

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**ANNE KAROLINE CÂNDIDO E SILVA BERNARDES**

**A Atenção Domiciliar como dispositivo para a estruturação da Rede de Atenção à  
Saúde: o caso do município de Araraquara – SP**

**São Carlos**

**2018**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

**A Atenção Domiciliar como dispositivo para a estruturação da Rede de Atenção à  
Saúde: O caso do município de Araraquara - SP**

**ANNE KAROLINE CÂNDIDO E SILVA BERNARDES**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos na linha de pesquisa Gestão do Trabalho e Saúde, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.**

**Orientador:** Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo

**São Carlos**

**2018**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



## FOLHA DE APROVAÇÃO

Anne Karoline Candido e Silva Bernardes

**“A Atenção Domiciliar como dispositivo para a estruturação da Rede de Atenção  
à Saúde: o caso do município de Araraquara”**

Trabalho de Conclusão de mestrado  
apresentado à Universidade Federal de  
São Carlos para obtenção do Título de  
Mestre junto ao Programa de  
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 19/12/2017

### COMISSÃO EXAMINADORA:

- Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo - PPGGC
- Dr.<sup>a</sup> Adriana Barbieri Feliciano - PPGGC
- Dr.<sup>a</sup> Laura Camargo Macruz Feuerwerker - Faculdade de Saúde Pública- Universidade de São Paulo

*À querida professora Alana por acreditar, confiar e me encorajar nesta jornada. Sem seu carinho, cuidado e persistência nada disso teria acontecido. Acredito que nada é por acaso.*

*Sou muito grata por nossos caminhos terem se cruzado.*

*Aos meus queridos familiares pelo amor e pela compreensão nas ausências. Em especial á minha amada mãe Helena, pelas orações e por estar sempre presente me permitindo pegar carona nos sonhos tidos como impossíveis.*

*Ao meu querido marido Fábio, por estar comigo no árduo e continuo caminho do autoconhecimento e neste percurso partilharmos batalhas recheadas por alegrias e aprendizados, crescendo juntos, na mesma proporção que nosso amor e cumplicidade.*

*“A expressão reta não sonha.  
Não use o traço acostumado.  
A força de um artista vem das suas derrotas.  
Só a alma atormentada pode trazer para a voz um formato de pássaro.  
Arte não tem pensa:  
O olho vê, a lembrança revê, e a imaginação transvê.  
É preciso transver o mundo.”  
Manoel de Barros*

## **Agradecimentos**

Primeiramente a Deus por ter me concedido esta oportunidade de crescimento. Eu não teria conseguido se Ele não fosse o meu guia.

Ao meu orientador Professor Dr. Wagner dos Santos Figueiredo, pela persistência de caminhar comigo. Sou muito grata pela paciência que devotou a mim.

Às Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laura Camargo Macruz Feuerwerker e à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adriana Barbieri Feliciano por trazerem contribuições preciosas para potencializar o estudo. Também pela disponibilidade em participar da banca de defesa, mesmo na proximidade de uma data tão festiva.

Aos colegas do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica pelos poucos e bons momentos que compartilhamos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara e aos trabalhadores das unidades de saúde e dos colegas do Serviço de Atenção Domiciliar. Sem o consentimento desta secretaria e sem a participação de vocês nada disso estaria se concretizando.

## RESUMO

**Introdução:** A demanda por atenção domiciliar (AD) vem aumentando devido à acelerada transição demográfica e epidemiológica em todo Brasil. A AD faz parte da prática de diversos serviços inseridos na Rede de Atenção à Saúde. Enquanto modelo de saúde deve produzir cuidado e integralidade nos diversos níveis de intensidade de cuidado. **Objetivo:** Compreender a contribuição da AD como dispositivo na estruturação da Rede de Atenção à Saúde no município de Araraquara, situado no interior do estado de São Paulo. **Métodos:** Estudo de caso com uma proposta metodológica de abordagem qualitativa. Utilizou-se da entrevista semiestruturada a 14 trabalhadores de saúde da rede básica do município, entre agosto de 2016 e abril de 2017. Utilizado a análise de conteúdo com definição de categorias empíricas. As categorias analisadas foram: Rede de Atenção à Saúde; Atenção Domiciliar; Atenção Básica e Atenção Domiciliar e por fim, a Atenção Domiciliar na rede de atenção. Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) e aprovado sob o parecer número 1.680.558/2016. **Resultados e Discussão:** Os trabalhadores de saúde entrevistados relataram a atenção domiciliar como uma prática dos serviços da rede, mas também como uma modalidade de atenção. Reforçaram o seu desenvolvimento por diferentes unidades de saúde, e especial, pelas unidades básicas de saúde vinculadas a estratégia saúde da família. E também, as ações desenvolvidas pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Pontuaram que as ações que estão sendo desenvolvidas atualmente não correspondem às demandas dos atendimentos. Apontaram a necessidade da articulação da Rede de Saúde de forma mais dinâmica e viva, para que o usuário seja assistido em sua integralidade. Destacaram o cuidado ao cuidador no domicílio. **Conclusão:** A atenção domiciliar se desenvolve em diversos espaços, mas principalmente transformando um novo espaço de cuidado: o domicílio. Para que a efetivação do cuidado seja integral a consideração da cultura e subjetividade das pessoas que residem naquele espaço é essencial para a formação do vínculo entre trabalhadores e cuidadores e assim dar continuidade ao cuidado, buscando através dessa prática a corresponsabilização do cuidado e a autonomia da família. A AD pode ser um dispositivo de estruturação da RAS, para dar visibilidade aos vazios da atenção. O SAD pode se constituir num formador/capacitador da rede para a realização do cuidado domiciliar. A atenção domiciliar parece ter um papel importante como uma estratégia que assegura o atendimento em sua amplitude, capacitando os trabalhadores das unidades básicas de saúde sob a luz das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), gerando um movimento para a transformação da rede viva de cuidados.

**Palavras-chave:** Atenção domiciliar, Serviço de Atenção Domiciliar; Produção de cuidado; Dispositivo de rede.

## ABSTRACT

**Introduction:** The demand for homecare (AD) is increasing due to the accelerated demographic and epidemiological transition throughout Brazil. The AD is part of the practice of various services within the network of Attention to Health. While health model should produce caution and completeness in the various levels of intensity of care. **Objective:** To understand the contribution of AD as a device in the structuring of the Health Care Network in the city of Araraquara, situated in the interior of the state of São Paulo. **Methods:** a case study of a methodological proposal for a qualitative approach. We used the interviews to 14 health workers of the municipality's primary network, between August 2016 and April 2017. Used the content analysis by means of the separation of empirical categories. The categories were analyzed: Network of Attention to Health; Homecare; Basic Care and homecare and finally, the Homecare in the network of attention. This study was submitted to the Ethics and Research Committee of Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) and approved under the opinion number 1,680.558/2016. **Results and Discussion:** The health workers interviewed reported the homecare as a practice of network services, but also as a modality of care. Reinforced its development by basic health units, especially those with family health. And also, the actions developed by the Service Homecare (SAD). Scored that the actions that are being developed currently does not correspond to the demands of care. Pointed out the need for articulation of the health network of a more dynamic and alive, so that the user is assisted in its entirety. Highlighted care for caregivers in the home. **Conclusion:** The homecare develops at different spaces, but mainly by transforming a new space of caution: the household. For the realization of the care is integral to consideration of culture and subjectivity of people who reside in that space is essential for the formation of the bond between workers and caregivers and thus be continuity of care. Looking through this practice to corresponsabilização of care and the autonomy of the family. The AD can be a device for structuring of RAS, to give visibility to the pallets of attention. And the sad if constitute a trainer/enabler of network for the implementation of home care. Introducing the homecare as a strategy that ensures the care in its amplitude. Empowering the workers of basic health units under the light of the guidelines of the National Policy of Humanization (PNH), generating a movement for the transformation of the living network of care.

**Keywords:** Homecare, Homecare; Production of care; network device.



## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1	Participantes da pesquisa .....	32
----------	---------------------------------	----

## **LISTA DE MAPAS**

MAPA 1	RRAS e DRS do Estado de São Paulo .....	25
--------	---	----

MAPA 2	Subdivisões das Microrregiões dos DRSs .....	25
--------	--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AD 1</b>	Atenção Domiciliar tipo 1
<b>AD 2</b>	Atenção Domiciliar tipo 2
<b>AD 3</b>	Atenção Domiciliar tipo 3
<b>AD</b>	Atenção Domiciliar
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CAPS/AD</b>	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
<b>CDIP</b>	Centro de Diagnóstico e Intervenção Precoce
<b>CER</b>	Centro Especializado em Reabilitação
<b>CEREJA</b>	Centro de Referência do Jovem e Adolescente
<b>CEREST</b>	Centro de Referência do Trabalhador
<b>CISA</b>	Centro Integrado de Saúde Auditiva
<b>CISA</b>	Centro Integrado de Saúde Auditiva
<b>CP</b>	Cuidados Paliativos
<b>CRASMA</b>	Centro de Referência de Saúde Mental Adulto
<b>CRIA</b>	Centro de Referência à Saúde do Idoso
<b>DCNT</b>	Doença Crônica Não Transmissível
<b>DRS</b>	Departamento Regional de Saúde
<b>EMAD</b>	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
<b>EMAP</b>	Equipe Multiprofissional de Apoio
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>GTH</b>	Grupo de Trabalho de Humanização
<b>HEAB</b>	Hospital Estadual de Américo Brasiliense
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NGA3</b>	Núcleo de Gestão Assistencial
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PTS</b>	Projeto Terapêutico Singular
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>RRAS</b>	Redes Regionais de Atenção à Saúde
<b>SAD</b>	Serviço de Atenção Domiciliar
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Médico de Urgência

<b>SARA</b>	Serviço de Atendimento de Reabilitação de Araraquara
<b>SARA</b>	Serviço de Atenção e Reabilitação de Araraquara
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UMED</b>	Unidade Médica de Diagnóstico
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 Apresentação.....</b>	<b>11</b>
<b>2 Introdução.....</b>	<b>13</b>
2.1 O SUS e a Rede de Atenção.....	16
2.2 Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde.....	18
2.3 A Política Nacional de Humanização (PNH).....	19
2.4 Atenção Domiciliar .....	21
2.5 A RAS do município de Araraquara .....	25
<b>3 Objetivos .....</b>	<b>30</b>
3.1 Objetivo geral .....	30
3.2 Objetivos Específicos .....	30
<b>4 Metodologia .....</b>	<b>31</b>
4.1 Planejamento da Pesquisa.....	31
4.2 Caracterização dos serviços onde os profissionais estão alocados.....	32
4.3 Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa .....	33
4.4 A entrada em campo e o processo de pesquisa .....	34
<b>5 Resultados e Discussão .....</b>	<b>36</b>
5.1 Rede de Atenção à Saúde .....	36
5.2 A Atenção Domiciliar .....	42
5.3 Atenção Domiciliar e Atenção Básica.....	51
5.4 A Atenção domiciliar na RAS .....	56
<b>6 Considerações Finais .....</b>	<b>61</b>
<b>7 Referências.....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>71</b>

## 1 Apresentação

Após a conclusão do curso de Serviço Social em 2010, trabalhei como assistente social em Organizações Não Governamentais (ONGs), por 3 anos. Neste período sempre me interessei pelas reflexões referentes à questão social: suas causas e consequências, como ela afeta o cotidiano das pessoas, e como poderia interferir para amenizar as mazelas que ela produz.

Em abril de 2013, recebi a convocação para integrar o quadro efetivo da Prefeitura Municipal de Araraquara. Inicialmente relutei. Estava sendo contratada para ser locada na secretaria de saúde. Mas durante minha formação não havia me aproximado desta área de atuação. E a saúde até então não era um objeto de estudo e reflexão. Aceitei o desafio e iniciei meus trabalhos na secretaria de saúde. Locada no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Conheci o funcionamento do serviço na prática, mas não conhecia muito bem o funcionamento da rede. Buscando conhecer melhor sobre a Rede de Atenção do Município, foi que em janeiro de 2014, me inscrevi para realização do curso de Especialização em Regulação em Saúde no SUS, desenvolvido pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa e pelo Ministério da Saúde. A partir daí, as ideias foram se encaixando e fui percebendo que as questões de saúde estão intrinsecamente ligadas aos reflexos da questão social. Que a integralidade do cuidado perpassa os mais diversos sistemas.

Desde então, venho aprimorando e qualificando meu olhar sob uma prática profissional integral, com olhar reflexivo e especial pela Atenção Domiciliar (AD), vendo nela um espaço potente e possibilitador de diversas intervenções.

Atualmente trabalho sob as demandas da Equipe de Atenção Domiciliar (EMAD). Foi a partir daí que surgiu minha inquietação para a realização desta pesquisa: Qual a potencialidade que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) pode assumir na rede de atenção à saúde? A atenção domiciliar é desenvolvida por quem e para quem? Como a rede vê a intervenção e articulação da Atenção Domiciliar?

Não podemos negar que AD traz em si, um forte debate sob as formas que pode ser implementada: hora sob a ótica racionalizadora, visando à redução de custos, hora intencionando a reorientação do modelo de atenção. Porém, ambas as óticas requerem um olhar qualificado e a possibilidade da criação de vínculos para serem realizadas. Neste novo espaço de cuidado: o domicílio, quem cuida de quem

cuida? Estas e outras indagações me levaram a tornar este o meu objeto de pesquisa. Para verificar se a AD pode atuar como elo de ligação da rede, para um cuidado equânime e integral.

## 2 Introdução

O sistema de saúde vigente no Brasil é fruto de manifestações e movimentações populares, o que acarreta características potentes ao seu desenvolvimento. Para a consolidação do sistema, tem-se discutido a sua organização segundo as necessidades de saúde dos usuários, levando em consideração fatores como a extensão e variação sociocultural do país (SEIXAS, 2014).

Na organização desse sistema, o Sistema Único de Saúde (SUS), leva-se em conta o perfil epidemiológico e demográfico da população, considerando seu contexto histórico e cultural (MENDES, 2010; PAIM, 2003; VICTORA et al, 2011).

Segundo Freese e Fontbonne (2006), compreende-se por “perfil demográfico e epidemiológico a expressão dinâmica das relações políticas, econômicas e sociais que ocorreram historicamente e ocorrem permanentemente no interior e entre várias sociedades”.

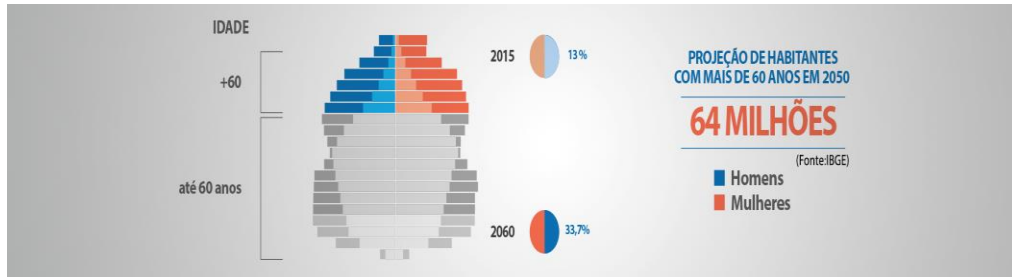
Para compreendermos melhor, a transição epidemiológica pode ser definida como a mudança nos padrões saúde/doença e suas interações, que sofrem influência dos determinantes demográficos, econômicos e sociais (TEIXEIRA, 2012).

Percebe-se que, a partir da segunda metade do século XX, esse perfil vem se alterando rapidamente. Pensar nesta mudança de forma linear, corre-se o risco de padronizar os fatores de adoecimento e morte de uma população, sem levar em consideração as variantes do contexto histórico e social, porém, estas mudanças exigem uma resposta rápida para estas novas demandas.

Segundo Andrade (2016), a transição demográfica no Brasil caracteriza-se pela redução nas taxas de mortalidade e nas taxas de natalidade ocasionando em significativas alterações na estrutura etária da população.

O gráfico abaixo nos exemplifica o crescendo número de idosos. Um comparativo com o ano de 2015 e a perspectiva para o ano de 2060. Os dados do IBGE (2014) nos trazem uma estimativa desta transição. Onde o número de idosos mais que dobra no país – a construção desses indicadores considerou a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2013. É importante considerar também que o número de mulheres é bem maior que o de homens, a partir dos 60 anos. Isso pode

indicar que os homens não estejam realizando um cuidado efetivo de sua saúde nos períodos produtivos de vida.



Fonte: UNA/SUS

Estas mudanças geram um aumento significativo dos gastos públicos com hospitalizações, licenças prolongadas, tratamentos e aposentadorias precoces. Além de prejuízos em relação a qualidade de vida do indivíduo e de sua família (CESSE e FRESSE, 2006).

As alterações de perfis apresentadas trouxeram reflexões e alterações relevantes para mudanças no modelo de atenção. Segundo Cesse e Fresse (2006) se antes, a “atenção era centrada no controle das doenças infecciosas e parasitárias, e indicava um aumento de diversas violências”, atualmente, passa a ser centrada nas doenças degenerativas e crônicas, provenientes muitas vezes, pelo próprio processo de envelhecimento do homem (LACERDA, 2006).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) vêm se desenvolvendo no Brasil num contexto social, econômico e sanitário marcado pela desigualdade e concentração de renda. Segundo Silva (2015) este cenário vem impulsionando “pensar os cuidados paliativos como uma necessidade e não uma alternativa”.

Os cuidados paliativos (CP), podem ser compreendidos como cuidados integrais destinados a pacientes cuja doença não responda mais aos tratamentos, ou seja, os CP, podem ser realizados á usuários com doenças crônicas. Estes cuidados visam o alívio do sofrimento do doente e das suas famílias nos aspectos psicossociais e físicos (PEREIRA, 2017).

A “vulnerabilidade social, a pobreza e a fragilidade das famílias potencializam a necessidade de rever os processos e ações práticas” (UCHÔA, 2003; AYRES, 2009), pois estas influenciam diretamente as condições de saúde dos indivíduos, sendo impactadas diretamente pelas transições já apresentada.



Este contexto coloca em evidência a necessidade de reorganização dos serviços de saúde para a existência de novos espaços de cuidado. O domicílio se legitima como um novo espaço de cuidado, resgatando e resguardando o direito e conceito de qualidade de vida e de “boa morte”, além de reafirmar o conceito de família como unidade de organização social – pois para que ocorra o cuidado no domicílio é indispensável o papel do cuidador. (QUEIROZ, 2013; SILVA et al, 2015; FEUERWERKER E MERHY, 2008)

A assistência domiciliar se institui como alternativa de desinstitucionalização. Trabalha a autonomia da família e/ou cuidador, que no ato de cuidar produz novos sentidos á sua ação, novas práticas e autonomia para si e para o sujeito que depende dos cuidados. O cuidado no domicílio pode se desenvolver em diversas modalidades, desde a substituição à internação hospitalar, racionalização de recursos até a humanização da atenção. A saber: internação hospitalar em decorrência de cuidados paliativos, assistência domiciliar, ambulatório, serviço de pronto-atendimento e hospice. (QUEIROZ, 2013; SILVA et al, 2015; THUMÉ et al, 2010).

Portanto, a atenção domiciliar pode ser implementada e discutida, sob diversos olhares que valem a reflexão: uma racionalizadora, que visa a redução de gastos através da abreviação da internação hospitalar, e outra que reflete sob a reorientação do modelo tecnoassistencial, como potente espaço para a produção de sentidos para a vida e para a morte (SILVA et al, 2010). Porém, ambas as perspectivas devem ser compreendidas a partir da intensidade do cuidado que deve ser prestado. A atenção domiciliar deve estar onde precisam dela.

Assim como deve-se desenvolver todos os cuidados na rede de atenção à saúde, o cuidado domiciliar também se desenvolve com base na produção de “tecnologias leves que proporcionem a produção do cuidado de forma integralizada”. Proporciona em seu fazer, a discussão de projetos terapêuticos que mobilizem o usuário, a família e os envolvidos no cuidado, levando em conta suas subjetividades e necessidades de saúde (MEHRY E FRANCO, 2003; FRANCO, 2003).

Ao adentrar o âmbito domiciliar a equipe tem conhecimento de outros aspectos da vida familiar, como questões relacionadas a convivência familiar, conflitos que se arrastam a anos. Aspectos sociais e psicológicos, que podem passar despercebidas em um atendimento na unidade de saúde. A AD por adentrar

o espaço do outro possibilita a formação do vínculo com a família, tão fundamental para a continuidade do tratamento (SILVA, 2010).

## **2.1 O Sistema Único de Saúde e a rede de atenção**

A organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) é definida pela PNAB como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população que se constituem arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2006).

O SUS vem tentando se consolidar enquanto rede articulada composta por atenção primária, média e de alta complexidade (Pires et al, 2010), para enfrentar as questões emergentes da acelerada transição epidemiológica e demográfica, vem buscando alternativas mais eficientes e eficazes, para assim fazer valer seus princípios doutrinários: da universalidade, equidade e integralidade (PAIM, 2008).

Ao assumir a integralidade como um dos seus princípios, o sistema busca construir novas práticas de saúde. A atenção básica é utilizada como uma das estratégias para abranger a promoção e proteção da saúde, desenvolvendo-se através de práticas democráticas, participativas e integrais, tanto no cuidado, como na gestão (PNAB, 2012, AYRES, 2009).

Os serviços estruturam-se em rede com diferentes densidades tecnológicas, e a combinação dessas densidades tecnológicas determinam o tipo de atendimento a ser prestado (FRANCO, 2003; VILAÇA, 2011). Segundo Merhy e Franco (2003), tais tecnologias podem ser duras, leve-duras e leves.

Quando fala-se do tipo de atendimento, não limitamos a apenas as suas complexidades ou uso das tecnologias. O tipo de atendimento é determinado através do vínculo e da transformação das ações do usuário e trabalhadores em informações. A integralidade do cuidado é determinada pela relação estabelecida entre eles, as tecnologias relacionais perpassam qualquer tipo de atendimento que seja integral.

Para compreensão, as tecnologias duras representam os equipamentos, máquinas e instrumentos pré existentes, sem a participação ativa do usuário. As

tecnologias leveduras representam a combinação do saber estruturado (equipamentos, máquinas e instrumentos) com o trabalho vivo do trabalhador da saúde que poderá estabelecer uma relação centrada somente no saber já concebido ou ser aberto aos desafios da relação/vínculo com o usuário.

São chamadas tecnologias leves as utilizadas para construir as relações no encontro entre trabalhadores e usuários, que acontece em ato, por meio da escuta qualificada, da criação de vínculo e confiança. As tecnologias leves possibilitam a aproximação da singularidade de cada usuário, enriquecendo a produção do cuidado de cada indivíduo (MERHY, 2002; MALTA e MERHY, 2010; MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Seja em qualquer nível de atenção (básica, média ou de alta complexidade) para que o atendimento seja de fato integral, é fundamental que haja uma mistura das tecnologias apresentadas. É preciso reconhecer que o usuário carrega consigo um mundo de possibilidades, pensamentos e sentimentos que interferem diretamente na sua relação com o cuidado.

Cecílio (1997) nos faz repensar a organização do sistema para a além da forma piramidal inicialmente proposta para seu funcionamento: em sua base se localiza as unidades básicas de saúde, em nível intermediário está os serviços de atenção secundária (ambulatoriais, especialidades) e no topo da pirâmide é ocupado pela serviços hospitalares – pois o mesmo não tem-se mostrado efetivo ao atendimento das demandas, e a atenção básica que deveria ser a principal porta de entrada do usuários para o atendimento não têm cumprido este papel.

Ainda segundo Cecílio (1997) a organização da rede de saúde, deve ser feita de modo a horizontalizar a atenção. Deve-se trabalhar a ideia de haver diversas possibilidades de entradas e saídas, da corresponsabilização de todos na manutenção e reconhecimento dos espaços de cuidado e de ações efetivas, eficientes e de qualidade, em um processo descentralizador.

Para tanto, Feuerwerker (2011), traz a definição de redes como “arranjos que possibilitem articular o acesso aos serviços de diferentes tipos, mantendo vínculo e continuidade do cuidado de acordo com as diferentes situações clínicas”. Desta forma, nos aproximamos do conceito de integralidade centrado nas necessidades da população.

Ao pensarmos em necessidades é preciso colocar a mostra as singularidades dos sujeitos: seus enfrentamentos e empoderamentos. O ser individual que faz parte de um todo que não é apenas dele. Buscar compreender esta dialética faz toda diferença no cuidado, na relação com o outro.

Este outro é também o trabalhador de saúde que vivência este cuidado. Que deve tentar se desnudar de seus conhecimentos emoldurados e pré-conceitos na busca de compreender, articular e formular em conjunto as melhores ações em prol do usuário. Assim como nos traz Merhy de forma clara e concisa,

Trazer o micropolítico é trazer os lugares onde as existências furam os muros institucionais, conectando relações com o fora que é constitutivo dos processos; processo este intensamente produtor de novos sentidos no viver e no conhecimento. É trazer o lugar dos processos de encontros e suas atualizações das relações de poder. É trazer a micropolítica do encontro e a produção viva das redes de conexões existenciais, multiplicidades em agenciamento (MERHY, 2014).

Compreendendo que a rede se constitui de pessoas, para a realização de um atendimento integral é preciso transcender o próprio espaço de trabalho, para melhor articular e acompanhar o usuário. Quando Merhy (2014) traz a expressão “furam os muros institucionais” ele evoca a continuidade do acompanhamento desse usuário que buscou-se compreender as necessidades.

Além dessa ação crítica alguns quesitos são fundamentais para o pleno funcionamento da rede de atenção à saúde dentre eles: atenção básica estruturada, com atendimento multidisciplinar, coordenando e integrando o cuidado com as necessidades de saúde dos usuários; população definida, cuidado a saúde focada no indivíduo, família e comunidade, considerando suas singularidades; participação da comunidade nas decisões, trabalhadores envolvidos e comprometidos com o cuidado e sistema de informação integrado com vinculação de toda a rede (BRASIL, 2012).

## **2.2 A Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde**

As ações em atenção primária acontecem, primordialmente, em serviços denominados de Unidades Básicas de Saúde, que podem se constituir, ou não, na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tal estratégia vem sendo

vista como prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2012).

O elemento mais inovador apresentado para o desenvolvimento da ESF se compreende sob a ação do agente comunitário de saúde, que por critério de seleção deve ser morador do território, e compreende os sabores vivenciados pela comunidade, por dela fazer parte, compondo-se a ponta do trabalho da estratégia.

Esta estratégia favorece a reorientação do processo de trabalho, para aprofundar princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliando a resolubilidade, impactando na situação de saúde, e propiciando fundamental relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

A PNAB traz nova ordenação para a rede de atenção, desenvolvendo-se com alto grau de descentralização e mais próxima da vida das pessoas. A atenção básica deve se tornar o contato preferencial do usuário à rede de atendimento, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da territorialização, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Seguindo os princípios norteadores da PNAB, a atenção primária tem responsabilidade sobre todas as ações de saúde às pessoas componentes de seu território. Dessa forma, é possível considerar a atenção domiciliar como uma atividade que deve estar presente no processo de trabalho das equipes de atenção básica, através do cuidado prestado no domicílio (BRASIL, 2012).

Fiorani (2007) nos traz o papel fundamental da atenção básica (AB) para o acolhimento das novas demandas ocasionadas pelas transições demográficas e epidemiológicas. Coloca-se à mesa a disponibilidade da equipe para a formulação de agenda para rotina de AD, o tempo disponível para estas visitas, assim como a abertura para a criação de vínculo da equipe com a família. Ao prestar o atendimento domiciliar, é muito importante que a equipe tenha fácil contato com outras equipes e serviços que assistem o usuário, a fim dar maior resolubilidade às ações prestadas no domicílio.

### **2.3 A Política Nacional de Humanização**

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política que transversaliza e integra diversas ações no âmbito do SUS. A PNH não deve ser compreendida como ações ou programa de determinada gestão. Ela se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivo, visando a integralidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas.

É fundamental ampliar o olhar para o que a PNH representa e como ela se desenvolve. Para desta maneira compreender a sua relação com a atenção domiciliar, como um dispositivo de rede. Os princípios da política retratam seu movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão: a transversalidade (retrata a mudança na comunicação, e nas relações – a rede viva deve acontecer); Indissociabilidade entre atenção e gestão (é inseparável os modos de cuidar e de se apropriar do trabalho); Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos (implica na produção de si e na produção do mundo).

O método utilizado para o desenvolvimento da política é chamado de “método tríplice inclusão”, pois caminha na inclusão de diversos fatores e agentes implicados na produção de saúde, produzindo a autonomia, a corresponsabilização, a mudança de afetos e o desenvolvimento da força crítica das crises.

As diretrizes que orientam a PNH expressam a política num sentido de clínica ampliada, cogestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, fomento das grupalidades, coletivos e redes, construção da memória do SUS que dá certo.

Por último e não menos importante, compreende-se por dispositivo, a atualização de diretrizes, ou seja, as variadas formas de se realizar o que se deseja. E a PNH apresenta diversos dispositivos. Por exemplo, o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), colegiado gestor, contrato de Gestão, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde Coletiva, projeto memória do SUS que dá certo, entre outros.

Vale ressaltar neste momento que os princípios e diretrizes que norteiam a PNH, permeiam qualquer prática que busque ser integral. Para tanto, a AD para assim se constituir em plenitude, diante das múltiplas interações impostas por suas prática, atua como um disposto, operando também, como outras diversas ações do SUS, com diversas diretrizes que a PNH apresenta.

## 2.4 Atenção Domiciliar (A.D.)

A AD insere-se, no contexto da atenção ao usuário, como tecnologia que incorpora ações voltadas para as necessidades impostas pela transição demográfica e epidemiológica, por possibilitar o cuidado dentro do contexto familiar.

Segundo Pereira (2014), a Atenção Domiciliar é a prestação de cuidados a curto e longo prazo, orientada por um conjunto de atividades assistenciais, sanitárias e sociais que se realizam no domicílio, incluindo a execução de ações de cunho integral, implicando necessidade de coordenação e relações entre serviços e recursos assistenciais.

A atenção domiciliar pode ser desenvolvida por diversos pontos da rede de atenção, orientada pela extensão e continuidade da internação, pela desospitalização, como apoio assistencial ou como modelo de assistência.

Quando desenvolvida pela atenção básica, trabalha de forma a evitar a internação, buscando ampliar a autonomia do usuário/cuidado e procurando o fortalecimento de vínculos dos profissionais e usuários.

Quando vinculada ao hospital ou aos serviços de urgência e emergência, incentivam a desospitalização, a otimização de leitos e a humanização da assistência (Silva et al, 2010).

Conta-se com diversas experiências exitosas de atenção domiciliar no país, e cada uma delas possui suas especificidades, dependendo das características dos pacientes atendidos, da forma de organização da equipe e também pela inserção/vinculação da A.D. na rede de atenção à saúde (FEUERWERKER e MERHY, 2008).

Para o desenvolvimento da atenção domiciliar de forma efetiva e eficaz, é também imprescindível reconhecer, como fundamental, o papel do cuidador. Pois esta modalidade de cuidado implica na transferência de responsabilidades, no fazer do cuidador. O cuidado que quando institucionalizado seria realizado por equipe técnica é realizado pelo cuidador. Portanto, este é caracterizado como sendo a pessoa que presta os cuidados diretamente, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família. (BRASIL, 2012; FEUERWERKER e MERHY, 2008).

Geralmente o “cuidador familiar” – como são chamados os cuidadores que não são remunerados para realizar os cuidados -, acumula outros afazeres diários, gerando uma sobrecarga emocional e física. Pensando inclusive, nos cuidados do usuário, os profissionais que atuam na linha da atenção domiciliar devem estar atentos para esta sobrecarga.

Pensar em novas formas de cuidar do cuidador se caracteriza também como um caminho desafiador para os profissionais atuantes na AD. Pois estes lidam também com as dificuldades desses cuidadores saírem do domicílio de cuidado para se cuidar – seja para um atendimento médico, seja para momentos de lazer.

Segundo Silva et al (2010) a “permeabilidade das equipes de atenção domiciliar se dá pela produção de um cuidado que ultrapassa os aspectos biológicos da doença”, se expandindo á toda prática de atenção domiciliar prestada por qualquer serviço da rede.

Apesar de existirem diversas experiências exitosas em âmbito nacional, tanto privadas quanto públicas, não havia até 1998 mecanismos que garantissem a regulação e financiamento da AD na rede de atenção à saúde.

Foi com a Portaria nº 2.416, de 1998, do Ministério da Saúde (MS), que iniciou-se a normatização. Definiu requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a modalidade de internação domiciliar no SUS. Em seguida, em abril de 2002, foi sancionada, pelo Ministério da Saúde, a Lei nº 10.424 que acrescenta capítulo a Lei nº 8080, regulamentando o atendimento e a internação domiciliar no âmbito do SUS. Trata-se principalmente dos procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, necessários ao cuidado integral dos usuários em seu domicílio.

A internação domiciliar constitui-se como uma modalidade de atenção domiciliar que não substitui a internação hospitalar. É usada no intuito de descongestionar leitos hospitalares e humanizar e garantir maior conforto à população. Para tanto, é realizada apenas quando as condições clínicas do usuário e a situação da família o permitirem (Silva et al, 2005).

As equipes constituintes das unidades básicas de saúde (UBS tradicionais e ESF) desenvolvem diversas ações em domicílio, que são caracterizadas como atendimento domiciliar: cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e educação em saúde - ressaltando a necessidade e periodicidade individual de cada pessoa.



Outra modalidade de AD também desenvolvida por estas unidades, é a visita domiciliar. Estas, podem ser realizadas por diversos profissionais que se utilizam também de tecnologias leves e proporcionam novos modos de se cuidar na saúde: mais humanos e acolhedores, envolvendo afetividade e laços de confiança entre os profissionais, os usuários, a família e a comunidade (SAKATA, 2007).

É fundamental refletir que a atenção domiciliar abrange a integralidade do usuário ao adentrar seu domicílio. Sua atuação se baseia nas novas demandas, como a reabilitação, cuidados paliativos e as DCNT (BRASIL, 2014).

Quando o usuário se desloca para a assistência à saúde em hospitais, clínicas ou em outras instituições, o mesmo acata as regras, rotinas e dinâmica desses espaços. Para compreender a AD é necessário visionar a dimensão das ações, possibilidades e limitações no domicílio e da família, tendo o domicílio como um novo cenário de cuidado (RUGENE e ONOFRE, 2015).

Segundo Pereira (2014), produzir cuidado na atenção domiciliar exige a articulação da rede de atenção, “isso implica em construir arranjos e conexões com outros serviços de saúde e com atores e instituições extrassetoriais, como a assistência social”.

Nesta perspectiva, a portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, caracteriza as modalidades de saúde existentes em atenção domiciliar tipos 1, 2 e 3. A determinação destas modalidades está atrelada à peculiaridade de cuidado de cada caso, a intensidade do cuidado e a quantidade de visitas.

Os usuários que se encaixam na modalidade de Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1) são de responsabilidade das equipes de atenção básica (UBS/ESF), sendo estes usuários os que possuam problemas de saúde controlados, com dificuldades de se locomoverem à unidade; ou seja, cuidados de menor complexidade, que não se enquadram nas modalidades de atendimento domiciliar 2 e 3. Estas equipes devem ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ambulatórios de especialidade e de reabilitação.

Em resposta à insuficiência do atendimento da AB aos usuários que necessitam de maior atenção, desde 2011 as equipes de atenção básica contam com a colaboração das equipes do Programa Melhor em Casa – Um Programa do Ministério da Saúde - aumentando, assim, as ações e resolubilidade da atenção domiciliar (AD) nas modalidades 2 e 3 de atenção. Esta iniciativa representa um

marco importante para ampliação das equipes de atenção domiciliar no Brasil, propiciando cuidado articulado no domicílio, expandindo respostas á crescente mudança de demanda.

Ainda, a portaria 825/2016 (BRASIL, 2016) define as modalidades de atendimento domiciliar. A modalidade de Atenção Domiciliar 2 (AD 2), destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde e dificuldades ou impossibilidade física de locomoção, e que necessitem de maior frequência de cuidados. Já na modalidade 3 destina-se aos usuários que abrangem todos os critérios das modalidades antecedentes acrescida da necessidade de uso de equipamentos de Suporte Ventilatório não invasivo; diálise peritoneal ou paracentese (BRASIL, 2016).

Segundo Silva et al (2010), a A.D. está presente na formulação das políticas públicas de saúde que a focalizam como modalidade de oferta na organização da assistência à saúde, se reafirmando como tecnologia leve e fortalecendo o SUS na produção de conhecimentos da área.

Quando o município conta com um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) implementado, conforme nos sinaliza a publicação do Ministério da Saúde: Atenção Domiciliar no SUS (2014), a articulação dos programas de atenção domiciliar com a rede de atenção à saúde e social também tem sido considerada fator primordial para garantir o sucesso das experiências, sobretudo nos casos de desospitalização, ao prevenir reinternações frequentes.

Segundo a Portaria 825, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é constituído por equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) que deve ser organizada 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 rede de atenção, em especial com a atenção básica (BRASIL, 2016).

A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) deve ter a seguinte composição mínima: médico; Fisioterapeuta e/ou assistente social; enfermeira e auxiliares/técnicos de enfermagem. O que define a carga horária de cada profissional é o tipo de serviço, que pode ser tipo um ou dois

As EMAD podem contar com uma equipe de Apoio – Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) - que deve ter por composição mínima de 3 profissionais de nível superior, que realizem 30 horas semanais de trabalho cada, totalizando 90 horas da

equipe, que podem ser: assistente social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista, odontólogo; psicólogo; farmacêutico e/ou terapeuta ocupacional.

O Serviço pode ser constituído como do tipo 1 ou 2, dependendo da carga horária dos profissionais da equipe mínima. O SAD tipo 1 deve conter por equipe médicos e enfermeiros com carga horária semanal de 40h; fisioterapeutas e/ou assistentes sociais com 30h semanais e profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem com somatório de 120h/s.

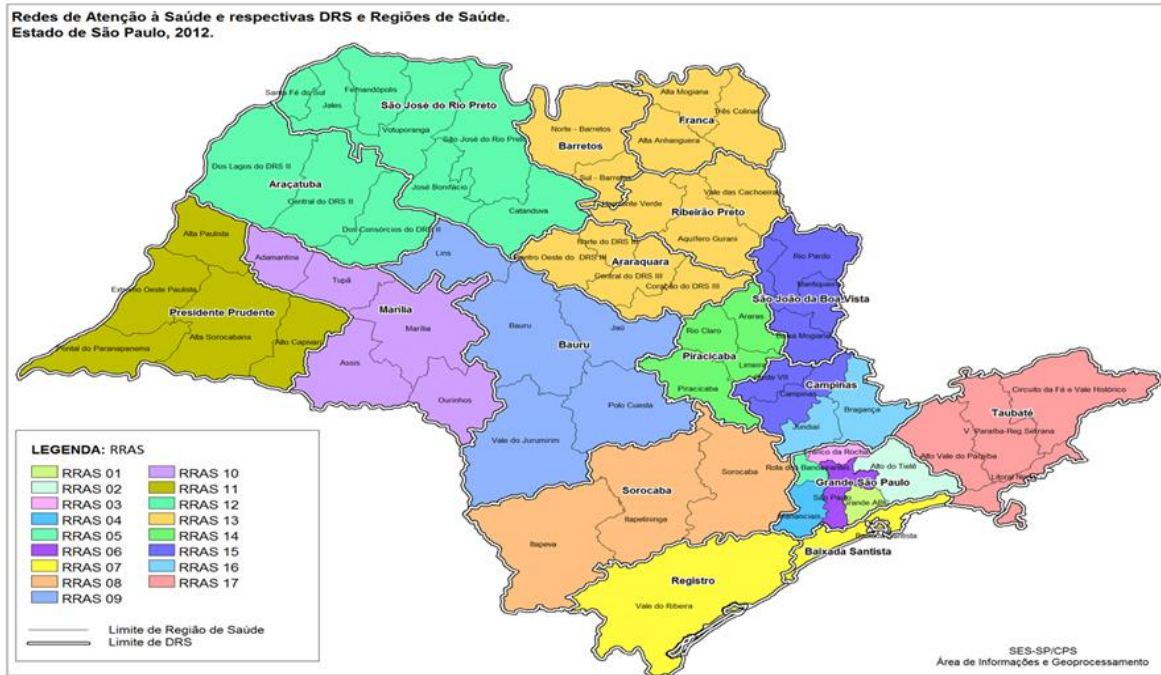
A constituição profissional e horária da EMAD Tipo 2 deve conter profissionais médico com mínimo de 20hrs semanais; enfermeiros com carga horária mínima de 30hrs; fisioterapeuta ou assistente social com carga horária semanal de 30hs critérios.

Ambos serviços – tipo 1 ou 2 – recebem incentivo financeiro de custeio para a sua manutenção, que é repassado mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do município beneficiado:

- a) EMAD tipo 1 – 50.000,00 (cinquenta mil reais) para cada equipe;
- b) EMAD tipo 2 – 34.000,00 (trinta e quatro mil reais) para cada equipe;
- c) EMAP – 6.000 (seis mil reais) para cada equipe.

## **2.5 A RAS do município de Araraquara**

De acordo com o Decreto nº 51.433 de 28 de dezembro de 2006, o Estado de São Paulo foi dividido em 17 Departamentos de Saúde, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional, e promover a universalidade e a integralidade da assistência aos usuários (MAPA 1).



MAPA 1 – RRAS e DRS do Estado de São Paulo

Os departamentos são, ainda, aglomerados em Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), que culminam em departamentos regionais de saúde (DRS) de uma mesma região, compostas por redes temáticas que articulam-se, em busca da integralidade da atenção.

A RRAS 13 é composta pelos DRS de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto que totalizam a abrangência de 90 municípios, conforme mostra o MAPA 2.



MAPA 2 – Subdivisões Microrregiões dos DRSs

Araraquara pertence ao DRS III Araraquara, que está subdividida em quatro microrregiões: Centro Oeste; Norte; Coração e Central. O município sedia a microrregião central, dentre outros 7 municípios: Américo Brasiliense, Boa Esperança do Sul, Gavião Peixoto, Motuca, Rincão, Santa Lúcia e Trabiú.

Atualmente, a rede de atenção à saúde de Araraquara conta com serviços nos níveis da atenção básica, especializada e hospitalar. A atenção básica é composta por 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 30 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nove equipes da ESF contam com apoio matricial de equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

As equipes mínimas destas unidades são compostas por médicos, enfermeiras e técnicos de enfermagem. Um dos itens que diferencia as unidades são a carga horária. Nas ESF a carga horária dos profissionais é de oito horas diárias de trabalho, e nas unidades sem ESF são de 6 horas que se dividem em dois turnos, mantendo a unidade aberta durante todo dia. Além da carga horária as ESF contam com uma população delimitada a apenas 4.000 famílias cadastradas e seus acompanhamentos são realizados por Agentes Comunitárias de Saúde (ACS); e por último e não menos importante os médicos que compõem as equipes com ESF muitas vezes possuem especialidade em medicina de família e tem formação generalista.

A equipe do NASF é composta por psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras, que atuam no matriciamento e atendimento compartilhados em nove equipes que estão inseridos.

Em nível intermediário a rede municipal conta com uma Unidade Médica de Diagnóstico (UMED), 1 Ambulatório de Saúde da Mulher, 1 Núcleo de Gestão Assistencial (NGA3), o Centro de Referência do Trabalhador (CEREST), o Centro Especializado em Reabilitação (CER) que integra o Centro Integrado de Saúde Auditiva (CISA), o Serviço de Atendimento de Reabilitação de Araraquara (SARA) e o Centro de Diagnóstico e Intervenção Precoce (CEDIP); um Centro de Referência do Idoso (CRIA), um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS/AD) e 01 CAPS II, um Centro de Referência de Saúde Mental Adulto (CRASMA), um Centro de Atenção à Criança – Espaço Crescer, um Centro de Referência do Jovem e Adolescente (CEREJA).

O município conta com três Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e com uma Base do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), e as internações realizadas pelo SUS são realizadas pelo Hospital Estadual de Américo Brasiliense (HEAB), pela Fundação Municipal Irene Siqueira Alves “Vovó Mocinha” Maternidade Gota de Leite e pela Santa Casa Municipal.

Além de a rede descrita, a RAS de Araraquara conta também com o Serviço de Atenção Domiciliar, o SAD, que iremos descrever mais detalhadamente a seguir.

### **A) O Serviço de Atenção Domiciliar em Araraquara**

Com essa dimensão integradora dada à atenção domiciliar, destaca-se a criação do Programa “Melhor em Casa” de iniciativa do Governo Federal. Este Programa como citado anteriormente representa uma ampliação das equipes de AD pelo Brasil.

Desde julho de 2012 foi implantado o Programa Melhor em Casa no município. (ARARAQUARA, 2012). O SAD em Araraquara conta com duas equipes habilitadas que tem o objetivo de auxiliar as famílias nas desospitalizações, no “bem viver” e na “boa morte” com usuários que necessitam de cuidados diários e estão impossibilitados de se deslocarem de suas residências.

A equipe possui um protocolo de atendimento, desde sua criação em 2012. Este documento determina o processo de trabalho do serviço: seus critérios de inclusão e exclusão; as frequências dos atendimentos; a delimitação dos territórios e as portas de entrada.

Uma das EMAD do município é completa, cadastrada e habilitada. Sua composição é feita por um médico, três técnicos de enfermagem, um enfermeiro e um fisioterapeuta; a outra equipe está em estruturação, é cadastrada, mas não credenciada por não contar com médico e enfermeiro para sua composição mínima. Há, em formação, uma EMAP pra o apoio a essas EMAD. No entanto, até o presente momento conta com apenas uma assistente social contratada.

Para o deslocamento e a realização dos atendimentos, as equipes contam com um carro popular e um motorista cada, com capacidade para cinco pessoas.

O serviço no município funciona por 8 horas diárias (07:00 às 17:00) de segunda a sexta-feira. Realiza visitas periódicas que são agendadas semanalmente,

quinzenalmente e mensalmente. As portas de entrada do serviço são os atendimentos médicos, fisioterapêuticos e de enfermagem. As principais fontes de encaminhamentos para a equipe são pelas equipes de saúde, equipes da assistência social e também através de demandas espontâneas. As equipes mantêm um bom relacionamento com a rede de saúde do município, o que facilita a integralidade das ações em domicílio.

Permeia-se algumas reflexões importantes ao que foi exposto. Como a rede de atenção básica, do município, visualiza a atenção domiciliar desenvolvida pelo SAD na rede. Visto que as unidades básicas de saúde também praticam a AD. Como as equipes de atenção domiciliar podem potencializar suas ações sob a ótica da integralidade do atendimento?

### **3 Objetivos**

#### **3.1 Objetivo geral**

Compreender a contribuição da AD como dispositivo na estruturação da Rede de Atenção a Saúde no município de Araraquara.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar as características, ações e estratégias de atuação da Atenção domiciliar no município de Araraquara;
- Caracterizar a organização da Rede de Atenção de Saúde de Araraquara na percepção dos profissionais de saúde;
- Descrever as funções e funcionamento do SAD, segundo a perspectiva dos profissionais da rede de atenção do município;
- Discutir as dificuldades e potencialidades da AD na organização da Rede de Atenção do município;



## **4 Metodologia**

No presente capítulo, desenvolveremos o planejamento da pesquisa: o processo de construção do projeto e do instrumento da coleta de dados até o envio ao comitê de ética e sua aprovação. Abrangerá também a seleção do campo e sujeitos de pesquisa, a condução do estudo, e as percepções que me afetaram durante o desenvolvimento deste processo.

### **4.1 Planejamento da Pesquisa**

Motivada pelo desejo em compreender como as ações da atenção domiciliar podem se desenvolver de forma integral e humana, pensou-se em olhá-la como um dispositivo de estruturação da RAS. A partir disso, percebeu-se a importância de ouvir os trabalhadores inseridos nesta rede. Como se dá o desenvolvimento e interação dos atendimentos dentro da rede básica de saúde e sob quais óculos esses trabalhadores veem a atenção domiciliar do município.

Para atender a estas demandas mostrou-se apropriado realizar um estudo de caso de abordagem qualitativa. Esta metodologia ultrapassa as informações dos dados, e buscar compreender de forma integral as visões e interpretações dos sujeitos. Apreendendo através dos encontros as relações, o que os sujeitos pensam, sabem, representam e argumentam (SEVERINO, 2007).

A construção do material para a produção dos dados ocorreu através da técnica de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). Assim foi possível nortear a entrevista, mas deixar os sujeitos abertos às suas expressões. Segundo Minayo (2007), a entrevista se constitui em um privilegiado instrumento de interação social, que fornece dados primários e secundários. O roteiro da entrevista foi construído a partir das leituras e reflexões realizadas que norteiam o tema da pesquisa e tiveram forte influência para a construção do projeto, portanto, esta construção se deu de forma lenta e gradativa, de acordo com o aprofundamento do objeto a ser estudado.

A finalização do instrumento foi um momento muito importante para o desenvolvimento do estudo, pois significou o momento em que ir a campo se tornara latente, na ânsia de dar voz – cientificamente falando – aos sujeitos que representariam os diversos olhares sob a AD na rede de atenção.

A potencialidade do instrumento foi testado com um profissional que ao final compôs o leque dos sujeitos entrevistados. Esta entrevista “ensaio” foi fundamental para certificar a organização da construção de ideias do instrumento. Também viu-se a importância em instigar os participantes para a reflexão sob a ótica das potencialidades da AD, leva-los a refletir sob as dificuldades de articulação entre AD com a RAS. O documento inicial foi alterado também em sua ordem, tornando-se gradativo para a construção dos pensamentos: apresentação individual, rede de atenção do município e sua atenção primária e como a AD se desenvolve nestes contextos.

O tratamento dos dados coletados foi realizado por meio da técnica de análise temática, dentro da análise de conteúdo, o que possibilitou a identificação de categorias de análise. Esta técnica utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indo além do que está sendo comunicado, fazendo uma análise das comunicações, permitindo a inferência de conhecimentos relativos à produção desta mensagem (BARDIN, 2009; MINAYO, 2004).

Após a finalização do projeto, assim como do instrumento de coleta, foi necessário solicitar junto ao município de Araraquara a autorização para a realização da pesquisa nos serviços da Rede de Atenção do Município.

Não tivemos demora para a autorização, visto que a coordenação da atenção básica já estava ciente da pretensão do desenvolvimento do estudo e demonstrou bastante engajamento para que se realizasse, visto que o município apresenta características importantes para ser objeto de estudo. A gerência da Educação Permanente – responsável pelas pesquisas e estagiários do município – também prontamente autorizou a realização da mesma.

Após a finalização dos tramites, o projeto foi encaminhado ao comitê de ética em 28 de junho e fora aprovado em 16 de agosto. CAAE: 7751616.4.0000.5504 e Parecer nº 1.680.558.

#### **4.2 Caracterização dos serviços onde os profissionais estão alocados**

Conforme já descrito, o município de Araraquara conta com trinta unidades de saúde com o Programa Estratégia da Família e com dez unidades que desenvolvem suas atividades como Centros Municipais de Saúde. Devido a extensão do

município, foram selecionadas quatro unidades de saúde que compõem este leque na Rede Básica de Saúde. Das unidades selecionadas, duas atuam com o Programa Saúde da Família e duas delas não.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), também se constituiu um campo de pesquisa. Devido às ações deste serviço se desenvolverem no campo da atenção domiciliar, e devido a isso ter grande representatividade no município.

A composição das unidades básicas selecionadas se deu devido ao número de encaminhamentos realizados no ano de 2015 ao SAD.

Um dos entrevistados compõe a equipe de gestão da Atenção Básica do Município.

### 4.3 Caracterização dos sujeitos participantes do estudo

Os sujeitos desta pesquisa são quatorze profissionais de diversas categorias, que compõem as equipes mínimas das unidades de saúde e/ou da gestão. Escolheu-se por assim ser, identifica-los por meio de nome de flores, resguardando assim o sigilo de suas falas. Estes profissionais que compuseram a atmosfera da pesquisa estão elencados no quadro abaixo:

Serviço	Nº de profissionais participantes da pesquisa	Categorias participantes da pesquisa	Nomes
CMS 1	1	Enfermagem	Astromélia
CMS 2	3	Enfermagem	Magnólia, hortêncica e hibisco
ESF 1	2	Medicina e enfermagem	Rosa e Margarida
ESF 2	3	Medicina, enfermagem e agente comunitário de saúde	Violeta, lavanda e girassol
SAD	4	Medicina, enfermagem, fisioterapia	Cravo, alecrim, orquídea e lírio
Gestão	1	Medicina	Alfazema
<b>Total</b>	<b>14</b>		

Quadro 1 – Participantes da pesquisa

#### **4.4 A entrada em campo e o processo de pesquisa**

Após a aprovação do comitê de ética, fora realizado contato com a secretaria de educação permanente, que solicitou o documento de parecer consubstanciado para prosseguir com os comunicados às unidades.

Após contato e agendamento prévio com as responsáveis pelas unidades de saúde, as entrevistas iniciais foram realizadas entre os dias 02 e 08 de setembro. Após a oportunidade de avaliação da banca de qualificação em dezembro de 2016, viu-se a necessidade de retomar a conversa com alguns entrevistados afim de esclarecer algumas questões que não ficaram claras sob a ótica de pesquisadora: se os profissionais entrevistados compreendiam a AD como um modelo de atenção ou se são ações desenvolvidas pela equipe de atenção domiciliar: SAD, do município. Estas entrevistas foram retomadas entre 10 a 12 de abril.

As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos profissionais participantes no melhor horário indicado por eles. Não houveram interferências durante a coleta de dados. Antes de iniciar as entrevistas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado aos participantes e lhes foram solicitados à assinatura. A entrevista foi registrada através de gravador de áudio, após a permissão dos participantes e posteriormente transcritas integralmente pela pesquisadora.

Durante o processo de coleta de dados foi possível observar os profissionais através da linguagem verbal e não verbal. Por vezes demonstraram incomodo, por vezes satisfação em serem ouvidos. Ainda em algumas unidades os profissionais se mostraram resistentes a participação, sendo respeitado este desejo conforme é possível verificar no QUADRO 1, a desproporcionalidade dos profissionais participantes de cada equipe.

As entrevistas foram lidas exaustivamente e separadas em categorias empíricas. Estas categorias foram norteadas pelo instrumento da entrevista: o roteiro. A categoria empíricas selecionadas foram: Rede de Atenção á Saúde; Atenção Domiciliar; Atenção Básica e Atenção Domiciliar e por fim, a AD na rede de atenção.

Para Bardin (2009, p. 11), a “análise de conteúdo oscila entre os dois polos, do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade”. E é neste processo de ir

e vir que foi realizada a análise dos resultados. Olhar para as falas dos sujeitos desta pesquisa e permitir o surgimento de indagações e reflexões articuladas com os objetivos do estudo.

## 5 Resultados e discussão

Este capítulo trará os resultados obtidos nesta pesquisa, que juntamente com a discussão potencializam seus achados e podem ampliar o olhar sob a atenção domiciliar como um dispositivo para a estruturação da rede de atenção.

Sendo assim, considerando o roteiro para as entrevistas e o trabalho de campo empreendido, emergiram temas das entrevistas que foram agregados e apresentados a partir das seguintes categorias empíricas:

- ✓ Rede de Atenção à Saúde;
- ✓ A Atenção Domiciliar;
- ✓ A Atenção Básica e a Atenção Domiciliar
- ✓ A Atenção domiciliar na RAS.

### 5.1 Rede de Atenção à Saúde

Para os trabalhadores entrevistados a rede de atenção do município de Araraquara está estruturada em nível básico e especializado. Há relatos identificando a assistência ambulatorial prestada por profissionais especialistas, assim como a realização de alguns exames complementares como sendo de mais complexidade.

Os trabalhadores citam o Núcleo de Gestão Assistencial 3 (NGA3) como o espaço que presta o atendimento em nível especializado do município. Quanto aos serviços de alta complexidade, poucos foram citados. Uma entrevistada afirma não existir esse nível de atenção no município e quando existem demandas para esse tipo de assistência, elas são direcionadas para hospitais de referência em outros municípios.

Em termos de estruturação da rede, a gente tem atenção básica, setor secundário, e setor terciário que já não faz parte do município. Que são os hospitais muito especializados. Que a gente ainda não tem aqui em Araraquara. E não acredito que venha a ter. Mas a gente consegue fazer esse link com Ribeirão Preto, que é a cidade que drena estes casos. Na USP de Ribeirão, tem um HC (Violeta).

Para a maioria dos trabalhadores entrevistados, parece que a rede de atenção à saúde do município de Araraquara se desenvolve em níveis: na base

estaria a atenção básica, seguida pela atenção especializada e por fim, a alta complexidade (que não existe no município, conforme um dos relatos).

Talvez essa compreensão dos trabalhadores sobre a rede de atenção de Araraquara possa ter relação com a discussão feita por Cecílio (1997) que traz em seu estudo a exposição de dois modelos tecnoassistenciais de saúde: em pirâmide e em círculo. Segundo o autor o modelo pirâmide consiste em níveis diferenciados de complexidades com fluxos ascendentes e descendentes. Já o modelo de círculo possui várias portas de entrada em diversos pontos da rede.

O autor apresenta alguns benefícios e prejuízos do modelo de pirâmide para o desenvolvimento da rede. Apresenta como pontos positivos a proximidade que a AB se desenvolve da vida pessoas, a hierarquização dos serviços como uma estratégia de racionalização de recursos e orientação de investimentos. Entre os prejuízos, Cecílio (1997) refere que, muitas vezes, as ações são duras e enclausuradas em protocolos, delimitando como e quando deve ser o encontro com o outro. Sua proposta de modelagem em círculo, se desenvolve sob as necessidades e subjetividades de saúde de cada usuário, onde todos os serviços são portas de entrada, estes atuam sob o desenvolvimento de linhas de cuidados para melhor atender às suas demandas.

Tomando isso como referência, talvez o que os trabalhadores trazem em suas falas significa que eles pensam a partir de um modelo que se aproxima muito mais do piramidal do que em círculo, pois descrevem os serviços em níveis de complexidades diversas. Corroborando com a discussão de Cecílio (1997) que apresenta como alguma das ineficiências do sistema de pirâmide a demora para os agendamento e atendimento das especialidades. Um dos entrevistados refere a mesma coisa.

Então, quer dizer, fora outras coisas que a gente vê... que tem especialidade que tem exames que são demorados realmente, as vagas são limitadas, e a população que está aguardando é muito grande, então é claro que isso gera um tempo maior de espera na fila (Hibisco).

No entanto, existem alguns trabalhadores que dizem que não existe uma rede estruturada. Ao relatarem como deveria ser o funcionamento da rede, os trabalhadores se aproximam mais da ideia de círculo, tal como proposta por Cecílio (1997), conforme a fala abaixo

Vou ser bem realista. Eu não vejo uma rede estruturada, acho que é difícil a gente chamar de rede. Pra gente ter uma rede, imaginando como se fosse uma teia de aranha, a gente precisa de fato que ela tenha conexão entre um espacinho e outro, e é preciso que haja um nó. (Alfazema)

Pode-se dizer, portanto, que as definições trazidas pelo autor retratam o modelo tido como ideal e o modelo real da rede do município de Araraquara. Além disso, pode-se dizer que os “nós” da fala do trabalhador referido acima são as relações que interligam os dos serviços que compõem a rede.

Ainda, aquele trabalhador, traz a reflexão sob o aspectos dos “nós” da rede. Vale a pena a reflexão sob o aspecto de quando esse “nós” não são realizados fundamentados na integralidade centrada no usuário, se caracterizando como forte fragilidade da rede. Os trabalhadores pontuam como fragilidades da rede, os protocolos não pactuados, a falta de comunicação profissional e os “jeitinhos” nos processos de trabalho que se apegam a desejos e a favores pessoais.

Eu acho hoje ainda os nós frágeis. As vezes ainda os nós se dão por protocolos que não foram pactuados com todos. As vezes os nós se dão de uma maneira não oficial. As vezes é mais com um jeitinho... as vezes os nós se dão de uma maneira por conhecer ou gostar da pessoa que você vai se comunicar do que de fato por uma necessidade do paciente. (Alfazema)

Eu acho que teria que melhorar a comunicação. Talvez com relatório semanais, email, alguma coisa para mostrar a evolução. Uma das dificuldades é falar a mesma língua e nos comunicarmos... como foi a evolução da ferida, ou se deixou de ter a sonda, como está a parte da fisioterapia (Margarida).

Segundo o relato acima o nó da rede é apresentado como a comunicação estabelecida na rede. Esta ideia conversa com a discussão feita por Mendes (2010) sobre a fragmentação dos serviços. O autor caracteriza essa fragmentação como uma desarticulação entre diferentes serviços e níveis de atenção. Pontos isolados da rede que não se comunicam e que por isso não conseguem realizar um atendimento contínuo aos usuários.

Poderíamos, portanto, dizer que a comunicação é um nó fundamental para a o elo da rede. Quando esta ferramenta é utilizada de forma clara, objetiva e integral em função do usuário ela ocupa uma potência na rede, porém, quando essa comunicação não ocorre de fato demonstra-se com uma agravante fragilidade.



Alguns relatos afirmam que a comunicação se compõe muitas vezes como uma fragilidade na rede de atenção de Araraquara. Segundo os entrevistados os serviços o qual fazem parte, muitas das vezes não reconhecem o percurso do usuário na rede. Os entrevistados, que estão inseridos nas UBS, referem, que constantemente, o percurso do usuário só é conhecido por eles – trabalhadores - por meio dos usuários e/ou de seus familiares e não pelos serviços os quais foram atendidos. Explanaram que mesmo que o usuário seja atendido por outros serviços da rede, o mesmo não deixa de pertencer ao território, portanto, não deixa de pertencer á unidade básica de referência, mesmo que a mesma desconheça os caminhos percorridos por ele na rede.

Porque você nunca sabe nada daquele paciente, entendeu?! a não ser que o familiar venha aqui e conte como está. Porque se não for o familiar vir aqui e a gente perguntar, a gente não tem notícias. Então é como se ele não existisse mais pra nós. E na realidade ele existe, ele está aqui, ele é da unidade, entendeu? (Hibisco)

Contudo, os trabalhadores do Serviço de Atenção Domiciliar entendem que o usuário não deixa de ser da unidade de referência e relatam que a unidade não mantém a continuidade do cuidado.

Muitas vezes a gente não teve retorno do outro lado. Mas a gente sempre buscou trabalhar em conjunto. Mas o lado oposto não fazia o mesmo. O que acabou dificultando este trabalho. Acabou sendo uma mão de via única. (Orquídea)

A contraposição das falas dos trabalhadores nos remetem á importância da clareza na comunicação entre os serviços. Isso nos leva a pensar na necessidade de um novo formato de rede, que potencialize a comunicação entre os mesmos. Uma rede que supere a burocratização, o distanciamento e a frieza no percurso do atendimento.

Talvez, utilizar-se das visões e concepções trazidas pelo autor Ricardo Teixeira (2004), nos auxilie a refletir diante da importância da conversa na dinâmica da rede, e como a mesma conecta seus diversos pontos. O autor traz a ideia da concepção das redes de trabalho em saúde como *grandes redes de conversações*: a rede viva. Esta rede leva em consideração a comunicação entre os indivíduos que a constituem.

Podendo, portanto, tornar-se uma ferramenta acessível – dita de tecnologia leve, que discutiremos a pouco - de realizar um movimento diferente do que vem ocorrendo na rede de saúde do município, conforme visto nas falas acima.

Caminhando ainda nesse sentido, dos nós que compõem a rede, os trabalhadores, sejam os inseridos na atenção domiciliar ou nas unidades de saúde, visualizam a necessidade de mudanças para que ocorra um atendimento integral. Relatam fatores externos – ligados á gestão -, como falta de recursos humanos e materiais. Porém, pontuam com maior ênfase os fatores ligados ao uso de tecnologias relacionais. Relatam que é necessário ter disponibilidade e paciência para ouvir as demandas do outro, persistência para exercer a corresponsabilização do cuidado e o acompanhamento do usuário.

Um pouco de boa vontade dos funcionários de todos os serviços, não só do SAD, mas dos outros também. A gente não querer passar a bola. Não achar que seu serviço acabou ali, a gente pode fazer sempre mais. (Orquídea)

É importante ter o tempo hábil, a paciência de você estar explicando, da pessoa entender a medicação, que é uma coisa que muita gente esclarecida tem dificuldade de entender, uma pessoa mais simples tem muito mais... então é complicado isso... você tem que ter essa parte... sentar, explica certinho, tem que ter essa parte de orientação. (Hibisco)

Tal constatação dos trabalhadores entrelaça às definições trazidas por Merhy (2006), sob o uso das tecnologias em saúde. O autor traz a ideia de que as tecnologias leves perpassam as relações e os vínculos, sendo uma forma de gerenciar/humanizar as relações do trabalho. Essas tecnologias são desenvolvidas no encontro com o outro e nas relações que se estabelecem, seja em uso do conhecimento ou instrumentos técnicos ou no desenvolvimento da prática levando em consideração o saber do outro. Ainda este autor define o uso de outras tecnologias de cuidado. Caracterizando as leves-duras quando fazem uso de instrumentos ou conhecimentos técnico na prática e as duras quando o atendimento está engessado apenas nos instrumentos e saberes do profissional.

Os próprios profissionais trouxeram em suas falas, exemplos de quando as tecnologias leves/relacionais não permeiam os atendimentos. E um instrumento de normatização dita como e quando será o encontro com o outro, conforme falas a seguir:

Às vezes ainda os “nós” se dão por protocolos que não foram pactuados com todos. As vezes o “nós” se dão não de uma maneira oficial. (Alfazema)

A única coisa é que é burocrático. (Lavanda)

Ainda sob a ótica da integralidade do cuidado na rede de atenção do município de Araraquara, os trabalhadores apresentaram também alguns fatores externos, ligados á gestão, que fragilizam os nós da articulação da rede. Apontaram a falta de recursos humanos, materiais e estruturais como fatores que influenciam na qualidade da articulação. Alguns trabalhadores também apontaram a falta de valorização e credibilidade nos serviços realizados.

Eu acho que teria que montar essa equipe, que é um pouco mais especializada, com alguns outros profissionais, eu acho que sim... o desafio é manter a equipe sempre íntegra em todos os segmentos. (Astromélia)

É claro que envolve uma serie de coisas, pra fazer uma visita, que não é só uma, são várias. Você tem que ter carro e motorista disponível, médico disponível... equipe disponível... infelizmente pra que isso aconteça a gente precisa de uma coisa que vem lá de cima, né.. (Hibisco)

Na verdade é não tirar de lugar nenhum. Porque não adiante descobrir um santo pra tapar outro. Isso não resolve nada. Você só está transferindo problema. Tá solucionando aqui, mas transferiu o problema pra lá, não adianta nada. (Astromélia)

Falta conhecimento ainda. Eu não vejo como má vontade, eu vejo como a coisa ser tão nova ainda, que a rede não entende. (Alecrim)

Essas premissas apresentadas apontam que a compreensão dos trabalhadores do funcionamento ideal da rede, fundamenta-se no uso das tecnologias leves e nas mudanças dos processos de trabalho dos próprios profissionais, porém, observa-se que atualmente a rede se articula baseada no uso de tecnologias leves-duras e duras, baseada em encaminhamentos e protocolos, que pouco favorecem o atendimento às necessidade de saúde da população, levando em consideração a subjetividade de cada atendimento.

Pode-se sugerir, portanto, que os profissionais precisam repensar o cotidiano do trabalho e qual a importância e responsabilidade de cada trabalhador na constituição da rede. Uma proposta de ação estratégica implica utilizar ferramentas que colocam em foco os processos de trabalho. Ceccim (2005) propõe a educação permanente como ferramenta que coloca o processo de trabalho em análise permeabilizada pelas relações. Constituindo-se como um instrumento possibilitador

de “espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos nos processos de trabalho”.

## 5.2 – A Atenção Domiciliar

Nesta capítulo apresentaremos a concepção dos entrevistados acerca da atenção domiciliar, suas representações e sugestões. Ao questionar o que eles entendem por AD, os entrevistados responderam que a mesma se caracteriza por toda prestação de serviço que se dá no domicílio, seja por uma equipe multiprofissional ou pontualmente por um único profissional. A maioria deles apontou que os usuários que mais precisam desse tipo de atendimento são os acometidos por doenças crônicas degenerativas e/ou envelhecimento, às quais em conjunto podem deixá-los restritos ao leito.

Atenção Domiciliar eu acho que todo cuidado, a prestação de serviço, que é oferecida ao usuário na residência. Essa atenção domiciliar é composta por uma equipe multiprofissional que vai fazer essa prestação de serviço, assim que eu vejo. Vai fazer o acompanhamento desse cliente temporariamente. (Astromélia)

Mas outras características também foram referidas. Alguns relatam, além das dificuldades físicas, as dificuldades financeiras para realizar o cuidado em algum equipamento de saúde. Referem que a AD não se restringe ao atendimento/acompanhamento apenas do usuário, mas sim de toda estrutura familiar que realiza o cuidado.

Pois vejo que tem gente realmente necessita do serviço. Que precisa do atendimento em casa, por vários fatores... por não ter um carro, ou não tem dinheiro mesmo para pagar um profissional ou o transporte... a maioria não tem condições. (Girassol)

Então entre os princípios do SUS, eu destaco a atenção domiciliar, nos campos da nossa atuação que privilegia a universalidade a equidade eu acho que dentro dos atributos da AD, ela também privilegia o acesso, por que tem pessoas que não conseguem ter acesso de outra forma. (Astromélia)

Essas características podem ser compreendidas como ações relacionadas ao princípio da integralidade. Tal como apontam (Feuerwerker e Merhy, 2008; Franco e Merhy, 2012; Silva et al, 2010), a AD pode assumir outras funções para além da

necessidade de cuidado dos que têm dificuldades físicas de deambulação, incorporando outras necessidades que incluem a dimensão da autonomia familiar no cuidado, a questão do vínculo, e a articulação da rede etc. Principalmente essa prática assistencial pode-se incorporar um olhar mais subjetivo do cuidado, que inclua tanto a dimensão relacional do cuidado, como as práticas de humanização. Os autores Feuerwerker e Merhy (2011) apontam que os “sujeitos produzem a si mesmos e se afetam mutuamente, o que vai lhes imprimindo uma certa identidade subjetiva, na alteridade. Apontam também a afetação mútua que ocorre quando os trabalhadores e usuários se abrem para o encontro que se constitui na produção de saúde.

Pode-se dizer, portanto, que o estabelecimento do vínculo com os usuários que precisam do serviço, assim como práticas assistenciais que valorizem a autonomia, seus saberes e expectativas (tanto de usuários, como de familiares/cuidadores), torna-se uma das maiores potencialidades para o desenvolvimento da AD.

Quando essa afetação da relação usuário/cuidador e trabalhador não é levada em conta, as ações da AD podem tornar-se mais frágeis. Nesse sentido, o reconhecimento e compreensão da subjetividade dos sujeitos envolvidos nas ações de AD, assume um papel indispensável para as práticas de atenção no domicílio.

Diante da compreensão apresentada da atenção domiciliar, é importante explorarmos as diversas dimensões expostas pelos entrevistados quanto ao seu desenvolvimento.

Os profissionais apresentaram que esta modalidade de atenção pode ser desenvolvida por diversos serviços da rede. Apresentaram alguns serviços da rede que realizam este tipo de atendimento no município, os caracterizando como atenção especializada. Citaram alguns serviços como o CAPS, e o CRIA que expandem seus atendimentos ao domicílio.

Existem outros serviços da atenção especializada que fazem este atendimento domiciliar né... por exemplo o CAPS. O CAPS é um serviço que faz atendimento domiciliar e é da atenção especializada. O CRIA que é o centro de referência do idoso, né... ele também é um serviço da atenção especializada e que também executa o atendimento domiciliar. (Astromélia)

Os entrevistados indicaram também que a atenção domiciliar pode ser desenvolvida de forma complementar às ações da atenção básica. Mencionaram

que o SAD – apesar de algumas dificuldades referidas por eles na relação da atenção básica com o esse serviço,- (retomaremos essa questão abaixo) cumpre este papel de apoio para as unidades básicas de saúde.

Eu encaro como um recurso que a gente tem, um braço que a gente tem disponível para ser utilizado, que não pode ser utilizado de maneira tola, tem que ser realmente um paciente que demanda dessa atenção, e que é um serviço é um recurso que a gente pode utilizar se necessário. Mas não é uma coisa fundamental pro funcionamento da estratégia, mas é um recurso, é como se fosse um extra que a gente tem... (Violeta)

Essa ideia acerca do SAD com serviço de apoio para a atenção básica, pode ser devido à importância que as ações realizadas pelo SAD representam no município. Ou então, pelo cardápio de profissionais oferecidos por esse serviço, tal como foi dito nas entrevistas. Muitos relataram que a presença de diferentes profissionais no SAD, como enfermagem, fisioterapia, serviço social, entre outros auxilia a atenção prestada pela atenção básica.

O SAD é uma ponte, que pra gente abre bastante horizonte. Dentro do que ele pode fazer, dentro das especialidades que ele tem, na questão assistente social, da avaliação social, na questão da fisioterapia, em relação aos atendimentos de enfermagem, nos curativos mais específicos, com maior gravidade, todas as vezes que foram requisitados de trabalhar com a gente, sempre foi de muita resolutividade. (Rosa)

Disseram ainda a existência do atendimento especializado no domicílio gera uma economia para o município, assim como para a família.

Então evita vários transtornos para a família, economiza tanto dinheiro da família, quanto do município, este monte de situações de sair de casa. (Lavanda)

Além das ações em AD realizada pelo SAD, alguns profissionais entrevistados, relataram também a importância do desenvolvimento da AD na atenção básica. No entanto, alguns deles pontuam que esta modalidade de atenção é desenvolvida principalmente na estratégia de saúde da família (ESF), no qual o atendimento domiciliar acontece de forma regular e cotidiana, o que não ocorre nas unidades de saúde tradicionais (UBS tradicional, CMS, etc) como dito abaixo.

O médico e enfermeira, também fazem. Não na frequência dos ACS, porque a nossa prioridade é mais o atendimento aqui. Mas também é realizado pelo menos uma vez na semana nós fazemos as visitas domiciliares conforme a demanda que os ACS nos passam, e que eventualmente aconteçam, como uma pós internação, eventualmente algum curativo ou alguma situação que chamou mais atenção, como uma suspeita de algo mais grave. (Violeta)

Aqui na unidade, como não temos os ACS, a demanda de paciente debilitado que tem necessidade do atendimento domiciliar, a gente espera que um familiar venha comunicar que passou por alguma cirurgia, ou alguma coisa assim que demanda de estar indo ao domicílio. A gente sabe que o CMS não se pode contar com a equipe toda, geralmente é só a enfermeira que se predispõe, e aí fica limitado. (Magnólia)

Tais profissionais valorizam a prática de cuidado domiciliar oferecida na ESF, reforçando a importância das características da ESF para esse tipo de ação. Citam, por exemplo, que atuar em um território definido e o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no território são fatores considerados primordiais, para a realização de um atendimento mais próximo às necessidades das pessoas.

Eu acho que melhorou muito com o saúde da família, eu vejo isso como um benefício muito grande, porque com a saúde da família a gente consegue ter um contato mais próximo do paciente. Tem o trabalho do agente comunitário. A gente tem esse vínculo maior, esse elo, que é o agente comunitário de saúde. (Margarida)

Essa importância dada a ESF nos remete ao papel representado pelo território para a atuação desse modelo. Percebe-se que a valorização do território apresentada pelos entrevistados, caminha sob a linha da definição de território utilizada pelo Ministério da Saúde. Ele considerou em suas diretrizes para a organização da RAS, a regionalização como um eixo estruturante do pacto de gestão. Orientando assim, a descentralização dos serviços de saúde, os sistemas de referência e contrarreferência e, assim, superando a fragmentação da atenção e melhorando a eficiência, a efetividade e a oferta dos serviços de saúde (BRASIL, 2010a). Ou seja, o território delimitado possibilita a continuidade da assistência prestada.

O debate acerca da inserção da AD nas práticas assistenciais de saúde não é algo novo. Lacerda, et al (2006) apresentam em seu estudo: *Atenção à Saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática*, quatro modalidades de atenção domiciliar desenvolvidas em domicílio que valem a reflexão. Segundo esses

autores as formas de realização de cuidado no domicílio apresentam uma complementariedade entre elas.

Deste modo, afirma-se que a atenção domiciliar é a modalidade mais ampla, envolvendo a vigilância à saúde dos indivíduos, de modo a promover, manter e/ou restaurar a saúde da população. O atendimento é a execução de qualquer atividade profissional direta à saúde dos indivíduos, ao passo que a internação domiciliar é uma prática mais intensiva e complexa no domicílio do cliente e a visita domiciliar é uma forma de avaliação dos indivíduos, da família e do domicílio, sendo, os dois últimos, uma forma de atendimento domiciliar. (Lacerda et al, 2006)

Diante da descrição trazida pelos autores acima, pode-se inferir que alguns profissionais não possuem clareza na compreensão das diversas modalidades apresentadas, e talvez, por isso não consigam definir a orientação e por onde se dá o desenvolvimento da atenção domiciliar.

Alguns profissionais apresentaram a atenção domiciliar como um modelo de atenção que podemos considerar ainda de maneira mais ampla. A descreveram como uma modalidade de atenção transversal, coordenadora do cuidado, que abrange e aciona diversos pontos da rede de cuidados, valorizando o seu papel na estruturação de da rede de atenção à saúde. A apontam como um novo modelo de atenção que utiliza-se principalmente de tecnologias leves para a produção do cuidado integral. E não a caracterizam apenas por seus procedimentos e técnicas, mas também e principalmente com um fazer que se desenvolve próximo à vida e a partir do cotidiano desses usuários.

Também vejo ela de alguma forma coordenadora do cuidado que muitas vezes da casa do paciente é preciso acionar outros serviços e fazer esse deslocamento e de uma maneira mais global eu também vejo que é uma das coisas interessantes é que a longitudinalidade também seja contemplada... então acompanhar o paciente ao longo do tempo. [...]E não deixar de ver além da comunidade e da família, observar e integrar isso a cultura que a pessoa tem. Então a competência cultural, também é uma das coisas que a AD pensa. Então, é muita coisa além de ir na casa do paciente cuidar. Tem que pensar nesse cuidado integral, multiprofissional em todos esses aspectos. (Alfazema)

Atenção domiciliar é quase que um pilar aqui da estratégia de saúde da família.(Violeta)

Desse modo, não é possível ignorar a dimensão da integralidade do cuidado domiciliar, tanto referido por Lacerda, et al (2006), como também apresentada pelos entrevistados. Conclui-se, portanto, que o que difere as práticas das equipes e



profissionais é o projeto tecnopolítico que eles aderem e a forma que combinam as tecnologias de saúde (MERHY E FEUERWERKER, 2007).

Um outro ponto importante que pode ser relacionado com a questão da integralidade refere-se à importância do cuidador. Vários entrevistados relatam que a atenção domiciliar não se restringe ao acompanhamento do usuário apenas, mas extrapola para o atendimento dos familiares e da rede que realiza os cuidados no domicílio.

Isso também de uma maneira global, eu vejo quantas coisas, ela não é dissociada da questão de pensar no indivíduo na sua comunidade, dentro do contexto familiar, até porque, muitas vezes não é só enxergar o papel da pessoa dentro do contexto, daquela situação muitas vezes de doença, mas também enxergar muitas vezes como a família também acaba adoecendo junto, porque não consegue administrar, é muito difícil administrar aquela crise familiar, ou aquele ciclo de vida pelo qual eles estão passando. (Alfazema)

Alguns autores como Feuerwerker e Merhy (2008), por exemplo, pontuam a importância do vínculo – respeitando opinião, valores e necessidades – com o cuidador para a continuidade do cuidado, dizendo ainda, sobre a importância das tecnologias leves para esta produção. Relatam que este cuidador que muitas vezes é familiar possui uma “combinação de repertórios de tecnologias de cuidado operando no âmbito domiciliar” que é muito particular, e que deve ser levado em conta na produção do cuidado no domicílio. Desta forma, pode-se dizer que estes autores sustentam alguns itens citados pelos entrevistados para a realização do cuidado no domicílio: tempo, paciência, subjetividade e assertividade, para a criação de vínculos e continuidade do cuidado.

Acho que é assim, você vai fazer um curativo, vê alguma medicação, o médico vai e examina e faz a receita... então eu acho que falta mais coisas aí. Falta orientação realmente para as pessoas e para os cuidadores. Porque o paciente está ali, e precisa de alguém que cuide dele. Muitas vezes é o idoso que já não é o dono de suas faculdades mentais, ele está ali... e literalmente precisa de alguém. É importante ter o tempo hábil, a paciência de você estar explicando, da pessoa de entender [...] Precisa ser alguma coisa diferente. (Hibisco)

Os entrevistados também destacaram o fundamental papel do cuidador no processo de cuidado do usuário. Concomitante a essa importância apresentada, autores como Oliveira e Furlan (2013), apresentam como a construção do plano de cuidado realizado em conjunto com o cuidador apresenta maior eficácia em seu

desenvolvimento. Portanto, pode-se dizer que a valorização, o respeito e o cuidado também de quem cuida é fundamental para a continuidade e integralidade do cuidado no domicílio, conforme retratam alguns relatos:

A questão do fortalecimento dos próprios cuidadores pra prestarem o cuidado. Porque a gente sabe que são pacientes que tendem a ter uma evolução estável da doença. O atendimento domiciliar é familiar, não se restringe ao doente, ao paciente. A visão que a gente tem aqui, é que o acompanhamento é para estrutura familiar. (Rosa)

Diante do entendimento dos entrevistados sobre o que é e quem executa a atenção domiciliar, é muito importante destacar que para eles, a AD em desenvolvimento no município, não está sendo suficiente para suprir a crescente demanda que vêm ocorrendo, devido a acelerada transição demográfica. Essa insuficiência é referida principalmente quando falam sobre o SAD, mas também apontam tal dificuldade em outros serviços. Por exemplo, os atores da pesquisa relatam que o serviço de atendimento ao idoso (o CRIA), não está conseguindo suprir as demandas domiciliares solicitadas.

Eu considero que os serviços que atendem os idosos são insuficientes. Porque, por exemplo, desde que eu entrei na prefeitura - e já fazem quase 30 anos - que existe o CRIA nos mesmos moldes, que é o serviço que atende o idoso. Então eu acho que essa preocupação em aumentar essa rede de cuidados, principalmente do idoso, pois aumentou demais a população, não está havendo, eu acredito que não está evoluindo. (Margarida)

Com relação ao SAD, muitos entrevistados têm dificuldades para entender o seu funcionamento. Pontuam que desconhecem os critérios para atendimento e alta do serviço. Dizem que não compreendem a organização do serviço em suas modalidades de atenção, AD1, AD2 e AD3, relatando, inclusive, que não conseguem identificar o serviço na rede de cuidados. Fazem referência que o serviço deveria ser mais abrangentes no que se refere aos critérios de inclusão e acompanhamento do usuário, não se limitando apenas ao atendimento às pessoas acamadas e/ou com feridas, mas contemplando também outros usuários, como pessoas idosas, pessoas em uso de sonda para alimentação e/ou com dificuldades de locomoção para algum equipamento de saúde para tratamento.

As vezes a gente espera que o cliente vai ser atendido e aí ele não se enquadra nos AD1, AD2 E AD3, pra mim também os ADS 1,2 e 3 são confusos. (Lavanda)

Ai a gente aciona o SAD. O SAD faz a visita e começa a acompanhar esse paciente. A partir do momento que ele estabilizou, ele tem alta. Eu tenho um pouco de dificuldade de visualizar essa alta. Alta de um paciente acamado, que geralmente é um idoso. Um idoso acamado ele vai ficar acamado, aí ele teve alta. E aí? Como fica? Tudo bem, ele está estabilizado, mas periodicamente que seja, a cada 6 meses ou a cada um ano, ele teria que ter uma reavaliação da equipe. E se ele não tem condições de chegar até a unidade como que fica? [...]. Eu percebo que tem essa dificuldade principalmente ao paciente que não tem, por exemplo, uma lesão por pressão, algum tipo de ulcera, que não esteja associado ao curativo é uma dificuldade que sinto também. É difícil aderir um paciente que não tenha lesão, que vai ter que ter aquele acompanhamento. Isso eu tenho dificuldade. (Astromélia)

Estas questões trazidas pelos entrevistados nos evocam á reflexão da diminuição da dimensão que a atenção domiciliar pode assumir a partir do princípio da integralidade. Quando suas práticas se dão centradas nos conhecimentos técnicos e a combinação das tecnologias de saúde não priorizam o uso das tecnologias relacionais, a atenção domiciliar pode corresponder apenas à diminuição das internações hospitalares e à racionalização de gastos (Silva *et al* 2015).

Alguns entrevistados também relatam a falta de informações sobre as diferentes ações realizadas pelo SAD, ou mesmo por outros serviços acionados pelo SAD, quando este não dispõe de alguma especialidade profissional, tanto durante o atendimento feito pelo serviço, quanto também quando o usuário recebe alta. Em síntese, apontam o desconhecimento da trajetória do usuário na rede de atenção, após a iniciação do atendimento pelo serviço.

Eu acho que tinha que ter mais comunicação entre os dois. Entre as equipes. Porque você nunca sabe nada daquele paciente, entendeu?! A não ser que o familiar venha aqui e conte como está. Porque se não for o familiar vir aqui e a gente perguntar, a gente não tem notícias. Então é como se ele não existisse mais pra nós. (Hibisco)

Em contrapartida, os trabalhadores que compõem o SAD se queixam de que a unidade básica de saúde deixa de acompanhar o atendimento do usuário, quando ele passa a ser de responsabilidade assistencial do SAD. Citam também, que a rede realiza diversos encaminhamentos “errados” para o serviço. Que não se encaixam nos critérios de atendimento do SAD, e/ou solicitando o atendimento de profissionais

que não compõem, atualmente, o quadro de profissionais integrantes do equipamento, como nutricionista e fonoaudióloga.

Com relação a atenção básica com o serviço. É difícil porque eu não sei o que os impede de fazer essa contrareferência, porque devia existir independente da dificuldade que o serviço tem, de faltar gente, de faltar tempo pros profissionais. Mas isso não seria desculpa nenhuma de estar tendo essa contrareferência do paciente. O paciente não é só de um, é da rede, então assim, eu não sei o que interfere, a alegação da rede básica pra não realizar essa contrareferência pra gente. (Orquídea)

Tais relatos parecem indicar que para os profissionais entrevistados – tanto os inseridos no SAD, quanto os lotados na AB – a falta de comunicação e de diálogo são um dos principais ruídos para a integralidade do cuidado domiciliar.

Isso nos remete para uma análise do papel da comunicação nas práticas de saúde. Afim de ampliar nosso olhar, esta análise será feita sob a luz de Teixeira (2008) que apresenta a conversa como substância principal do trabalho em saúde. O autor relata que, partindo desse princípio, o trabalho em saúde só se dá quando trabalhada em “conjunto de um modo mais ou menos simétrico”. Discriminando ainda que apenas quando os atores presentes na conversa participam efetivamente a conversa ganha forma e o ato de conversar torna-se um trabalho “vivoperando”. O autor também evoca a reflexão do modo como utilizamos da conversa como técnica de produção de relação e como ela se configura na possibilidade do encontro. Caracteriza a conversa como possibilitadora de uma “rede de conversações”, constituída por conexões entre diferenças conversas e espaços de conversações. O autor ainda indica há diversos dispositivos para aprimorar a técnica de conversa. Porém, o mesmo relata que quanto maior seu potencial democrático, maior sua possibilidade de constituir-se uma “*rede de conversação*”.

Pode-se dizer portanto, que os profissionais da rede de saúde do município – tanto os envolvidos na atenção domiciliar, quanto aqueles que trabalham na atenção básica – não estão utilizando-se dessa tecnologia para estabelecer as relações de cuidado no território. Talvez devessem utilizar-se da arte da conversa não no sentido de “homogeneizar e fazer desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades”.

Alguns entrevistados apresentam como possibilidade de interação e melhoria de comunicação do SAD com a rede a realização de treinamentos da rede para o

atendimento domiciliar, assim como, a capacitação da rede sobre o funcionamento e atendimentos do serviço. Reafirmam que desta maneira o serviço possibilitaria novas formas de desenvolvimento da atenção domiciliar, diminuindo o tensionamento entre a atuação do serviço e o que a rede vê como demanda para atenção domiciliar.

Assim, partindo para uma conclusão deste capítulo, podemos perceber que, os profissionais apresentaram a atenção domiciliar sob diversas óticas: a desenvolvida pelo SAD e a que a atenção básica desenvolve. Ambas as práticas referem-se ao aglutinado de tecnologias em saúde escolhidas para a atuação no domicílio. Exercitando o princípio da integralidade quando suas ações são voltadas para a importância das relações e da produção de vínculos. Pontuam também a fundamental interação da equipe de saúde com o cuidador para a continuidade do cuidado no domicílio. Os entrevistados apresentaram também que estas diferentes óticas podem estar estabelecidas devido a falta de comunicação e articulação da rede (SAD e AB).

### **5.3 A Atenção Básica e a Atenção Domiciliar**

Uma das formas de desenvolvimento da atenção domiciliar apresentada pelos entrevistados foi a partir de práticas da atenção básica. Apontaram que as unidades básicas de saúde desenvolvem também ações de atenção domiciliar. Dizem ainda que, especialmente as unidades com ESF, dão atenção aos atendimentos no domicílio. Citam ainda as visitas domiciliares dos profissionais das unidades: ACS, médico e da enfermeira. Destacam o fundamental papel do Agente Comunitário para a realização desta, pois identificam que este profissional é um elo da unidade com a comunidade.

Eu acho que ela está vinculada a gente mesmo, a atenção básica. Na minha visão. Mesmo porque os cuidados que ela presta em domicílio não fogem do nosso atendimento aqui na unidade. (Astromélia)

A gente tem o agente comunitário de saúde, que vai pelo menos uma vez por mês em todas as casas da sua micro área. Vai visitar, verificar a vacina, verificar, focos de dengue, enfim... uma linha de cuidado que eles têm, de prevenção e promoção à saúde. Então a gente faz este tipo de serviço e de visita. O médico e enfermeira, também fazem não na frequência dos ACS, porque a nossa prioridade é mais o atendimento aqui. Mas também é realizado pelo menos uma vez na semana as visitas domiciliares conforme

a demanda que os ACS nos passam, e que eventualmente aconteçam. Como uma pós internação, eventualmente algum curativo ou alguma situação que chamou mais atenção. (Violeta)

Diante desta compreensão dos entrevistados faz-se fundamental compreendermos qual o diferencial das unidades com ESF, para compreendermos como a mesma desenvolve a atenção domiciliar em suas atribuições.

Estudo como o apresentado por Viegas e Penna (2013), apontam potencialidades na modalidade de saúde da família devido os distintos olhares que o trabalho multiprofissional proporciona. Porém, estudo como o de Silva e Caldeira (2010) apresenta que o fato da unidade ser ESF não é suficiente para a integralidade das ações. Estes autores dizem que esta mudança de prática está ligada à visão ampliada e subjetiva do processo saúde-doença, que podemos considerar relacionada as práticas de humanização do cuidado. Nesse sentido, alguns colaboradores da pesquisa apresentam a ineficiência do cuidado quando as ações não são centradas na integralidade prática por uso das relações, mas se limitam aos conhecimentos técnicos.

Eu percebo que tem essa dificuldade principalmente ao paciente que não tem, por exemplo, uma lesão por pressão, algum tipo de úlcera, que não esteja associado ao curativo. É uma dificuldade que sinto também. É difícil aderir um paciente que não tenha lesão, que vai ter que ter aquele acompanhamento. (Astromélia)

O relato apresentado acima enfatiza a discussão apresentada pelos pesquisadores Franco e Merhy (2003, 2012) que propõem um olhar sobre o processo de trabalho centrado no trabalho vivo e no trabalho morto, por meio da Composição Técnica do Trabalho (CTT). A CTT é produzida por meio das tecnologias duras, leve-duras e leves. Quando esta está concentrada no trabalho morto reflete o processo de trabalho dependente das tecnologias duras e leve-duras. Quando prioriza o trabalho vivo a produção de cuidado considera o todo do usuário que está sendo atendido, iniciando o processo de trabalho nele. Desta forma, pode-se dizer que o arranjo tecnológico que a equipe assumirá nas atividades da unidade e no domicílio é definidor do arranjo assistencial que será prestado. Quanto mais a equipe utilizar-se da comunicação e dos vínculos - tecnologias leves - maior será a

possibilidade de construção de um plano de cuidado integrador e valorizador dos saberes técnicos necessários e dos saberes dos usuário e cuidadores.

Alguns relatos apontam que a valorização da atenção básica pode atuar como fortalecedora das ações de saúde no domicílio. Como exemplo, citam o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa “Mais Médicos”.

Especialmente com esse programa de valorização da atenção básica, o próprio PROVAB, o mais médicos e tantos outros investimentos, em enfermagem em cursos de residência médica... tanto para enfermagem quanto de medicina. (Violeta)

Especificamente em relação à AB, alguns profissionais referem este modelo de atenção como ineficaz para atender as necessidades de saúde dos usuários, pontuando a necessidade das especialidades para a realização dos cuidados integrais.

Eu acho que o PSF acabou distanciando um pouco mais, porque mesmo você dizendo que é médico da família, que ele devia cuidar do dedão do pé até o cabelo, não é verdade. O médico, ele pode realmente ter feito “enes” cursos, ter aprendido muito. Mas não tem como ninguém saber tudo. Por isso que tem as especialidades. (Lírio)

A atenção básica em si, tem uma estrutura adequada. Mas ela por si só não tem muita resolutividade, ela depende de outros setores para ter resolutividade, que o paciente precisa. Ai entra os casos das especialidades que a gente tem dificuldade. (Cravo)

Portanto, os relatos acima, parecem indicar que, para alguns entrevistados, as ações nas unidades básicas de saúde mais valorizadas não são as centradas nas relações estabelecidas com a equipe, mas aquelas cujos procedimentos dependem de profissionais mais especializados, o que podemos inferir como um maior valor para o trabalho morto.

Contra-pondo-se às falas dos entrevistados referidas imediatamente acima, é importante recordar que segundo a Organização Mundial da Saúde, a atenção básica deve ter 85% de resolubilidade (BRASIL, 2000). Starfield (2002), apresenta em seu denso e fundamental estudo intitulado “*Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*” que os médicos que praticam a atenção primária são mais apropriados para lidar com as demandas da comunidade. Visto que as especialidades devem ser acionadas apenas quando verificada uma

necessidade de complexidade crescente. A autora apresenta que há algumas evidências empíricas sobre os benefícios da atuação do médico generalista na atenção primária, pontuando ainda que esse médicos realizam seus atendimentos de forma mais profunda evitando o uso de medicamentos mais fortes, e a sua atuação reduz o fluxo de pacientes referenciados à atenção especializada.

Conforme já dito, os nossos entrevistados apresentaram opiniões divergentes quando questionados sobre a relação da AB com a atenção domiciliar. Alguns deles pontuaram que a AD é desenvolvida, também e principalmente, pelo SAD, que atua como um complemento, um parceiro das unidades de saúde. Ao referirem à atenção domiciliar desenvolvida pelo SAD, fazem diversas reflexões frente à relação que este estabelece na rede. Citam a falta de conhecimento do funcionamento e função do SAD, a falta de comunicação e a falta de profissionais na equipe, como fortes ruídos para a relação que se estabelece entre eles. Pontuam também, que devido a estes ruídos, percebem certo distanciamento do serviço para com as unidades básicas de saúde.

Eu sinto uma barreira, entre o SAD e a unidade, entendeu? Como se nós somos os SAD, e vocês a unidade. Como se fossem coisas distantes e não interligadas, é o que eu sinto. [...] O SAD deveria ser da Atenção Básica, né, mas eu não sei se ele é totalmente da atenção básica ou se ele passou a ser especialidade. Eu não identifico este serviço como atenção básica. (B3)

De outro lado, os trabalhadores vinculado ao SAD, pontuam que as unidades básicas de saúde não os veem como um complemento do cuidado prestado por elas no domicílio. Há relatos que pontuam que a rede vê o serviço como uma substituição aos serviços que a unidade tem dificuldade de prestar. Referem que sentem dificuldades para que o usuário retorne a ter o acompanhamento pela unidade de saúde, pois após o encaminhamento para o serviço a unidade não dá continuidade ao vínculo com este usuário. Reafirmam, que os ruídos apresentados pelos profissionais das unidades: falta de conhecimento, comunicação e profissionais, são fatores que dificultam a relação dos serviços.

Eles não veem o SAD como um apoio, a atenção que eles dão, eles veem o SAD como substitutivo ao que eles não podem fazer. Ahhh eu não posso fazer visita, manda pro SAD que o SAD faz, ahhh eu não posso fazer curativo, mando pro SAD que o SAD faz; uma aplicação no domicílio, manda pro SAD que o SAD faz, então é assim... então eu acho que falta



esse entendimento, de se compreender o que o SAD faz, como funciona, até onde o SAD pode ir, até onde é a rede básica e até onde os dois caminham juntos. (Alecrim)

É possível observar no estudo desenvolvido por Andrade *et al* (2013), numa capital brasileira, algumas similaridades com a falas dos trabalhadores apresentadas acima. À partir da perspectiva de profissionais da atenção domiciliar o estudo apresenta algumas dificuldade na relação com a atenção básica para a realização do cuidado domiciliar em rede. O desconhecimento da função do serviço é apresentada como um dos principais motivos para a fragmentação do cuidado. Observado as falas acima, sob a luz deste estudo, pode-se dizer que a dificuldade de articulação, comunicação e conhecimento da função da atenção domiciliar para a rede básica, não se restringe ao município de Araraquara.

Porém, mesmo quando caracterizam a atenção domiciliar como sendo desenvolvida apenas pelo serviço que leva seu nome, ou seja, como uma especialidade, os profissionais apontaram diversas estratégias para que o SAD tenha uma boa relação com as unidades de saúde. Os trabalhadores, mencionaram a possibilidade do SAD funcionar como um matriciador da atenção domiciliar na rede, dando como exemplo a contribuição do serviço na construção das respostas às demandas que as UBS recebem quando atuam no domicílio. Pontuaram a reestruturação do SAD para a ampliação dos atendimentos domiciliares, porém enfatizam a falta de profissionais no serviço para a constituição de uma equipe mínima e que seria necessário o aumento da equipe dos profissionais.

Eu só não sei como é a questão da estrutura. Eu acho que poderia existir alguns outros profissionais dentro do próprio SAD. Não só a parte da enfermagem, mas outras especialidades. Se contemplassem profissionais na área de fisioterapia, assistência social, fonoaudiologia, nutricionistas. Aumentar o numero de profissionais de outras áreas. Principalmente no que a gente vê mais necessidade. Na parte de nutricionista, psicologia e fonoaudiologia. Que pra gente... como a gente trabalha com pacientes que estão mais debilitados em alguns momentos, pacientes que recebem alta com alimentação com sonda, que você precisa passa orientação pro familiar, pro cuidador, esses profissionais seriam fabulosos, de prioridade. (Rosa)

Nessa relação entre a atenção domiciliar e atenção básica, não podemos deixar de levar em consideração o apontamento dos profissionais que atuam no SAD. Segundo eles, esse serviço deveria ocupar um posicionamento diferente na

rede de cuidados, não estando ligado nem à atenção básica e nem à especializada, mas entre elas.

Na teoria, o serviço é pra estar inserido na rede de urgência. Na rede não funciona assim... [...], mas eu acho que é como se tivesse um serviço a parte que não é da atenção básica, que não é especializada que não está ligada a saída de hospital, acho que é um serviço que está no meio. (Orquídea)

Retornando aos trabalhadores entrevistados, os mesmos pontuam que a o SAD não assume este lugar de conexão atualmente na rede. E descrevem algumas dificuldades que eles identificam para a que isso esteja acontecendo. Relatam que a falta de profissionais na composição da equipe mínima (enfermeiro, médico, técnicos de enfermagem e fisioterapeuta), a redução da carga horária do motorista, a falta de articulação entre os profissionais na equipe, e entre os serviços como fatores que impossibilitam que a AD assuma um papel diferenciado na rede.

Como você vai prestar uma assistência, onde você não tem estruturada a sua própria equipe. Você tem falta de profissionais essenciais pro atendimento domiciliar. Então, tem que ser revista essa questão, tem que tá com a equipe completa. (Astromélia)

Com relação à questão da inserção e do papel do SAD na rede, discutiremos com mais ênfase no tópico 5.4.

A análise frente à incompreensão dos entrevistados quanto a relação que se estabelece entre a AB e a AD depende da ótica que a mesma é apresentada pelos profissionais e pela relação que se estabelece com a gestão. Não podemos esquecer que alguns profissionais participantes da pesquisa apontam a AD como uma modalidade que permeia os níveis (nível básico e especializado) de cuidado, ao permanecer entre eles. Qual seria a posição da atenção domiciliar na RAS? É sobre isto que discutiremos no próximo item.

#### **5.4 – A Atenção domiciliar na RAS**

Conforme discutimos no tópico anterior, os profissionais demonstraram em suas falas não ter clareza sobre o modo como se desenvolve o trabalho de atenção domiciliar, indicando, muitas vezes, uma confusão nessa compreensão. Alguns

apresentaram a atenção domiciliar como um modelo de atenção e outros como uma prática de diversos serviços da rede.

Diante disso, os entrevistados apresentaram que a atenção domiciliar percorre vários caminhos na RAS. Ela é permeada por relações e ações que acontecem dentro e fora do domicílio, por diferentes serviços que compõem a rede de atenção.

[...] Eu acho que a AD não só o SAD se conecta com tantas outras coisas e a gente só consegue o papel ser exercido de fato na atenção domiciliar quando a gente tem a rede. Acho que fazer a AD ser plena vai passar primeiro por esta conexão. (Alfazema)

Conforme o relato, a atenção domiciliar deve interagir com diversos pontos da rede. Porém, devemos lembrar que os trabalhadores apresentaram alguns ruídos nessa relação e interação entre os serviços que realizam o cuidado domiciliar. Descreveram a comunicação, a falta de diálogo, a falta de recursos humanos e materiais como fatores que prejudicam a interação entre os serviços.

Como você vai prestar uma assistência, onde você não tem estruturada a sua própria equipe. Você tem falta de profissionais essenciais pro atendimento domiciliar. Outra coisa é a questão do horário. Eu tenho um serviço domiciliar, que só faz visita... como eu reduzo o motorista pra um período, entendeu... isso é uma grande dificuldade de articulação da rede, dificulta muito (Astromélia)

Os atores da entrevista fizeram, por diversas vezes, referência à importância da atenção domiciliar desenvolvida pelo SAD. Alguns, inclusive, apontaram que este serviço poderia ter uma atuação mais abrangente no município. De modo geral, apresentam que o SAD poderia ser um “conector” ou uma “ponte” na rede de cuidados, assumindo a responsabilidade em realizar divulgações, treinamentos, projetos, rodas de conversa e de discussão de casos para capacitar e sensibilizar os trabalhadores de outras unidades de saúde para o desenvolvimento desta modalidade de atenção na perspectiva da integralidade e continuidade do cuidado.

O SAD é uma ponte, que pra gente abre bastante horizonte. [...] Todas as vezes que foram requisitados de trabalhar com a gente, sempre foi de muita resolutividade. (Rosa)

Eu acho que a reunião e a discussão em torno do tema com os pares e com outras pessoas junto faz com que a gente relembre nosso papel e alivia um pouco, acaba sendo terapêutico porque acaba aliviando as dificuldades e

sofrimentos. Isso entra um pouco na manutenção, identificação, na criação de uma identidade. (Alfazema)

Uma dificuldade é a falta de comunicação. Poderia melhorar. Então diminuir a burocracia. Apenas por email, dar um ok. Comunicar se está na fila e quando vai agendar. Uma coisa mais rápida. [...] Acho que poderia estar melhorando... fazer um outro treinamento... analisar se está tendo muito encaminhamento errado... estão entendendo o que são os ADs? Tem gente nova na rede? Fazer uma roda de conversa, explicar, relatar a realidade da falta de profissionais... não sei... acho que são coisas que podem fazer... (Lavanda)

Buscar entender a dificuldade de comunicação entre os diferentes serviços perpassa também compreender como se dá a elegibilidade dos usuários para a atenção domiciliar nos diferentes serviços apresentados pelos entrevistados. As unidades básicas de saúde tem como uma de suas principais atribuições o desenvolvimento da atenção domiciliar e o que seleciona o usuário para o acompanhamento deste serviço não é apenas a sua capacidade funcional, mas também se a complexidade de saúde que demanda o atendimento está controlada. Já o SAD – serviço que foi mencionado várias vezes pelos entrevistados como responsável pela atenção domiciliar – atua quando o usuário apresenta dificuldades de se deslocar para a unidade básica de saúde e também quando necessita de uma maior complexidade e intensidade de cuidados. A dificuldade de parametrização dessas complexidades que segundo Silva et al (2017) “requer além da identificação dos equipamentos demandados para a assistência, a avaliação dos procedimentos e ações a serem executados no domicílio”, reflete a incompreensão apresentada dos usuários quando se referem à AD. Um dos aspectos apresentado por Pereira (2014) em seu estudo foi a preocupação do uso de tecnologias duras para determinar a intensidade do cuidado. Dessa maneira pode-se inferir que o desenvolvimento da atenção domiciliar, pode não se dar onde ela mais precisa acontecer. De acordo com os autores acima, pode-se dizer que os trabalhadores do município encontram-se endurecidos quanto às necessidades de atenção domiciliar, porém verificam que é fundamental ter um olhar sobre os ruídos apresentados para que haja a reflexão para mudança de prática.

Para que os profissionais da atenção domiciliar atuem sob a ótica da reflexão na rede de saúde, favorecendo o trabalho vivo em ato e apresentando condições de ofertar o recurso tecnológico ideal para as necessidades de saúde dos usuários, equipes e trabalhadores, é preciso qualificar e ampliar o olhar desses profissionais.

Podemos pensar na importância dos próprios profissionais adquirirem a capacidade de utilizar-se de instrumentos de reflexão para esta qualificação, principalmente quando abrange o campo da tecnologia relacional. O Ministério da Saúde (Brasil, 2005) traz a educação permanente como uma potente ferramenta de inovação, possibilitadora de mudanças nas concepções e práticas de saúde, através da produção de conhecimentos, cogestão e da ruptura com a alienação do trabalho. Pode-se apontar, portanto que os trabalhadores podem se apropriar desta ferramenta para assumir esta nova posição na rede de cuidados.

Porém, para os entrevistados, não basta a reflexão frente ao processo de trabalho, é preciso ter condições de realizá-lo. Pontuam que essas condições dependem do olhar da gestão para o mesmo. Segundo eles, a gestão não têm dado atenção à potencialidade que esta modalidade de cuidado pode assumir, incluindo o seu papel na construção da integralidade do cuidado e a responsabilidade do SAD nessa ação.

Eu acho que está precisando este olhar pra atenção domiciliar. Tá faltando um olhar de cima pra esse serviço. Porque os profissionais que estão trabalhando, estão lá... fazem o melhor, tenho certeza disso. Não dá pra abraçar o mundo, lógico. E eles estão se esforçando muito pra estar onde eles estão. [...] É encaminhamento que você recebe da rede toda, né.. aí você tem mais a falta de alguns profissionais. Eu acho isso muito complicado pro serviço. Eu acho que tinha que ter um olhar pra esse serviço, tinha mesmo. (Astromélia)

Essas indagações são trazidas também por Merhy (2006), que aponta o importante papel dos gestores nesta qualificação. O autor ressalta o fundamental papel dos gestores para impactar os modos como são construídas as contratualidades entre gestores, trabalhadores e usuários. Citando ainda, que quando isso não ocorre os modelos de atenção não são transformados. Portanto, pode-se dizer que o papel e a relação que a atenção domiciliar assumirá na rede, depende também da compreensão e aderência de práticas educativas e contratos estabelecidos pela gestão.

Diante disso vamos dar destaque à visão do gestor entrevistado. Em sua fala ele verifica a necessidade de capacitação dos profissionais da rede para o desenvolvimento da atenção domiciliar.

Tem especificidades muito grandes o trabalho da AD, requer outras competências que tem que ser desenvolvidas. Na formação dos profissionais é muito pouco desenvolvido, posso falar até enquanto professor universitário,

enquanto profissional da rede e enquanto gestor. Então às vezes as pessoas tem a ideia, elas acham que é só ir lá e achar o problema e tentar resolver de forma engessada. Pelo contrario, a gente tem mais possibilidades, mas a gente tem que ter competência pra isso. (Alfazema)

Portanto, pode-se dizer que assim como os trabalhadores veem que o SAD pode ter uma linha de atuação por meio de treinamentos e instruções aos trabalhadores das unidades básicas de saúde, a gestão vê que há necessidade de capacitar os trabalhadores para o desenvolvimento desta modalidade de atenção.

Caminhando para a finalização do tópico e da discussão proposta é de fundamental importância dar destaque ao proposto pelos entrevistados de que o SAD tenha um papel que vai além da assistência direta ao usuário. Mas que também se legitime enquanto serviço formador para as pessoas desenvolverem a atenção domiciliar. Para que isso aconteça os próprios profissionais apresentam a necessidade de sanar os ruídos existentes na rede de atenção. Seguindo o apresentado pelos entrevistados, o SAD pode ser um dispositivo de estruturação da rede atuando pelo viés da capacitação da mesma.

Desta maneira, conforme sugerida pelos entrevistados, a atenção domiciliar poderia ser definida como uma modalidade de atendimento que visa a integralidade e a resolutividade através da articulação de diversos pontos da rede de atenção (SILVA et al, 2010).

## 6 Considerações Finais

O presente estudo teve como principal objetivo analisar a atenção domiciliar enquanto dispositivo na rede de atenção á saúde no município de Araraquara. Apesar de descrever as particularidades de uma região de saúde específica, os resultados aqui descritos podem ser extrapolados para outras regiões de saúde do Estado de São Paulo e talvez Brasil.

Os profissionais participantes, em sua totalidade, compreendem que AD vem ganhando espaço no país devido a transição epidemiológica e demográfica, ao aumento das doenças crônico degenerativas e dos cuidados paliativos. Eles também compreendem que a atenção domiciliar é desenvolvida por vários serviços. Os profissionais também demonstraram a sutil relação entre as ações de atenção domiciliar desenvolvidas pelo Serviço de Atenção Domiciliar e pelas Unidades Básicas de Saúde, em especial as que atuam como estratégia de saúde da família.

Os achados também permitiram emergir os ruídos que atrapalham a relação entre os serviços. Caracterizaram a falta de diálogo e comunicação como um dos principais fatores para o desconhecimento das práticas domiciliares na rede. Ainda devido a estes ruídos relataram desconhecer os critérios de elegibilidade e alta do Serviço de Atenção Domiciliar. Apontam ainda que há a necessidade de que o serviço seja mais abrangente em seus critérios, ampliando o olhar para além das condições físicas e do uso de complexidades tecnológicas mais intensas de saúde.

No que tange a integralidade que a atenção domiciliar assume quando é permeada pelos encontros, os entrevistados relataram que a possibilidade de criação de vínculos e a relação estabelecida com o cuidador é um diferencial para que esta modalidade de atenção assuma a integralidade que lhe é proposta.

Pontuam a necessidade de criar espaços de cuidado para o cuidador. Destacam a necessidade de um olhar carinhoso e cuidadoso para as demandas dos cuidadores das pessoas que eles prestam atendimento ou que verificam ter a necessidade de atendimento domiciliar. Relatam que a grande maioria dos cuidadores são familiares e tem a sobrecarga do cuidado apenas sobre eles, e, por isso, tem a preocupação de que o município ofereça a esses cuidadores um espaço de reflexão e cuidados próprios, pois para cuidar é preciso se cuidar.

Tomando essa necessidade apontada pelos entrevistados, merece destaque uma atividade realizada pelo SAD em um bairro da cidade e que pode servir de referência para o cuidado de cuidadores: um grupo de apoio aos cuidadores. Articulou-se diversos equipamentos do território como o CRAS, as unidades básicas de saúde e o SAD para realização de encontros sistemáticos, o espaço foi destinado ao cuidado e empoderamento dos cuidadores. O projeto foi um sucesso e sua continuidade se deu por pedido dos usuários/cuidadores participantes que legitimaram o espaço de cuidado.

Além da possibilidade de reflexão da prática em atenção domiciliar, este estudo traz aos trabalhadores a possibilidade de verem o movimento que eles vêm realizando com as suas atuações profissionais, pois ela está se legitimando a partir do fazer no município. Talvez por isso, os trabalhadores ainda não tenham conseguido compreender a amplitude da atenção domiciliar e a apresentado de maneira tão confusa. Ora como modalidade de atenção, ora apenas como serviços prestados por diversos equipamentos.

Muitas das vezes a AD é compreendida como uma modalidade de atenção que perpassa os diversos níveis de cuidado e que deve permanecer entre elas. Essa compreensão nos leva, tal como apontado pelos entrevistados, para o papel estratégico que o SAD pode assumir: além de atuar como serviço prestador da assistência, o SAD também pode se responsabilizar como formador para a prática desse modelo de atenção na rede de saúde.



## Referências

ANDRADE A.M., et al. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):111-117.

ANDRADE, Ana Lucia da Silva; GOUVEIA, Antonio da Cruz Mendes; DUARTE, Gabriella Morais Miranda. "**O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras**". *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* (2016): 507-519.

ARARAQUARA. Protocolo de implantação Serviço de Atenção Domiciliar do município de Araraquara. Secretaria Municipal de Saúde. Araraquara. 2013.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. supl. 2, p. 11-23, 2009.

BARDIN N, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal, Edições 70, 5ª. Edição, 2010.

BRASIL, **Decreto n. 825**, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza equipes habilitadas. Brasília: 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília CONASS, 291 p, 2011.

BRASIL. 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. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2014. 184p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b\\_221210.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf)>. Acesso em: 06 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: 2012. 101 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. 110 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política nacional de atenção básica**. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p.

CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos: **a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições**: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de saúde pública**, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CESSE, Eduarda; FREESE, Eduardo. Características determinantes do padrão brasileiro de ocorrências das DCNT no século XX. In: **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. UFPE, 2006.

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 Publica*, p. 180–8, 2008.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p. 290-305.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. A cadeia do cuidado em saúde. **Marins JJ, organizador. Educação, Saúde e Gestão**. Rio de Janeiro, São Paulo: ABEM, Hucitec, p. 99-113, 2011.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; FURLAN, Paula Giovana. O subjetivo e o sociocultural na produção de saúde e autonomia. **Manual de Práticas de Atenção Básica. Saúde ampliada e compartilhada**, p. 154-178, 2013.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 23, n. 9, p. 2072-2080, Sept. 2007 .

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1511-20, set./out. 2008.

FRANCO, Túlio Batista; Magalhães Júnior, Helvécio M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**, v. 2, p. 125-34, 2003.

FREESE, Eduardo; FONTBONNE, Annick. Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. UFPE, 2006.

Furlan, Paula Giovana ; OLIVEIRA, Gustavo Nunes de . **Olhares sobre os territórios e aco-produção de projetos com coletivos**. In: Guerreiro AP; Campos GWS. (Org.). Manual de Práticas de Atenção Básica à Saúde Ampliada e Compartilhada. 1ed.São Paulo: Hucitec. 2013. p. 247-272.

HILZENDEGER, Ana Lucia et al. A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR (SAD). **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 3, n. 2, p. 79-94, 2014.

LACERDA, M. R. Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira. 2000. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

LACERDA, Maria Ribeiro et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 88-95, 2006.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010, vol.15, n.5, p. 2297-2305.

Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002. Rehem, Tania Cristina Moraes Santa Barbara; Trad, Leny Alves Bomfim. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira, 2005.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. Rio de Janeiro, 21 p., 2007.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos técnico-assistenciais.1. **Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES CDD 362.1**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MERHY, Emerson Elias et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divul Saúde Debate**, v. 52, p. 153-64, 2014.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. **Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. Leituras de Novas Tecnologias e Saúde. São Cristóvão: Editora UFS**, p. 29-56, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção e vigilância da saúde. **Epidemiologia e saúde**, v. 6, p. 567-71, 2003.

PEDUZZI, Marina et al. Formação dos Profissionais da Saúde para o Trabalho em Equipe: A Experiência da Disciplina “Prática, Formação e Educação Interprofissional em Saúde”. **PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO**, 2016.

PEREIRA, Deisiane Gêssica et al. Significados dos cuidados paliativos na ótica de enfermeiros e gestores da atenção primária à saúde. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 11, n. 3, p. 1357-1364, 2017.

PEREIRA, P. B. A. Atenção domiciliar e a produção do cuidado: apostas e desafios atuais. [dissertação de mestrado] Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2014.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 15, n. Suppl 1, p. 1009-19, 2010.

QUEIROZ, Araújo Bomfim et al. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013.

RUGENE, Olinda Tereza; ONOFRE, Eligiane Pinheiro Pena. A percepção de profissionais da saúde sobre a assistência domiciliária ao idoso-DOI: [http://dx. doi. org/10.15603/2176-0969/pi. v18n18p11-29](http://dx.doi.org/10.15603/2176-0969/pi.v18n18p11-29). **Psicólogo inFormação**, v. 18, n. 18, p. 11-29, 2015.

SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev. bras. enferm**, v. 60, n. 6, p. 659-664, 2007.

SEIXAS, C. T. et al. Atenção Domiciliar no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. A atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 184p.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez. 2007.

SILVA, José Mendes da; CALDEIRA, Antônio Prates. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 6, p. 1187-1193, June 2010 .

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

SILVA, K. L. et al. O direito a saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 773-784, 2013.

SILVA, Kênia Lara da, et al. Atenção domiciliar na rede básica de saúde. Belo Horizonte : Nescon/UFMG, 2017. 95 p.

SILVA, Kênia Lara et al. Internação domiciliar no Sistema único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 391-397, 2005.

SILVA, Marecele Miranda. et al. Visitando hospices na Alemanha e no Reino Unido na perspectiva dos cuidados paliativos. *Esc. Anna Nery*[online]. 2015, vol.19, n.2, pp. 369-375.

SOUZA, Ângela Maria Alves et al. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. 2013.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

Teixeira, CF. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 21(4):529-532, out-dez 2012.

TEIXEIRA, R.R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público (working-paper). In: Research Conference on: rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin América. San Diego: Center for Iberian and Latin American Studies, University of California-San Diego, 2004b.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003. p.89-111.

THUME, Elaine; FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine and VIEIRA, Lúcia Azambuja Saraiva. **Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado**. *Rev. Saúde Pública*. 2010, vol.44, p. 1102-1111.

UCHÔA E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:849-53.

VICTORA, Cesar G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. 2011.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc. Anna Nery* [online]. 2013, vol.17, n.1, pp.133-141.

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

## **APÊNDICE A**

### Roteiro para entrevista com profissionais

#### **O profissional e o serviço onde ele está inserido**

1 - Falar sobre o entrevistado (formação, tempo de trabalho) e contar sobre o seu trabalho na instituição (unidade onde ele está inserido).

2 – Como você acha que está estruturada a rede atenção a saúde em Araraquara?

3 – A inserção do serviço na Rede. Como é? Como você acha que deveria ser? Como ela se articula com os outros serviços (no caso dos profissionais da AD, perguntar sobre a relação de outros serviços com a rede e a relação dos outros serviços com a AD, articulando com a pergunta 4).

#### **A Atenção Domiciliar**

4 - Em que ponto da rede de atenção a AD está inserida e como você identifica sua articulação com os outros pontos da RAS (outros serviços).

5 - O que você entende por atenção domiciliar.

6 - Quais as ações de AD que você identifica em Araraquara. Por favor, descreva-as para mim.

7 – Quais seriam suas sugestões para potencializar essas ações elencadas?

8 – Quais as dificuldades você identifica para a articulação da AD com a rede de atenção?

9 - Quais seriam suas sugestões para articular o trabalho da AD na rede de atenção a Saúde de Araraquara.

## APÊNDICE B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**Título do estudo:** “A Atenção Domiciliar como dispositivo para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde”

**Pesquisador(a) responsável:** Anne Karoline Cândido e Silva Bernardes

**Instituição / Departamento:** Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)/ Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

**Endereço do(a) pesquisador(a) responsável:** Av. Dr. Leite de Moraes, 951 – Vila Xavier, Apto 46, Bl 01.

**Telefone do(a) pesquisador(a) responsável para contato:** (16)3322-5741/(16)98104-2342

**Local da coleta de dados:** Rede de Atenção Primária à saúde do município de Araraquara/SP.

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder a todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

**Objetivo do estudo:**

**Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em responder entrevista na presença da pesquisadora.

Se autorizado, esta entrevista será gravada para posterior transcrição, caso contrário será feito registro manual.

**Benefícios:** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado. Espera-se que o estudo contribua positivamente na construção de uma rede interligada, funcionando em função do atendimento humanizado e integral. Contribuirá também para a ampliação do conhecimento e reflexões acerca da atenção domiciliar na rede de atenção.

**Riscos:** A participação nesta entrevista não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você, a não ser exposição do participante frente ao pesquisador.

**Sigilo:** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

**Ciência e de acordo do participante (sujeito da pesquisa):**

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pelo(a) pesquisador(a), eu \_\_\_\_\_,

RG: \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento **em duas vias**, ficando com a posse de uma delas.

Araraquara, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito de pesquisa ou Representante legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo projeto

**Ciência e de acordo do pesquisador responsável:**

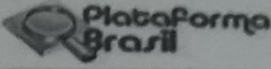
Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Declaro que assinei 2 vias deste termo, ficando com 1 via em meu poder.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito de pesquisa ou Representante legal



## ANEXO A

UFSCAR - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS		
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
Título da Pesquisa: A Atenção Domiciliar como dispositivo para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde		
Pesquisador: Anne Karoline Cândido e Silva Bernardes		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 57751616.4.0000.5504		
Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
<b>DADOS DO PARECER</b>		
Número do Parecer: 1.680.558		
<b>Apresentação do Projeto:</b>		
O projeto contribuir para o aprofundamento das questões inerentes ao tema, ampliando o conhecimento e necessidade da articulação das diversas modalidades de atenção que atendam às novas demandas, seja na humanização do atendimento aos usuário, seja na humanização do trabalhador, ele contribuirá na busca de respostas e melhorias pessoais e profissionais da pesquisadora, que é trabalhadora e militante do SUS na modalidade de atenção a ser estudada.		
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>		
3.1 Objetivo geral		
Compreender a contribuição da AD como dispositivo na estruturação da Rede de Atenção a Saúde no município de Araraquara.		
3.2 Objetivos específicos		
Identificar as características, ações e estratégias de atuação da Atenção domiciliar no município de Araraquara;		
Caracterizar a organização da Rede de Atenção de Saúde de Araraquara na percepção dos profissionais de saúde;		
Descrever as funções e funcionamento do SAD, segundo a perspectiva dos		
Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235		CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	Município: SAO CARLOS	E-mail: cephumanos@ufscar.br
UF: SP		
Telefone: (16)3351-9683		

Página 01 de 03

Continuação do Parecer: 1.680.558

profissionais da rede de atenção do município;  
Discutir as dificuldades e potencialidades da AD na organização da Rede de Atenção do município;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos (descreveu no TCLE):

A participação nesta entrevista não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você, a não ser exposição do participante frente ao pesquisador.

Benefícios: Através da realização da pesquisa, será possível determinar as ações de Atenção Domiciliar do município, além de averiguar sua colocação e contribuição na Rede de Atenção à Saúde, identificando suas fragilidades e potencialidades.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta relevância social.

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

- Apresentou a Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada.
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado.

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

O projeto de pesquisa não apresenta pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_658560.pdf	28/06/2016 17:01:20		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autoriza_pesquisa.pdf	28/06/2016 16:53:39	Anne Karoline Cândido e Silva Bernardes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Anne.PDF	28/06/2016 16:50:48	Anne Karoline Cândido e Silva Bernardes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/06/2016 16:43:25	Anne Karoline Cândido e Silva Bernardes	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

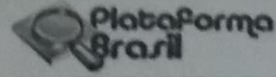
UF: SP

Município: SAO CARLOS

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Telefone: (16)3351-9683

UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 1.680.558

Folha de Rosto	Folha_Rosto_Anne.pdf	28/06/2016 16:24:09	Anne Karoline Cândido e Silva Bernardes	Aceito
----------------	----------------------	------------------------	---	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 16 de Agosto de 2016

Assinado por:  
Ricardo Carneiro Borra  
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9683

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br