assim, construir um novo emergente conhecimento a partir dos dados coletados com os participantes da pesquisa.

Com a finalidade de facilitar a visualização dos dados das questões abertas da entrevista, optou-se em organizá-los em dois quadros que deram origem a três categorias. A

primeira categoria intitulada: Organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3 da cidade de Porto Alegre, a segunda categoria: Influência do cuidador na organização e funcionamento do SAD no município de Porto Alegre e a terceira categoria: Interconexão entre o SAD na modalidade de atenção domiciliar 1 com as modalidades 2 e 3 à luz do pensamento ecossistêmico.

Quadro 03. Organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3 da cidade de Porto Alegre

Legenda:

-  Modalidades de AD e tempo de implantação
-  Critérios para admissão do usuário
-  Organização das equipes
-  Organização dos atendimentos realizados
-  Critérios de desligamento dos usuários
-  Dificuldades
-  Potencialidades
-  Cuidadores

Coordenador = C	Organização e funcionamento do SAD Ad2 e Ad3 - Que modalidades do SAD são desenvolvidas neste município, e de que forma? Ha quanto tempo essas modalidades foram implantadas? Tempo de implantação das modalidades? - Quais os critérios de admissão e desligamento do usuário no SAD? O que ocorre após esse desligamento? - Conseguem atender todas as solicitações? Você sabe quantos atendimentos são realizados por mês por equipe? - Como o SAD se organiza em relação ao tempo de permanência em cada residência? - Quais as dificuldades e potencialidades na operacionalização do SAD?
CSad1	As visitas são preconizadas no mínimo uma vez na semana, podendo variar a frequência frente a necessidade clínica de cada usuário. No máximo que chegamos foi de 36 usuários/atendimentos por equipe, e ficou corrido [...] o que a gente se pergunta é se uma equipe realmente consegue atender 60 pacientes conforme diz na portaria? Porque 36 já é bem difícil para suprir essa demanda. Na pediatria, eles mantêm uma média de 25 atendimentos ao mês. O paciente chega ao serviço de três locais: do hospital, da UBS ou da UPA. O solicitante preenche o formulário por um link no Google, e geralmente a gente pede que seja o médico ou o enfermeiro que realize essa solicitação principalmente no motivo clínico, para que tenhamos um nível de informação maior sobre esse paciente. Esse formulário é enviado e cai na SMS e é ela que faz a regulação, e define se é para nós ou para o GHC. Chegando aqui eu recebo em forma de planilha, a gente imprime e eu faço a distribuição para a equipe correspondente daquele paciente, baseado na localização, unidade de saúde referência e posterior a isso eu repasso para a equipe. A partir disso a equipe vai fazer o contato. Se ele vem direto da unidade a equipe vai fazer o contato direto com o paciente e já agenda

a visita. Se vem do hospital, faz contato com o solicitante, faz contato com a equipe médica perguntando sobre o plano de alta, combina o dia da alta e vai [...]na primeira visita, a equipe chega no domicílio e a primeira coisa a se fazer é ver se o usuário se encaixa nos critérios pertencentes as modalidades AD2 e AD3, se ele tem necessidade uma avaliação médica semanal, que esse é o objetivo do programa. Ele não pode apenas ter uma demanda social, apenas fisioterápica. ele precisa ter uma demanda clínica médica que exige. Então a equipe conversa, faz uma anamnese, pega todos os papéis das demais instituições, consultas, exames, medicamentos recentes, comorbidades. um exame físico bem feito. Geralmente médico e enfermeiro realizam juntos, e certificam se aquele usuário atende aos critérios, se ele atende aos critérios, nós temos um termo de consentimento que o paciente assina, onde nesse momento a gente explica como tudo funciona, periodicidade de visitas, que nós não somos equipes de urgência e emergência e se acontece alguma coisa grave com o paciente eles tem que fazer contato com o SAMU ou encaminhar para o serviço de emergência. Nós trabalhamos com consultas agendadas, que eles podem ter acesso telefônico com a gente de domingo a domingo tendo em vista a necessidade de orientações, a frequência das visitas semanalmente varia de acordo com a necessidade de cada usuário. Explicamos como funciona todo o nosso programa, quais as referências deles, os insumos (que eles irão retirar na unidade) e a nossa equipe não faz o transporte do paciente, ou é com a família ou precisamos solicitar um transporte via unidade básica, que o nosso atendimento não vai substituir nenhum atendimento com especialista que ele já faça, que a gente vem para agregar, para organizar o cuidado deles no domicílio. Então a gente explica todo o funcionamento, pergunta se eles concordam com o atendimento e eles assinam esse termo e consentimento, e a partir disso a gente traça o nosso plano e cuidados. Quando retornamos, um email é encaminhado ao solicitante, informando os dados da consultoria, a data e início, aos cuidados da equipe tal. A gente registra tudo, as nossas evoluções ocorrem no sistema ESUS e quando não funciona a gente faz um manuscrito. Os pacientes são inseridos nos indicadores, cada equipe tem a sua planilha de indicadores e no final do mês eu realizo o fechamento geral desses indicadores. A cópia a evolução das visitas são entregues na visita posterior aos cuidadores, ou seja, existe um prontuário que fica no domicílio de cada usuário acompanhado pelo programa. E quando eles vem a UPA é a mesma coisa, a única diferença é que quando eles vêm da UPA a SMS recebe a consultoria, ele já entra em contato com a gente, pois o paciente na UPA ele está lá por uma agudização, então ou ele vai retornar para o domicílio ou aguardar leito hospitalar, então a gente tem 24 horas para traçar esse plano e cuidados, mas traçando esse plano, a gente combina com o médico, então precisamos remanejar alguns pacientes, pois quando a gente recebe uma solicitação dessas pela manhã, no período da tarde já precisamos estar na casa do paciente e o protocolo segue o mesmo. Te confesso que a nossa demanda de UPA é muito pequena, a maioria dos nossos pacientes atualmente vem e instituições hospitalares. Uma das dificuldades é em relação à logísticas das EMADS . É uma dificuldade para agregar os serviços das EMAPS, pois não temos carros específicos, então elas vão junto com uma equipe para fazer a visita junto, ou muitas vezes acontece “ah, ficou um carro da equipe X que não tem visita, então existe maior disponibilidade do carro durante a tarde, então naquele período o carro fica com as EMAPS, onde elas traçam uma rota dos atendimentos que elas tem que fazer e eles fazem. Isso as vezes nos dificulta um pouco, porque a gente observa que muitas vezes aquele paciente precisaria ter um serviço digamos assim: da nutricionista, com uma avaliação em um espaço de tempo mais curto. mas as vezes a gente não consegue, daí ele fica uma semana sim, uma semana não[...] nós começamos a ter dificuldade, quando precisamos de um insumo por exemplo, a gente não consegue e precisa que a rede disponibilize. Não existe um tempo para ficar em cada residência, tanto o tempo de permanência na residência quanto o tempo de permanência no serviço variam de acordo com a complexidade do usuário. Então eu tenho pacientes em que a gente fica 1 hora, 1 hora e meia ali suprindo a visita, como eu tenho visitas de 20 minutos que tu consegue realizar a visita. E também vai variar se só tem uma EMAD ou se tem EMAP junto no atendimento. De uma maneira geral, a duração das visitas é em torno de 30 minutos, mas não existe nenhum protocolo que define o tempo previsto de duração de cada visita. Ou ele é um desligamento clínico, que o paciente já fez a transição para o AD1 ou ele tem um desligamento por uma piora clínica, onde ele vai para uma IH. Se o paciente já tem vínculo com o hospital, a gente entra em contato com hospital e explica sobre o paciente. As IH não são fáceis, porém, quando elas ocorrem aqui no HVN torna-se um pouco mais fácil. Quando é paciente de outros hospitais, depende do caso. Quando é casos graves a IH ocorre rápido, senão é mais difícil, e aí acaba ficando pela regulação do próprio SAMU em questão de leitos. Também temos a alta administrativa que ocorre quando a família, o paciente e os cuidadores eles não seguem o plano de ação ou quando ocorre assim: a gente trabalha com visitas agendadas, então a gente chega na casa e não está o paciente e o cuidador, aí nos evoluímos uma primeira vez, chegou na segunda, ele não estava de novo, aí é realizado um contato onde

	posteriormente ele recebe uma alta administrativa dependendo da justificativa que eles dão, porque a gente pede que caso eles não estejam em casa eles avisem para que exista um remanejo nas visitas. O que não pode é a visita estar agendada e a gente diz o dia e o turno que a gente vai e eles não estarem em casa, então eles podem receber alta administrativa. Na alta administrativa teoricamente o paciente não retorna em outro momento no SAD, mas como cada caso é um caso, daqui a pouco chega um momento que a família e o paciente se conscientizam da importância e das rotinas do serviço, a gente tenta novamente, mas em casos de duas altas administrativas, não existe uma terceira vez. O serviço tem um potencial muito grande, ele tem um propósito que é muito bom, que é a desospitalização. Se eu te disser que fazer essa parte de gestão com 07 equipes é fácil, conseguir fazer uma uniformidade no serviço é fácil, eu estaria dizendo que não. Mas eu acredito que o potencial é que a maior parte dos profissionais é consciente do trabalho do SAD então isso facilita na construção dos planejamentos, da logística, dos atendimentos [...] tanto que a gente recebe muitas respostas positivas tanto de pacientes quanto de cuidadores porque a gente sempre tem essa preocupação de saber se em casa está sendo melhor para eles, porque no momento em que tu tira um paciente do hospital tu tem que ter um cuidador 24 horas, um cuidador que não é da área da saúde, então tu tem um desgaste do cuidador também, e mesmo assim eles acreditam que é melhor estar em casa. Então, esse feedback faz com que os profissionais tenham essa consciência, do potencial que nos temos frente a ideia de desospitalização, que esse trabalho é gratificante e que nós temos que trabalhar dessa forma. Eu diria que em todo o serviço, deve ter uns três pacientes que são os seus próprios cuidadores, o restante todos tem o seu cuidador. A gente teve um tempo e depois acabou parando por falta de tempo mesmo o grupo de cuidadores, que queremos retomar, onde uma vez ao mês a nossa assistente social e nossa nutricionista que tomaram mais a frente das atividades, a gente fazia um encontro com eles, atividades diferenciadas, compartilhando ideias e experiências, sempre trazendo conhecimentos novos, para sair um pouco daquela rotina de só cuidar. Por mais que eles recebam um sobrecarga, eles preferem estar em casa porque a rotina hospitalar acaba por desestruturar toda uma família. O que eu percebo é que o cuidador ele tem um filho, ele tem um marido, um parente e mais alguém que dependa dele, ele tem a rotina de casa, mais a de trabalho, e a rotina hospitalar desestrutura tudo. A capacitação, treinamento do cuidador é realizado a cada visita, então tudo o que a gente vai fazer, o nosso objetivo é desenvolver cada vez mais a autonomia tanto do paciente quanto para o cuidador, então tudo aquilo que ele pode fazer a gente vai ensinar. Nós vamos ensinar desde a troca de posicionamento, como é que ele vai aspirar o paciente, instalar a dieta, como ele vai realizar o curativo[...] então isso vai acontecendo a cada visita. Não tem um dia específico pra eles irem lá e passarem todo. O treinamento com o cuidador ele vai sendo a cada visita, assim como a gente pede para eles fazerem um checklist de dúvidas que eles tem, para ir esclarecendo a cada visita ou se tem algo mais imediato que eles entrem em contato conosco por telefone que a gente auxilia também [...] mas vai acontecendo assim e a gente vai corrigindo conforme necessidade, é uma construção conjunta muito próxima ao cuidador. O que a gente pede é que todo paciente, que ele não exija ou que não possa prestar o seu cuidado, que ele tenha obrigatoriamente um cuidador e que a gente sempre trabalha nas famílias que eles precisam fazer uma troca de cuidados, não pode ser um cuidador 24 horas, porque a gente se preocupa também com o cuidador, mas a gente pede que nas visitas aquele cuidador seja sempre a mesma pessoa para que possamos ter uma continuidade nas informações, porque quando tem famílias que tem essa quebra de cuidador, quando uma visita é um e em outra visita é outro, fica mais descontinuo, então a gente pede, e pode estar mais a outra pessoa, mais de uma pessoa, mas que tenha sempre uma pessoa fixa. Uma das coisas que a gente tem bem afinado entre as equipes é que como a gente fica com o paciente por um tempo maior a gente não precisa resolver todos os problemas daquele paciente na primeira visita, a gente vai traçar na primeira visita um plano de cuidados com aquele paciente e a cada visita a gente vai focando nas maiores necessidades, indo na linha de objetivos.
CSad 2	[...] O serviço surgiu em 2004 ele era um serviço aqui do hospital (Cristo, Femina, Criança e GHC) e os usuários que tinham acesso ao serviço eram pacientes egressos do hospital, pacientes que estavam internados e que poderia ter uma alta antecipada [...] a única porta de entrada para a casa era através da gente. A portaria surgiu em 2011 com esse critério de uma equipe para cada 100.000 habitantes, eu acho que foi um avanço a portaria sem dúvida, mas hoje ela não contempla todas as peculiaridades e as realidades de cada cidade, talvez esse número para uma cidade que tem muito idoso, ou com doenças crônicas. enfim, talvez deveria ser 1 para 50.000 e talvez para uma cidade menor uma equipe dessas sobre. Nosso perfil sempre foi AD2 e AD3 muito raramente a gente teve AD1 [...] [...] hoje temos um fluxo organizado que a gente chama de consultoria então todos os pacientes que estão na rede interligada que são os hospitais do grupo. Todos os pacientes que moram no nosso território tem acesso, ou seja, vindo da AP, da UPA, do CAPS, de algum outro

	hospital, eventualmente a demanda espontânea de familiares que nos procuram, mas a gente procura sempre orientar o familiar que procure um serviço de referência para que se mantenha um fluxo. [...] o máximo é 35 pacientes por EMAD. Hoje é impossível levando em consideração o quadro dos nossos pacientes, ter 60 por EMAD, quando a gente atinge 40 usuários por EMAD é abaixo de mal tempo [...] hoje a nossa capacidade instalada que eu posso ter em um dia é 140. Então a gente fez essa conta levando em consideração o tempo de permanência, perfil do nosso paciente, deslocamento, força de trabalho (enfermagem, Fisioterapeuta, médicos) que a gente tem [...] o máximo é 35 pacientes por EMAD num corte diário, mas no entra e sai, entra e sai a média fica assim. Como eu sou meia EMAD, porque eu só faço meio turno o meu teto é 20 pacientes e o meu colega que compõem comigo é mais 20, da 40. mas aí o médico que fica o dia inteiro a gente colocou a média dele para 30 porque o médico que fica o dia inteiro ele atende as intercorrências do médico da manhã na tarde ou da tarde na manhã, ele faz mais consultorias fora. Todo o paciente quando a gente for dar entrada é realizado um plano terapêutico. Antigamente quando a gente tinha menos pacientes, tínhamos um formulário que ficava escrito o plano terapêutico, depois com a correria o formulário passou a ser subutilizado e a gente pactuou os cuidados no próprio prontuário mesmo, a primeira avaliação. Normalmente a gente organiza quais são as demandas desse paciente e depois conhecendo melhor a família surge a necessidade de outros profissionais como por exemplo o serviço social e nutricionista que é o que a gente tem [...] então a gente faz um plano terapêutico singular e trabalha em cima disso, onde a cada 15 dias todas as equipes se reúnem, cada EMAD com os seus profissionais e discutem todos os casos e já trabalhamos com previsão de alta. A gente tem hoje um fluxo organizado que a gente chama de consultoria então todos os pacientes que estão na rede interligada que são os hospitais do grupo e que geram uma consultoria, e a gente tem uma rotina no serviço de que a cada 1 ou 2 horas entra ali e vê o que entrou de consultoria [...] nós dividimos o nosso território em 4 EMADS, pelo endereço a gente vê de que território é, tem as pastas que são colocadas no local específico da equipe que irá avaliar. [...] Tem um fluxo que foi criado a pouco que é para o resto da rede que não é o mesmo sistema. É um formulário via Google que vai para o gestor municipal e ele manda para os serviços e a partir disso vem as demandas, e a gente vai avaliar os pacientes - a maioria internado – mas também tem os da rede básica que a gente vai em casa avaliar, ver quais são as necessidades e demandas, ver se tem critério para AD2 e AD3 [...] além disso, se explica para a família o que a gente faz, assina o termo de consentimento e passa a incluir e cumprir os atendimentos. Situações de desligamento, sem ser por critérios de alta, são muito difíceis ocorrer, às vezes ocorre devido a mudança de endereço, município, mas de desligamento por não adesão já teve, mas é 1 caso a cada 2,3 anos. Potencialidades são várias, acho que a AD tem e a literatura mostra muito isso, tem um impacto muito importante em desfechos de saúde e na literatura não é nossa, é na literatura estrangeira, em diferentes estudos consta que equipes multidisciplinares no domicílio para idosos com multimorbidades principalmente ICC, DPOC demonstram redução de reinternação, mortalidade. A questão de estar cuidando do paciente junto a família é importante para ambos, a redução de custos impacta de uma forma importante, hoje o nosso custo aqui é de 15% comparado a IH, mas hoje em média um paciente de clínica médica a diária dele é 1.200 reais e a nossa diária é 140,00 [...] a gente é ainda um dos poucos serviços que oferece todos os insumos, tudo o que o hospital oferece aqui dentro a gente usa em casa, antibiótico de última geração, dietas enterais, cobertura para feridas [...] claro a gente consegue ter uma assistência de melhor qualidade. A satisfação do usuário é altíssima. O critério é ter o cuidador, mas as vezes é o paciente mesmo que tem algum grau de autonomia, que não é dependente que acaba sendo o próprio paciente, mas na sua imensa maioria eles tem cuidador. As dificuldades geralmente diz respeito as questões sociais e a sobrecarga para algumas famílias do cuidado, porque as vezes surge um cuidador, as vezes é um membro da família que abdica de seu trabalho, sua vida para se dedicar a pessoa que as vezes tem seqüelas permanentes, totalmente dependentes que ainda vão viver muito [...] acho que precisaria ter uma política que olhasse para essa situação porque tem famílias com idosos que a única fonte de renda é o trabalhador e que este vai ser o cuidador. Se nós tivéssemos mais profissionais acredito que daria mais um plus no nosso cuidado.
--	--

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelas pesquisadoras Weykamp e Siqueira (2020)

No quadro 01 observa-se os aspectos envolvendo a organização e o funcionamento do SAD nas modalidades Ad2 e Ad3 no município de POA. Um dos serviços teve o seu início no ano de 2014, apresentando um crescimento significativo no número de equipes no ano de

2017 (CSad1). Já o segundo serviço, mantém uma trajetória mais antiga (16 anos) em cuidados domiciliares, tendo o seu funcionamento antes mesmo da criação do Programa em vigência. Este surgiu em 2004 e aderiu ao programa mediante portaria em 2011 (CSad2).

Ambos os serviços atuam nas duas modalidades de Ad 2 e 3 e seguem alguns critérios para a inserção do usuário nos mesmos baseados na Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016, atualmente em vigência (CSad1; CSad2). Conforme (CSad1), a maioria dos seus usuários se enquadram na modalidade Ad2, que são aqueles que necessitam de atendimentos, no mínimo, uma vez na semana, normalmente, de 2 até 3 vezes na semana, dependendo da necessidade. Eles também atuam na modalidade Ad3 que exige um grau de complexidade de cuidado maior ao usuário, com medicações mais complexas e visitas mais frequentes, porém, não é a maioria dos usuários acompanhados pelo serviço. (CSad2) ajudou a organizar melhor o serviço, mas o perfil do usuário que atendem não teve muitas alterações, porém, vem aumentando a complexidade, até pela experiência que o serviço vem adquirindo e, com isso, a adesão e acompanhamento de usuários mais graves.

Os usuários acessam o SAD Ad2 e Ad3 pelos hospitais, UPA e Unidade Básica de saúde (CSad1; CSad2) além do CAPS em algumas situações (CSad2). As solicitações ocorrem mediante preenchimento do formulário via Google, normalmente, preenchido pelo médico ou enfermeiro da instituição solicitante. Esse formulário é encaminhado à SMS que faz o direcionamento das consultorias conforme os territórios existentes (CSad1). Já na segunda instituição a inserção no serviço ocorre via consultoria, porém o preenchimento é de um formulário próprio, ou quando os familiares procuram o serviço diretamente, são encaminhados aos serviços de referência para que seja solicitado o acompanhamento pelo serviço (CSad2).

No que diz respeito a organização das equipes o (CSad1) conta com oito equipes, sendo seis EMADS, uma equipe pediátrica e uma EMAP. Cada EMAD é composta por dois médicos, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e a EMAP constituída por uma nutricionista, uma fonoaudióloga, uma assistente social atuante, cinco fisioterapeutas - mas três atuantes. Já de acordo com (CSad2), o serviço atua com quatro EMADS compostas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem e uma EMAP contendo dois fisioterapeutas, duas assistentes sociais, uma nutricionista, esta, não conta como fonoaudióloga nem psicóloga, porém tornam-se acessíveis via instituição hospitalar.

As equipes são divididas pelos territórios de abrangência do serviço (CSad1; CSad2), priorizando em suas visitas o usuário que está sendo admitido no momento. Um dos serviços consegue absorver as demandas de trabalho que corresponde em média 36 atendimentos por

EMAD e 25 atendimentos na equipe pediátrica (CSad1), e o segundo serviço realiza 35 atendimentos por EMAD, sendo que quando atinge 40 atendimentos é bem dificultoso (CSad2). Ambos os serviços não atingem o número de 60 atendimentos equipe/mês proposto pela portaria, uma vez que, consideram difícil dar conta da demanda já existente.

Os atendimentos são previamente agendados mediante consultoria, onde a primeira visita fica destinada para a construção de um plano de cuidados, um plano terapêutico levando em consideração as necessidades do usuário a ser assistido (CSad1; CSad2). As evoluções são realizadas mediante preenchimento do sistema E-SUS (CSad1) ou por um formulário próprio da instituição (CSad2). Os insumos podem ser retirados nas unidades de referência de cada usuário (CSad1) ou fornecidos pela própria instituição (CSad2).

Em relação ao desligamento do usuário no SAD Ad2 e Ad3, ele pode ocorrer devido à alta/transição para a Ad1, ou agravamento do quadro clínico e encaminhamento para uma IH (CSad1; CSad2). Existe, também, a possibilidade de uma alta administrativa, quando o usuário não se encontra na residência durante as visitas agendadas por mais de três vezes ou que não realize adesão ao tratamento proposto (CSad1; CSad2).

Os cuidadores também representam um aspecto importante dentro do SAD Ad2 e Ad3, tendo em vista que a presença dele se faz necessária, é um dos critérios para a admissão do usuário no serviço (CSad1; CSad2). Sobre eles, destaca-se que apesar da sobrecarga do cuidador eles preferem realizar os cuidados no domicílio junto à família porque, na maioria das vezes, o cuidador é responsável por outros membros da família (CSad1; CSad2). Existem capacitações e treinamentos para os cuidadores, e o que se sugere é que pelo menos durante as visitas seja mantido o mesmo indivíduo, a fim de evitar a descontinuidade do cuidado, considerando a construção coletiva do cuidado a cada visita (CSad1).

As dificuldades apontadas se referem à logística das EMADs, bem como, a interação das EMAPs tendo em vista que não há disponível um veículo próprio para ela (CSad1). Além disso, as questões sociais, demandas da família e a necessidade de um maior número de profissionais para atender os usuários, também, se mostraram presentes nesta questão (CSad2).

Inúmeras são as potencialidades referidas pelos coordenadores, entre elas, estão a desospitalização, benefícios dos cuidados no âmbito domiciliar tendo o usuário junto à sua família (CSad1; CSad2), profissionais conscientes do seu trabalho (CSad1) e uma assistência de melhor qualidade (CSad2).

Quadro 04. Interconexão entre o SAD na modalidade AD1 com as modalidades AD2 e AD3

Legenda:

-  Métodos de inserção/atendimento no serviço
-  Serviços de referência
-  Dificuldades
-  Aspectos positivos/ Possíveis melhorias

Coordenador	Como se dá o processo de referência e contra referência do SAD com os demais serviços? Como você vê essa interconexão?
C1	Nossa referência é o SAD do GHC [...] Quando temos um usuário que precisa de um acompanhamento, a gente abre consultoria com o SAD AD2 e AD3 pelo sistema do GHC e solicita avaliação [...] quem normalmente preenche a solicitação é o médico ou enfermeiro [...] Se o SAD AD2 e AD3 aceita o usuário, nós também acompanhamos junto. [...] Eu acho que o SAD AD2 e AD3 está bastante sobrecarregado e tem situações que ele poderia ficar um pouco mais com o usuário, mas ele não tem essa condição [...] nós também não temos condições de realizar o acompanhamento dessa forma, e isso gera conflitos na comunicação [...] Quando o usuário tem alta do SAD AD2 e AD3 a equipe vem aqui e explica a situação do paciente [...] os atendimentos ficam a critério da unidade, mas não sei dizer se eles sabem da nossa realidade, o que eles sabem é que a gente não vai toda a semana [...] quando o paciente está internado no hospital e recebe alta são informados que serão encaminhados ao SAD mais próximo e isso não funciona, porque não temos essa estrutura, e por isso existe confusões em alguns momentos, pois o paciente sai da IH nos cobrando um atendimento que nós não realizamos. A verdade é que está muito difícil realizar as visitas domiciliares pois as demandas das unidades de saúde estão modificando. Nós da Ad1 temos uma demanda aguda muito grande, e isso não nos dá a possibilidade de sair muito da unidade, não temos tempo para visita domiciliar mais [...] o maior problema é gestão, mas também na maioria das vezes tu não consegue realizar a rotina de serviço que planejastes [...] as pessoas não querem procurar outros serviços e acabam nos sobrecarregando. Eu chego à conclusão de que o serviço direcionado a nossa modalidade Ad1, hoje se encontra em segundo plano [...] acredito que o SAD Ad2 e Ad3 também está sobrecarregado. [...] eu acho que sempre a questão da comunicação é importante. [...] eu não sei os critérios de cabeça, mas temos acesso a esses critérios e associamos ao quadro clínico do usuário e da necessidade de profissionais frente as condições do paciente. Eu Acho que os critérios estão bem delimitados e descritos no formulário de consultoria.
C2	A nossa linha de atuação é só o SAD do HVN. [...] A parceria entre a gente é muito boa [...] quando precisa, eu preencho um formulário do melhor em casa e eles entram em contato com a família. As solicitações de consultoria funcionam apenas pelo formulário via Google. [...] Quando eles dão alta para nós eles trazem o laudo de alta do usuário, descrevem o quadro e o que foi feito e o que precisa ser feito [...] já teve situações em que eles deram alta e não nos informaram, e isso eu acho frágil, porque a partir do momento em que eles dão alta para o usuário eu preciso saber até que ponto aquele usuário precisa de uma manutenção, de uma consulta mais rápida ou não [...] quando a gente precisa fazer a visita domiciliar já é um pouco mais complicado porque a gente não tem carro, tem que organizar a equipe e agendar o transporte com a gerência.
C3	A gente faz o contato com o SAD AD2 e AD3 do HVN [...] acho que falta interesse deles em conhecer mais a gente, de ter mais contato, a nossa relação é formal demais. Quando é alta do paciente eles vem aqui e falam o paciente está de alta, despejam informações, não tem aquela relação entre as equipes de discussão coletiva. [...] Tem situações em que o familiar chega aqui (AD1) e diz que o usuário está de alta da AD2 e AD3 e a gente pensa, como assim de alta? Esse paciente nem melhorou [...] eles, nem nós estamos preparados para a alta desse paciente. Se tivesse um contato mais direto, talvez um telefone de acesso ou que eles pudessem vir até a unidade seria mais fácil. Hoje o nosso contato é somente via

	preenchimento do formulário via Google que é realizado pelo médico ou pelo enfermeiro. [...] A gente faz contato depois de discutir o caso, mas eu ainda acho que está bem deficiente e precisa melhorar muito essa atuação em conjunto. [...] Também acho que falta interesse deles de quererem conhecer mais a gente, e da gente conhecer eles. Eu acho que a nossa relação ainda é formal demais. Quando é alta do paciente, eles vêm aqui e falam o paciente está de alta, despejam informações, não tem aquela relação entre equipes de discussão coletiva [...] falta vínculo. A questão da comunicação entre as equipes e informações sobre o serviço [...] Não somos ESF somos UBS e as visitas acontecem quando conseguimos nos organizar, mas é difícil o deslocamento porque não temos carro próprio [...] Nós estamos com um paciente e estamos tentando acompanhamento com o SAD Ad2 e Ad3 e não estamos conseguindo. Nós estamos tentando ir acompanhando, mas ele saiu do hospital totalmente desassistido. Eu acho que a equipe poderia participar das nossas reuniões para eles explicarem como é o serviço, como funciona os encaminhamentos, reforçar os critérios [...] e também quando eles estiverem realizando acompanhamento dos usuários eu acho que eles poderiam passar aqui na unidade e repassar a situação para discutirmos um pouco o caso coletivamente [...] a equipe do melhor em casa poderia vir aqui mais vezes para conseguirmos debater os casos aqui na unidade ou acompanhar mais em casa os usuários, porque parece que a gente tem que ir no domicílio, a gente tem que ver o paciente, mandar o formulário, tem que discutir o caso [...] da a impressão de que estamos implorando.[...] eu não acompanho muito, só quando o paciente está de alta e eles vem até aqui me passar a situação. [...] eu não sei como é composta a equipe, eu sei que tem médicos e enfermeiros, mas não sei qual é a rotina deles, quantas vezes eles vão por semana visitar o paciente [...] não temos conhecimento de como funciona o serviço.
C4	Nós da AD1 temos tido êxito na relação com o SAD Ad2 e Ad3 do HVN [...] normalmente a família procura a unidade com uma demanda e nós encaminhamos via formulário para o programa. Depois da solicitação da unidade o SAD AD2 e AD3 realiza a visita domiciliar e comunica a unidade se ficou ou não acompanhando o usuário. Não vejo dificuldade, é uma boa parceria, temos tido êxito. A comunicação funciona bem, tanto na consultoria online, como em situações que eles vêm até aqui [...] eles são muito solícitos. Tem vezes que a gente fica com dúvidas e liga para eles e discute o caso. Gostaríamos de mais equipes para atender um maior número de usuários.
C5	Hoje a nossa relação com o SAD Ad2 e Ad3 do GHC é bem interessante, quando tem situações, casos com os nossos usuários (descrição do caso) a gente solicita uma consultoria e eles passam a acompanhar esse usuário. Além disso, eles também acompanham usuários de alta hospitalar que também são nossos. Em caso de alta do SAD Ad2 e Ad3 eles vem e nos apresentam o caso e nos dão informações necessárias, porque quando eles estão atendendo a gente até pode fazer visitas, mas é mais com os agentes comunitários, não há atuação do nosso SAD quando o deles está lá. Se o usuário apresentou um agravo, para retornar ao SAD Ad2 e Ad3 é preciso uma nova consultoria e nesse caso ou a gente permanece cuidando dele até que venha o retorno das consultorias se isso for viável, ou a gente encaminha para a porta de entrada do hospital. A AD1 é a principal porta de entrada do SUS, o que gera sobrecarga do serviço frente a demanda aumentada e defasagem da equipe, principalmente no âmbito da enfermagem [...] O SAD cresceu muito, se nós que somos porta de entrada já observamos esse crescimento de usuários com necessidade de atendimento, é óbvio que isso também se alastra para outros serviços do sistema [...] então a gente observa um SAD Ad2 e Ad3 sobrecarregado, com maior dificuldade de responder as consultorias[...] Cada vez mais o hospital precisa esvaziar leitos, então gera um acúmulo e tudo tem um limite e o meu receio é quanto isso vai acometer a qualidade da assistência, porque aqui nós temos um serviço bem redondinho.[...] uma dificuldade de fato é a fragilidade da rede, é a falta de estrutura de certas unidades da rede o que acaba sobrecarregando outros serviços.
C6	Nós recebemos usuários de dos dois SAD Ad2 e Ad3. Na verdade o certo era o hospital pedir avaliação do SAD Ad2 e Ad3, mas eles não pedem, eles dão alta e deixam o usuário voltar pra casa [...] se eles fizessem isso a gente não precisaria ir, não teria tanta dificuldade de fazer a rede funcionar. Essa falha no processo mobiliza coisas que não precisariam, até para os usuários é desgastante. Se o fluxo realmente funcionasse as coisas seriam mais tranquilas. Nós temos um formulário onde é colocado o que é deles e o que é nosso. Na verdade, tem o que é deles, o que foge do critério deles é nosso. A gente preenche o formulário via Google e ali mesmo já tem os critérios Ad, Ad2 e Ad3 e o que é nosso a

	gente sabe que não adianta chamar eles que eles não vão vir, então nós temos que dar conta daquele usuário. Hoje nós temos uma grande dificuldade para realizar esse tipo de atendimento e até de irmos atrás dos usuários [...] tem situações que a gente perde o contato com o usuário e se preocupa, ou tem vezes que eles chegam aqui e querem algo imediato e eu não tenho ninguém que vá lá. Não tem carro disponível para realizar as visitas, tem vezes que a gente faz uso do nosso carro particular, mas nem deve e nem pode. O melhor em casa acompanha os usuários e quando precisa eles vêm aqui e nos dão uma nota de alta. Normalmente é o médico e o enfermeiro que vem aqui e nos contam o quadro do paciente e o que foi feito, eles nos deixam a par da situação. Aqui na unidade, eu pelo menos deixo qualquer coisa para fazer a visita domiciliar porque senão deixamos passar algo importante[...] antigamente eu ligava e eu conseguia um acesso melhor com o SAD Ad2 e Ad3, agora eles só vão se a gente for primeiro [...] tem vezes que eu digo para o familiar “eu não tenho condições de ir, liga para o SAMU [...] a nossa comunicação agora é somente via formulário, mas eu ligo, e quando eu ligo eles me avisam que eu preciso preencher o formulário e ir avaliar o paciente antes. Eu acho que eles poderiam facilitar isso. Eu acho que deveria ter a possibilidade de ligar para o SAD em um primeiro momento para eles irem avaliar o usuário porque não temos equipe nem os recursos que eles tem[...] a rede poderia estar melhor organizada, porque as vezes não é SAMU, não é esse, não é aquele, então é quem?
C7	Nós temos contato com eles (GHC) via formulário específico e contato telefônico. O fluxo tem sido avaliação do usuário na us, aqueles que se encaixam nos critérios de avaliação do melhor em casa, preenchemos o formulário, a equipe nos comunica por email que vai avaliar o usuário e nos fornece um telefone de contato para passarmos o caso e em seguida ou intercalamos os cuidados coma equipe. E na alta do melhor em casa ele vem na us e nos comunica. Nunca tivemos dificuldade, todos usuários encaminhados foram atendidos pelo serviço, porém, o número de visitas domiciliares uma vez por semana no caso de curativos poderia acontecer mais vezes.
C8	Recebemos contato a respeito de pacientes que terão alta do programa, e também solicitamos avaliação e acompanhamento para os pacientes quando necessário. O contato acontece via telefone ou email. Acredito que essa comunicação evoluiu e melhorou ao longo do tempo, porém, acredito que O município deveria ampliar a quantidade de serviços de AD2 e AD3.
C9	O contato com o serviço se dá por meio de orientação verbal e escrita por formulário padrão entre o usuário e a área encaminhada, bem como via telefone, whatsapp/email. Temos recebido usuários do serviço com prescrição de pedido de material especial, o que faz com que o familiar/cuidador tenha que vir até a unidade. Considero a relação com esse tipo de serviço adequada.
C10	Às vezes a família vem ao serviço com uma demanda e a unidade de saúde encaminha via formulário próprio para avaliação melhor em casa. Depois da solicitação da us o sad realiza vd ao usuário e comunica ao posto se ficou ou não acompanhando este usuário. Nós temos tido encaminhamentos de usuários oriundos da modalidade Ad2, a Ad3 não tivemos ainda. Juntos temos êxito, temos tido uma boa parceria.
Csad1	Os serviços interconectados ao SAD são Hospital, Atenção básica e UPA. Eu acredito que a interconexão tem que melhorar muito ainda. [...] com os hospitais nós atualmente conseguimos estar mais afinados, acho que isso foi uma conquista significativa em 2017, mas a rede a gente ainda tem que afinar muito. [...] o pessoal precisa conhecer melhor e saber melhor o que é o SAD, o que nós fazemos, quem são os pacientes que nós podemos atender e que nós precisamos deles enquanto programa. Qualquer hospital de POA pode nos encaminhar usuários, mas é claro que a prioridade se dá para aqueles que são 100% SUS.[...] o CAPS não tem fluxo de atendimento, até quando a gente tem algum paciente que necessite de cuidados direcionados a saúde mental é mais difícil, até porque manter um paciente sob os cuidados do melhor em casa, é preciso que esse paciente não apresente riscos e o doente mental é uma pessoa que tu não consegue assegurar que aquele paciente esta seguro o tempo inteiro sendo que tu não pode estar lá no período de 24 horas. [...] em relação as especialidades, quando a gente precisa e dependemos da rede muitas vezes não temos acesso. Nós precisamos fazer esse pedido via unidade de saúde e isso representa um desafio bem grande [...] algumas unidades recebem a solicitação e fazem prontamente, enquanto outras querem que o paciente consulte na unidade primeiro e isso demora em torno de 30 dias depois de fazer o encaminhamento. [...] quando nós estamos acompanhando um paciente e damos alta pra ele, nós realizamos essa alta em três vias, uma

	para a AD1, outra para o paciente e uma fica com a gente. Nós entregamos a nota de alta no posto de referência para o médico ou enfermeiro da instituição e mesmo assim a gente observa que eles não vão lá, não viram os pacientes depois. [...] nós começamos a perceber a dificuldade porque alguns nos ligavam “a gente não recebeu até hoje a visita da unidade”, por isso, antes de dar alta nós começamos a agendar uma consulta naquela instituição de saúde. [...] nós temos dificuldade nas questões das altas. A gente da alta e muitas vezes a AD1 não assume por motivos pequenos e o paciente volta pra nós e também na interconexão quando precisamos de outra especialidade [...] Muitas vezes nós recebemos uma consultoria, mas não conseguimos o contato com o solicitante. A gente liga para o número que está ali, mas é de outro médico que está em outro andar, que está de folga, ou está de férias e nos passou o paciente e está de férias.
Csad2	Hoje nos estamos interconectados com todos. O SAMU tem uma interface muito boa nas intercorrências a noite, final de semana. Também realizamos a transição com a atenção básica tanto eles nos demandam e a gente devolve o paciente para eles na AD1. Também tem algumas demandas em conjunto com o CAPS, CRAS, claro que eu não to dizendo que a rede é perfeita, cheia de problemas, mas a gente tem atuação com toda a rede. [...] eventualmente algum paciente nosso que a gente não consiga fazer a contra-referência para a unidade, a transição do cuidado, isso as vezes acontece, muito pontualmente. Eu tenho cobrado bastante isso, nós temos realizado as transições dos nossos pacientes para a AD1 para a longitudinalidade [...] E nós para com o hospital, a gente tem uma conexão muito boa até por estar dentro do hospital, a gente conhece os profissionais, então as vezes eu preciso realizar alguma procedimento de imagem, eu consigo realizar no hospital. Isso só acontece porque a gente está aqui e dentro de um hospital de grande porte, por isso nós não somos a realidade de outras cidades e nem do país [...] A gente consegue ser muito mais resolutivo com o nosso paciente, mas isso é a realidade do nosso serviço [...] a interconexão entre os serviços tem muito o que melhorar. Eu acho que a gente vem a cada ano melhorando essa questão da transição, dessa comunicação entre os serviços, mas ainda é muito precária [...] Tem muito paciente que sai e não chega pra nós porque ninguém sabe onde ele está, ou o hospital não manda ou o hospital não identifica. A gente faz transição do cuidado, pacientes mais complexos a gente entra em contato com a rede antes mesmo de ele ganhar alta, alguns a gente combina visita em conjunto até para passar para a APS algumas coisas que eles não estão tão acostumados a fazer, a gente vai à unidade discute o caso com eles, já prepara “olha a gente está pensando em dar alta” a gente combina a VD em conjunto, e obvio que a gente não faz isso com todos os pacientes porque não temos pernas para tudo isso, mas os casos mais complexos a gente faz a transição e em outros a gente liga passa o caso, mas na imensa maioria dos casos a gente passa na unidade, entrega a nota de alta para dar segmento aos cuidados.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelas pesquisadoras Weykamp e Siqueira (2020)

Conforme relato dos entrevistados, identifica-se que as instituições em que eles se interconectam correspondem ao SAD Ad2 e Ad3 das instituições do GHC e HVN, UBS, além do SAMU, UPA e demais hospitais do município. A demanda em serviços de CAPS e CRAS foi citada apenas por uma instituição (CSad2).

Ao serem questionados, referente aos métodos de inserção nos serviços os coordenadores apontaram que nas unidades básicas (Ad1) o usuário chega ao serviço mediante alta do SAD Ad2 e Ad3 onde os profissionais atuantes explicam a situação do usuário, o que foi realizado e o que ainda precisa ser feito no âmbito domiciliar (C1;C2;C5;C6;C10). Além disso, é possível identificar que, normalmente, a referência entre os serviços, como, a solicitação de acompanhamento do SAD Ad2 e Ad3 ocorre a partir do preenchimento de um formulário via Google (C2;C3;C4;C6;C8) ou formulário próprio da

instituição GHC (C1; C7; C9; C10). Para fins de complemento do formulário, alguns dos entrevistados informam que existe comunicação via telefone, email com o serviço (C5; C7; C8).

Tratando-se das dificuldades frente a interconexão entre os serviços, diferentes coordenadores apontam a falha na comunicação, bem como, a falha na rede como um dos principais problemas vivenciados atualmente (C1; C3; C5; C6; CSad1; CSad2). O difícil acesso aos usuários devido a não disponibilidade de um veículo de transporte também foi evidenciado durante a entrevista (C2; C6). A sobrecarga de ambos os serviços Ad1, Ad2 e Ad3 (C1; C5), problemas de gestão (C1), o desconhecimento sobre o serviço (C1; C2) e a cobrança de um serviço que a Ad1 não realiza, são fatores expostos pelos profissionais. Por outro lado, o SAD Ad2 e Ad3 identificam que quando eles dão alta para o usuário, ele não é acompanhado como deveria pela Ad1 que, também, em alguns momentos não assume o usuário com alguma enfermidade fazendo com que este retorne ao serviço. Em algum momento, o serviço recebe a solicitação de consultoria, mas não consegue contato com o solicitante o que acaba por dificultar o andamento do serviço (CSad1).

Em contrapartida, alguns dos entrevistados não identificaram nenhuma dificuldade entre os serviços (C7; C9; C10), reforçando o êxito na parceria entre os envolvidos (C2; C5; C10). Algumas possíveis melhorias na interconexão foram citadas, tais como: a importância da comunicação (C1; C5; C8), de um contato mais direto entre as modalidades de atendimento, coletividade e discussões dos casos (C3; C6; CSad1; CSad2), um maior conhecimento sobre as atribuições de cada modalidade, assim como, referente ao funcionamento e critérios adotados pelo SAD Ad2 e Ad3 (CSad2). A necessidade de mais equipes para dar conta da demanda de usuários (C4), a organização dos fluxos da rede (C6; CSad1; CSad2) também foram observadas nas falas dos participantes.

4.2 Dados e resultados documentais

Os dados documentais foram coletados por meio dos relatórios de gestão presentes disponíveis na SMS de POA e correspondem aos indicadores dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3 do Grupo Hospitalar Conceição e da Associação Hospitalar Vila Nova.

Tabela 01. Média anual (2018-2019) referente a distribuição dos atendimentos do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3 do Grupo Hospitalar Conceição e da Associação Hospitalar Vila Nova.

Indicadores	2018			2019		
	GHC	HVN	Total	GHC	HVN	Total
Pacientes em AD	613	796	1.409	780	1.099	1879
Visitas em AD	12.973	10.921	23.894	17.964	16.364	34328
Novas admissões de pacientes	869	1.076	1.945	1.020	1.356	2376
Admissões de pacientes encaminhados pela APS	148	289	437	224	288	512
Admissões de pacientes encaminhados pelo hospital	721	781	1.502	796	1068	1864
Intercorrências atendidas nos domicílios	617	593	1.210	805	1598	2403
Altas da AD	749	968	1.717	848	1286	2134
Óbitos domiciliares	50	90	140	58	109	167
Óbitos declarados no domicílio	5	32	37	04	38	42
Tempo de permanência no domicílio	631	301	932	279	323	602

Fonte. (Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2020)

Em relação aos pacientes que estão sendo assistidos pelo Sad se percebe uma prevalência de 613 (43,5%) de usuários oriundos do GHC e 796 (56,5%) do HVN em 2018. Já em 2019, pode-se perceber uma maior prevalência daqueles oriundos do Sad HVN com 1099 (58,5%) dos usuários acompanhados por esta instituição comparada ao GHC com 780 (41,5%) usuários. O maior índice de visitas ocorreu em 2019, realizadas pelo Sad GHC, totalizando 17.964 (52,3%) acompanhamentos. Já em relação as novas admissões o Sad HVN obteve maior prevalência com um total de 1356 (57%) em 2019, ainda, tem-se aquelas que ocorreram a partir da APS com maior número 289 (66,1%) em 2018 no Sad HVN, bem como, oriundas dos hospitais também na mesma instituição com 1068 (57%) admissões em 2019.

As intercorrências atendidas no âmbito domiciliar tiveram seu ápice em 2019 no Sad HVN com um valor de 1598 (66,5%). As altas dos usuários para a Ad1 tiveram sua maior

prevalência em 2019 e corresponderam a instituição HVN com 1286 (60,2%). Os óbitos foram classificados em óbitos domiciliares com pico em 2019 com 109 (65,3%) e óbitos declarados no domicílio com 38 (90,5%) atestados pelo HVN. Por fim, o tempo de permanência do serviço nos domicílios obteve seu índice elevado 631 (67,7%) em 2018 com as equipes do GHC.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS E RESULTADOS DA PESQUISA

O tempo é o que impede que tudo seja dado de uma só vez. Ele atrasa, ou antes, ele é o atraso.
Ilya Prigogine

Parte dos resultados desta pesquisa foram discutidos mediante construção de três artigos científicos. O primeiro, intitulado “Organização e funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades 2 e 3”; o segundo: “Influência do cuidador na organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar no município de Porto Alegre”, e o terceiro: “Interconexão das modalidades do Serviço de Atenção Domiciliar à luz do Pensamento Ecológico”, relacionam-se, respectivamente, ao dois e quatro, três, cinco e seis objetivos específicos da tese, mais bem visualizados a partir do quadro abaixo.

Quadro 5. Apresentação dos títulos e objetivos dos artigos

ARTIGO	TÍTULO	OBJETIVO ESPECÍFICO DA TESE
ARTIGO 1	Organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades 2 e 3	Conhecer o processo de organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3 e Verificar por meio de indicadores da SMS de Porto Alegre aspectos referentes ao funcionamento do Serviço de atenção domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3, fornecidos pelas instituições em estudo
ARTIGO 2	Influência do cuidador na organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar no município de Porto alegre	Investigar a influência do cuidador na organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3
ARTIGO 3	Interconexão entre as modalidades do Serviço de Atenção domiciliar à luz do pensamento ecológico	Investigar a interconexão do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3 com a Ad1e demais serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde e Analisar as dificuldades e melhorias na interconexão entre o Sad nas modalidades Ad1, Ad2 e Ad3

Fonte. Organizado pelas pesquisadoras Weykamp, Siqueira (2020)

ARTIGO 1

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NAS MODALIDADES 2 e 3

Juliana Marques Weykamp
Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

RESUMO: Objetivou-se conhecer o processo de organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3 e verificar por meio de indicadores da SMS de Porto Alegre aspectos referentes ao funcionamento do Serviço de atenção domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3, fornecidos pelas instituições em estudo. Método: Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada realizada com dois coordenadores dos serviços em estudo e coleta documental na base de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre no período de setembro de 2018 a outubro de 2019. Para a análise dos dados utilizou-se a análise de Conteúdo de Bardin e análise estatística descritiva dos dados da coleta documental. Resultados: Ambos os serviços atuam nas modalidades de atenção domiciliar 2 e 3. Para a inserção do usuário é criteriosa e, o seu desligamento, pode ocorrer por alta ou transição para atenção domiciliar 1, por agravamento do quadro clínico com encaminhamento ao hospital e por alta administrativa ou óbito. Considerações finais: Na tentativa de contornar as dificuldades, têm sido propostas alternativas destinadas a organizar e a aperfeiçoar a atenção domiciliar, tendo em vista a eficácia de sua funcionalidade.

Descritores: Atenção à saúde; Assistência Domiciliar; Serviços de Assistência Domiciliar; Ecossistema.

INTRODUÇÃO

O atendimento domiciliar no Brasil vem se destacando ao longo dos anos, mas até 1998, ocorreu sem suporte de um padrão legislativo que orientasse o crescimento desta modalidade de atenção, de forma uniforme, eficaz e legal. A própria definição deste tipo de serviço sofreu várias interpretações, e diferentes nomenclaturas: assistência domiciliar, visita domiciliar, atendimento domiciliar, internação domiciliar, entre outras. Em 1998, a partir da Portaria nº 2416 de 23 de março foram definidos os primeiros requisitos para o credenciamento de instituições hospitalares, e especificados os critérios para o estabelecimento da internação domiciliar (ID) no SUS¹.

Embora já existissem os requisitos para a implantação da ID nas instituições hospitalares, foi no ano de 2002 com base na Lei 10.424 que a Assistência domiciliar no SUS foi regulamentada. Esta lei agregou-se à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, - - - - -tulo

VI alusivo ao subsistema de atendimento e internação domiciliar e o Art. 19, onde são determinados, no âmbito do SUS, o atendimento domiciliar (AD) e a internação domiciliar (ID)².

Em relação aos aspectos, até aqui apresentados, destaca-se que durante quase oito anos a Portaria nº 2416/98 regulamentou os serviços de ID, sendo substituída pela Portaria nº 2529, em 19 de outubro de 2006, que estabelece a ID e evidencia a presença de duas modalidades de atendimento, a assistência domiciliar (AD) realizada por profissionais de saúde oriundos da atenção básica e/ou da atenção especializada, e a internação domiciliar (ID) sob a responsabilidade de uma equipe de saúde destinada a este fim, com uma instituição hospitalar de suporte³.

Durante cinco anos, a Portaria nº 2.529 de 2006 esteve em vigência, sendo revogada pela Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011. Nesta portaria, a nomenclatura ID é excluída, dando lugar para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Fundamentado no Art.12, da referida portaria, o SAD é constituído de três modalidades de atendimento, tratando-se da Ad1, Ad2 e Ad3⁴.

A Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013 que considerava a AD como “a incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar de baixa e média complexidade, aos cuidados iniciados nos Serviços de Atenção à Urgência e Emergência (SAUE) e complementar a Atenção Básica” vigorou até 2016, sendo substituída pela Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016 que redefiniu a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualizar as equipes habilitadas⁵⁻⁶.

O SAD, reconhecido nacionalmente como Programa Melhor em Casa, atualmente em vigência, representa uma priorização da AD por parte do Governo Federal, sendo desenvolvido em parceria com Estados e Municípios. Como benefício da sua implantação, se tem a melhoria e ampliação da assistência prestada aos usuários do SUS, na perspectiva de um cuidado mais humanizado, no próprio domicílio e próximo a sua família. Ainda como atribuições deste programa, destaca-se o fator de representatividade nos avanços direcionados à gestão de todo o sistema público de saúde, já que ele tem como um de seus objetivos a desocupação dos leitos hospitalares, permitindo um melhor atendimento e regulação dos serviços de urgência dos hospitais⁷.

Pretende-se com esta argumentação evidenciar que o SAD se desvela como um método ímpar de atenção em saúde à população brasileira, como substituto parcial e complementar dos serviços hospitalares. Enxergar essa modalidade de cuidado com um enfoque sistêmico significa ver as diferentes questões a partir de suas interações e relações. Neste sentido, o indivíduo é capaz de integrar-se com os serviços de saúde junto aos profissionais envolvidos, reagir, influenciar e ser influenciado, junto a sua família, sociedade, equipe de saúde e os elementos que compõem o seu ambiente/espço na busca de um equilíbrio e harmonia de suas condições de saúde e bem estar.

Diante disso, tem-se como objetivo: conhecer o processo de organização e funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades 2 e 3 na zona urbana do município de Porto Alegre.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com características descritivas, exploratórias com abordagem qualitativa, realizado com 02 coordenadores do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3 na zona urbana do município de Porto Alegre.

A coleta de dados teve início após a aprovação da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da saúde/FURG (CEPAS), com o parecer nº 03/2018, no período de setembro de 2018 a outubro de 2019, realizada em duas etapas. A primeira por meio de entrevista semiestruturada e a segunda com coleta documental na base de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Para preservar o anonimato ao participante coordenador do SAD Ad2 e Ad3 foram atribuídas as letras Csad, seguido de números arábicos, conforme ordem da entrevista (CSad1; CSad2).

A fim de analisar os dados da pesquisa, optou-se pelo método de Análise de Conteúdo (AC) de Bardin⁸. Essa forma de análise é constituída por três etapas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação. Essas etapas são criteriosas, com aspectos que devem ser observados para que possam colaborar para o conhecimento dos conteúdos das mensagens, tanto dos documentos como das entrevistas. Já para a análise dos dados obtidos na coleta documental foi utilizada a análise estatística descritiva, quantificando-os conforme a natureza deles.

RESULTADOS

Em relação aos aspectos envolvendo a organização e o funcionamento do SAD nas modalidades Ad2 e Ad3 no município de POA, observa-se que um dos serviços teve o seu início no ano de 2014, apresentando um crescimento significativo no número de equipes no ano de 2017,

[...] Aqui começou em junho 2014 com duas equipes, depois em outubro de 2015 mais três equipes, e em abril de 2017 conseguimos obter um total sete equipes [...] nós contamos com uma equipe de pediatria que é uma equipe separada, específica. As outras seis equipes, nós as temos divididas por territórios, por unidades de saúde [...] nunca chegamos na situação de que alguma delas não conseguisse atender o número de pacientes incluídos, elas conseguem absorver as suas demandas. (CSad1).

Já o outro serviço, mantém uma trajetória mais antiga em cuidados domiciliares, sendo o início do seu funcionamento antes mesmo da criação do Programa em vigência. Este surgiu em 2004 e aderiu ao programa mediante Portaria em 2011,

[...] O serviço surgiu em 2004 ele era um serviço aqui do hospital e os usuários que tinham acesso ao serviço eram pacientes egressos do hospital, pacientes que estavam internados e que poderia ter uma alta antecipada [...] a única porta de entrada para a casa era através da gente. A portaria surgiu em 2011 com esse critério de uma equipe para cada 100.000 habitantes, eu acho que foi um avanço a portaria sem dúvida, mas hoje ela não contempla todas as peculiaridades e as realidades de cada cidade, talvez esse número para uma cidade que tem muito idoso, ou com doenças crônicas. enfim, talvez deveria ser 1 para 50.000 e talvez para uma cidade menor uma equipe dessas sobre (CSad2).

Ambos os serviços atuam nas duas modalidades de atenção domiciliar 2 e 3 e seguem critérios para a inserção do usuário nos mesmos. Conforme um dos coordenadores (CSad1), a maioria dos seus usuários se enquadra na modalidade Ad2, que são aqueles que necessitam de atendimentos, no mínimo, uma vez na semana, normalmente, de 2 até 3 vezes na semana, dependendo da necessidade. Eles também atuam na modalidade Ad3 que exige um grau de complexidade de cuidado maior ao usuário, com medicações mais complexas e visitas mais frequentes, porém, não é a maioria do seu público-alvo.

A gente tem as três modalidades AD1, AD2 e AD3 no município. A AD1 são aqueles pacientes que não ingressam para nós, que ficam sob a responsabilidade da UBS que apresentam um grau de complexidade baixo fazendo com que a unidade consegue suprir a necessidade deles. Aqui, funcionam as modalidades Ad2 e Ad3. Os Ad2 e Ad3 são os nossos pacientes [...] os AD2 são a maior parte dos nossos pacientes, que necessitam de atendimento médico de no mínimo uma vez na semana, porém, tem aqueles pacientes que necessitam de duas ou até três vezes na semana, vai depender da necessidade. Os Ad3 são aqueles que demandam mais atendimento, aqueles mais complexos (pacientes que necessitam de paracetamol de repetição, aqueles que utilizam nutrição parenteral, e em POA nós que somos referência nesse tipo de desospitalização (NPT) (CSad1).

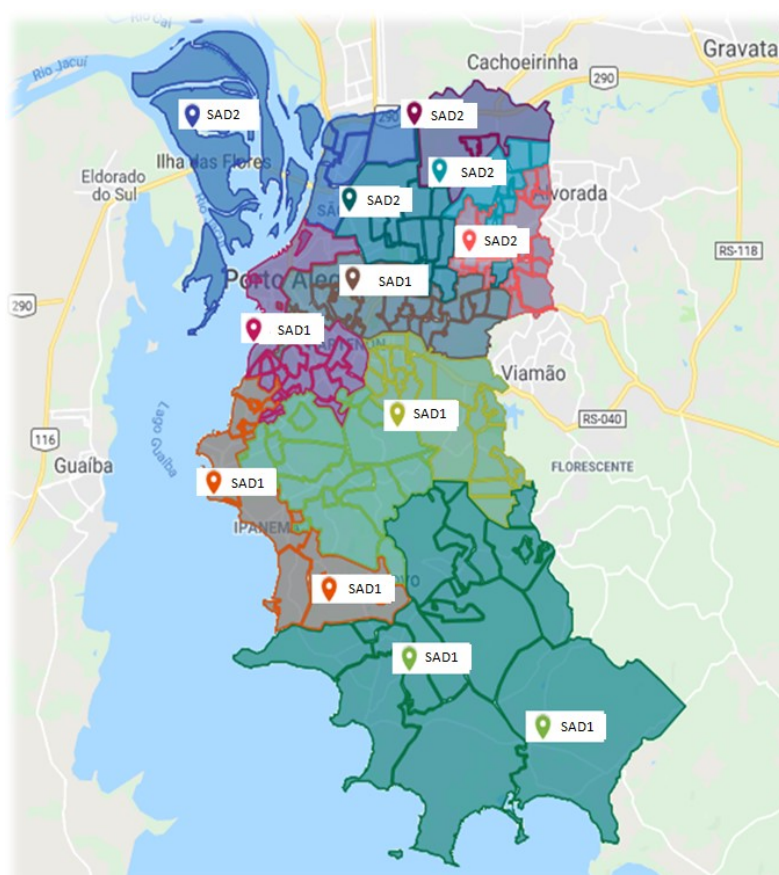
Para o outro coordenador (CSad2), a existência da política e do programa ajudou a organizar melhor o serviço, mas, o perfil dos usuários que atendem não teve muitas alterações, porém, vem aumentando a complexidade, até pela experiência que o serviço vem adquirindo e, com isso, existe a adesão e acompanhamento de usuários mais graves.

Nosso perfil sempre foi AD2 e AD3, muito raramente a gente teve usuários que deveriam ser acompanhados pela AD1 (CSad2).

No que diz respeito a organização das equipes, segundo um dos coordenadores (CSad1), o serviço conta com oito equipes, sendo seis equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMADS), uma equipe pediátrica e uma equipe multiprofissional de apoio (EMAP). Cada EMAD é composta por dois médicos, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e a EMAP constituída por uma nutricionista, uma fonoaudióloga, duas assistentes sociais, porém, apenas uma atuante, cinco fisioterapeutas, mas, três, apenas, desenvolvem suas atividades no serviço. Já de acordo com (CSad2), o serviço atua com quatro EMADS compostas por: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem e uma EMAP constituída por dois fisioterapeutas, duas assistentes sociais e uma nutricionista, não tendo na equipe profissionais da área de fonoaudiologia, nem psicologia, porém, tornam-se acessíveis via instituição hospitalar.

Com base no exposto pelos dois coordenadores, pode-se identificar que as equipes são divididas pelos territórios de abrangência do serviço (figura 01), priorizando em suas visitas o usuário que está sendo admitido no momento.

Figura 01: Distribuição das equipes do Serviço de Atenção Domiciliar 1 e Serviço de Atenção Domiciliar 2



Fonte: SMS POA, 2019.

Em relação as novas admissões, dados disponíveis no banco de dados da SMS de POA evidenciam que em 2018 obtiveram um total 1.945, sendo que 869 (44,7%) correspondem ao GHC e 1020 (55,3%) pertencentes ao HVN. Em 2019, ocorreram 2.376 novas admissões sendo 1020 no GHC (43%) e 1356 no HVN (57%). Ainda pode-se dizer que em 2018, o Sad nas modalidades Ad2 e Ad3 alcançaram em sua totalidade 437 admissões advindas da APS. Destas, o GHC abarcou 148 (33,9%) de admissões oriundas da APS e o HVN 289 (66,1%) de usuários oriundos da APS.

Quanto às admissões relacionadas as instituições hospitalares, de um total de 1.502, 721 (48%) usuários advindos de instituições hospitalares e no Sad HVN foi possível perceber um total de e 781 (52%) daqueles advindos de instituições hospitalares neste mesmo ano. Em 2019, as admissões oriundas da APS não mudaram muito o seu panorama, mantendo-se um total de 512 admissões, destas, 224 (43,8%) GHC e 288 (53,2%) no HVN. Pode-se observar um aumento significativo nas admissões originadas de hospitais, de um total de 1.864, 796 ocorreram (43%) no GHC e 1068 (57%) no HVN.

Ainda neste contexto, um dos serviços consegue absorver as demandas de trabalho que corresponde, em média, 36 atendimentos por EMAD e 25 atendimentos na equipe pediátrica (CSad1), e o outro serviço realiza cerca de 35 atendimentos por EMAD sendo que quando atinge 40 atendimentos é bem dificultoso (CSad2). Ambos os serviços não atingem o número de 60 atendimentos equipe/mês proposto pela portaria, uma vez que, consideram difícil dar conta da demanda já existente.

[...] o máximo é 35 pacientes por EMAD. Hoje é impossível, levando em consideração o quadro dos nossos pacientes, ter 60 por EMAD, quando a gente atinge 40 usuários por EMAD é abaixo de mal tempo [...] hoje a nossa capacidade instalada que eu posso ter em um dia é 140. Então a gente fez essa conta levando em consideração o tempo de permanência, perfil do nosso paciente, deslocamento, força de trabalho (enfermagem, Fisioterapeuta, médicos) (CSad2).

As visitas são preconizadas, no mínimo, uma vez na semana, podendo variar a frequência frente a necessidade clínica de cada usuário. O máximo que chegamos foi de 36 usuários/atendimentos por equipe, e ficou corrido [...] o que a gente se pergunta é se uma equipe realmente consegue atender 60 pacientes conforme diz na portaria? Porque 36 já é bem difícil para suprir essa demanda. Na pediatria, eles mantêm uma média de 25 atendimentos ao mês (CSad1).

Ambos os coordenadores afirmam que os atendimentos desenvolvidos neste meio são previamente agendados mediante consultoria. A primeira visita fica destinada para a construção de um plano de cuidados e um plano terapêutico levando em consideração as necessidades do usuário a ser assistido. As evoluções são realizadas mediante preenchimento do sistema E-SUS (CSad1) ou por um formulário próprio da instituição (CSad2).

Conforme os dois coordenadores entrevistados, os usuários acessam o SAD Ad2 e Ad3 pelos hospitais, UPA e Unidade Básica de saúde além do CAPS em algumas situações (CSad2). As solicitações ocorrem mediante preenchimento do formulário via Google, normalmente, preenchido pelo médico ou enfermeiro da instituição solicitante. Esse formulário é encaminhado à SMS que faz o direcionamento das consultorias conforme os territórios existentes (CSad1).

O paciente chega ao serviço de três locais: do hospital, da UBS ou da UPA. O solicitante preenche o formulário por um link no Google, e geralmente a gente pede que seja o médico ou o enfermeiro que realize essa solicitação. Esse formulário é enviado e cai na SMS e é ela que faz a regulação. Chegando aqui eu recebo faço a distribuição para a equipe correspondente daquele paciente, baseado na localização e unidade de saúde referência. A partir disso a equipe vai fazer o contato. Se ele vem direto da unidade a equipe vai fazer o contato direto com o paciente e já agenda a visita, se vem do hospital, faz contato com o solicitante, com a equipe médica, combina o dia da alta e vai (CSad1).

Numa das instituições a inserção no serviço ocorre via consultoria, porém o preenchimento é de um formulário próprio, ou quando os familiares procuram o serviço diretamente, são encaminhados aos serviços de referência para que seja solicitado o acompanhamento pelo serviço (CSad2).

[...] Tem um fluxo que foi criado a pouco que é para o resto da rede que não é o mesmo sistema. É um formulário via Google que vai para o gestor municipal e ele manda para os serviços e a partir disso vem as demandas, e a gente vai avaliar os pacientes - a maioria internado – mas também tem os da rede básica que a gente vai em casa avaliar, ver quais são as necessidades e demandas, ver se tem critério para AD2 e AD3 [...] além disso, se explica para a família o que a gente faz, assina o termo de consentimento e passa a incluir e cumprir os atendimentos (CSad2).

Dados oriundos da pesquisa documental, junto aos relatórios da SMS de POA apontam que em relação aos 1.409 pacientes que foram assistidos pelo Sad, 613 (43,5%) de usuários são oriundos do GHC e 796 (56,5%) do HVN em 2018. Já em 2019, pode-se perceber que em um total de 1.879 usuários, houve maior prevalência daqueles oriundos do Sad HVN com 1.099 (58,5%) se comparada ao GHC com 780 (41,5%). O maior índice de visitas ocorreu em 2019 realizadas pelo Sad HVN, totalizando 17.964 (52,3%) acompanhamentos comparados ao GHC com 16.634 (47,7%).

Em relação ao desligamento do usuário no SAD Ad2 e Ad3, ele pode ocorrer devido à alta/ transição para a AD1, ou agravamento do quadro clínico e encaminhamento para uma IH. Existe, também, a possibilidade de uma alta administrativa, quando o usuário não se encontra na residência durante as visitas agendadas por mais de três vezes ou que não realize adesão ao tratamento proposto.

O desligamento clínico é quando o paciente já fez a transição para o Ad1 ou ele tem um desligamento por uma piora clínica, onde ele vai para uma instituição hospitalar (IH) [...] Também temos a alta administrativa que ocorre quando a família, o paciente e os cuidadores eles não seguem o plano de ação ou quando ocorre assim: a gente trabalha com visitas agendadas, então a gente chega na casa e não está o paciente e o cuidador, aí nos evoluímos uma primeira vez, chegou na segunda, ele não estava de novo, aí é realizado um contato onde posteriormente ele recebe uma alta administrativa dependendo da justificativa que eles dão, porque a gente pede que caso eles não estejam em casa eles avisem para que exista um remanejo nas

visitas. O que não pode é a visita estar agendada e a gente diz o dia e o turno que a gente vai e eles não estarem em casa, então eles podem receber alta administrativa. Na alta administrativa, teoricamente, o paciente não retorna em outro momento no SAD, mas como cada caso é um caso, daqui a pouco chega um momento que a família e o paciente se conscientizam da importância e das rotinas do serviço, a gente tenta novamente, mas em casos de duas altas administrativas, não existe uma terceira vez (CSad1).

Situações de desligamento, sem ser por critérios de alta, são muito difíceis ocorrer, às vezes ocorre devido a mudança de endereço, município, mas de desligamento por não adesão já teve, mas é 1 caso a cada 2,3 anos (CSad2).

Conforme dado da pesquisa documental, do total de 1.717 altas da atenção domiciliar no ano de 2018, 749 (43,6%) ocorreram no GHC e 968 (56,4%) no HVN. Em 2019, do total de 2.134 altas, 848 (39,8%) aconteceram pelo Sad GHC e 1286 (60,2%) referentes ao HVN. Os óbitos de usuários acompanhados pelo Sad também são considerados alta do serviço. No ano de 2018 de um total de 177 óbitos, 55 (31,1%) foram de usuários que estavam sendo acompanhados pelo GHC e 122 (68,9%) daqueles acompanhados pelo Sad HVN. No ano de 2019, houve um pequeno aumento do número de óbitos no âmbito domiciliar totalizando, 209, sendo 62 (29,7%) do GHC e 147 (70,3%) do HVN.

Com base no processo que envolve a organização e o funcionamento do SAD, ambos os coordenadores entrevistados apontaram algumas dificuldades vivenciadas por eles em seu cotidiano de trabalho. As dificuldades verbalizadas se referem a logística das EMADs, bem como, a interação das EMAPs tendo em vista que não há disponível um veículo próprio para eles e o acesso aos recursos e insumos para os usuários,

Uma das dificuldades é em relação à logística das EMADS. É uma dificuldade para agregar os serviços das EMAPS, pois não temos carros específicos, então elas vão junto com uma equipe para fazer a visita junto, ou, muitas vezes, acontece “ah, ficou um carro da equipe X que não tem visita, então existe maior disponibilidade do carro durante a tarde, então naquele período o carro fica com as EMAPS, onde elas traçam uma rota dos atendimentos que elas tem que fazer e eles fazem. Isso as vezes nos dificulta um pouco, porque a gente observa que muitas vezes aquele paciente precisaria ter um serviço digamos assim: da nutricionista, com uma avaliação em um espaço de tempo mais curto. mas as vezes a gente não consegue, daí ele fica uma semana sim, uma semana não [...] nós começamos a ter dificuldade, quando precisamos de um insumo por exemplo, a gente não consegue e precisa que a rede disponibilize. (CSad1).

A questão logística e de transporte, principalmente, em serviços que demandam o deslocamento da equipe também representa uma problemática bem importante tendo em vista a ideia de um cuidado fora do âmbito hospitalar, em um espaço não convencional, em que o deslocamento é um elemento essencial para o funcionamento do serviço e realização do atendimento ao usuário. Além disso, as questões sociais e a necessidade de um maior número de profissionais para atender os usuários também se mostraram presentes nesta questão,

[...] Se nós tivéssemos mais profissionais acredito que daria mais um plus no nosso cuidado (CSad2).

A partir das falas dos coordenadores do Sad, pode-se inferir que a carência de recursos disponíveis para um planejamento de ações integradas, junto a uma quantidade reduzida de recursos humanos pode contribuir para a dificuldade de

implantação/implementação de ações em saúde inovadoras, que objetivem um cuidado centrado no usuário e em sua integralidade, principalmente no âmbito domiciliar.

Embora as dificuldades tenham sido expostas pelos coordenadores do SAD, inúmeras são as potencialidades referidas por eles,

O serviço tem um potencial muito grande, ele tem um propósito que é muito bom, que é a desospitalização. Se eu te disser que fazer essa parte de gestão com 07 equipes é fácil, conseguir fazer uma uniformidade no serviço é fácil, eu estaria dizendo que não. Mas eu acredito que o potencial é que a maior parte dos profissionais é consciente do trabalho do SAD [...] tanto que a gente recebe muitas respostas positivas tanto de pacientes quanto de cuidadores porque a gente sempre tem essa preocupação de saber se em casa está sendo melhor para eles, porque no momento em que tu tira um paciente do hospital tu tem que ter um cuidador 24 horas, e mesmo assim eles acreditam que é melhor estar em casa. Então, esse feedback faz com que os profissionais tenham essa consciência, do potencial que nós temos frente a ideia de desospitalização, que esse trabalho é gratificante e que nós temos que trabalhar dessa forma (CSad1).

Potencialidades são várias, acho que a AD, e a literatura mostra muito isso, tem um impacto muito importante em desfechos de saúde e na literatura não é nossa, é na literatura estrangeira, em diferentes estudos consta que equipes multidisciplinares no domicílio para idosos com multimorbidades, principalmente, ICC, DPOC demonstram redução de reinternação, mortalidade. A questão de estar cuidando do paciente junto a família é importante para ambos, a redução de custos impacta de uma forma importante, hoje o nosso custo aqui é de 15% comparado a IH, mas hoje em média um paciente de clínica médica a diária dele é 1.200 reais e a nossa diária é 140,00 [...] a gente é ainda um dos poucos serviços oferecem todos os insumos, tudo o que o hospital oferece aqui dentro a gente usa em casa, antibiótico de última geração, dietas enterais, cobertura para feridas [...] claro a gente consegue ter uma assistência de melhor qualidade. A satisfação do usuário é altíssima (CSad2).

DISCUSSÃO

Conforme a Portaria nº 825/2016 o Serviço de atenção domiciliar se organiza em três modalidades Ad1, Ad2 e Ad3⁶. Na presente pesquisa, ambas as instituições atuam em duas modalidades Ad2 e Ad3, e direcionam os seus cuidados aos usuários que apresentam afecções agudas ou crônicas agudizadas, que necessitam de cuidados intensificados e sequenciais realizados por uma equipe multiprofissional (EMAD), que demandam equipamentos e procedimentos mais complexos, com visitas domiciliares, pelo menos, uma vez na semana. A referida portaria evidencia, ainda, que a divisão, em modalidades, é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente, e, consequentemente, para adequado planejamento e gestão dos diferentes recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais⁶.

O SAD nas modalidades Ad2 e Ad3 é composto por EMAD tipo 1 e tipo 2 e pela equipe multiprofissional de apoio (EMAP) que devem estar cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). A EMAD tipo 1 é composta por profissionais médicos e enfermeiros, com carga horária de 40 horas de trabalho semanais, profissionais fisioterapeuta e/ou assistente social com carga horária de 30 horas de trabalho

semanais e auxiliares e técnicos em enfermagem com carga horária de 120 horas de trabalho semanais para a equipe⁶.

Já a EMAD tipo 2, é composta pelos profissionais médicos, com carga horária de 20 horas de trabalho semanais, profissionais enfermeiros, com carga horária de 30 horas de trabalho semanais, com um profissional fisioterapeuta ou um assistente social com carga horária de 30 horas de trabalho semanais, e auxiliares e técnicos em enfermagem com carga horária de 120 horas de trabalho semanais⁶. Será acionada a EMAP quando for indicada clinicamente para complementar as ações de saúde da AD, sendo esta composta por três profissionais de nível superior, que poderá ser escolhido dentro das opções, de acordo com a Portaria vigente, sendo assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional.

Em um caderno de AD no MS tem, bem definida, as atribuições das equipes de saúde atuantes no domicílio, tais como: coordenar e participar de educação para a saúde, possibilitar maiores esclarecimentos e orientações ao familiar/cuidador por meio de reuniões, treinamentos, reconhecendo o usuário como o centro do processo de manutenção e recuperação da saúde, com base em um planejamento coletivo no que diz respeito a avaliação terapêutica⁹.

Nas duas instituições pesquisadas existem mais de uma EMAD, porém, apenas um dos Serviços disponibiliza uma equipe específica para o cuidado a usuários pediátricos, conforme previsto no Art. 21 da Portaria 825 de 2016,

em municípios com porte populacional que permita a implantação de mais de 1 (uma) EMAD, fica facultada a organização do SAD a partir de arranjos diferenciados compostos por EMAD responsável pelo cuidado de pacientes com características específicas, tais como equipes voltadas para o atendimento infantil e neonatal⁶.

Ainda neste contexto das equipes existentes no SAD, compreende-se, cada vez mais, a necessidade de que o cuidado domiciliar seja realizado por uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas da equipe contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva⁷.

Mediante as particularidades pertencentes a estas modalidades de atenção, entende-se que a EMAD precisa compreender o usuário em sua totalidade, potencializando o processo saúde/doença, onde se constroem estratégias potencializadoras das ações de intervenções, visando a resolutividade das problemáticas enfrentadas nesse meio.

Embora atualmente o método de inserção ao serviço seja mais frequente via solicitação de consultoria, em qualquer uma das formas de acesso, serão analisados os critérios de inclusão no serviço, ou seja, os usuários que não atenderem aos critérios estabelecidos na Portaria Nº 825 de 2016, não serão elegíveis, porém, terão sua demanda encaminhada a outro serviço de referência.

Corroborando com os dados evidenciados na presente pesquisa, um estudo reflexivo realizado durante uma residência multiprofissional em saúde de Goiás, destacou diferentes maneiras de acesso ao SAD nas modalidades Ad2 e Ad3, tais como: Indicação pelos serviços que compõe a rede de atenção, este tipo de acesso está relacionado, em grande medida, à alta hospitalar ou encaminhamento para o SAD a partir dos serviços de urgência e emergência; demanda espontânea, em que os próprios familiares acessam o SAD através do contato telefônico ou da procura direta na sede, e a busca Ativa em que as equipes da Atenção Domiciliar devem organizar seu processo de trabalho para realizar visitas, pactuadas com as gerências e equipes de saúde destes serviços com o objetivo de reconhecer os usuários que poderiam ter seu cuidado realizado no domicílio¹⁰.

Já em relação a alta do usuário das modalidades 2 e 3, de acordo com as normativas do Programa Melhor em Casa, a alta da atenção domiciliar refere-se ao encerramento da prestação dos serviços decorrente da melhora das condições clínicas e/ou estabilidade clínica; do agravamento do quadro que justifique internação hospitalar; da mudança da área de abrangência; da solicitação de desligamento a pedido do paciente e/ou familiar ou óbito. Já os pacientes excluídos do SAD, são aqueles que descumprem os acordos assistenciais entre equipe e usuários ou cuidadores^{9,11}.

Na presente pesquisa não foi observado nos relatos dos entrevistados aspectos referentes ao termo “exclusão dos usuários”, e sim, a realização de uma alta administrativa mediante o descumprimento das rotinas e do plano terapêutico proposto pelos profissionais do serviço. Porém, independente da terminologia adotada ressalta-se a importância da avaliação contínua durante as visitas por parte das equipes do Sad a fim de que exclusões e desligamentos sejam evitados e que a continuidade do cuidado no âmbito domiciliar se processe da melhor forma possível.

Além das questões pontuais relacionadas a admissão e alta do usuário do Sad Ad2 e Ad3, vê-se como necessário atentar a outros fatores que podem influenciar direta ou indiretamente na organização e seu funcionamento que estão presentes no contexto domiciliar. Para a realização do atendimento ao usuário no âmbito domiciliar, é necessário que a residência possua uma estrutura com os materiais permanentes e de consumo que possibilitem a recuperação e/ou estabilização da situação de saúde deste. Porém, quando existe alguma desordem os demais elementos, a organização e o arranjo de todo o processo é prejudicada.

Conforme o caderno de AD do Ministério da Saúde, todos os insumos, equipamentos e medicamentos necessários para a realização do cuidado ao usuário no SAD serão disponibilizados pelas equipes dentro do que está padronizado por meio das SMS, nas quantidades e frequências estabelecidas pelos protocolos assistenciais locais⁷. A partir dos resultados da presente pesquisa, pode-se observar que um dos serviços pesquisados apresenta fragilidades em relação ao acesso aos insumos e materiais necessários ao cuidado. Por isso, entende-se que é preciso que o SAD determine a implantação e qualificação do serviço e constante aperfeiçoamento desse processo, por meio dos fluxos administrativos para a garantia dos insumos/medicamentos/procedimentos, o que inclui o cálculo do custo médio paciente/mês e a previsão desse custo no planejamento orçamentário da Secretaria de Saúde.

Nesse contexto, entende-se, ainda, que a resolutividade e a eficácia do cuidado estão intrinsecamente associadas aos recursos humanos que os exercem e, por isso acredita-se que não basta ter uma estrutura no serviço, um planejamento e organização das ações, é preciso que haja recursos humanos em quantidade e qualidade suficiente para dar conta da demanda de trabalho.

Uma pesquisa realizada em diferentes SADs em municípios do Rio Grande do Sul e um estudo dela decorrente evidenciou dados semelhantes aos achados neste estudo onde a concepção do cuidado e os novos modelos de atenção dele decorrentes, desencadeiam mudanças no que diz respeito ao atendimento à saúde ofertado ao indivíduo visando o alcance do atendimento da demanda, cada vez mais numerosa, enquanto os recursos humanos e financeiros ainda continuam não correspondendo, e, até mesmo, dando conta das necessidades de saúde da população e do próprio meio onde ela está inserida¹²⁻¹³.

No que diz respeito as potencialidades do SAD elencadas pelos participantes da pesquisa, destaca-se a facilidade de desenvolver ações voltadas à integração e à reabilitação do usuário em seu espaço habitual e familiar, a redução dos riscos de infecção, diminuição dos custos com internações e reinternações, favorecimento da rotatividade de leitos em

hospitais, e a melhoria das condições de saúde do usuário. Os benefícios verbalizados pelos coordenadores vão ao encontro do Art. 3º da Portaria nº 2527/11, que reconhece que a AD tem como objetivo reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários⁴.

Diante do exposto, pode-se entender que, embora existam dificuldades na AD, os benefícios advindos de sua implantação sobressaem-se diante disso. Considera-se importante direcionar o olhar para o Sad como uma forma de acesso àqueles pacientes mais dependentes de cuidado, porém, atualmente, os profissionais não têm condições de estender esse trabalho ao quantitativo exigido na portaria em vigência.

Além disso, entende-se que a que o para uma organização e funcionamento efetivo e eficaz do serviço em estudo, é preciso que critérios para inclusão de novos usuários no programa estejam esclarecidos, além da organização e planejamento dos atendimentos a fim de oferecer ao usuário e familiar/cuidador práticas em saúde que correspondam as suas reais necessidades e que levem em consideração o contexto no qual estão inseridos.

CONCLUSÃO

Os achados sinalizaram que os modos de organização e funcionamento dos SADs nas modalidades Ad2 e Ad3 em estudo são pautados nas portarias em vigência, e também pelas experiências acumuladas durante toda a trajetória de cuidados no âmbito domiciliar, exercida por ambas as instituições, considerando o perfil de saúde local, as necessidades assistenciais dos usuários e os critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta.

Na tentativa de contornar algumas dificuldades apontadas pelos coordenadores dos SADs, pode-se observar que têm sido propostas alternativas destinadas a organizar e a aperfeiçoar a atenção domiciliar, tendo em vista a eficácia da sua funcionalidade, porém, ainda é pequeno o número de estudos que avaliam o uso destas alternativas e sua efetividade.

As limitações do estudo referem-se à dificuldade de acesso aos dados documentais de ambos os SADs, bem como, à escassez de pesquisas acerca da organização e funcionamento dos SADs nas modalidades Ad2 e Ad3.

Recomenda-se um aprofundamento dessa temática para que haja uma sensibilização coletiva sobre o assunto, a compreensão da real importância de discussão acerca da temática,

enfocando, principalmente, os benefícios que ela pode ser capaz de proporcionar para a saúde dos usuários do sistema único de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Brasília, DF, 1998.
2. Ministério da Saúde (BR). 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
3. no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110424.htm.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.ciape.org.br/AtenDom2529.pdf>.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
9. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, 2011.
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
11. Sousa RB. A atenção domiciliar na desospitalização de pacientes. Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago". 2018;4(2):102-113.

12. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Neta FCCG, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Home care organization with the Better at Home Program. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2016-0002. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>

13. Weykamp J, Siqueira H. Cuidado do enfermeiro ao usuário do sistema único de saúde no serviço de atenção domiciliar na perspectiva ecossistêmica. 2015. 137p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande, 2015.

14. Weykamp JM, de-Siqueira HCH, Cecagno D, de-Medeiros A, de- Paula S, Pedroso V. Home care service and healthcare networks. *RevFundCare Online* [internet]. 2019. Oct/dec; [cited 2020 June 16]; 11(5):1117-1121. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6644>

ARTIGO 2

INFLUÊNCIA DO CUIDADOR NA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO PORTO ALEGRE/RS

Juliana Marques Weykamp
Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

RESUMO: Objetiva-se investigar a influência do cuidador na organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3. Método: Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado com os dois coordenadores do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades 2 e 3. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada no período de setembro de 2018 a outubro de 2019 e para a análise dos dados optou-se pela análise de Conteúdo de Bardin. Resultados: Os cuidadores são essenciais tendo em vista que a sua presença se faz necessária como um dos critérios para a admissão do usuário no serviço ou em alguns casos a exclusão do mesmo quando o plano terapêutico ou as rotinas atribuídas pela equipe do serviço não são realizadas. Conclusão: A presença do cuidador é capaz de influenciar na elegibilidade e exclusão do usuário no SAD nas modalidades Ad2 e Ad3, como também, nas atividades desenvolvidas neste serviço, pois o mesmo é considerado um elemento fundamental para continuidade do cuidado no domicílio, além de atuar como elo entre o paciente e a equipe.

Descritores: Assistência domiciliar; Serviços de saúde; Cuidadores; Ecossistema

INTRODUÇÃO

No contexto sócio, político e econômico, vivenciado pelo País, emerge a necessidade de (re) olhar a proposta de reforma nos serviços de atenção à saúde, incluso as instituições domiciliares. Nesse patamar o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) se apresenta como uma estratégia capaz de contribuir de forma decisiva para o reordenamento interno da rede de serviços de saúde, sendo necessárias redefinições conceituais e de funções para compreender essa modalidade de atenção.

Segundo a Portaria nº 825/2016, o SAD é considerado um serviço de caráter complementar à assistência prestada pela atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, constituído por três modalidades de atenção Ad1, Ad2 e Ad3¹. A modalidade AD1 destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde. A prestação de assistência nesta modalidade é feita a

encargo das equipes de atenção básica, incluindo as equipes de saúde da família, por meio de visitas regulares no domicílio do usuário, no mínimo, uma vez por mês².

Na modalidade Ad2 são atendidos os usuários, que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, e que necessitam de uma maior frequência de cuidados, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser procedentes de diferentes serviços da rede de atenção. A assistência prestada nesta modalidade fica sob responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para essa finalidade². Já a modalidade Ad3, destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção a uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. Também ficam sob responsabilidade da EMAD e EMAP, ambas designadas para esta finalidade².

Além de contemplar os critérios clínicos exigidos entre as três modalidades, também se faz necessário para a admissão do usuário do SAD a presença de um familiar/cuidador reconhecido como uma pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

Conforme a portaria em vigência, a admissão do usuário ao SAD exigirá a sua prévia concordância e de seu familiar ou, na inexistência de familiar, de seu cuidador, com assinatura de termo de esclarecimento e responsabilidade¹. Posterior ao aceite das pessoas envolvidas, a equipe do SAD irá realizar uma visita no domicílio, também chamada como visita de ambiência, que tem como objetivo identificar as condições do espaço de cuidados e, também, da competência do cuidador em executar os cuidados, esclarecendo possíveis dúvidas e orientando frente as necessidades.

No contexto da atenção domiciliar, entende-se que a presença do cuidador se evidencia como um dos maiores determinantes para elegibilidade e/ou exclusão do paciente, pois ele tem função fundamental para a continuidade do cuidado no domicílio, além de atuar como elo entre o usuário e a equipe. Não ter um cuidador é um dos fatores que pode gerar o afastamento desse usuário do serviço, mesmo sabendo que a equipe irá avaliar esse tipo de situação com cautela. Tendo em vista que o SAD não se trata de um serviço com acompanhamento 24 horas, e pelo grau de dependência e complexidade do quadro clínico do usuário, dificilmente, ele poderá manter os cuidados no domicílio sem algum familiar e/ou cuidador para auxiliá-lo enquanto a equipe não está no local.

Para diferentes autores, as vivências e demandas dos familiares/cuidadores exercem influência direta no manejo do usuário dentro do domicílio, bem como, no cuidado desenvolvido pelas equipes do SAD³. O familiar/cuidador é considerado um elemento de extrema relevância frente ao processo de organização e funcionamento do SAD nas modalidades Ad2 e Ad3, uma vez que, ele é capaz de auxiliar na assistência prestada ao usuário, como um colaborador da equipe do serviço em questão, no intuito de alcançar um objetivo em comum que é o de manter as melhores condições de saúde e conforto para aquele usuário enfermo.

Diante disso, este estudo tem como objetivo investigar a influência do cuidador na organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3 na zona urbana de Porto Alegre.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com características descritivas, exploratórias com abordagem qualitativa, realizado com os 02 coordenadores do Serviço de Atenção domiciliar na modalidade Ad2 e Ad3 na zona urbana do município de Porto Alegre.

A coleta de dados teve início após a aprovação da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da saúde/FURG (CEPAS), com o parecer nº 03/2018, no período de setembro de 2018 a outubro de 2019, realizada por meio de entrevista semiestruturada.

Para preservar o anonimato do participante coordenador do SAD Ad2 e Ad3, foram atribuídas as letras CSad seguindo-se a atribuição de números arábicos, conforme sequência das entrevistas: (CSad1, CSad 2).

Para a análise dos dados da pesquisa, foi utilizado o método de Análise de Conteúdo (AC). A AC, conforme enunciado por Bardin e constitui-se de três etapas: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação⁴. Essas etapas foram observadas criteriosamente, auxiliando a entender as mensagens das entrevistas dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os entrevistados os cuidadores representam um elemento importante dentro do SAD Ad2 e Ad3 tendo em vista que a presença dele se faz necessária como um dos critérios para a admissão do usuário no serviço ou em alguns casos a exclusão do mesmo,

quando o plano terapêutico/cuidados ou as rotinas atribuídas pela equipe do serviço não são desempenhadas de maneira adequada,

[...] O que a gente pede é que todo paciente, que ele não exija ou que não possa prestar o seu cuidado, que ele tenha obrigatoriamente um cuidador (CSad1).

[...] O critério é ter o cuidador, mas às vezes é o paciente mesmo que tem algum grau de autonomia, que não é dependente que acaba sendo o próprio paciente, mas na sua imensa maioria eles têm cuidador (CSad2).

A presença do cuidador, assim como o consentimento da família, para o cuidado domiciliar constitui um dos pressupostos para a realização da AD. A participação deste, enquanto sujeito do processo de cuidar, assim como, a atuação da família e dos profissionais envolvidos neste processo, é fundamental. A assistência prestada no domicílio não pode ser imposta, e, por isso, é importante que a família esteja ciente de suas atribuições, comprometendo-se junto com a equipe na realização das atividades previstas a serem desenvolvidas por ele. Também é necessário deixar bem claro que o cuidador principal ou o usuário, quando consciente, assine o termo de consentimento informado, conforme previsto na portaria, e adote ao plano terapêutico proposto pelos profissionais do serviço^{1,5}.

Um estudo realizado em um SAD ligado a um hospital público universitário, se assemelha ao dados da presente pesquisa, uma vez que, aponta que conforme o grau de dependência de cuidado do usuário, a família elege pelo menos um de seus membros para ser o cuidador, fator este que pode influenciar na organização familiar. Essa necessidade de estruturação da dinâmica domiciliar de forma repentina, muitas vezes, pode gerar sobrecarga daquele indivíduo elencado como responsável pelo cuidado ao usuário, demandando dedicação quase que exclusiva no período em que a equipe do SAD não está presente⁶.

A partir do relato dos entrevistados destaca-se que apesar da sobrecarga do cuidador eles preferem realizar os cuidados no domicílio junto a família porque, na maioria das vezes, o cuidador é responsável por outros membros dela,

[...] Por mais que eles recebam um sobrecarga, eles preferem estar em casa porque a rotina hospitalar acaba por desestruturar toda uma família. O que eu percebo é que o cuidador ele tem um filho, ele tem um marido, um parente e mais alguém que dependa dele, ele tem a rotina de casa, mais a de trabalho, e a rotina hospitalar desestrutura tudo (CSad1)

[...] As dificuldades geralmente dizem respeito as questões sociais e a sobrecarga para algumas famílias do cuidado, porque as vezes surge um cuidador, as vezes é um membro da família que abdica de seu trabalho, sua vida para se dedicar a pessoa que as vezes tem sequelas permanentes, totalmente dependentes que ainda vão viver muito[...] acho que precisaria ter uma política que olhasse para essa situação porque tem famílias com idosos que a única fonte de renda é o trabalhador e que este vai ser o cuidador (CSad2).

Diferentes estudos que tiveram como participantes os familiares cuidadores de usuários assistidos pelo SAD apresentam ideias semelhantes às falas dos participantes,

principalmente, quando retratam o envolvimento e a dedicação integral do familiar/cuidador, pois, isso facilita e permite proporcionar sentimentos de liberdade, conforto, segurança, qualidade de vida e preservar o convívio com as pessoas de seu círculo social. Entretanto, também é responsável por sentimentos negativos como cansaço físico e emocional, perda da liberdade e falta de apoio social²⁻³.

Os resultados do estudo realizado com 12 coordenadores do SAD e seis gestores de municípios de Minas Gerais, vai ao encontro dos resultados obtidos nessa pesquisa ao afirmar que o processo de transição do cuidado no âmbito hospitalar para o domicílio é capaz de desencadear diferentes alterações não só na dinâmica, bem como nas relações familiares, uma vez que a responsabilidade parcial da assistência ao usuário no domicílio é transferida para a família, gerando sobrecarga física e emocional a quem cuida⁷. Corroborando esta ideia, diferentes autores abordam que quando o cuidado é assumido por apenas um membro da família, todo o processo se torna ainda mais desgastante, pois, em alguns momentos o cuidador é privado de suas próprias necessidades, podendo comprometer a sua saúde, para cuidar do outro⁸.

No espaço domiciliar, é preciso levar em consideração que existe a necessidade de que o familiar/cuidador esteja saudável e em condições de realizar as atividades propostas a ele. Na tentativa de evitar a descontinuidade do cuidado, e, até mesmo, o agravamento do quadro clínico do usuário assistido pelo SAD, entende-se que seja preciso proporcionar maior segurança e condições ao cuidador para que ele desempenhe suas atribuições de forma efetiva e eficaz.

Os coordenadores do SAD Ad2 e Ad3 sugerem que pelo menos durante as visitas seja mantido o mesmo indivíduo como cuidador a fim de evitar a descontinuidade do cuidado, considerando a construção coletiva a cada visita, e a realização de capacitações e treinamentos com todos os envolvidos,

A capacitação, treinamento do cuidador é realizado a cada visita, então tudo aquilo que ele pode fazer a gente vai ensinar. Nós vamos ensinar desde a troca de posicionamento, como é que ele vai aspirar o paciente, instalar a dieta, como ele vai realizar o curativo[...]a gente pede para eles fazerem um checklist de dúvidas que eles tem, para ir esclarecendo a cada visita ou se tem algo mais imediato que eles entrem em contato conosco por telefone que a gente auxilia também [...]nós dizemos as famílias que eles precisam fazer uma troca de cuidados, não pode ser um cuidador 24 horas, porque a gente se preocupa também com o cuidador, mas a gente pede que nas visitas aquele cuidador seja sempre a mesma pessoa para que possamos ter uma continuidade nas informações, porque quando tem famílias que tem essa quebra de cuidador, quando uma visita é um e em outra visita é outro, fica mais descontinuo(CSad1).

As diferentes questões e situações evidenciadas pelos participantes desta pesquisa vão ao encontro do que está presente na portaria nº 825/2016, atualmente em vigência, e presente

no Art. 7º as três modalidades de AD, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

- I - Trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS;
- II - Identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo;
- III - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;
- IV - Promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares;
- V - Utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;
- VI - Pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território;
- VII - articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas; e
- VIII - participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes ¹.

No item IV do presente artigo, torna-se ainda mais claro a importância da implantação de programas de apoio, grupos dirigidos ao cuidador principal e mesmo a família do usuário, operacionalizados a partir de atendimentos individuais ou grupais, uma vez que tais cuidadores são igualmente usuários do sistema de saúde, conforme mencionado no relato a seguir,

[...] A gente teve um tempo e depois acabou parando por falta de tempo mesmo o grupo de cuidadores, que queremos retomar, onde uma vez ao mês a nossa assistente social e nossa nutricionista que tomaram mais a frente das atividades, a gente fazia um encontro com eles, atividades diferenciadas, compartilhando ideias e experiências, sempre trazendo conhecimentos novos, para sair um pouco daquela rotina de só cuidar (CSad1).

Frente a isso, pode-se inferir que no âmbito domiciliar, embora o usuário seja acompanhado por uma equipe multiprofissional pertencente ao SAD, a família assume para si a responsabilidade de procedimentos e cuidados complexos, anteriormente realizados por profissionais de saúde (na instituição hospitalar) e normalmente nunca realizados pelos cuidadores. Neste sentido, é de extrema importância que os profissionais de saúde realizem uma avaliação familiar prévia, respeitem as condições e limitações da família, pois caso o cuidador não consiga se adaptar e conviver com esta realidade no domicílio, pode acarretar sérios prejuízos para este, para família e para o indivíduo a ser cuidado. Por isso, acredita-se que as orientações executadas pela equipe do SAD, bem como, outras ações apontadas na portaria em vigência, precisam ser desenvolvidas e planejadas levando em consideração a necessidade do usuário, o familiar/cuidador e o meio onde eles estão inseridos.

O SAD é percebido sistemicamente como uma rede de relações que possibilita o desenvolvimento de ações de cuidado capazes de contribuir com a melhoria da qualidade de vida e um viver mais saudável dos usuários. Entretanto, ele é constituído por diversos subsistemas, entre eles, o usuário, o cuidador, a família e o seu ciclo de vida familiar.

Compreender o cuidador dentro do SAD é entender que ele não pode ser visto e tratado como apenas uma ferramenta de cuidado, e sim, como parte do todo, que é capaz de se interconectar, de cooperar e influenciar os demais elementos que constituem e auxiliam na organização e funcionamento desse serviço.

CONCLUSÃO

Os dados demonstraram que a presença do cuidador é capaz de influenciar na elegibilidade e exclusão do usuário no SAD nas modalidades Ad2 e Ad3, como também, nas atividades desenvolvidas neste serviço, pois o mesmo é considerado um elemento fundamental para continuidade do cuidado no domicílio, além de atuar como elo entre o paciente e a equipe.

Vale destacar que a legislação em vigor, favorece e enaltece a importância da função do cuidador, caracterizando-o como uma pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana no domicílio e apoiando o sistema de saúde como um todo.

As limitações do estudo envolvem principalmente à escassez de pesquisas referentes direcionadas ao cuidador no Serviço de Atenção Domiciliar, e, por isso, entende-se que a temática proposta suscita ser melhor explorada e compreendida como um elemento de extrema importância nesse processo. Ele ocupa um espaço propício para influenciar, não somente no cuidado, como também na organização e no próprio funcionamento desse serviço. Essa duplicidade funcional favorável permite que as relações e interações, promovam inovações na (re)organização e funcionamento nas diferentes dimensões do cuidado domiciliar.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Brasília; 2011 [citado 2020 mar. 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html
3. Carvalho LC, Feuerwerker LMC, Merhy EE. Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliar: una reflexión necesaria. Salud colectiva [internet]. 2007 [acesso em 2020 mar 17]; 3(3):259-269. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/>

sc/v3n3/v3n3a04.pdf.

4. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2011
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. [internet]. Brasília;2013 [citado 2020 mar. 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html
6. Neves ACOJ, Castro EAB, Costa SRD. Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após a alta hospitalar no contexto do SUS. *Cogitare Enfermagem*, [internet]. 2016 Dec v. 21, n. 4; [citado em 2020 jun 16]. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47708>
7. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Neta FCCG, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2018 [citado 2020 Jun 17]; 39: e2016-0002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100401&lng=pt. Epub 28-maio-2018.
8. Mocelin C, Silva TG, Souza SS, Madureira VF, Celich KLS, Colliselli L. O cuidado do idoso dependente no contexto familiar. *Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2017 Oct 31; [Citado em 2020 Jun 17]; 9(4): 1034-1039. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5747>

ARTIGO 3

Interconexão entre as modalidades do Serviço de Atenção Domiciliar à luz do Pensamento Ecológico

Juliana Marques Weykamp¹

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira²

Resumo: Objetiva-se investigar a interconexão entre as modalidades do Serviço de atenção domiciliar à luz do Pensamento Ecológico. Metodologia: Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado com 10 coordenadores do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades de atenção domiciliar 1 e 2 coordenadores da modalidade 2 e 3 na zona urbana do município de Porto Alegre. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada no período de setembro de 2018 a outubro de 2019 sendo utilizado para análise de dados a Análise de Conteúdo de Bardin. Resultados: Ainda que se perceba que o Serviço de Atenção Domiciliar cumpre a sua função, ele apresenta fragilidades na interconexão entre os diferentes pontos de atenção. Conclusão: O Serviço de Atenção domiciliar sob o ponto de vista sistêmico, ainda necessita ser fortalecida e legitimada como modalidade de atenção potente contribuindo com novas formas de cuidado, humanizadas, resolutivas, focadas nas necessidades dos usuários e produtoras de autonomia, reconhecendo a sua rede de elementos constituintes a partir de sua experimentação e discussão.

Descritores: Serviços de Assistência Domiciliar; Assistência Domiciliar; Serviços de saúde; Ecossistema.

INTRODUÇÃO

O Pensamento Ecológico (PE), envolve diferentes princípios, entre eles, a interconexão, a inter-relação, interação, interdependência e a integralidade, que norteiam a proposta de um sistema de saúde organizado em redes. Sob este olhar as redes são constituídas, simbolicamente por nós identificados, por analogia, por todos os elementos bióticos (vivos) e abióticos (não vivos) representados pelos profissionais de saúde, usuários e cuidadores, bem como, os diferentes serviços e instituições de saúde que compõem a realidade em estudo. Por outro lado, os nós, ou seja, serviços e ações da rede precisam estar unidos por filamento. Filamentos esses, representados pela comunicação, diálogo, cooperação, ou seja, as interconexões e interações que se estabelecem entre os componentes da rede, são capazes de realizar troca de energia, a auto-organização e produção de mudanças e transformações da realidade, especialmente dos sistemas de saúde¹.

No Brasil, a proposta de sistemas de saúde integrados é bem atual, tendo início no ano de 2010, quando foi estabelecida a Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 que, de

fato, estabeleceu as RAS no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como finalidade possibilitar a inter-relação de ações e serviços de saúde, tendo em vista a execução de práticas em saúde de forma contínuas, integrada, eficaz, com capacidade de corresponder aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde².

O sistema de saúde sob a perspectiva das redes visa diminuir a fragmentação da assistência, prestar cuidados contínuos e direcionados às necessidades do usuário, família e comunidade, reduzir o índice de internações hospitalares desnecessárias, facilitar o acesso aos diferentes pontos de atenção, incentivar o autocuidado e aumentar a satisfação do usuário³⁻⁴. E por isso, tem-se nas RAS uma nova maneira de organizar o sistema de saúde, transformando-o em sistemas integrados que permitam atender, com efetividade, eficácia e equidade as condições de saúde da população⁵.

Entre as temáticas existentes, se tem a Rede de Atenção às Urgências (RUE) onde se encontra a Atenção Domiciliar (AD), sendo considerada uma importante modalidade de atenção, que possibilita à realização do cuidado em espaços não convencionais, garantindo uma assistência contínua, integrada, direcionada às necessidades do usuário, família e comunidade. Conforme o manual do MS a AD, também conhecida, atualmente, como o Programa Melhor em Casa, conhecido também como Serviço de Atenção domiciliar (SAD) é considerado um dos elementos constituintes da RUE, organizado de forma articulada e integrada aos demais componentes das RAS, com base nos planos de ação definidos na Portaria GM/MS nº 1.600 de 7 de julho de 2011^{3,5}.

O Programa Melhor em Casa, Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, foram integrados com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências, pela Portaria 1.208 de 18 de junho de 2013⁷. Entende-se que o SAD, representa uma priorização da AD por parte do Governo Federal, sendo desenvolvido em parcerias com Estados e Município. Assim, a AD é considerada uma importante modalidade de atenção, que possibilita à realização do cuidado em espaços não convencionais, garantindo uma assistência contínua, integrada, direcionada às necessidades do usuário, família e comunidade. Este serviço é constituído por três modalidades Ad1, Ad2 e Ad3, onde a definição de cada modalidade está associada às necessidades de cuidados específicos de cada caso clínico, a frequência de visitas necessárias, à intensidade da assistência multiprofissional e aos tipos de equipamentos a serem utilizados⁸.

A distribuição do atendimento ao usuário em modalidades possibilita melhor identificação e entendimento do perfil dos usuários contemplados por esse tipo de serviço, bem como, favorece o planejamento, a organização de fluxos intra e inter-setoriais e o

gerenciamento de recursos humanos e materiais necessários para o desenvolvimento de práticas de cuidado mais adequadas. Neste ínterim, a articulação entre as modalidades de AD representa uma importante estratégia na redução dos índices de retorno às instituições hospitalares e, também, diminuem a busca e, por consequência, a superlotação dos serviços de urgência e emergência.

Com base nos inúmeros benefícios advindos dessa modalidade de atenção, considera-se necessário ampliar as discussões a respeito da organização e do funcionamento do SAD, no intuito de promover melhorias no fluxo das RAS e garantir a resolutividade e qualidade dos cuidados dispensados ao usuário, família e comunidade.

Diante dessa discussão, este estudo tem por objetivo investigar a interconexão das modalidades do Serviço de atenção domiciliar à luz do Pensamento Ecológico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com características descritivas, exploratórias com abordagem qualitativa, realizado com 10 coordenadores do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades Ad1, e dois 02 coordenadores da modalidade Ad2 e Ad3 na zona urbana do município de Porto Alegre. A coleta de dados teve início após a aprovação da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da saúde/FURG (CEPAS), com o parecer nº 03/2018, no período de setembro de 2018 a outubro de 2019, realizada por meio de entrevista semiestruturada.

Para preservar o anonimato dos participantes foram atribuídas as letras CSad para o coordenador do SAD Ad2 e Ad3, e a letra C para os coordenadores dos demais serviços participantes, seguindo-se a atribuição de números arábicos conforme sequência das entrevistas: (CSad1, CSad 2; C1, C2).

Para a análise dos dados da pesquisa foi utilizado o método de Análise de Conteúdo (AC). A AC, conforme enunciado por Bardin constitui-se de três etapas: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação⁹. Essas etapas foram observadas criteriosamente, auxiliando a entender as mensagens das entrevistas dos participantes.

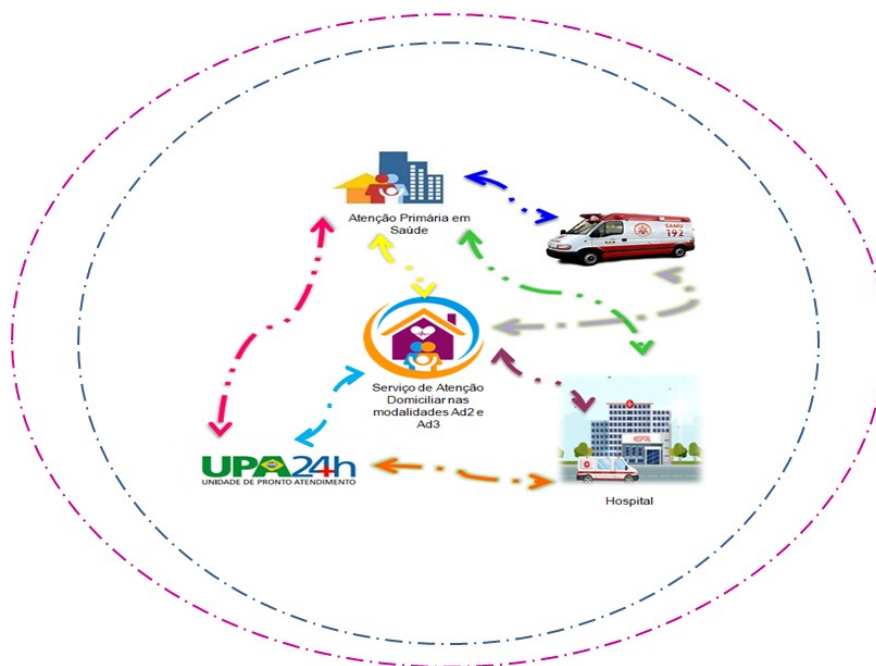
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme os relatos dos entrevistados identifica-se que as instituições em que eles se interconectam correspondem ao SAD Ad2 e Ad3 das instituições do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Hospital Vila Nova (HVN), unidade básica de saúde UBS, além do Serviço de Atendimento móvel de urgência (SAMU) e Unidade de pronto atendimento (UPA) e demais hospitais do município. A demanda em serviços de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centro de referência de Assistência social (CRAS), foi citada por uma instituição.

Um estudo realizado no ano de 2019, por meio de pesquisa documental em prontuários do SAD de Minas Gerais aponta que a organização deste serviço é recomendada segundo uma base territorial, devendo relacionar-se com a RAS, especialmente, com a atenção primária de saúde (APS)¹⁰. Os dados dos autores se assemelham aos oriundos na presente pesquisa, onde foi evidenciado que articulação ocorre em situações em que o usuário apresenta estabilidade ou melhora do seu quadro clínico, recebendo assim alta das modalidades Ad2 ou Ad3 para a Ad1 que fica sob a responsabilidade da APS.

Conforme relato dos entrevistados em casos de agudização, ou seja, quando os usuários estão inseridos em uma das modalidades Ad1, Ad2 e Ad3 e tem uma piora ou agravamento das suas condições de saúde, faz com que se tenha a necessidade de assistência seja no âmbito hospitalar ou em UPAs, mediante acionamento do SAMU. Este dado vem ao encontro a Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016 que evidencia a importância da interconexão do SAD com os demais serviços que compõem a RAS. A mesma portaria ainda explora questões referentes aos fluxos de admissão e alta do usuário⁸. A articulação entre os diferentes serviços pode ser visualizada na figura 01.

Figura01: Fluxo entre o SAD Ad2 e Ad3 com a Ad1 e demais serviços de saúde



Fonte: Dados da pesquisa organizados pelas pesquisadoras Weykamp e Siqueira (2020).

Os participantes ao serem questionados quanto aos métodos de inserção nos serviços, os coordenadores (C1, C7, C10) apontaram que nas unidades básicas (Ad1) o usuário chega ao serviço mediante alta do SAD Ad2 e Ad3. Investigam a respeito do que foi realizado e o que ainda precisa ser feito no âmbito domiciliar. Além disso, foi possível identificar que, normalmente, a referência entre os serviços, bem como, a solicitação de acompanhamento do SAD Ad2 e Ad3 ocorre a partir do preenchimento de um formulário via *Google* ou formulário próprio da instituição. Para fins de complemento do formulário, alguns dos entrevistados informaram que existe comunicação via telefone, *e-mail* com o serviço, conforme discursos:

[...] Quando temos um usuário que precisa de um acompanhamento, a gente abre consultoria com o SAD (Serviço de Atenção domiciliar) Ad2 e Ad3 pelo sistema próprio da instituição e solicita avaliação [...] quem normalmente preenche a solicitação é o médico ou enfermeiro [...] Quando o usuário tem alta do SAD Ad2 e Ad3 a equipe vem aqui e explica a situação do paciente (C1).

[...] Nós temos contato com eles via formulário específico e contato telefônico (C7)

[...] Às vezes a família vem ao serviço com uma demanda e a unidade de saúde encaminha via formulário próprio para avaliação melhor em casa. Depois da solicitação da us (unidade de saúde) o SAD realiza VD (visita domiciliar) ao usuário e comunica ao posto se ficou ou não acompanhando este usuário (C10).

A partir das falas dos participantes percebe-se que as duas instituições que prestam assistência no SAD nas modalidades Ad2 e Ad3, bem como, a modalidade Ad1 e as instituições de saúde, diferem em alguns aspectos referentes ao método de inserção do

usuário, fluxos de atendimento e comunicação entre os serviços. Uma das particularidades é que um dos SAD Ad2 e Ad3 se relaciona com os serviços vinculados a sua própria instituição/grupo hospitalar de base e com isso possuem um formulário de consultoria próprio que, muitas vezes, pode facilitar a atuação em rede. Esta particularidade também pode facilitar o controle e acompanhamento desse usuário inserido na RAS, uma vez que, a instituição em questão mantém um prontuário eletrônico com todo o fluxo do usuário nos diferentes serviços.

É fato que SAD Ad2 e Ad3 embora também tenha a sua sede vinculada a uma instituição hospitalar, abrange as instituições pertencentes as demais localidades do município. Neste serviço, as solicitações de consultoria ocorrem via formulário *Google* vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), onde as instituições não são próprias do serviço e sim aquelas que contemplam o território de abrangência do SAD. Essa diferença na organização dos fluxos de atendimento/acompanhamento e da própria característica deles, pode ser um fator que venha a prejudicar a atuação em rede existentes nos cadernos, manuais e portarias direcionadas à AD.

[...] Normalmente a família procura a unidade com uma demanda e nós encaminhamos via formulário para o programa. Depois da solicitação da unidade o SAD AD2 e AD3 realiza a visita domiciliar e comunica a unidade se ficou ou não acompanhando o usuário (C4)

[...]a gente solicita uma consultoria e eles passam a acompanhar esse usuário. Além disso, eles também acompanham usuários de alta hospitalar que também são nossos. Em caso de alta do SAD Ad2 e Ad3 eles vêm e nos apresentam o caso e nos dão informações necessárias, não há atuação do nosso SAD quando o deles está lá. Se o usuário apresentou um agravo, para retornar ao SAD Ad2 e Ad3 é preciso uma nova consultoria e nesse caso ou a gente permanece cuidando dele até que venha o retorno das consultorias se isso for viável, ou a gente encaminha para a porta de entrada do hospital (C5)

[...] quando precisa, eu preencho um formulário do melhor em casa e eles entram em contato com a família. As solicitações de consultoria funcionam apenas pelo formulário via Google. [...] Quando eles dão alta para nós eles trazem o laudo de alta do usuário, descrevem o quadro e o que foi feito e o que precisa ser feito [...] (C2)

Diferentes entrevistados verbalizam que o usuário estando na Ad1, não consegue retornar para a Ad2 ou Ad3 sem realizar todo o processo de consultoria novamente, e que, em certas situações, é preciso encaminhar o usuário à serviços de maior complexidade ou entradas de emergência, sem que seja necessário, identifica-se uma das dificuldades de organização, comunicação e inter-relação que são eixos primordiais para o desenvolvimento de uma rede efetiva e eficaz.

Tratando-se das dificuldades frente a interconexão entre os serviços, diferentes coordenadores apontam a falha na comunicação, bem como, a falha na rede como um dos principais problemas vivenciados, atualmente,

[...] já teve situações em que eles deram alta e não nos informaram, e isso eu acho frágil, porque a partir do momento em que eles dão alta para o usuário eu preciso saber até que ponto aquele usuário precisa de uma manutenção, de uma consulta mais rápida ou não (C2)

[...] Tem situações em que o familiar chega aqui (Ad1) e diz que o usuário está de alta da AD2 e AD3 e a gente pensa, como assim de alta? Esse paciente nem melhorou [...] eles, nem nós estamos preparados para a alta desse paciente (C3)

[...] uma dificuldade de fato é a fragilidade da rede, é a falta de estrutura de certas unidades da rede o que acaba sobrecarregando outros serviços. Na verdade, o certo era o hospital pedir avaliação do SAD Ad2 e Ad3, mas eles não pedem, eles dão alta e deixam o usuário voltar pra casa [...] se eles fizessem isso a gente não precisaria ir, não teria tanta dificuldade de fazer a rede funcionar. Essa falha no processo mobiliza coisas que não precisariam, até para os usuários é desgastante. (C6)

[...] comunicação entre os serviços ainda é muito precária [...] tem muito paciente que sai e não chega pra nós porque ninguém sabe onde ele está, ou o hospital não manda ou o hospital não identifica (CSad2).

Decorrente da fragilidade na interconexão entre os serviços, evidenciadas pelos entrevistados, diferentes autores apontam que a fragilidade na rede, da comunicação entre os serviços, influencia diretamente na qualidade do atendimento prestado ao usuário e nas condições de saúde. Os resultados de um estudo realizado com enfermeiros e coordenadores do Sad de distintos municípios do Rio Grande do Sul se assemelham aos achados na presente pesquisa, apontando que a problemática envolvendo a fragmentação/desarticulação implicam em inúmeras fragilidades existentes nos serviços e ações em saúde. Isso ocorre, por uma organização inadequada, gerando um cuidado descontínuo e de baixa qualidade, não contemplando a totalidade da população, nem mesmo, as suas demandas em saúde¹⁴.

Destaca-se que diferentes autores apresentam a implantação das redes como um desafio, principalmente, pela necessidade de articulação entre os níveis de atenção. Eles apontam que apesar dos pontos de as RAS estarem estabelecidos ou em fase de desenvolvimento, isso tudo ocorre de modo desarticulado, contribuindo para que os serviços não atuem com a efetividade necessária^{5,15-16}. Sob esta ótica é entendido que o vínculo, o acolhimento e a comunicação são essenciais na busca pela efetividade do atendimento ao usuário desde a primeira intervenção até a alta, porém, integrar o SAD nas suas diferentes modalidades às RAS é grande desafio, inclusive para as equipes APS¹⁷.

Neste contexto, CSad1 verbaliza que quando o usuário tem alta do serviço ele é direcionando para a modalidade Ad1, porém, em algumas situações ele não é acompanhado como deveria pela Ad1, ou eles não assumem o usuário com alguma enfermidade fazendo com que este retorne ao serviço de origem. Em outras situações, o serviço recebe a solicitação de consultoria, mas não conseguem contato com o solicitante (da Ad1) o que acaba por dificultar o andamento do serviço. Os próprios profissionais da APS admitem a dificuldade em dar conta das demandas existentes,

[...] Nós entregamos a nota de alta no posto de referência para o médico ou enfermeiro da instituição e mesmo assim a gente observa que eles não vão lá, não viram os pacientes depois [...] nós temos dificuldade nas questões das altas. A gente da alta e muitas vezes a Ad1 não assume por motivos pequenos e o paciente volta pra nós (CSad1).

[...] Eu acho que o SAD Ad2 e Ad3 está bastante sobrecarregado e tem situações que ele poderia ficar um pouco mais com o usuário, mas ele não tem essa condição [...] Nós da Ad1 temos uma demanda aguda muito grande, e isso não nos dá a possibilidade de sair muito da unidade, não temos tempo para visita domiciliar mais (C1)

[...]na maioria das vezes tu não consegue realizar a rotina de serviço que planejastes [...] as pessoas não querem procurar outros serviços e acabam nos sobrecarregando. Eu chego à conclusão de que o serviço direcionado a nossa modalidade Ad1, hoje se encontra em segundo plano.

Uma particularidade que precisa ser levada em consideração é que nem todas as instituições modalidade Ad1 são Estratégia de Saúde da Família, e sim Unidades Básicas comuns, fator esse que pode influenciar na capacidade deste serviço em assumir as responsabilidades advindas dessa continuidade de cuidados no âmbito domiciliar. Um estudo documental¹⁷ realizado no Rio de Janeiro aponta que grande parte da população ainda possui cobertura em seu território de uma UBS com modelo tradicional, e não na modalidade de ESF, fato que dificulta a realização de visitas domiciliares e, por consequência de serem acompanhados concomitantemente por profissionais da APS que correspondem a modalidade Ad1 no SAD.

Dadas as particularidades e exigências de um SAD no contexto das RAS, que tem como centro comunicador de referência a APS, a ausência da ESF no território dificulta a articulação entre os serviços de saúde, bem como a ação coletiva entre as equipes das diferentes modalidades do SAD, o que pode fazer com que os usuários da Ad1, bem como os seus cuidadores sintam-se desassistidos. Isto, por eles não terem uma APS à qual possam recorrer para obter apoio ao cuidado domiciliar, e que de fato de conta das demandas cabíveis ao atendimento previsto na modalidade de atenção domiciliar em questão¹⁷.

O difícil acesso aos usuários pela Ad1 devido a não disponibilidade de um veículo de transporte também foi evidenciado durante a entrevista,

[...] quando a gente precisa fazer a visita domiciliar já é um pouco mais complicado porque a gente não tem carro, tem que organizar a equipe e agendar o transporte com a gerência (C2)

[...]Não tem carro disponível para realizar as visitas, tem vezes que a gente faz uso do nosso carro particular, mas nem deve e nem pode (C6).

Nesta situação, o usuário que recebe alta do SAD Ad2 e Ad3 ainda carece de cuidados e acompanhamento, porém, não com a frequência e demanda que necessitava anteriormente. A Ad1, como centro comunicador da RAS, ao não conseguir desenvolver suas atribuições e responsabilidades seja pela falta de recursos, planejamento ou até mesmo de acesso para o acompanhamento ao usuário do seu território ocasiona uma falha no fluxo e na articulação

entre os serviços. Corroborando esta ideia, diferentes estudos evidenciam que a falta de recursos e infraestrutura das diferentes modalidades ocasionam a descontinuidade na assistência prestada aos usuários^{13,18}.

Alguns estudos se assemelham as situações verbalizadas pelos participantes da pesquisa e evidenciam a importância e a responsabilidade da modalidade Ad1 no contexto do SAD, uma vez que, ela é destinada aos usuários que apresentam problemas de saúde, dificuldade ou, até mesmo, a incapacidade de chegar até a Unidade Básica de Saúde, ainda carecem de cuidados de menor complexidade¹⁹. Dessa forma, autores trazem em seu estudo aspectos que envolvem a oferta e organização da assistência a ser prestada ao usuário²⁰. Pensando na viabilidade para a execução dos atendimentos os meios de transporte passam a ser um elemento chave frente às práticas na AD.

Muitas das situações citadas pelos entrevistados ao longo da pesquisa podem ser influenciadas direta ou indiretamente por deficiência de conhecimento dos critérios pertencentes a cada modalidade, como também, do interesse dos próprios profissionais em reconhecer esses critérios e discuti-los de forma integrada aos demais serviços, porém, um dos coordenadores reconheceu esses aspectos como desencadeadores na falha de interconexão entre os serviços.

[...] Também acho que falta interesse deles de quererem conhecer mais a gente, e da gente conhecer eles. Eu acho que a nossa relação ainda é formal demais [...] eu não sei como é composta a equipe, eu sei que tem médicos e enfermeiros, mas não sei qual é a rotina deles, quantas vezes eles vão por semana visitar o paciente [...] não temos conhecimento de como funciona o serviço (C3)

A partir das vivências dos coordenadores, eles destacaram as potencialidades e possíveis melhorias na interconexão foram citadas, tais como a importância da comunicação, de um contato mais direto entre as modalidades de atendimento, coletividade e discussões dos casos, um maior conhecimento sobre as atribuições de cada modalidade e a organização dos fluxos da rede,

[..] A parceria entre a gente é muito boa (C2).

A comunicação funciona bem, tanto na consultoria online, como em situações que eles vêm até aqui [...] eles são muito solícitos (C5)

[...] Nunca tivemos dificuldade, todos usuários encaminhados foram atendidos pelo serviço, porém, o número de visitas domiciliares uma vez por semana no caso de curativos poderia acontecer mais vezes (C7).

Considero a relação com esse tipo de serviço adequada (C9).

Juntos temos êxito, temos tido uma boa parceria (C10).

[...] Se tivesse um contato mais direto, talvez um telefone de acesso ou que eles pudessem vir até a unidade seria mais fácil [...] A gente faz contato depois de discutir o caso, mas eu ainda acho que está bem deficiente e precisa melhorar muito essa atuação em conjunto (C3).

[...] a nossa comunicação agora é somente via formulário, mas eu ligo, e quando eu ligo eles me avisam que eu preciso preencher o formulário e ir avaliar o paciente antes. Eu acho que eles poderiam facilitar isso. Eu acho que deveria ter a possibilidade de ligar para o SAD em um primeiro momento para eles irem avaliar o usuário porque não temos equipe nem os recursos que eles têm (C6).

Eu acho que a gente vem a cada ano melhorando essa questão da transição, dessa comunicação entre os serviços, mas ainda é muito precária (CSad2).

Eu acho que a equipe poderia participar das nossas reuniões para eles explicarem como é o serviço, como funciona os encaminhamentos, reforçar os critérios [...] e também quando eles estiverem realizando acompanhamento dos usuários eles poderiam passar aqui na unidade e repassar a situação para discutirmos coletivamente [...] parece que a gente tem que ir no domicílio, tem que ver o paciente, mandar o formulário, tem que discutir o caso [...] da a impressão de que estamos implorando (C3).

Eu acredito que a interconexão tem que melhorar muito ainda. [...] com os hospitais nós atualmente conseguimos estar mais afinados, mas a rede a gente ainda tem que afinar muito. [...] o pessoal precisa conhecer melhor e saber melhor o que é o SAD, o que nós fazemos, quem são os pacientes que nós podemos atender e que nós precisamos deles enquanto programa (CSad1).

Na perspectiva de reorganização da rede de cuidados, tem-se percebido o potencial da AD na articulação dos serviços por meio da comunicação e da discussão de projetos terapêuticos compartilhados com os demais pontos da rede. Nesta linha de pensamento, tem-se como estratégia para melhorar a inter-relação entre os serviços a necessidade de que os gestores e coordenadores reconheçam a importância da articulação entre os diferentes pontos da RAS, na qual a comunicação precisa ser contínua, no intuito de prestar um atendimento as demandas do usuário de maneira mais resolutiva, possibilitando a integralidade dos cuidados e a garantia de continuidade da assistência prestada no ambiente domiciliar, onde uma das estratégias apontadas seria as reuniões em equipes de outros serviços, favorecendo o fluxo do usuário e interconexão com os demais elementos da rede²⁰.

Corroborando, uma pesquisa realizada com enfermeiros e coordenadores do SAD de diferentes municípios do RS pode-se observar que o SAD Ad1, Ad2 e Ad3 são capazes de articular-se com outros serviços e instituições de saúde, e que essa articulação auxilia na captação dos usuários. Essa relação pode ser compreendida como um dispositivo de reestruturação produtiva na saúde suplementar. Os usuários que estão inseridos no serviço, dependem da eficácia desta articulação para ter suas necessidades atendidas¹⁴.

Dados semelhantes a presente pesquisa foram encontrados em um estudo realizado em um Programa de Atenção Domiciliar vinculado a uma Unidade de Pronto Atendimento com profissionais da AD de Minas Gerais, que também trabalhou com a articulação entre as instituições, pontuam que os serviços de saúde são capazes de interagir em diferentes fluxos, onde uma relação verticalizada não se mostra adequada¹⁶.

Conforme os dados obtidos a partir da fala dos entrevistados da presente pesquisa compreende-se que ainda que o SAD cumpra o seu papel evitando internações passíveis de atendimento hospitalar e responda às demandas provenientes dos diferentes pontos de atenção vê-se a necessidade de um cuidado compartilhado e da construção de estratégias coletivas entre as três modalidades Ad1, Ad2 e Ad3 e os demais serviços. Isso vai de encontro a uma pesquisa realizada com coordenadores do SAD e gestores de municípios, que apontou uma

alternativa para o estabelecimento do fluxo contínuo ao usuário e a melhoria da interlocução entre os serviços foi a realização de reuniões entre as equipes da RAS¹⁰. Esta interlocução possibilitaria a definição dos fluxos do ponto de vista da gestão e em sintonia com as demandas do serviço e dos usuários. Seria também uma forma de englobar os esforços do SUS para a redução de fragmentações das ações, por meio do fortalecimento das políticas de saúde em busca da integralidade e da equidade.

Pesquisas nessa direção incitam a discussão e buscam por estratégias para lidar com o grande desafio que é o de garantir uma saúde de qualidade, equânime e integral numa rede que se encontra fragilizada, além de serem capazes de subsidiar novas práticas que possam dar resolutividade concreta as lacunas encontradas no atual Sistema Único de Saúde¹²⁻¹³. Por isso, entende-se que é preciso (re) pensar na reorganização do serviço e melhorias das condições de trabalho dos profissionais, e reconhecer as fragilidades, que sinalizam intervenções para superá-las; compreendendo que o SAD em suas diferentes modalidades só manterá um cuidado contínuo se a rede entre os serviços estiver interconectadas.

CONCLUSÃO

Com base na organização proposta pelas RAS, entende-se que o SAD junto aos demais serviços de saúde, precisa estabelecer interconexões, com base em fluxos e protocolos adequados para cada situação. É preciso que os critérios de inserção do usuário nas diferentes modalidades de AD estejam bem definidos e esclarecidos para os diferentes níveis assistenciais, tendo em vista que a solicitação de inclusão dos usuários pode ser realizada pelos distintos pontos de atenção.

Os aspectos associados a fragmentação, verticalização e hierarquização dos serviços prestados, ocasionam verdadeiros obstáculos e limitações, especialmente pela falta da comunicação entre os componentes do SAD, por dificultar a efetivação do trabalho em rede. A falta ou ausência da comunicação efetiva é incompatível com a estratégia da utilização de redes nos serviços de saúde, que exigem integração e interconexão entre todos os elementos que constituem o serviço.

Recomenda-se um aprofundamento acerca do princípio da interconexão apontando, especialmente, os benefícios que proporciona ao sistema de saúde, garantindo melhores condições de saúde à população, tendo em vista a escassez de pesquisas com esse tipo de abordagem. Entretanto, destaca-se que essa grande mudança precisa ser mais conhecida, enfocada e implementada pelos gestores da saúde, reconhecendo-a como um sistema, conforme previsto e legalmente instituída.

Referências

Siqueira HCH et. al. Health of human being in the ecosystem perspective. Rev. enferm. UFPE online ; 2018. 12(2): 559-564.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. [internet]. 2011 [citado 2014 Nov 05]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html.

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Caderno de atenção domiciliar. V. 1. Brasília; 2012.

3. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional dos Secretários da Saúde. A atenção primária e as redes de atenção à saúde. Brasília, CONASS, 2015.

4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.

5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html

6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde e atualiza as equipes habilitadas. [internet]. Brasília;2016 [citado 2020 mar. 17]. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 1977.

8. Souza V, Lage EG, Matozinhos FP, Abreu MN. Fatores associados a não efetivação da alta na assistência domiciliar. Acta Paul Enferm. 2019;32(6):624-31.

9. Weykamp JM, Siqueira HCH, Cecagno D. Modalities of Home service of the Unified Health System (SUS) articulated to Health Care Networks. Rev. Enferm. Global; 2016. 43(esp): 1-13.

12.. Xavier GTO, Nascimento VB, Carneiro JN. Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2019 [cited 2020 June 17]; 22(2): e180151. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232019000200202&lng=en.
Epub Aug 05, 2019

14. Weykamp JM, de-Siqueira HCH, Cecagno D, de-Medeiros A, de- Paula S, Pedroso V. Home careserviceandhealthcare networks. *RevFundCare Online* [internet]. 2019. Oct/dec; [cited 2020 june 16]; 11(5):1117-1121. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6644>

15. Mendes EV. *Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2011.

16. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, Freitas LFC. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):111-117.

17. Neves ACOJ, Seixas CT, Andrade AM, Castro EAB. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. *Physis* [Internet]. 2019 [cited 2020 June 17]; 29(2): e290214. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200612&lng=en. Epub Set 16, 2019.

18. Hermann AP, Lacerda MR, Nascimento JD, Gomes IM, Zatoni DCP. Aprimorando o processo de ensinar e aprender o cuidado domiciliar. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2018 Feb [citado 2020 Jun 17]; 71(1): 156-162. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100156&lng=en.

19. Lopes GVDO, Vilasbôas ALQ, Castellanos MEP. Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA). *Saúde debate* [Internet]. 2017 Set [citado 2020 Jun 17]; 41(spe3): 241-254. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700241&lng=en

20. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Neta FCCG, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Rev. Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2018 [citado 2020 Jun 17]; 39: e2016-0002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100401&lng=pt. Epub 28-maio-2018.

6. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR E SUA INTERCONEXÃO COM ÀS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – SÍNTESE FILOSÓFICA REFLEXIVA

“Assim como uma árvore real extrai seu alimento tanto através das raízes como das folhas, também a energia numa árvore sistêmica flui em ambas as direções, sem que uma extremidade domine a outra, sendo que todos os níveis interagem em harmonia, interdependentes, para sustentar o funcionamento do todo.”

Fritjof Capra

Início este capítulo recordando e buscando na minha memória, a melhor maneira de descrever como eu cheguei até aqui e como, entre inúmeras dúvidas, medos e anseios eu escolhi me aprofundar – e agora com mais segurança- me apaixonar pela temática do Serviço da Atenção Domiciliar na perspectiva ecossistêmica.

Lembro-me não com a clareza e com o conhecimento que adquiri com as vivências, leituras, pesquisas e orientações que tenho hoje, mas há quase dez anos passados, como acadêmica de enfermagem, eu me questionava porque o cuidado domiciliar não funcionava se ele poderia trazer inúmeros benefícios ao usuário, à família e até às próprias instituições de saúde? Esse questionamento que me fiz quando ainda era uma acadêmica de enfermagem em formação, eu refiz sentada ao lado da minha orientadora, no seu escritório, decidindo qual seria o assunto do meu projeto de dissertação do mestrado. Após conversarmos por longas horas, eu consegui de fato entender que o que eu queria era estudar a atenção domiciliar. Naquele momento, o cuidado do enfermeiro seria olhando o ecossistema como um todo e, mais ainda, que seria em todos os Serviços de atenção domiciliar que faziam parte do Programa Melhor em Casa - Programa instituído do Estado do Rio Grande do Sul.

Foram dois anos de estudo, de apoio, de parceria, de trocas de energia, de experiências, interconexões e de conhecimento. Encerrei a minha dissertação intitulada Cuidado do enfermeiro ao usuário do SUS no serviço de atenção domiciliar na perspectiva ecossistêmica, cada vez mais realizada com a temática que eu havia escolhido. Porém, ao mesmo tempo em que consegui esclarecer diferentes questões acerca da AD, algumas lacunas permaneceram, e outras surgiram. Como o SAD nas modalidades Ad2 e Ad3 funcionam e são organizadas? Como se relacionam, se interconectam com os outros serviços, produzem energia, trabalho, introduzem mudanças e transformações? Como está essa rede? Como é possível perceber tudo isso à luz do pensamento sistêmico?

Essas perguntas eu fui desvelar ao escrever esta pesquisa que vocês estão lendo nesse momento, e não pensem que todos os questionamentos foram respondidos, porque tudo é um processo de troca, todos os elementos deste ecossistema estão em constante movimento, e talvez por isso, é que se tenha a necessidade de compreender a forma pela qual essas trocas ocorrem, e assim, perceber o grau de importância que possuem no contexto.

Entende-se por sistema/ecossistema um conjunto de elementos interdependentes capazes de influenciar e ser influenciado, além de interagir com outros elementos. O sistema também pode nos remeter a um conjunto de unidades combinadas constituindo um todo organizado, onde seu resultado total é maior que os resultados das unidades que o compõem, se estes ocorressem de maneira independente (CAPRA, 2006; SANTOS, SIQUEIRA e SILVA, 2009; SVALDI e SIQUEIRA, 2011; SIQUEIRA et. sl., 2018). A maneira com que se percebe a interação dos elementos propõe uma nova forma de pensar e agir apoiada no ecossistêmicos, introduzindo só princípios da relação, cooperação, interdependência, interconexão, cooperação, influência mútua, entre outros (SIQUEIRA, 2001; ZAMBERLAN, 2013; SILVA, 2013). Esse pensamento evoca a teoria dos sistemas originada a partir de 1950 quando Bertalanfly apregooou que determinadas ciências têm validade para outras ciências, e não podem existir separadamente, demonstrando que estão interligadas, umas com as outras (BERTALANFLY, 2013).

Ao perceber a saúde como um sistema, busca-se, por meio desse embasamento, clarear a necessidade dos princípios ecossistêmicos da interconexão e das inter-relações entre os serviços/instituições e ações de saúde e o usuário, visando a eficácia das práticas de atenção em saúde necessitam ser realizadas de forma constante entre todos os elementos constituintes do processo saúde-doença . Sabe-se que com a proposta de municipalização da saúde, o município recebe a responsabilidade pela organização e funcionamento de estratégias e pelo direcionamento dos serviços de saúde, e das práticas em saúde voltadas à população. Porém, entende-se que para que se obtenha efetividade e eficácia neste processo, existe a necessidade destes serviços estarem articulados na forma de redes de atenção (SILVA, 2006, 2013; MENDES, 2011; THUROW e SIQUEIRA, 2016)

Neste contexto, num sistema de serviço ou instituição de saúde, existem diversas modalidades de atendimento que apesar de legalmente instituídas, não são articuladas com outros subsistemas. A fragilidade na articulação, certamente existe, porque ainda se tem como base, na prática das modalidades de atendimento do SUS, a observância dos princípios da teoria cartesiana, fragmentação, linearidade, hierarquização, sem a perspectiva da

fundamentação dos princípios da totalidade/unidade, interdependência, cooperação e interconexão, próprios da teoria sistêmica e do Pensamento Ecológico.

Entretanto, para entender a complexidade que envolve a saúde, vê-se a necessidade de avaliar a multiplicidade de elementos que influenciam de maneira direta e indireta na sua consolidação. É preciso aceitar as discussões, os avanços tecnológicos, as mudanças e transformações que ocorrem na medida em que aparecem novas concepções, a seu respeito (SILVA, 2006)

Neste sentido, é preciso articular as políticas públicas de forma coesa, interconectadas e inter-relacionadas com todos os recursos disponíveis para ofertar acesso à saúde da população do município, com base no conceito da saúde ampliada, ancorada nos princípios do SUS, modificando o conceito com base na doença para o novo modelo de saúde alicerçado na promoção e prevenção de saúde, promovendo transformações no atendimento ao usuário (SILVA, 2013). Essas transformações envolvem, além de outros aspectos, a demanda que cada vez mais numerosa, enquanto os recursos financeiros se tornam, cada vez mais, escassos não conseguindo acompanhar as necessidades da população.

Neste sentido Andrade, et al (2013), aponta a sobrecarga dos serviços de saúde, superlotação e carência de leitos disponíveis, se da a partir da ascensão do número de internações hospitalares, e com isso o também o aumento do risco de infecção. Dessa forma, é possível enxergar a necessidade da modificação do modelo de saúde implementando da promoção e prevenção da saúde, investindo nas novas modalidades como a atenção domiciliar. Assim, a preocupação com a resolutividade do sistema público de saúde abrange pesquisas sobre modalidades de atenção inovadoras, sedimentando uma nova visão sobre o processo de saúde-doença (MIOTO, NOGUEIRA, 2009). Com isso, faz-se necessário uma abordagem inovadora de cuidado, a partir das práticas de cuidado e internação em espaços não convencionais como o domicílio.

Sob esta perspectiva a atenção domiciliar se apresenta como uma nova e atual modalidade de atenção, constituída a partir de diagnósticos das necessidades de saúde, onde o cuidado é prestado ao usuário de qualquer idade em sua residência (YAMAGUCHI et al, 2010). Já o Serviço de Atenção domiciliar (SAD), atualmente legalmente em vigência, representa uma priorização da AD por parte do Governo Federal, sendo desenvolvido em parcerias com Estados e Municípios (BRASIL, 2011). Esse, ainda é percebido como uma abordagem diferenciada de cuidado, que tem como objetivo reduzir e/ou auxiliar nas demandas em saúde, na qualidade do serviço prestado e na superação da incoerência entre a oferta de atendimento e as necessidades de saúde da população.

Nesse contexto, procurou-se nessa pesquisa sustentar a seguinte **TESE**: A organização e funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 na região urbana de Porto Alegre e o estudo de suas inter-relações com a AD1 e os demais serviços que compõem às redes de atenção à saúde, possibilita contribuir com inovações nas práticas profissionais da enfermagem, no aperfeiçoamento das interconexões dos elementos constituintes da rede de atenção à saúde, na melhoria da qualidade da assistência à saúde à luz do Pensamento Ecológico.

Para atender aos objetivos da Tese e por perceber que os diferentes elementos que compõem o ecossistema da presente pesquisa foram vistos de forma relacionada, interconectada e interdependente, adotou-se um estudo com características descritivas, exploratórias com abordagem qualitativa e que foram agrupados em categorias.

Alguns dos dados foram utilizados para elaborar três artigos a partir de categorias constituídas: Organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades 2 e 3 da cidade de Porto Alegre; Influência do cuidador na organização e funcionamento do SAD no município de Porto Alegre e Interconexão entre o SAD na modalidade AD1 com as modalidades Ad2 e Ad3 à luz do pensamento ecológico.

A *primeira categoria* foi constituída a partir dos dados correspondentes aos seguintes objetivos específicos: Conhecer o processo da organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades da Ad2 e Ad3 e Verificar, por meio dos indicadores da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, aspectos referentes ao funcionamento do serviço de atenção domiciliar nas modalidades AD2 e AD3, fornecidos pelas instituições em estudo.

Nesta categoria os resultados são oriundos das duas instituições do SAD onde as modalidades são desenvolvidas, o tempo de implantação do serviço no município, os critérios de admissão e desligamento do usuário. Avalia-se, a organização das equipes e dos atendimentos realizados, as dificuldades e potencialidades na organização e funcionamento do serviço, foram investigados a fim de obter maiores esclarecimentos, e compreender quais elementos compõem esse ecossistema. Os dados originados a partir da coleta documental na base de dados da SMS de POA também foram utilizados nessa categoria a fim de fornecer subsídios frente aos resultados apresentados.

Assim, para enxergar a organização e o funcionamento do SAD sob o ponto de vista ecológico significa entender que é constituído por elementos bióticos (vivos) e abióticos (meio físico) de um determinado tempo e espaço/território/ambiente que permanecem em

constante troca de energia devido a sua capacidade de interconectar-se e se inter-relacionar entre si e com os demais elementos da rede possibilitando a sua auto-organização.

A *segunda categoria* corresponde ao objetivo específico: Investigar a influência do cuidador na organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3. Buscou-se compreender a influência do cuidador no processo de organização e funcionamento do serviço em estudo. Sabe-se que sem o familiar/cuidador o usuário é impossibilitado de ser assistido pelo SAD nas modalidades Ad2 e Ad3, como também, caso este não desempenhe suas atribuições conforme orientado pela equipe o usuário pode ser desligado do serviço. Verifica-se que o SAD possui critérios importantes e que precisam ser observados em prol do bom funcionamento do serviço e atendimento do usuário. A representatividade que o cuidador tem dentro da teia de relações do serviço junto ao contexto domiciliar, reforça ainda mais a necessidade de o cuidador também ser cuidado. O que se percebe os índices de sobrecarga física e emocional envolvendo-os estão cada vez maiores. Essa situação influencia diretamente na qualidade do cuidado proporcionado ao usuário, uma vez que os profissionais do SAD não permanecem em período integral no domicílio, ficando a realização das práticas de cuidado, sob a responsabilidade do familiar/cuidador.

Acredita-se que dada a importância, que as ações desenvolvidas no SAD precisam também contemplar o cuidador na tentativa de amenizar os agravos em seus diferentes aspectos. A realização de práticas de cuidado de si do cuidador no contexto domiciliar, pode ser capaz de contribuir com o seu próprio bem-estar e consequentemente, a melhoria da qualidade das atividades que ele desempenha.

O ambiente domiciliar, precisa ser visto em sua totalidade/unidade dos elementos que o compõe, tanto bióticos como abióticos, porque um olhar fragmentado compromete o planejamento, o desenvolvimento e execução das ações em saúde. Essa visão de totalidade prende-se ao princípio ecossistêmico da influência mútua entre os componentes do ambiente domiciliar e, que dessa maneira interferem positiva ou negativamente na qualidade da assistência prestada ao usuário.

Olhando o SAD num contexto maior ele constitui um dos elementos da Rede de Urgências e Emergências, onde esse tipo de modalidade de atenção integra a RUE que representa um avanço na busca por cuidados em saúde mais efetivos e eficazes, utilizando-se de práticas inovadoras fora dos ambientes hospitalares convencionais. (BRASIL,2011;2015).

Investigar a interconexão do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3 com a Ad1e demais serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde e Analisar as dificuldades e melhorias na interconexão entre o Sad nas modalidades Ad1, Ad2 e Ad3

Na *terceira categoria foram trabalhadas* as modalidades de AD e deparou-se com um importante desafio correspondente a sua interação e inter-relação com os demais pontos que compõem as RAS, principalmente com a AB, que em vários momentos foi considerada como o centro comunicador da rede. Frente a isso, se fez necessário basear a rotina de trabalho dos profissionais de saúde da AB e AD em parcerias, onde a integração, à comunicação, à adaptação e à flexibilidade entre a comunicação e o diálogo são necessário para a efetivação das RAS. Na proposta de formação de redes, todos os componentes possuem a mesma representatividade para o desempenho de suas atividades, diferenciando-se apenas pelas suas características tecnológicas. Portanto, não importa em que posição se encontram localizados na rede.

Sob o ponto vista ecossistêmico a proposta de um sistema de saúde organizado em redes baseia-se em diferentes princípios, entre eles, a inter-relação, interação, interdependência e a integralidade, princípios esses que norteiam a rede que, segundo Capra (2006), é preciso compreender e conceber todas as influências e trocas entre os elementos que se processam no todo sob esse olhar e, assim perceber a sua importância.

Nessa perspectiva percebe-se que a formação de redes funciona basicamente como uma teia, onde os diferentes elementos, representados pelos serviços que integram a teia, e a partir de suas relações, inter-relações, representados pelos filamentos, ou seja, a comunicação e o diálogo entre os serviços são capazes de definir e influenciar em todo o processo de tessitura de teia/estrutura da rede (THUROW, 2016). Neste contexto, compreender as RAS sob o ponto de vista sistêmico é considerá-las uma teia dinâmica que possibilita a compreensão, mais ampla dos sistemas, enaltecendo as inter-relações, interações e influências existentes entre os diferentes elementos, assim, como a realidade dos diferentes processos que constituem a totalidade de forma interdependente. Frente a isso, Capra (2006) afirma que as dificuldades vivenciadas no mundo são sistêmicas, e por isso, interligadas e interdependentes, podendo ser desvendadas e solucionadas se levado em consideração as relações, as interações, as interconexões e o meio.

Embora didaticamente as categorias estejam separadas, na prática não foi possível percebê-las de forma isolada ou individualmente, pois dentro do contexto onde estão inseridas, formam a totalidade/unidade dos serviços estudados. Ao adotar a perspectiva ecossistêmica, torna-se indispensável abandonar a ideia fragmentada da análise das partes e perceber os elementos no conjunto de suas relações formando um todo.

As interconexões que se estabelecem entre todos os elementos constituintes do ecossistema são capazes de alcançar um resultado por meio da integração, cooperação, inter-

relação, interdependência, onde esses princípios se influenciam mutuamente e produzem energia que se mantém em constante troca causam mudanças e transformações.

Figura 09. Serviço de Atenção domiciliar à luz do pensamento ecossistêmico



Fonte: Dados com base no referencial teórico-filosófico organizados pelas pesquisadoras Weykamp e Siqueira (2020)

Se tudo se encontra interconectado, interdependente, influenciando-se mutuamente de forma dinâmica, então a concepção sistêmica “vê o mundo em termos de relações e de integração [...] embora se possa discernir partes individuais em qualquer sistema, a natureza do todo é sempre diferente da mera soma de suas partes” (CAPRA, 2012 p. 260).

Perceber o SAD como um grande sistema possibilita vê-lo de forma mais ampla. Essa forma de apreender o que nos cerca é capaz de provocar diferentes discussões e reflexões acerca da importância que essa visão confere a qualquer serviço e ação a ser realizada, principalmente, no âmbito da saúde.

Os dados da pesquisa permitiram, embora com algumas fragilidades, responder as expectativas iniciais da tese, ou seja, “A organização e funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 na região urbana de Porto Alegre e a análise de suas inter-relações com a AD1 e os demais serviços que compõem às redes de atenção à saúde, possibilita contribuir com inovações nas práticas profissionais da enfermagem, no

aperfeiçoamento das interconexões dos elementos constituintes da rede de atenção à saúde, na melhoria da qualidade da assistência à saúde tendo como base a perspectiva ecossistêmica”.

É possível entender, a partir da fala dos participantes, que diferentes possibilidades precisam ser consideradas, principalmente, tratando-se da organização e funcionamento do SAD nas modalidades Ad2 e Ad3, bem como, a contatar sua interconexão com a Ad1 e os demais serviços que compõem as RAS. Cada situação precisa ser analisada, levando em consideração a estrutura, a composição do serviço, os recursos disponíveis, o quadro clínico do usuário, bem como, o meio em que ele está inserido e, também, os diferentes aspectos que contribuem ou dificultam para a realização desse cuidado no âmbito domiciliar.

Os objetivos foram atingidos, uma vez que permitira a partir dos dados fornecidos pelas instituições em estudo:

Investigar a interconexão do serviço de atenção domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 com a AD1 e demais serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde e analisar as dificuldades e melhorias na interconexão entre o SAD nas modalidades Ad1, Ad2 e Ad3 à luz do Pensamento Ecossistêmico

Identificar as instituições de saúde do município de Porto Alegre que oferecem o Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3;

Conhecer o processo da organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades da Ad2 e Ad3;

Investigar a influência do cuidador na organização e funcionamento do Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3; verificar, por meio dos indicadores da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, aspectos referentes ao funcionamento do serviço de atenção domiciliar nas modalidades AD2 e AD3, fornecidos pelas instituições em estudo;

Investigar a interconexão do serviço de atenção domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 com a AD1 e demais serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde e analisar as dificuldades e melhorias na interconexão entre o SAD nas modalidades Ad1, Ad2 e Ad3 à luz do Pensamento Ecossistêmico.

O percurso metodológico seguido permitiu conhecer os resultados e, desta forma, subsidiar os objetivos propostos. A entrevista sem-estruturada foi capaz de facilitar a apreensão de um conjunto de dados objetivos e subjetivos capazes de auxiliar na compreensão e interpretação dos resultados alcançados, aliada a coleta documental que forneceu dados quantitativos importantes sobre o processo da organização e funcionamento gerencial do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades de Ad2 e Ad3. Portanto, a inter-relação das

informações adquiridas por meio da utilização de diferentes métodos de coleta serviu para complementar e fundamentar a questão pesquisa, os objetivos e principalmente a TESE. Embora tenham sido identificadas lacunas e dificuldades durante a coleta de dados, o fato de os participantes da pesquisa serem somente àqueles que compõem o SAD em suas diferentes modalidades, não foram observados agravos significativos nos resultados da pesquisa sob o ponto de vista da proposta de RAS.

A luz do pensamento sistêmico considera-se que a influência mútua advinda das interconexões entre os elementos promove progressos significativos no conhecimento, capazes de interferir e transformar a realidade. Entende-se, nesse sentido, que os resultados obtidos nesta pesquisa serão capazes de contribuir para desenvolver a ciência da Enfermagem/Saúde e explorar possíveis inovações tecnológicas aplicáveis nas diferentes modalidades do SAD e motivar outros pesquisadores a basear seus estudos no Pensamento Ecossistêmico.

Com isso, conclui-se que ao pesquisar a organização e o funcionamento do SAD Ad2 e Ad3, da cidade de Porto Alegre e, ao avaliar suas interconexões com a AD1, estabeleceram-se possibilidades e novos caminhos possíveis de serem trilhados visando a melhoria na qualidade dos serviços e instituições de saúde, balizando as adequações e mudanças para atender as demandas em saúde do mundo contemporâneo.

Enfatiza-se a necessidade de novos estudos, com a finalidade de aprofundar essa temática, proporcionar continuidade aos conhecimentos já construídos e criar maiores subsídios para a prática no âmbito da enfermagem/saúde e academia, especialmente, para encontrar possibilidades estratégicas que venham favorecer as relações e inter-relações e maiores articulações entre o SAD na modalidade de AD1, AD2 e AD3 com às RAS.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C. M.; OLIVEIRA, C. P. Saúde e doença: Significações e perspectivas em mudança. **Millenium**. v.25, n(esp), p. 201-214, 2002.
- ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia? **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 3, n. 1-3, p.4-20, 2000.
- AMARAL, N.N.; CUNHA, M.C.B.; LABRONICI, R.H.D.D.; OLIVEIRA, A.S.B.; GABBAI, A.A. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. **Rev. Neurociências**. v.9, n.3, p. 111-117, 2001
- ANDRADE, A.M, et al. Organização das Redes de Atenção à Saúde na perspectiva de profissionais da Atenção Domiciliar. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. v.34, n.1, p.111-117, 2013.
- ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/legis/portarias.htm>. Acesso em: 08 abr 2017.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, 2011.
- BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, A.F (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- BERTALANFFY, L. **Teoria geral dos sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações**. 7ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Àtica, 2011.
- BRASIL. **Lei nº 15.799/22, de 10 de novembro de 1922**. Aprova o Regulamento do Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1922, p. 21475. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D15799/ Acesso em: 02 jun 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 27.664 de 30 de dezembro de 1949**. Regula o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 1949. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-27664-30-dezembro-1949-340344-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 21 fev 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. **Declaração da Alma-ata**. Brasília, DF, 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.
- _____. Ministério da Saúde. **VII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1980. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/7_conferencia_nacional_saude_anais.pdf Acesso em: 17 mar 2017.

_____. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília, DF, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 15 mar 2017.

_____. **Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987**. Dispõe sobre a criação do programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados – SUDS, e dá outras providências. Brasília, DF, 1987.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Lei%20Federal%20N%208080%201990.pdf>. Acesso em: 13 jan de 2017.

_____. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, DF, 1990c.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998**. Seção II da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/constituicao_196_200.html. Acesso em: 30 mar 2017.

_____. **Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998**. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Brasília, DF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprova a NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2001.

_____. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.

_____. **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. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110424.htm.

_____. Ministério da Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Editora MS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política de inclusão social fortalece o SUS**. Saúde Brasil Especial. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 2006.

_____. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.

_____. **Portaria nº 699 de 30 de março de 2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2006c. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM_699_30marco_2006.pdf.

_____. **Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2006d. Disponível em: <http://www.ciape.org.br/AtenDom2529.pdf>.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2007.

_____. **Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.

_____. **Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011b.

_____. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.

_____. Ministério da Saúde. Histórias das Conferências de Saúde, 2011d. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/index.html> Acesso em: 09 abr 2017.

_____. Ministério da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466/2012**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF, 2013b.

_____. **Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013**. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2013c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013d. 84 p.

_____. **Portaria nº 354 de 10 de março de 2014**. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html.

_____. Conselho Nacional dos Secretários da saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF, 2015.

_____. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.html>. Acesso em: 10 mai 2017.

BUENO, P.D.R. **Home care**: o que o profissional de enfermagem precisa saber sobre assistência domiciliar. São Paulo: Rideel, 2011.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. p.15-38. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CAPRA, F. **A teia da vida**. 13ª Ed. São Paulo: Cultrix, 2012.

CAPRA, F.; LUISI, P.L. **A visão sistêmica da vida**: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas. São Paulo: Cultrix, 2014.

CELLARD, A.A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008. p. 295-316.

CHALHOUB S. **Cidade Febril**: cortiços e epidemias na corte Imperial. São Paulo: Companhia das letras, 1996.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. COFEN, 2007. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html.

COILE, R.C. Governing the integrated delivery network: new models for a post-reform environment. In: CONRAD, D.A. **Integrated delivery systems**: creation, management, and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.

CUNHA, I.C.K.O. **Organização de serviços de assistência domiciliária de enfermagem**. 1991. 147f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Universidade Federal de São Paulo, 1991.

CZERESNIA, D. **Do contágio à transmissão**: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e as diferenças entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M.F. (org.) **Promoção da saúde, conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

DEI SVALDI, J.S. **Rede Ecológica de Pesquisa em Enfermagem /Saúde no SUS**: Possibilidades de Delineamento nos Hospitais Universitários Federais. 2011. 203f. Tese 113 (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande, 2011.

ENTHOVEN, A. **A reconstructionist's view of managed competition**. Integrated health delivery systems. Duke Private Sector Conference, 1999.

FABRÍCIO S.C.C. et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Rev. Latino - Am de Enfermagem**. v. 12, n.5, p.721-6, 2004.

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 Pública**. v.24, n.3, p.180-8, 2008.

FONSECA, A.F. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

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

FREITAS, R.A.M.M. Sociedade Contemporânea, conhecimento em saúde e em Enfermagem: Desafios para a formação profissional. **Rev da Universidade Católica de Goiás**. v.29, n.5, p.1159-1194, 2002.

GIOVANINI, T et. al. **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

GÓMEZ, C.C.T. **Cuidado em casa**. Associação Latino Americana de cuidado paliativo (ALCP). Disponível em: <http://www.cuidadospaliativos.org>. Acesso em: 15 dez de 2016.

KERBER, N.P.D.C. **A Atenção domiciliária e direito à saúde**: análise de uma experiência na rede pública de saúde no Brasil. 2007. 355f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, SC, 2007.

KUSCHNIR, R.C.; CHORNY, A.H.; LIMA, E.; LIRA A.M. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC. Brasília: CAPES: UAB, 2010. 180p.

LA FORGIA, G. **Rationale and objectives**. São Paulo: World Bank, Brazilian and International Experiences in Integrated care networks, 2006.

LEAT, P et al. Integrated delivery systems: has their time come in Canada?. **Canadian Medical Association Journal**. v.154, n.6, p.803-809, 1996.

MATURANA, H.R.; VARELA, F.J. **A árvore do conhecimento**: as bases biológicas da compreensão humana. São Paulo: Palas Athenas, 9ª Edição, 2011.

MAZZA, M.M.P.R. A Visita Domiciliaria como Instrumento de Assistência de Saúde. **Rev. piras. Crese. Dás. Hum**. v.4, n.2, p.60-68, 1994.

MEDEIROS, A.C. **Gestão do cuidado de enfermagem na UTI**: configuração ecossistêmica com base teórico-filosófica e organizativa nas políticas públicas. 2013. 281f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande, 2013.

MEDEIROS JÚNIOR, A.; RONCALLI, A. G. Políticas de saúde no Brasil. In: FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. **Saúde bucal coletiva**: conhecer para atuar. Natal: EDUFRN, 2004. p. 249-259.

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

_____. As redes de atenção à saúde. **Rev. Med Minas Gerais**. v.18, n.4, p.03-11, 2008.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n.5, p.2297-2305, 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MIRANDA, J.J. Saúde e doença na antiguidade: A influência do conceito greco-romano sobre o judaísmo bíblico e o novo testamento. **Revista Hermenêutica**. v.11, n.1, p.135-157, 2011.

MORAES, M. C. Pensamento Eco-sistêmico. 2a Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

ODUM, E.P. Ecologia. 6ª Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001.

OGUISSO, T.; SCHIMIDT, M.J. O exercício da enfermagem domiciliar (homecare). In: OGUISSO, T.; SCHIMIDT, M.J. **História e Exercício da Enfermagem**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Publicación científica nº 93**. Washington, 1964.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Organização Panamericana de Saúde. Brasília, DF, 2011. 113p.

OUVERNEY, A.M.; NORONHA, J.C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz. Ipea. Ministério da Saúde. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 143-182.

PAIM, J.S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL M.Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PAIM, J.S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 148.

PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA, H.C.H. Cuidado humano frente ao modelo biomédico e na perspectiva do modelo da promoção da saúde. In: SIQUEIRA, HCH. (Org.). **Cuidado Humano Plural**. Rio Grande: Ed. FURG, 2008.

POINTER, D.D et al. Loosening the gordian knot of governance in integrated health care delivery systems. In: CONRAD, D.A. **Integrated delivery systems: creation, management, and governance**. Chicago, Health Administration Press, 1997.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão**. Disponível para visualização em: http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.pdf - Acesso em 26 abr 2017.

RAMALLO, V.J.G.; TAMAYO, M.I.P. História de la hospitalización em domicilio. In: GLEZ, M.D.D (coord). **Hospitalización a domicilio**. Hoechst Marion Roussel, Espanha, 1998.

RIBEIRO, H.P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1999.

RIOS, E.R.G.; FRANCHI, K.M.B.; SILVA, R.M.; AMORIM, R.F.; COSTA, N.C. Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.12, n.2, p.501-509, 2007.

RODRIGUES, D.; ARNOLD, M. **Sociedad y teoría de sistemas**. Chile: Editorial Universitária, 1991.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo/Rio de Janeiro, Ed. Unesp. Hucitec. Abrasco, 1997.

SANTOS, M.C.; SIQUEIRA, H.C.H.; SILVA, J.R.S. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ações do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm.** v.30, n.4, p.750-4, 2009.

SANTOS, E.M.; KIRSCHBAUM, D.I.R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Rev. Eletr. Enf.** v.10, n.1, p.220-27, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>.

SAUTHIER, J.; BARREIRA, I.A. **As enfermeiras norte-americanas e o ensino da enfermagem na capital do Brasil: 1921-1931**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Nery, UFRJ, 1999.

SECAF, V.; COSTA, H.C.; BOA VIAGEM, A. **Enfermeiras do Brasil: história das pioneiras**. São Paulo: Martinari, 2007.

SCLIAR, M. História do conceito de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva.** v.17, n.1, p. 29-41, 2007.

SHORTELL, S.M et al. Creating organized delivery systems: the barriers and the facilitators. **Hosp.Health Service Adm.** v. 38, n.4, p.447-466, 1993.

SILVA, J.R.S. **Sistema Único de Saúde: modalidades de atendimento e suas inter-relações - um olhar da enfermagem**. 2006. 233f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2006.

_____. **Reconfiguração do sistema único de saúde e suas relações intersetoriais no município do Rio Grande: contribuições do enfermeiro**. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013.

SILVA, S.F.; DOBASHI, B.F. Pacto pela Saúde/2006: uma nova etapa na construção do SUS. In: CERCI, N.A (org). **Asma em saúde pública**. Barueri, SP: Manole; 2007.

SIQUEIRA, H. C. H. de. **Ensaio de administração hospitalar**. São Paulo: USP, 1974.

_____. **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar – um novo modo de pensar e agir**. 2001. 272f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

TEIXEIRA, S.A. Avaliação dos usuários sobre o programa de saúde da família em Vitória da Conquista – Bahia – Brasil. In: FERNANDES, A.S.; JUAN, A.S (Org). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p.77-101.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A. Um pouco de história: reconstruindo o debate sobre modelos de atenção à Saúde no Brasil. **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: ISC, 2002, p.11-22.

THUROW, M.R.B. **ações do enfermeiro nos serviços que integram a Rede Cegonha na perspectiva ecossistêmica**. 2016. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2016.

TODD, W.E. Strategic alliances. In: TODD, W.E.; NASH, D. **Disease management: a systems approach to improving patient outcomes**. Chicago, American Hospital Publishing Inc., 1996.

WAN, T.T.H et al. Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. **Journal of Medical Systems**. v.26, n.2, p.127-143, 2002.

WEYKAMP J.M. **Cuidados do enfermeiro ao usuário do sistema único de saúde no serviço de atenção domiciliar na modalidade atenção domiciliar 2 e 3 na perspectiva ecossistêmica**. 2015. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care**. Geneva: WHO, 1978.

ZAMBERLAN, C. **Ecossistema domiciliar de pais cardiopatas e o modo de viver dos filhos: possibilidades de promoção da saúde pelo conhecimento da Enfermagem/saúde**. 2013. 197f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

APÊNDICE A
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA O
 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA**

Rio Grande, _____ de 2017

Exmo. Sr. (a)

Ao cumprimentá-lo(a) cordialmente, vimos respeitosamente, por meio deste, solicitar à V.Sª permissão para desenvolver um trabalho de pesquisa intitulada: **Serviço de Atenção Domiciliar e sua interconexão com as Redes de Atenção à Saúde**, orientado pela Profª.Drª. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente permanente do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS.

A pesquisa tem como objetivo geral: Investigar e analisar o processo da organização e funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades de AD2 e AD3, e sua interconexão com a AD1 e demais serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde na região urbana de Porto Alegre.

A relevância do presente estudo está alicerçada em construir conhecimentos capazes de contribuir para perceber a saúde como um sistema, ou seja um ecossistema, cujos elementos que dele participam se relacionam, interdependem, se influenciam mutuamente e são capazes de transformações. Além disso, salienta-se que a presente pesquisa poderá contribuir com subsídios capazes de colaborar nessa área de atuação, tanto na academia como no campo prático, tornando os acadêmicos e os profissionais conscientes do impacto decorrente da AD para o usuário e sua família. E ainda, da implicação das RAS frente a integração de ações e serviços de saúde em diferentes níveis de atenção, com vistas a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Na certeza de contar com a compreensão, apoio e habitual cordialidade de V.Sª, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente

Juliana Marques Weykamp

Enfª Juliana Marques Weykamp
 Doutoranda em Enfermagem FURG
 Email: julianaweykamp@gmail.com

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

Profª Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
 Orientadora
 Email: hedihsiqueira@gmail.com

Exmo. Sr(a): _____
 DD Secretário(a) Municipal de Saúde
 Porto Alegre/RS

*Ciente,
 DE ACORDO*
 Pablo de Lamoy Stürmer
 Secretário de Saúde em Exercício
 Secretário Municipal de Saúde
 SMS / PMPA

APÊNDICE B
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOCTORADO EM ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO 																
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP																
Elaborado pela Instituição Coparticipante																
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA Título da Pesquisa: SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR E SUA INTERCONEXÃO COM AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE Pesquisador: Juliana Marques Weykamp Tavares Área Temática: Versão: 2 CAAE: 80470717.0.3001.5530 Instituição Proponente: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO SA Patrocinador Principal: Financiamento Próprio																
DADOS DO PARECER Número do Parecer: 2.604.534 Apresentação do Projeto: Vide parecer anterior. Objetivo da Pesquisa: Vide parecer anterior. Avaliação dos Riscos e Benefícios: Vide parecer anterior. Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Vide conclusões ou pendências e lista de inadequações. Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Todos os termos de apresentação obrigatória estão adequados. Recomendações: Vide conclusões ou pendências e lista de inadequações. Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Todas as pendências apontadas no parecer anterior foram ATENDIDAS. Projeto aprovado de acordo com as normas éticas em pesquisa, em especial a Resolução CNS/466-12.																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4">Endereço: Francisco Train, 596 - Centro Administrativo do GHC</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Bairro: CRISTO REDENTOR</td> <td colspan="2">CEP: 91.350-200</td> </tr> <tr> <td>UF: RS</td> <td colspan="3">Município: PORTO ALEGRE</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (51)3255-1893</td> <td>Fax: (51)3255-1893</td> <td colspan="2">E-mail: cep-ghc@ghc.com.br</td> </tr> </table>	Endereço: Francisco Train, 596 - Centro Administrativo do GHC				Bairro: CRISTO REDENTOR		CEP: 91.350-200		UF: RS	Município: PORTO ALEGRE			Telefone: (51)3255-1893	Fax: (51)3255-1893	E-mail: cep-ghc@ghc.com.br	
Endereço: Francisco Train, 596 - Centro Administrativo do GHC																
Bairro: CRISTO REDENTOR		CEP: 91.350-200														
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE															
Telefone: (51)3255-1893	Fax: (51)3255-1893	E-mail: cep-ghc@ghc.com.br														

APÊNDICE C
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOCTORADO EM ENFERMAGEM

**AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DA ASSOCIAÇÃO
HOSPITALAR VILA NOVA**

Rio Grande, _____ de 2017

Exmo. Sr(a),

Ao cumprimentá-lo(a) cordialmente, vimos respeitosamente, por meio deste, solicitar à V. S^a permissão para desenvolver o trabalho de pesquisa intitulado: **Serviço de Atenção Domiciliar e sua interconexão com as Redes de Atenção à Saúde**, orientado pela Prof^ª. Dr^ª. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente permanente do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS.

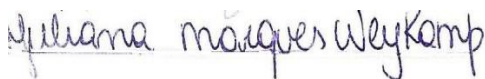
A pesquisa tem como objetivo geral: Investigar e analisar o processo da organização e funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades de AD2 e AD3, e sua interconexão com a AD1 e demais serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde na região urbana de Porto Alegre.

A relevância do presente estudo está alicerçada em construir conhecimentos capazes de contribuir para perceber a saúde como um sistema, ou seja, um ecossistema, cujos elementos que dele participam se relacionam, interdependem, se influenciam mutuamente e são capazes de transformações. Além disso, salienta-se que a presente pesquisa poderá contribuir com subsídios capazes de colaborar nessa área de atuação, tanto na academia como no campo prático, tornando os acadêmicos e os profissionais conscientes do impacto decorrente da AD para o usuário e sua família. E ainda, da implicação das RAS frente a integração de ações e serviços de saúde em diferentes níveis de atenção, com vistas a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Na certeza de contar com a compreensão, apoio e habitual cordialidade de V. S^a, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente



Enf^ª Juliana Marques Weykamp
Doutoranda em Enfermagem FURG
Email: julianaweykamp@gmail.com



Prof^ª Dr^ª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Orientadora
Email: hedihsiqueira@gmail.com

Exmo. Sr(a): _____
DD Responsável pelo Serviço de Atenção Domiciliar
Hospital Vila Nova
Porto Alegre/RS

APENDICE D
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOCTORADO EM ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO À DIREÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COMPESQ



TÍTULO DO PROJETO: *Serviço de Atenção Domiciliar e sua interconexão com as redes de atenção à saúde*

Pesquisador responsável: *Juliana Weykamp*

Avaliador do COMPESQ: *Martins Almeida*

O Projeto Contém os seguintes itens?

- ✓ Título
- ✓ Autor(es)
- ✓ Resumo/Descritores
- ✓ Local de Origem
- ✓ Local de Realização
- ✓ Introdução
- ✓ Objetivos
- ✓ Material e Métodos
- ✓ Cronograma
- ✓ Orçamento
- ✓ Referências Bibliográficas
- ✓ Termo de Consentimento Informado

Observações:

Sugiro inserir determinar um número aproximado de consultas com a psicóloga, a partir do número esperado de participantes da pesquisa, e constar esta informação também no orçamento da pesquisa.

Preenchimento da folha de rosto – Plataforma Brasil:

Contém a descrição do Item 14? *Não. Solicitada inserção.*

Preenchimento da Folha de Encaminhamento ao CEPAS:

Contém assinatura do orientador do estudo? *Sim.*

Contém código da área do conhecimento, conforme o CNPQ? *Sim*

Contém Dados do autor principal? *Sim*

Contém link para o Currículo Lattes (Http://)? *Sim*

O projeto caracteriza-se um Projeto de Pesquisa?

- ✓ *Sim* ☐ *Não*

Aprovação

- ✓ *Projeto Aprovado*

Atenciosamente,
 COMPESQ.

Rio Grande, 27 /11/2017.

APÊNDICE E
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOCTORADO EM ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA



CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 03/ 2018

CEPAS 84/2017

Processo: 23116.009679/2017-57

CAAE: 80470717.0.0000.5324

Título da Pesquisa: Serviço de atenção domiciliar e sua interconexão com as redes de atenção à saúde

Pesquisador Responsável: Juliana Marques Weykamp Tavares

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 190/2017, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**Serviço de atenção domiciliar e sua interconexão com as redes de atenção à saúde**".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/12/2018.

Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

Rio Grande, RS, 09 de janeiro de 2018.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

APÊNDICE F
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOCTORADO EM ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.622.957

Outros	INSTRUMENTODADOSDOCUMENTAL.pdf	27/11/2017 22:22:30	juliana marques weykamp	Aceito
Outros	INSTRUMENTODECOLETADE DADOS ROTEIRO DA ENTREVISTA DO COORDENADOR NADORSADAD2AD3.pdf	27/11/2017 22:20:13	juliana marques weykamp	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGHC.pdf	27/11/2017 22:13:25	juliana marques weykamp	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 26 de Abril de 2018

Assinado por:
Alexandre Luis da Silva Ritter
 (Coordenador)

APÊNDICE G

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - ROTEIRO DA ENTREVISTA DO
COORDENADOR SAD AD2 e AD3

Número da entrevista:	C _{sad} ()
Sexo: ☐ F ☐ M	
Profissão:	
Tempo de atuação nesta área: ☐ menos de 12 meses ☐ entre 12 e 24 meses ☐ acima de 24 meses	
Área de abrangência da AD (Bairro):	
Número de equipes multiprofissionais atuantes na AD:	
Número de enfermeiros atuantes na AD:	

QUESTÕES ORIENTADORAS DA ENTREVISTA:

1. Que modalidades do SAD (AD1, AD2 e A3) são desenvolvidas neste município, e de que forma?
2. Há quanto tempo essas modalidades foram implantadas?
3. Como funciona o SAD? Para quem é desenvolvido?
4. Quais as solicitações de AD mais comuns? Qual o perfil dos usuários que vocês atendem? Conseguem atender todas as solicitações? ☐ Sim. Como? ☐ Não. Quais os motivos? Quantos usuários ficam sem atendimento ao mês?
5. Você sabe quantos atendimentos são realizados por mês por cada equipe? ☐ Sim. Quantos? ☐ Não. Por quê?
6. Como o SAD se organiza em relação ao tempo de permanência em cada residência, atribuições dos profissionais, distribuição de atividades, priorização, planejamento, reavaliação, encaminhamentos?
7. Quais as potencialidades na operacionalização do SAD? E as dificuldades enfrentadas?
8. Como é realizada a admissão do usuário ao SAD? Quais os critérios adotados? Quais os meios de acesso?
9. Quais os critérios para o desligamento do usuário no SAD? O que ocorre após esse desligamento?
10. Quais são os serviços interconectados ao SAD?
11. Como se dá o processo de referência e contra referência do SAD com os demais serviços? Como você vê essa interconexão?
12. Em sua opinião, o que está sendo feito do que foi proposto no SAD?
13. O (a) Sr(a) percebe que houve transformações desde a implantação do SAD na saúde da população?
14. Diga com suas palavras, que transformações aconteceram?
15. Como o Sr(a) avalia o desenvolvimento do SAD em seu município?
16. O (a) Sr(a) gostaria de acrescentar algo sobre o SAD?

APÊNDICE H

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DOUTORADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA - ROTEIRO DA ENTREVISTA DO(A) COORDENADOR(A) DA AD1, UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Número da entrevista:	C ()
Sexo: ☐ F ☐ M	
Idade:	
Ano de formação:	
Área de abrangência da AD (Bairro) em que atua:	
Instituição de saúde:	
Tempo de atuação nesta área: ☐ menos de 12 meses ☐ entre 12 e 24 meses ☐ acima de 24 meses	
Número de profissionais que compõem a equipe:	

QUESTÕES ORIENTADORAS DA ENTREVISTA:

1. Como são desenvolvidas as práticas em saúde no seu serviço?
2. A sua instituição atua junto a outros serviços ou instituições de saúde do seu município?
3. Quais são os serviços interconectados a sua instituição de saúde?
4. Como se dá o processo de referência e contra referência da sua instituição com os demais serviços? Como você vê essa interconexão?
5. O Sr(a) tem como explicar o funcionamento do SAD?
6. O Sr(a) tem recebido encaminhamentos de usuários do SAD AD2 e AD3? Como acontece esse processo?
7. No seu entender existem potencialidades de melhorias com essa modalidade de interconexão entre os serviços de saúde? Quais?
8. E dificuldades, também encontra? Quais?
9. O Sr (a) gostaria de acrescentar algo?

APÊNDICE I
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS DOCUMENTAL

Instituição:	Ano:	Mês:
Número de pacientes em Atenção domiciliar:		
Número de visitas:		
Novas admissões:		
Admissões oriundas da APS:		
Admissões oriundas de Hospitais:		
Intercorrências no domicílio:		
Número de altas:		
Número de óbitos domiciliares:		
Número de óbitos declarados no domicílio:		
Tempo de permanência em AD:		

APÊNDICE J

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOCTORADO EM ENFERMAGEM

CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA

Prezado(a) Sr(a),

Vimos respeitosamente através deste, convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada: **Serviço de Atenção Domiciliar e sua interconexão com as Redes de Atenção à Saúde.**

A pesquisa tem como objetivo geral: Investigar e analisar o processo da organização e funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades de AD2 e AD3 e sua interconexão com a AD1 e demais serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde na região urbana de Porto Alegre.

Os dados coletados serão utilizados para a produção científica que resultará na Tese de doutorado em Enfermagem/Saúde de Juliana Marques Weykamp do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da FURG sob a orientação da Profª Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira e outros trabalhos científicos a serem realizados.

Reiteramos e salientamos que sua participação, neste trabalho, é de fundamental importância para a obtenção de dados que auxiliarão no alcance da proposta desta pesquisa.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade.

Atenciosamente

Rio Grande, _____ de 2017

Juliana Marques Weykamp

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

Enfª Juliana Marques Weykamp
 Doutoranda em Enfermagem FURG
 Email: julianaweykamp@gmail.com

Profª Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
 Orientadora
 Email: hedihsiqueira@gmail.com

Sr(a) _____
 Nome: _____
 DD _____

APÊNDICE K
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOCTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Juliana Marques Weykamp, está desenvolvendo a presente pesquisa, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem na Área de concentração Enfermagem e Saúde da FURG, na linha de Pesquisa: O trabalho da Enfermagem Saúde.

A pesquisa será realizada sob a orientação da Profª Drª. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente permanente do Programa de Pós-Graduação do Curso de Enfermagem – Mestrado e Doutorado da FURG e tem como objetivo geral Investigar e analisar o processo da organização e funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades de AD2 e AD3, e sua interconexão com a AD1 e demais serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde na região urbana de Porto Alegre.

As informações coletadas serão utilizadas unicamente para os fins de trabalhos científicos, tendo caráter confidencial. A sua participação em muito contribuirá para o sucesso deste trabalho. No entanto, você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo. Os dados serão de uso restrito dos pesquisadores. Em qualquer fase do estudo, não existem despesas pessoais para o participante e também não há compensação financeira relacionada a sua participação.

Com essa pesquisa busca-se o contribuir com subsídios capazes de colaborar nessa área de atuação, tanto na academia como no campo prático, tornando os acadêmicos e os profissionais conscientes do impacto decorrente da AD para o usuário e sua família. E ainda, da implicação das RAS frente a integração de ações e serviços de saúde em diferentes níveis de atenção, com vistas a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Você concorda em participar desse estudo e aceita ser entrevistado(a)?

Pelo presente termo declaro ter sido esclarecido(a) pela doutoranda Juliana Marques Weykamp em relação aos objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada: **Serviço de Atenção Domiciliar e sua interconexão com as Redes de Atenção à Saúde.**

Declaro, outrossim, que fui informado (a) sobre:

- a) liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como, de retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e/ou prejuízo;
- b) garantia de privacidade, como também, proteção de minha imagem;
- c) riscos e benefícios desta pesquisa, assim como, a garantia de esclarecimentos antes e durante o curso da mesma, sobre a metodologia, objetivos e outros aspectos envolvidos no presente estudo;

d) a segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Assim, nestes termos considero-me livre e esclarecido (a) e, portanto, consinto em participar da presente pesquisa. Concedo ao autor da pesquisa e sua orientadora o direito de expressar as informações contidas na mesma, para divulgação dos resultados em trabalhos científicos.

Este documento está em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que será assinado em duas vias, ficando uma via em poder do respondente e a outra com a doutoranda responsável pela pesquisa.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do responsável pela pesquisa:

Juliana Marques Weykamp

Assinatura da orientadora da pesquisa:

Hedih Siqueira

Contato com o responsável pela pesquisa pelo fone (053) 984 35 63 54.

Email: julianaweykamp@gmail.com

Contato com a orientadora da pesquisa pelo fone (053) 3278 40 18.

Email: hedihsiqueira@gmail.com

Contato CEPAS – FURG: Rua Visconde de Paranaguá, 102. Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior - 1º Andar. Rio Grande/RS/Brasil. Fone: (053) 32374652

APÊNDICE L
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Serviço de Atenção Domiciliar e sua interconexão com as Redes de Atenção à Saúde.

Pesquisador responsável: Doutoranda Juliana Marques Weykamp

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira. Instituição/Departamento: Grupo Hospitalar Conceição e Associação Hospitalar Vila Nova

Local de recrutamento dos participantes: Serviço de Atenção Domiciliar Ad2 e Ad3

Local da coleta de dados dos participantes da pesquisa: Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades Ad2 e Ad3, Ad1, Unidades de Internação hospitalar, UPAs, Unidade de Urgência e Emergência.

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos usuários. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto, artigos científicos e trabalhos acadêmicos.

Os dados obtidos durante a presente pesquisa ficarão sob a responsabilidade do pesquisador responsável para poder realizar a análise e sua comparação. Posteriormente, serão arquivados, em caixa lacrada, por um período de cinco anos, e assim, se assegura a legitimidade do estudo e serão guardados no Banco de Dados do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde (GEES), sob a supervisão da Professora Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, orientadora deste projeto de tese e líder desse grupo de pesquisa, após este período os dados serão destruídos.

Rio Grande, _____ de 2017



Enf^a Juliana Marques Weykamp
Doutoranda em Enfermagem FURG
Email: julianaweykamp@gmail.com
Telefone: (53) 984356354

Prof^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Orientadora
Email: hedihsiqueira@gmail.com
Telefone: (53) 3278 40 18.

ANEXO

ANEXO A
Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

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.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e as diretrizes do SUS, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando o art. 15, inciso IV, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 29 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS e considera a Atenção Domiciliar como um de seus componentes;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da atenção básica;

Considerando a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar;

Considerando a Portaria nº 761/SAS/MS, de 8 de julho de 2013, que estabelece normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);

Considerando a Humanização como Política transversal na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, expressa no documento: "Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS"; e

Considerando a necessidade de reformulação da Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013, no intuito de qualificação da Atenção Domiciliar, bem como de adequação da normativa em função das mudanças no âmbito da gestão federal do programa, de forma a garantir o financiamento das equipes em funcionamento, resolve:

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Portaria redefine a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.

Art. 2º Para efeitos desta Portaria considera-se:

I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos dos realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à

internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e

III - cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

Art. 3º O SAD tem como objetivos:

I - Redução da demanda por atendimento hospitalar;

II - Redução do período de permanência de usuários internados;

III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e

IV - A desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

Art. 4º A AD seguirá as seguintes diretrizes:

I - Ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da RAS;

II - Estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde;

III - adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e

IV - Estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

CAPÍTULO II

DA INDICAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Seção I

Da indicação e das modalidades de Atenção Domiciliar

Art. 5º A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Art. 6º A AD será organizada em três modalidades:

I - Atenção Domiciliar 1 (AD 1);

II - Atenção Domiciliar 2 (AD 2); e

III - Atenção Domiciliar 3 (AD 3).

§ 1º A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos.

§ 2º A divisão em modalidades é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente, e, conseqüentemente, para adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais.

Art. 7º Nas três modalidades de AD, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

I - Trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS;

II - Identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo;

III - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;

IV - Promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares;

V - Utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;

VI - Pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território;

VII - articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas; e

VIII - participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes.

Art. 8º Considera-se elegível, na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

§ 1º A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.

§ 2º As equipes de atenção básica que executarem as ações na modalidade AD 1 devem ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatorios de especialidades e centros de reabilitação.

Art. 9º Considera-se elegível na modalidade AD 2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

I - Afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;

II - Afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;

III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou

IV - Prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

Art. 10. Considera-se elegível, na modalidade AD 3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

Art. 11. O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD 2 e AD 3 é de responsabilidade do SAD.

Parágrafo único. Fica facultado à EMAD Tipo 2 prestar assistência apenas na modalidade AD 2, caso não possua condições técnicas e operacionais para a execução da modalidade AD 3.

Art. 12. Ao usuário em AD acometido de intercorrências agudas será garantido atendimento, transporte e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, previamente definidas como referência para o usuário.

Art. 13. A admissão de usuários dependentes funcionalmente, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), será condicionada à presença de cuidador(es) identificado(s).

Art. 14. Será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações:

I - Necessidade de monitorização contínua;

II - Necessidade de assistência contínua de enfermagem;

III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;

IV - Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou

V - Necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.

Art. 15. O descumprimento dos acordos assistenciais entre a equipe multiprofissional e o usuário, familiar(es) ou cuidador(es) poderá acarretar a exclusão do usuário do SAD, ocasião na qual o atendimento do usuário se dará em outro serviço adequado ao seu caso, conforme regulação local.

Seção II

Do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

Art. 16. As equipes que compõem o SAD são:

I - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), que pode ser constituída como:

- a) EMAD Tipo 1; ou
- b) EMAD Tipo 2; e II - Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

§ 1º A EMAD e a EMAP devem ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme as normativas de cadastramento vigentes.

§ 2º A EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD.

Art. 17. A EMAD terá a seguinte composição mínima:

I - EMAD

Tipo 1:

- a) profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- b) profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- c) profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e
- d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe;

II - EMAD

Tipo 2:

- a) profissional médico com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho;
- b) profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;
- c) profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e
- d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

Parágrafo único. Nenhum profissional componente de EMAD poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

Art. 18. A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das CHS de seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho:

- I - Assistente social;
- II - Fisioterapeuta;
- III - fonoaudiólogo;
- IV - Nutricionista;
- V - Odontólogo;
- VI - Psicólogo;
- VII - farmacêutico; ou
- VIII - terapeuta ocupacional.

Parágrafo único. Nenhum profissional componente da EMAP poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

Seção III

Do Funcionamento do SAD

Art. 19. O SAD será organizado a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionará com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, em especial com a atenção básica, atuando como matriciadores dessas equipes, quando necessário.

§ 1º A EMAD realizará atendimento, no mínimo, 1 (uma) vez por semana a cada usuário.

§ 2º A EMAP será acionada somente a partir da indicação clínica da EMAD, para dar suporte e complementar suas ações.

§ 3º Durante o período em que o usuário estiver sob os cuidados do SAD, a equipe de atenção básica de sua referência deverá compartilhar o cuidado, participando na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) daquele usuário.

§ 4º O SAD deverá articular-se com os outros serviços da RAS, principalmente hospitais, serviços de urgência e Atenção Básica, buscando evitar demanda direta dos usuários.

Art. 20. A admissão do usuário ao SAD exigirá a sua prévia concordância e de seu familiar ou, na inexistência de familiar, de seu cuidador, com assinatura de termo de esclarecimento e reponsabilidade.

Art. 21. Em Municípios com porte populacional que permita a implantação de mais de 1 (uma) EMAD, fica facultada a organização do SAD a partir de arranjos diferenciados compostos por EMAD responsável pelo cuidado de pacientes com características específicas, tais como equipes voltadas para o atendimento infantil e neonatal.

Art. 22. Estima-se, em média, o atendimento de 60 (sessenta) usuários para cada EMAD Tipo 1 e 30 (trinta) usuários para cada EMAD Tipo 2, mensalmente.

Art. 23. O SAD ofertará, no mínimo, 12 (doze) horas/dia de funcionamento, de modo que o trabalho da EMAD seja no formato de cuidado horizontal (diarista) em dias úteis e nos finais de semana e feriados, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde, podendo utilizar, nestas ocasiões, o regime de plantão.

Parágrafo único. A EMAP deverá apoiar a EMAD nos dias úteis e, quando necessário, ter escala especial para finais de semana e feriados.

Art. 24. As equipes contarão com infraestrutura especificamente destinada para o seu funcionamento que contemple:

- I - Equipamentos;
- II - Material permanente e de consumo;
- III - aparelho telefônico; e
- V - Veículo(s) para locomoção das equipes.

§ 1º Os equipamentos e os materiais citados no "caput", bem como os prontuários dos usuários atendidos pelo SAD serão instalados na estrutura física de unidade de saúde municipal, estadual ou do Distrito Federal, a critério do gestor de saúde local.

§ 2º Não é obrigatório que o SAD possua sede própria, podendo estar sediado em estabelecimento de saúde, conforme regras definidas em normativa específica.

CAPÍTULO III

DOS REQUISITOS E FLUXOS PARA HABILITAÇÃO DO SAD

Seção I

Dos requisitos para habilitação

Art. 25. São requisitos para habilitação do SAD:

I - População municipal igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população mais recente estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

II - Hospital de referência no Município ou região a qual integra; e

III - cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) habilitado e em funcionamento.

§ 1º A população mínima referida no inciso I do "caput" pode ser atingida por um Município, isoladamente, ou por meio de agrupamento de Municípios cuja população seja inferior a 20.000 (vinte mil) habitantes, devendo ocorrer, nesse caso, prévia pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR);

§ 2º Em Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes será aceito serviço de atendimento móvel de urgência equivalente ao SAMU.

§ 3º Os Municípios com proposta de SAD por meio de agrupamento deverão celebrar convênio, pactuar Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) ou estabelecer outro formato jurídico Inter federativo responsável por registrar as atribuições e responsabilidades entre os entes federativos.

§ 4º Os Municípios referidos no § 3º deverão aprovar os acordos celebrados entre si na respectiva CIB ou na CIR, se houver, e enviá-los ao Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAHU/SAS/MS), juntamente com o projeto referido na Seção seguinte.

§ 5º No caso de o proponente do SAD ser a Secretaria Estadual de Saúde, o projeto deverá ser pactuado com o gestor municipal de saúde do(s) Município(s) em que o SAD atuará, aprovado na CIB, não sendo permitida a duplicidade de proponentes para um mesmo Município.

§ 6º No caso do § 5º, o documento com o registro da pactuação deverá ser enviado ao DAHU/SAS/MS juntamente com o projeto referido na Seção seguinte.

Art. 26. Os Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes poderão solicitar habilitação de EMAD Tipo 1.

Art. 27. Municípios com população inferior a 40.000 (quarenta mil) habitantes poderão solicitar habilitação de EMAD Tipo 2, individualmente, se tiverem população entre 20.000 (vinte mil) e 39.999 (trinta e nove mil e novecentos e noventa e nove) habitantes ou por meio de agrupamento, no caso daqueles com menos de 20.000 (vinte mil) habitantes.

Art. 28. Municípios com população igual ou maior que 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, poderão solicitar a segunda EMAD e, sucessivamente, 1 (uma) nova EMAD a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes.

Art. 29. Todos os Municípios com uma EMAD, tipo 1 ou tipo 2, poderão solicitar 1 (uma) EMAD, sendo possível a implantação de mais 1 (uma) EMAD a cada 3 (três) EMAD a mais implantadas.

Seção II

Conteúdo e fluxo do projeto para criação ou ampliação do SAD

Art. 30. O gestor de saúde do Município, Estado ou Distrito Federal deverá elaborar projeto para criação ou ampliação do SAD, contemplando os seguintes requisitos:

I - quadro resumo que contenha os seguintes dados: Município, Unidade Federativa, população, nome e contatos (telefone e e-mail) do Coordenador ou Referência Técnica da Atenção Domiciliar, proponente (Município, Estado ou Distrito Federal), número de equipes por tipo, confirmação de SAMU ou serviço equivalente e confirmação de hospital de referência no Município ou região;

II - Objetivos do projeto;

III - caracterização do(s) ente(s) federativo(s) proponentes, a partir de dados sócio-demográficos, da descrição dos serviços de saúde existentes e perfil epidemiológico, com problematização e justificativas para a implantação da política;

IV - Especificação do número de equipes (EMAD e EMAP) previstas, observados os critérios e os prazos descritos nesta Portaria, incluindo os territórios de abrangência;

V - Quadro de profissionais, mencionando as CHS;

VI - Descrição da inserção do SAD na RAS, incluindo serviços de referência, de forma a assegurar fluxos para:

a) admissão, alta e intercorrências com a rede básica, de urgências e hospitalar;

b) encaminhamentos para especialidades e para métodos complementares de diagnóstico tanto para situações eletivas quanto de urgência;

c) confirmação e expedição de atestado de óbito domiciliar; e

d) transporte e remoção do usuário, dentro das especificidades locais, tanto em situações eletivas indicadas pelo SAD, quanto de urgência;

VII - descrição da infraestrutura para o SAD, incluindo-se área física, mobiliário, telefone, equipamentos, veículo(s) para locomoção da(s) EMAD e EMAP;

VIII - descrição do funcionamento do SAD, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados;

IX - Proposta de educação permanente e capacitação para profissionais do SAD e cuidadores, indicando periodicidade e temáticas; e

X - Descrição de estratégias de monitoramento e avaliação do SAD, tomando como referência os indicadores propostos no Manual de Monitoramento e Avaliação: Programa Melhor em Casa, disponível no sítio eletrônico do Ministério da Saúde.

§ 1º Para Municípios com menos de 20.000 habitantes agrupados para proposta de SAD, o projeto deve observar requisitos adicionais descritos no Manual Instrutivo do SAD, bem como o documento previsto no § 2º do art. 25 desta Portaria.

§ 2º O gestor de saúde local enviará o projeto para criação ou ampliação do SAD ao DAHU/SAS/MS, por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde. (SAIPS).

Art. 31. O DAHU/SAS/MS fará a análise do projeto de criação ou ampliação do SAD, considerando-se as diretrizes e critérios previstos nesta Portaria e a disponibilidade orçamentária, bem como providenciará o devido encaminhamento interno com vistas à publicação de ato normativo de habilitação dos entes federativos beneficiários.

§ 1º Publicada a portaria de habilitação, o gestor local deverá implantar a(s) equipe(s) solicitada(s), promovendo o cadastramento destas no SCNES em até 3 (três) meses, a contar da data de publicação da sua portaria de habilitação, sob pena de perder sua respectiva habilitação.

§ 2º Equipes descadastradas do SCNES por 6 (seis) competências seguidas ou com suspensão de repasse de recursos de custeio por mais de 6 (seis) competências seguidas em função das irregularidades previstas no art. 36 desta Portaria, terão suas habilitações automaticamente revogadas.

Art. 32. O cadastramento das EMAD e EMAP, no SCNES, deverá ser feito em unidades cujas mantenedoras sejam as secretarias de saúde estaduais, do Distrito Federal ou municipais ou, ainda, unidades que façam parte da rede conveniada ao SUS, conforme as regras de cadastramento publicadas em ato específico.

Art. 33. Os estabelecimentos de saúde credenciados no código 13.01 (Internação Domiciliar) até a data de publicação desta Portaria permanecerão habilitados e continuarão recebendo os recursos financeiros devidos por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), informadas no SIH-SUS.

§ 1º Após a publicação desta Portaria, não poderão ser habilitados novos estabelecimentos de saúde no código 13.01.

§ 2º Não será permitido o registro concomitante de usuário em serviço com habilitação 13.01 e em SAD, sendo considerado faturamento duplicado.

CAPÍTULO IV DO FINANCIAMENTO

Art. 34. O incentivo financeiro de custeio para a manutenção do SAD será distribuído da seguinte forma:

- I - R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por mês para cada EMAD tipo 1;
- II - R\$ 34.000,00 (trinta e quatro mil reais) por mês para cada EMAD tipo 2; e
- III - R\$ 6.000,00 (seis mil reais) por mês para cada EMAP.

Parágrafo único. O incentivo financeiro será repassado mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiado.

Art. 35. O repasse do incentivo financeiro previsto no art. 34 será condicionado ao cumprimento dos seguintes requisitos:

- I - Recebimento, análise técnica e aprovação, pelo Ministério da Saúde, do projeto de criação ou ampliação do SAD;
- II - Habilitação do Município, Estado ou Distrito Federal com o quantitativo de equipes que comporão o SAD, por meio de portaria publicada no Diário Oficial da União (DOU); e
- III - inclusão, pelo gestor local de saúde, da(s) EMAD e, se houver, da(s) EMAP no SCNES, correspondendo ao início de funcionamento destas, condicionando, assim, o início do repasse financeiro mensal.

Art. 36. O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos financeiros definidos nesta Portaria nas seguintes situações:

- I - Inexistência ou desativação dos estabelecimentos de saúde em que as EMAD e EMAP estiverem sediadas;
- II - Ausência, por um período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as EMAD e EMAP, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica;
- III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das EMAD e EMAP; ou
- IV - Falha na alimentação do Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB), ou outro que o substitua, por três competências seguidas.

Parágrafo único. As situações descritas neste artigo serão constatadas por meio de monitoramento dos sistemas de informação, por supervisão direta do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, ou por auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS), sem prejuízo da apuração, de ofício, de eventual comunicação de irregularidade.

Art. 37. Além do disposto no art. 36, o ente federativo beneficiário estará sujeito:

- I - À devolução imediata dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do Programa, acrescidos da correção monetária prevista em lei; e
- II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado.

Art. 38. O monitoramento de que trata esta Portaria não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Art. 39. Eventual complementação aos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio das ações do SAD é de responsabilidade conjunta dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB e, se houver, na CIR.

Art. 40. Os recursos orçamentários objetos desta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585.000G - Atenção à Saúde da População em Média e Alta Complexidade - Melhor em Casa e possuem caráter plurianual.

Parágrafo único. Os recursos serão destinados ao custeio das EMAD e EMAP cadastradas no SCNES no mês anterior ao da respectiva competência financeira, sendo responsabilidade dos gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a manutenção e atualização dessas informações.

Art. 41. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, aos fundos municipais e estaduais de saúde, conforme valores descritos no Anexo.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42. Fica atualizado o quantitativo de habilitações de equipes de EMAD e EMAP, com base nas equipes cadastradas no SCNES na competência definitiva de dezembro de 2015, considerando-se as proporções e os prazos previstos nos art. 29 e 31 desta Portaria.

§ 1º As equipes cadastradas no SCNES até a publicação desta Portaria, previamente habilitadas, serão consideradas vigentes e automaticamente incluídas na relação constante do Anexo a esta Portaria.

§ 2º Desde a competência financeira de janeiro/2016, fica autorizada a transferência do custeio mensal de 1/12 (um doze avos) do valor anual aos entes beneficiários, conforme detalhado no Anexo.

§ 3º Novas habilitações ocorrerão por meio de portarias com esta finalidade, observando-se o disposto nesta Portaria e as disponibilidades orçamentárias e financeiras de cada exercício.

Art. 43. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 44. Ficam revogadas:

I - A Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013, publicada no DOU nº 101, Seção 1, do dia seguinte, p. 30;

II - A Portaria nº 1.208/GM/MS, de 18 de junho de 2013, publicada no DOU nº 116, Seção 1, do dia seguinte, p. 37;

III - a Portaria nº 1.505/GM/MS, de 24 de julho de 2013, publicada no DOU nº 142, Seção 1, do dia seguinte, p. 33; e

IV - A Portaria nº 2.290/GM/MS, de 21 de outubro de 2014, publicada no DOU nº 204, Seção 1, do dia seguinte, p. 39.

MARCELO CASTRO
Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde