



Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos

The contribution of Home Care to the construction of health care networks from the perspective of health professionals and elderly users

Gabriela Tonon de Oliveira Xavier¹

Vânia Barbosa do Nascimento¹

Nivaldo Carneiro Junior¹

Resumo

Objetivo: Analisar a contribuição da Atenção Domiciliar (AD) para a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) sob a óptica de profissionais e de usuários idosos. **Método:** Investigação qualitativa, aplicando roteiro semiestruturado. Foram incluídos seis profissionais, através de sorteio, sendo um de cada categoria do Serviço de Atenção Domiciliar de São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil e 34 usuários maiores de 60 anos, conscientes e orientados, com acompanhamento mínimo de um ano pela AD e portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). **Resultados:** Descrevem o perfil dos sujeitos - seis profissionais que atuam na AD, cinco de nível superior e um de ensino técnico; média de 39 anos; atuando no serviço há aproximadamente dois anos. Nos usuários, predominam: faixa etária de 60 a 69 anos; mulheres; ensino fundamental; casados. Os dados estão categorizados em: Integralidade dos Cuidados em Saúde; AD e o acesso aos demais serviços de saúde; Equipe interdisciplinar, Capacitação e habilidades em AD. Constatou-se integração entre profissionais, valorizando o contexto biopsicossocial e ações norteadoras do processo do cuidar, promovendo troca de saberes. Foi detectada deficiência na articulação intersetorial. **Conclusão:** Corresponsabilização, capacitação e habilidades dos profissionais relacionam-se com atendimento eficiente. Abordagem humanizada, vínculo e participação de cuidadores e familiares otimizam projeto terapêutico e reabilitação. AD interliga pontos das RAS: desospitalização norteia fluxo assistencial. Contudo, conscientização dos integrantes das RAS quanto à prática da AD, capacitação profissional e empoderamento de cuidadores devem ser aprimorados.

Palavras-chave: Serviços de Assistência Domiciliar. Integralidade em Saúde. Envelhecimento. Longevidade. Atenção à Saúde.

Abstract

Objective: Analyze Home Care (AD) contribution to the consolidation of Health Care Networks (RAS) from the viewpoint of professionals and elderly users. **Method:** Qualitative research, through a semi-structured questionnaire, was carried out. Six professionals were included, by draw, each of them from an occupational category of Home Care Service in Sao Caetano do Sul, São Paulo, Brazil, and also 34 users aged over 60 years-old, conscious

Keywords: Home Care Services. Integrity in Health. Aging. Longevity. Health Care.

¹ Faculdade de Medicina do ABC, Departamento de Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde. Santo André, São Paulo, Brasil.

and oriented, engaged for, at least one year to AD, carrying HAS and DM simultaneously. *Results:* Subjects' profile - six professionals, five of them with higher education and one with technical education; average age 39, working in Home Care for approximately two years. Users were predominantly women, aged from 60 to 69 years-old, mostly married and with primary education. Data were categorized: Integrality of Health Care; Home Care and access to other health services; Training and skills in Home Care. It was observed integration among professionals of the sector, valuing biopsychosocial context and guiding actions in the care process. However, deficiency in intersectional articulation was detected. *Conclusion:* Co-responsibility, training and professional skills were related to an efficient service. Results showed that a humanized approach, bonding, and the effective participation of caregivers and families favor the execution of a therapeutic project and rehabilitation. Home care interconnects RAS points: de-hospitalization guides health care flow. Nevertheless, RAS members' awareness of Home Care practice, professional training and empowerment of caregivers should be improved.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988, preconiza que Saúde é direito de todos e dever do Estado, tendo como princípios doutrinários: Universalidade, Integralidade e Equidade¹.

Nos 30 anos de concepção e práticas do SUS, revelam-se desafios e paradoxos entre idealismo doutrinário e heterogeneidade dos cenários de prática, sensíveis à transição epidemiológica e à política socioeconômica. Demandas inéditas requerem tecnologias e abordagens criativas. Neste contexto, a prática da Integralidade - integração dos atos preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de atenção à saúde e a valorização do indivíduo além da doença, considerando enfoque biopsicossocial² - é meta cotidianamente perseguida. Essa pluralidade semântica faz da Integralidade dispositivo ordenador das relações de trabalho, promovendo ambientes de discussão para revisão dos processos em saúde³.

No Brasil, o aumento de expectativa de vida ao nascer e a diminuição das taxas de mortalidade e natalidade definem o processo de envelhecimento populacional. Essa transformação do perfil etário traz impacto qualitativamente importante no panorama de morbimortalidade, o qual revela predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), cabendo sua prevenção - em seus diferentes níveis - e controle às estratégias de amplo alcance e baixo custo adotadas na Atenção Primária à Saúde (APS).

A ineficiência das ações nesse nível de complexidade acarreta aumento de gastos potencialmente evitáveis.

Tomando por base a relevância epidemiológica das DCNT em relação ao sistema de saúde vigente, observa-se fragmentação de cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) - arranjo dinâmico de equipamentos de saúde, com diferentes densidades tecnológicas, interligados, objetivando o atendimento integral ao usuário - prejudicando a efetividade das ações de prevenção primária e secundária, culminando com internações evitáveis e altas taxas de mortalidade por doenças cardíacas e cerebrovasculares. Torna-se imprescindível gerenciamento do cuidado, idealizando assistência interdisciplinar focada em promoção e proteção à saúde, prioritariamente à reabilitação⁴⁻⁶.

Desta forma, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge em 1994 na APS com o intuito não só de contemplar esses serviços, mas de protagonizar a reorganização da APS, através de adstrição de território para atuação interdisciplinar, busca ativa e construção de vínculo estável, dentre outros. E, em meio à inequívoca importância de fortalecer o atendimento no domicílio, configura-se posteriormente a Atenção Domiciliar (AD) como ferramenta para ampliação de cenários de prática e atendimento às necessidades do usuário.

A AD é um programa federal que vislumbra expansão e qualificação da assistência domiciliar no âmbito do SUS. Composto por serviços substitutivos ou complementares às esferas hospitalar

e ambulatorial, objetiva continuidade do cuidado e integração às RAS⁷. Possibilita conhecimento pleno do usuário: rotina, cultura e família; favorece execução e articulação de ações de reabilitação, preventivas, educativas e promotoras de saúde^{8,9}.

Ante a necessidade de padronizar e normatizar a AD, o Ministério da Saúde criou em 2011 o Programa Melhor em Casa⁷. Em 2013, intensificou financiamento e apoio técnico aos gestores, reformulando as normativas e estimulando crescimento organizado¹⁰. No ano de 2016, redefiniram-se diretrizes^{11,12}. Em São Caetano do Sul, São Paulo (SP), tal modalidade surgiu em 2012. Contempla pacientes de Atenção Domiciliar II - assistência de média complexidade e Atenção Domiciliar III - assistência de alta complexidade, sendo os pacientes de Atenção Domiciliar I, de baixa complexidade clínica, atendidos pela ESF^{7,13}. O perfil de morbidade da AD compõe-se, majoritariamente, de idosos portadores de DCNT (cardiovasculares, cerebrovasculares, neoplasias, neurodegenerativas), com graus variados de dependência. Considerando o aumento de casos dessas enfermidades em idades longevas, justifica-se a necessidade de atendimento específico e qualificado¹⁴.

A transversalidade da AD - comunicação entre segmentos de diferentes complexidades da área da saúde, valorizando a corresponsabilização independentemente da hierarquia, adequando as necessidades reais com os protocolos assistenciais¹⁵ - garante eficiência com reestruturação do processo de trabalho em APS, especialidades e hospitais. Consequentemente, otimiza internações, humaniza o cuidado e fortalece a desinstitucionalização, aumentando a autonomia dos usuários¹⁶.

Esta pesquisa busca algumas respostas: como os profissionais da AD - São Caetano do Sul (SP) reconhecem a organização do serviço na perspectiva das RAS? Que estratégias são utilizadas pelos profissionais da AD para facilitação do diálogo entre os componentes das RAS?

A compreensão dos usuários da AD quanto às dinâmicas assistenciais é relevante. Desconhecimento sobre níveis de complexidade e acesso pode gerar dificuldades na utilização e no fluxo. Indagamos a este público-alvo: qual a importância da divisão de responsabilidades entre

usuários, família e profissionais da AD, bem como da facilidade de acesso e integração junto à equipe para o êxito do cuidado?

Espera-se que este estudo permita verificar, preliminarmente, ações efetivas, as reais necessidades dos usuários e possibilidades de diálogo intersetorial, contribuindo para alinhamento de políticas públicas. O objetivo é analisar a contribuição da AD para a construção das RAS, sob a óptica de profissionais e de usuários idosos.

MÉTODO

Estudo qualitativo¹⁷ realizado de novembro/2016 a janeiro/2017 em São Caetano do Sul, SP. Os sujeitos deste estudo foram selecionados de populações distintas, compondo duas amostras independentes: profissionais de saúde e usuários. Os dados foram coletados via entrevista, com aproximadamente sessenta minutos de duração cada, orientada por roteiro semiestruturado¹⁸ contendo perguntas fechadas e abertas, havendo instrumento específico para cada amostra, propondo diálogo dirigido entre pesquisador e sujeitos.

As entrevistas, agendadas previamente, foram realizadas pelo próprio pesquisador que, mediante autorização expressa dos sujeitos e gestores, procedeu abordagens individuais e, para a amostra de usuários, autorizou a permanência de familiares e/ou cuidadores em caso de dependência física. Os diálogos foram gravados, transcritos integralmente e realizados uma única vez, preservando a espontaneidade dos sujeitos. Ressalta-se que após a transcrição os sujeitos não tiveram mais acesso ao questionário. Como base para as entrevistas, foi utilizado questionário de estudo semelhante desenvolvido em Minas Gerais em 2013.¹⁸

Em ambos os questionários, foram levantados dados que compõem o perfil dos sujeitos. Nas questões abertas para os profissionais, foram analisados conhecimentos acerca de: organização e articulação em rede; acesso; estratégias facilitadoras de comunicação entre os atores da AD; qualificação profissional. Para os usuários, o intuito foi apurar noções de: acesso; relação de responsabilidade no cuidado entre serviço, família e usuário da rede; atuação interdisciplinar; funcionamento da AD.

Diante das variáveis apresentadas, foram construídas categorias de análise de discurso para melhor interpretação dos resultados obtidos.

O universo para seleção das amostras foram os pacientes e usuários da AD de São Caetano do Sul (SP)¹⁹, escolha justificada pela alta prevalência de idosos usuários do sistema público de saúde, pela multiprofissionalidade e pela inserção profissional progressiva da pesquisadora no serviço e maior familiaridade com o mesmo. É notório que essa proximidade representou desafio, tendo sido redobrada a preocupação com a elaboração imparcial. Os usuários foram ouvidos em suas residências; os profissionais de saúde, na sede administrativa do serviço.

Dentre os 16 profissionais de saúde da AD - São Caetano do Sul, SP, foram selecionados seis, sendo cada categoria representada - prerrogativa adotada pela pesquisadora a fim de valorizar a multiprofissionalidade - unitariamente na amostra: enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e assistente social. Para Assistência Social e Fonoaudiologia, com representante único no setor, a inclusão na amostra foi automática; para as demais funções, através de sorteio.

Também foram triados usuários de ambos os sexos enquadrados nos seguintes critérios: idade acima de 60 anos; cadastro e acompanhamento mínimo de um ano pela equipe de ADII ou ADIII; conscientes e orientados; portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *mellitus* (DM), pela já destacada relevância epidemiológica. O critério de exclusão foi nível cognitivo insuficiente para compreensão das perguntas. Foram selecionados, através da análise de prontuários e diante dos critérios, 34 usuários (28,33%) de um total de 120 cadastrados na AD. Existem no município, aproximadamente, mil domiciliados portadores de HAS e DM (simultaneamente) no âmbito do SUS.

Quanto ao critério de longevidade, São Caetano do Sul, SP, suplanta a média brasileira: a expectativa de vida dos 13% de idosos brasileiros é de 75 anos; para os 19,10% sul sancaetanenses contemporâneos, 78 anos^{19,20}.

As falas dos sujeitos foram identificadas com T para profissionais (trabalhadores) e U para usuários, seguido de numeral específico de cada entrevista.

Em observância aos princípios éticos (Resolução 466/2012 e 510/2016), o projeto de pesquisa deste estudo foi apreciado pela Diretoria da Atenção Básica e Secretaria Municipal de Saúde de São Caetano do Sul (SP) e aprovado mediante parecer número: 1.879.905 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde de São Caetano do Sul, SP. Os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que diz respeito ao perfil da amostra dos profissionais da AD, foram entrevistados seis indivíduos do sexo feminino, apresentando média etária de 39 anos (34 a 50 anos). Tempo de atuação em AD (anos) e tempo decorrido desde a graduação (anos) também foram quesitos avaliados (Figura1).

Quanto ao grau de escolaridade, cinco profissionais (83,33%) apresentam nível superior completo e uma participante detém nível técnico. Entre os profissionais de nível superior entrevistados, dois possuem especialização em AD e/ou ESF: enfermeira e médica.

Existe alta rotatividade de profissionais, seja por readequação de carga horária, formação inespecífica ou questões administrativas. Tal panorama justifica necessidade de oferta permanente de cursos de especialização e aprimoramento em AD^{18,21,22}.

Na amostra de 34 usuários, predomina o sexo feminino. A Figura 2 revela a faixa etária dos usuários.

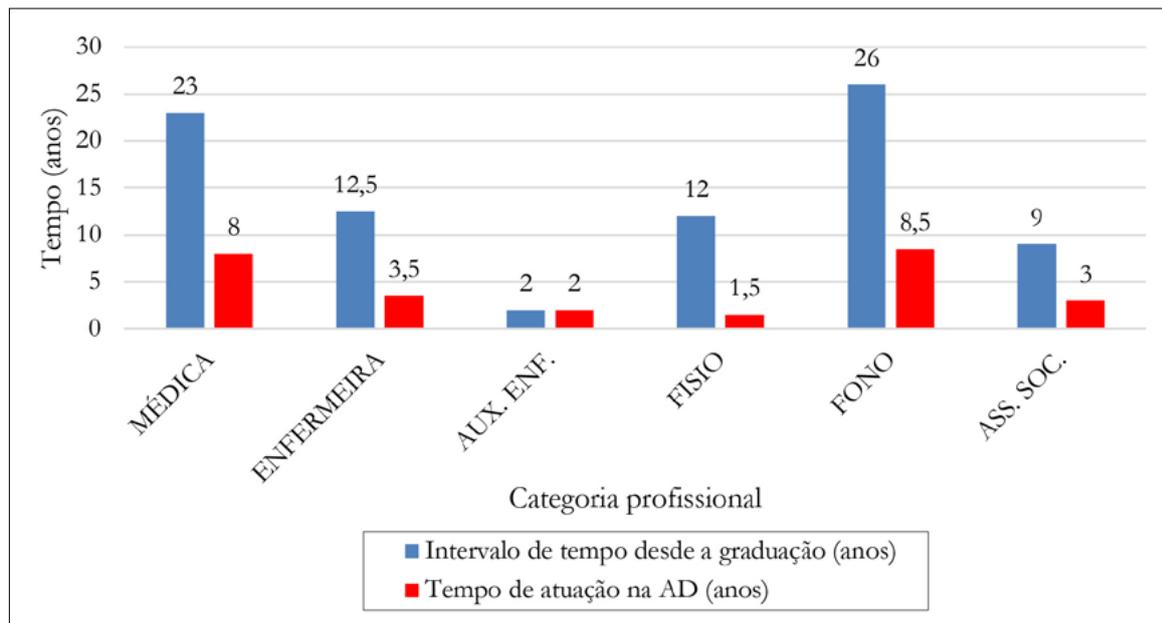


Figura 1. Tempo de atuação (anos) no serviço e tempo decorrido desde a graduação (anos) dos profissionais da AD. São Caetano do Sul, SP, 2017.

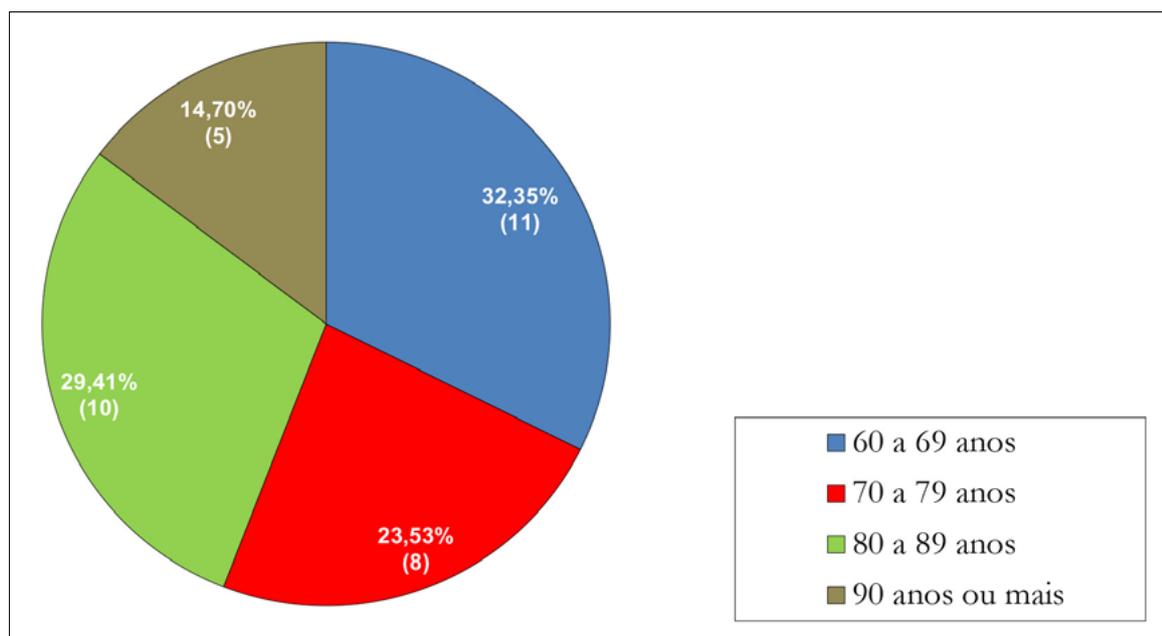


Figura 2. Distribuição etária da amostra dos usuários (N=34) da AD. São Caetano do Sul, SP, 2017.

No que tange ao estado civil, quatro categorias foram citadas: casados, com 44,12% (n=15); viúvos representam 41,18% (n=14) do total, 11,76% (n=4) são solteiros e, 2,94% (n=1), separados. O grau de escolaridade assim distribuiu-se: 8,82% (n=3) analfabetos, 61,77% (n=21) concluíram o ensino fundamental, 23,53% (n=8) o ensino médio e 5,88% (n=2) possuem ensino superior.

Considerando a amostra de usuários, 85,29% (n=29) pertencem à média complexidade e 14,71% (n=5) à alta complexidade, de acordo com a escala de Katz^{23,24}, que define categorias de dependência conforme desempenho nas atividades básicas de vida diária (banho, vestuário, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação). A Figura 3 ilustra essa distribuição.

A maioria dos idosos relata manter bons vínculos com profissionais, familiares e cuidadores. Responsabilizam setor público quanto à dificuldade no atendimento às necessidades (acesso, Integralidade, Equidade) e no auxílio ao manejo de suas incapacidades físicas e cognitivas, por vezes pouco contribuindo para desempenho satisfatório nas atividades de vida diária^{25,26}.

Como apontado por Veras²⁷, o aumento da longevidade acarreta maior uso dos serviços de saúde pública e privada, gerando mais custos e ameaçando a sustentabilidade do sistema. Uma alternativa para

evitar colapso é investir em políticas de prevenção de doenças, estabilização das enfermidades crônicas e manutenção da capacidade funcional dos enfermos.

No tocante ao perfil socioeconômico, observa-se heterogeneidade de condições e localização de moradia e recursos de que as famílias dispõem. Foram identificados extremos, da permanência 24 horas de cuidadores até usuários sozinhos e sem suporte. O cuidador apresenta-se como ator fundamental, junto aos usuários com dependência parcial ou total para desempenho das atividades de vida diária (Figura 4).

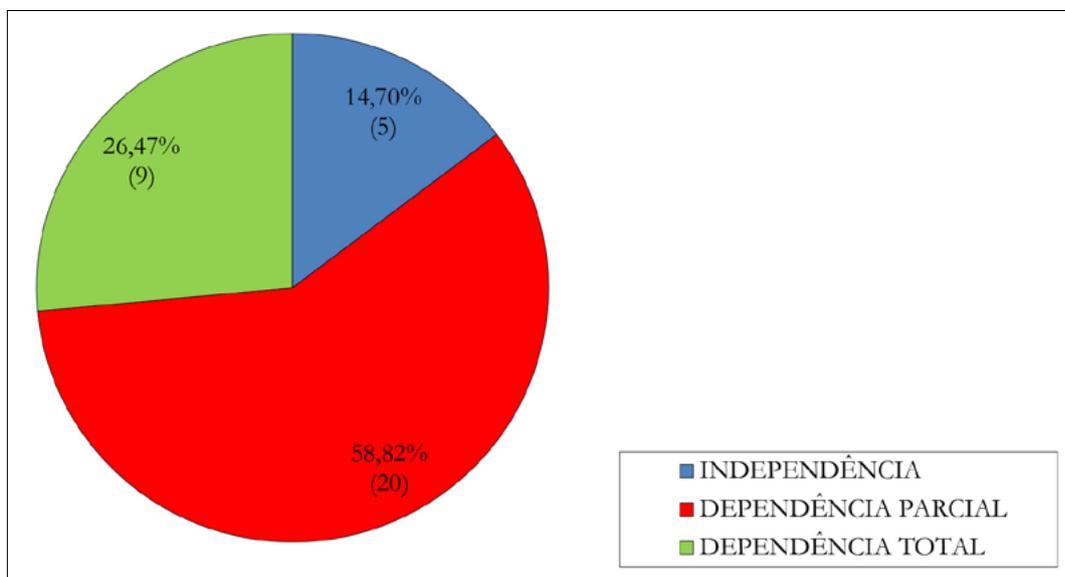


Figura 3. Grau de dependência dos usuários da AD (N=34) segundo Katz²³. São Caetano do Sul, SP, 2017.

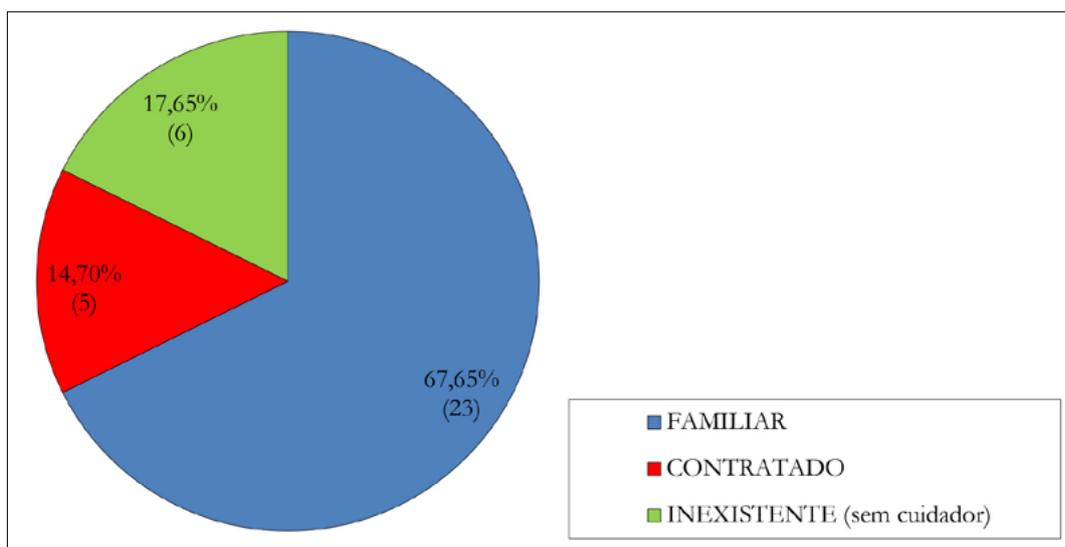


Figura 4. Distribuição da amostra de pacientes da AD de São Caetano do Sul (SP), (N=34), segundo existência de cuidador e natureza do vínculo cuidador-paciente. São Caetano do Sul, SP, 2017.

Buscando sistematizar as informações, a partir da análise dos dados obtidos foram constituídas três categorias de análise: *Integralidade dos cuidados em saúde; AD e acesso aos demais serviços de saúde; Equipe interdisciplinar; capacitação e habilidades em AD.*

Integralidade dos cuidados em saúde

Quanto à organização das RAS, profissionais e usuários citam características importantes para construção efetiva da rede, como oferta contínua e integral dos cuidados:

“Quando recebi alta hospitalar, fui prontamente atendida em meu domicílio por uma equipe com diversos profissionais, que prestaram toda a assistência necessária... Porém, em outra visita percebi que um profissional não dá a mesma orientação que o outro e fiquei perdida em quem seguir [...]” (U8).

“[...] Procuramos planejar a primeira visita no domicílio em equipe para que possamos estabelecer uma linha única de cuidados [...]” (T6).

“[...] O SAD consegue se articular com outros serviços, mas muitos profissionais são trocados constantemente e, a equipe que já não é grande, sente isso [...]” (T3).

Observa-se incongruência da equipe para tomadas de decisões, dificultando adesão de pacientes e mensuração de resultados. Corroborando com esse cenário, a inexistência de contrarreferência desarticula a rede. Talvez por isso a AD tenha sido mencionada como assistência específica e pontual, não sendo entendida como cuidado integral^{14,28,29}.

“[...] Quando encaminho meu paciente para atendimento do especialista, tomo o cuidado de enviar uma carta explicando o caso. No entanto, no retorno deste caso, não recebo nenhuma orientação ou explicação quanto à conduta proposta [...]” (T2).

A existência de sistema informatizado integrado para registro das informações poderia facilitar a comunicação entre os diversos pontos da rede.

“[...] quando preciso de atendimento em outro serviço da prefeitura, é necessário que conte toda a história novamente. Não há uma conversa entre os profissionais, sequer por um sistema de informações [...]” (U14).

Os sujeitos demonstram compreender a organização dos serviços de saúde vinculada à oferta assistencial, geralmente relacionados a diferentes graus de complexidade estabelecidos pela organização do SUS: APS, representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou equipes de Saúde da Família; Atenção Secundária, representada pelos centros de especialidade; Atenção Terciária, representada pela rede hospitalar. Em São Caetano do Sul (SP), a rede hospitalar é considerada de nível de complexidade secundário.

“[...] Existem os postos de saúde, que usamos quase sempre... Tem o hospital municipal, pronto socorro e tem também os centros de especialidade [...]” (U12).

Quando abordamos especificamente ADII e ADIII, os sujeitos as compreendem como modalidades de atendimento que compõem a RAS. Porém, referem ausência de fluxos e protocolos para nortear e otimizar os serviços da rede.

“[...] Reforço a necessidade da criação de protocolos e aprimoramento do registro das informações em prontuário para enriquecer o processo de trabalho e evitar a perda da história do paciente [...]” (T4).

“[...] observo uma diferença de acompanhamento pelos profissionais... Sou atendido de um jeito no AD, de outra forma na UBS e de outra pelo hospital [...]” (U13).

Embora haja longitudinalidade, ou seja, o cuidado continuado baseado em protocolos das equipes, a interdisciplinaridade - desejável para qualificação da assistência - ainda carece de ajustes, prevalecendo ações autônomas de cada especialidade, refletindo apenas a atenção multidisciplinar.

A desospitalização desencadeia o fluxo dos cuidados oferecidos pelas RAS, sendo a AD estratégica. Diálogo interdisciplinar, visita intra-

hospitalar, planejamento e treinamento dos cuidados a serem ofertados no domicílio são medidas essenciais de articulação, agregando visão integradora ao processo saúde-doença. Nas entrevistas com os profissionais, há referência a alguns problemas a serem superados, como: dificuldade das famílias em assumir os cuidados, aquisição de equipamentos, adaptação da residência, dificuldade em identificar os profissionais de atendimento domiciliar, fragmentação dos cuidados e falta de educação em saúde no momento da alta.

“[...] A assistente social e a enfermeira fizeram uma visita no hospital antes da alta. Lá elas nos orientaram como seria em casa e como seria o acompanhamento do SAD [...]” (U7).

“[...] Dou início ao levantamento da história do paciente no hospital, quando somos acionados por eles para iniciar um processo de desospitalização [...]” (T6).

Identificou-se que a AD tem papel mediador entre paciente, cuidador, profissionais e sistema de saúde, principalmente no processo de desospitalização, apresentando bons resultados na transição hospital-domicílio, impressão corroborada pelos usuários. A troca de saberes e experiências entre estes atores minimiza a fragmentação da assistência e contempla várias dimensões do cuidado. Não obstante, a vivência descrita pelas profissionais de assistência social e enfermagem permite-lhes entender a importância da assistência domiciliar para o alcance da integralidade e do cuidado continuado.

Iniciativa importante citada pelos entrevistados foi o uso dos momentos de matriciamento³⁰ com as equipes de Saúde da Família para discutir os casos a serem encaminhados para ADII e ADIII.

“[...] Participo semanalmente das reuniões dos matriciadores das equipes de saúde da família. É um momento enriquecedor, pois permite dialogarmos a referência e contrarreferência entre ESF e AD, bem como discutirmos o perfil dos pacientes e encaminhamentos [...]” (T4).

Assim, infere-se contribuição da AD às redes, sendo necessário fortalecimento através de reuniões interdisciplinares para implantação de fluxos e protocolos e para melhoria da oferta de serviços.

Atenção domiciliar e o acesso aos demais serviços de saúde

Analisar o comportamento dos atores do processo de cuidar auxilia no aprimoramento do sistema, pois permite discutir meios de superar hiatos da implantação da AD nas RAS, perseguindo a Integralidade^{2,3,31}.

“[...] quando somos encaminhados para atendimento em outro ponto da rede, aguardamos o mesmo tempo que os demais pacientes, mas somos acamados e deveríamos ter prioridade... Esperamos quando marcado o atendimento e esperamos para agendar... Conseguimos um atendimento diferenciado quando há interferência de profissionais da AD” (U8).

“[...] Muitas vezes o processo não funciona e usamos o contato pessoal para solucionar os problemas dos usuários. É necessário melhorar essa comunicação [...]” (T4).

“[...] A Equipe interdisciplinar precisa elencar prioridades e estabelecer um planejamento de visitas e procedimentos [...]” (U9).

“[...] a AD funciona somente durante a semana e em horário comercial, isso implica que acionemos o pronto socorro com frequência aos finais de semana e à noite, até mesmo somente para fazer uso de medicamentos [...]” (U5).

“[...] há necessidade de diálogo entre os profissionais da AD para que possamos compartilhar e planejar juntos o tratamento do paciente [...]” (T5).

A análise das entrevistas revela dificuldades quanto ao acesso, explicitadas em intercorrências fora do horário de funcionamento do serviço e ausência de prioridade, além de problemas oriundos de falhas no alinhamento de condutas entre a equipe.

Dadas essas limitações, ressalta-se que o cuidado prestado ao usuário nem sempre é focado em abordagem holística e compartilhamento de responsabilidades com a família, o que otimizaria alternativas domiciliares.

Os usuários utilizam diferentes serviços em diversos pontos da RAS, uma vez que possuem quadro clínico instável, que gera insegurança a

familiares e cuidadores, a despeito das orientações recebidas. Observa-se necessidade de ampliação e alinhamento dos serviços ofertados pelas RAS³².

Torna-se necessário entrosamento entre os serviços, pois os quadros clínicos tendem a ser heterogêneos, sobrepostos e dotados de múltiplos fatores intervenientes. AD aparece como modalidade de assistência capaz de transmitir segurança aos familiares e pacientes pois, além da especificidade técnica da assistência, promove acesso a outros equipamentos (referência) de acordo com a qualificação da demanda (Princípio da Equidade).

Equipe interdisciplinar, capacitação e habilidades em atenção domiciliar

A qualificação profissional remete à ideia de soma e atualização de conhecimentos ou habilidades, valências imprescindíveis para assistência à saúde.

“[...] Há necessidade de padronizar o atendimento em AD para todos os profissionais usarem a mesma linguagem e abordagem [...]” (T6).

Alta rotatividade e composição inadequada da equipe interdisciplinar evidenciam fragilidades no processo de trabalho, culminando com a impressão de atendimento desqualificado.

“[...] vejo necessidade de disponibilizar um número maior de profissionais para ofertar cuidado integral, bem como oferecer uma equipe interdisciplinar completa para conduzir o serviço [...]” (T2).

Práticas em AD não substituem o processo de formação técnica. Há profissionais que atuam há muito no serviço, porém, sem qualificação específica em AD e/ou ESF, resultando em um olhar, por vezes, meramente centrado no indivíduo e seu tratamento, excluindo ações de promoção à saúde. Reuniões interdisciplinares demonstram ganho considerável na estruturação da AD.

“[...] ausência de reuniões de equipe impossibilita aprimoramento das ações e procedimentos em AD [...]” (T4).

A equipe interdisciplinar apresenta dificuldades na construção do diálogo com os serviços ofertados, a despeito da existência de critérios clínicos que de limitem campos de atuação e necessidades de encaminhamento. Observa-se tratativa burocrática e pouco resolutiva, impondo barreiras aos usuários. É interessante adotar estratégias que otimizem a oferta em relação à demanda³³.

Vínculo e acolhimento são empregados na busca pela efetividade do atendimento ao usuário desde a primeira intervenção até a alta. Integrar a AD às RAS é grande desafio, inclusive para as equipes de Saúde da Família³³.

“Há uma dependência muito grande dos usuários quanto aos cuidados ofertados ao paciente ou familiar... Mesmo após orientação da equipe quanto a cuidados básicos... a família é resistente na realização [...]” (T6).

“[...] eu me sinto segura quando a equipe da AD assume os cuidados [...]” (U17).

A ênfase em dimensões assistenciais envolvendo todos os atores, como enfoque familiar, capacitando cuidadores e provendo orientação quanto aos serviços ofertados nos diversos pontos das RAS, urge para promover mudanças qualitativas e reforçar compromisso entre profissionais de saúde, indivíduos, famílias e comunidade.

Considerando essas estratégias, os profissionais citam ferramentas que julgam essenciais para adequação da AD às RAS: implantação de prontuário eletrônico; definição de protocolos, enfatizando adequação de instrumentos que facilitem a prática assistencial; retaguarda de leito hospitalar para continuidade do tratamento.

Foi citado também importância de treinamentos constantes para profissionais e cuidadores. A estratégia de apoio matricial aparece como espaço rico para compartilhamento de saberes, interdisciplinaridade e construção de planejamento terapêutico direcionado à individualidade. Cabe aos profissionais garantir integralidade das práticas adotadas³⁴.

Assim, a AD insere-se na RAS como dispositivo de reestruturação dos serviços, facilitador do diálogo

através das ações de desospitalização, matriciamento e visitas domiciliares da equipe interdisciplinar, contribuindo para redução de custos, por propiciar diminuição de tempo e número de hospitalizações e minimização da demanda por serviços de pronto-atendimento^{7,18,35}.

Por se tratar de uma modalidade de atenção em implantação no território brasileiro, há dificuldades acerca de sua consolidação paralelamente às RAS: falta de clareza por parte dos usuários quanto ao funcionamento do serviço, oferta reduzida de equipamentos e infraestrutura e investimento insuficiente em qualificação específica para os profissionais. A ampliação das RAS traz uma possibilidade de fortalecimento da AD, tornando-a eixo de comunicação entre os serviços.

Embora as falas dos entrevistados permitam algumas inferências favoráveis ao papel da AD nas categorias consideradas, bem como a construção de hipóteses que venham a ser testadas posteriormente, seria precipitado dar-se por satisfeito em relação à assertividade das respostas às perguntas que norteiam o presente estudo, pela pluralidade e subjetividade do conteúdo obtido. O desenho, por si só, pressupõe complemento sistematizado para que indícios e evidências aqui colhidos materializem-se em prol do fortalecimento das RAS. Em tempo, integrar as categorias através das respostas é exercício valioso para compreender a interdependência dos processos e elencar prioridades.

CONCLUSÃO

Em meio à existência de modalidades assistenciais correlatas que contemplam diferentes níveis de complexidade no sistema de saúde brasileiro, destaca-se a Atenção Domiciliar, com nicho de atuação bem definido: planejamento terapêutico interdisciplinar, com práticas que favoreçam o alinhamento entre todos os atores envolvidos (profissional, familiar, cuidador, enfermo) e cuidados desenvolvidos no domicílio, com gerenciamento e reavaliação

constante das ações nas Redes de Atenção à Saúde. Esse processo de construção, desde que desenvolvido de forma integrada e escalonada, favorece tomadas de decisão rápidas e com margem de segurança satisfatória, pré-requisitos para efetividade junto aos pacientes de média e alta complexidade.

Comunicação e articulação entre pontos da Rede de Atenção à Saúde são alicerces para o exercício da transversalidade. Exemplos disso: implantação de leitos de retaguarda; sistematização do processo de trabalho favorecendo a contrarreferência; interface junto à Atenção Básica para reforçar os cuidados com o paciente, evitando internações desnecessárias; flexibilidade no horário de funcionamento da Atenção Domiciliar.

A alta hospitalar implica otimizar oferta de serviços e evitar reinternações. A Atenção Domiciliar parece responder à interlocução e execução do processo, no que diz respeito à readequação e, até mesmo, à transferência de cuidados para o contexto domiciliar com o intuito de garantir a continuidade do serviço iniciado na rede hospitalar.

Observa-se a importância de esforço coletivo, desde fomento tripartite até formulação, revisão e execução de protocolos que favoreçam a comunicação interprofissional nos diversos setores assistenciais, estabelecendo fluxo de informações e aproximando o cuidado ao conceito de Integralidade, reduzindo iatrogenias. Escuta qualificada, com a equipe interdisciplinar devidamente preparada para abordar e conduzir necessidades inerentes à senescência e peculiaridades do domicílio, permitirão a construção de plano terapêutico factível e compartilhado.

São necessários, também, estudos complementares, com vistas à detecção e exploração de potencialidades e fragilidades da Atenção Domiciliar, para que exista subsídio suficiente para conclusões robustas e possibilidade de ampliação das estratégias ofertadas a diferentes contextos biopsicossociais e arranjos de Redes de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso em 13 nov. 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
2. Mattos A, Pinheiro R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 39-64.
3. Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(8):1-13.
4. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam Atenção Domiciliar. *Diário Oficial [da] União*. 30 jan. 2006; Seção 1.
5. Miranda GMD, Mendes ACGM, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(3):507-19.
6. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção Domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev Saúde Pública*. 2010;44:166-76.
7. Brasil. Portaria nº 2527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] União*. 28 out. 2011; Seção 1:44.
8. Oliveira SG, Kruse MHL. Gênese da atenção domiciliária no Brasil no início do século XX. *Rev Gauch Enferm*. 2016;37(2):1-9.
9. Wachs LS, Nunes BP, Soares MU, Facchini LA, Thumé E. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(3):1-9.
10. Brasil. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] União*. 28 maio 2013; Seção 1:30.
11. Brasil. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] União*. 26 abr. 2016; Seção 1:33.
12. Guerra CD, Torres JMC, Gândara AR, Alonso AM, Borrego MAR. Visita agendada do profissional de enfermagem a idosos em seu domicílio: prevenção ou tratamento. *Rev Latinoam Enferm*. 2015;23(3):535-42.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. DATASUS. [Internet]. Brasília, DF: MS; 2015. Serviço de Atenção domiciliar: melhor em casa; [acesso em 22 jun. 2015]; [2 telas]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>.
14. Guedes MBOG, Lima KC, Caldas CP, Veras RP. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis*. 2017;27(4):1185-204.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília, DF: MS; 2013.
16. Viana ALA, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1791-98.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
18. Andrade AM. Estruturação da rede de atenção à saúde na perspectiva de profissionais, usuários e cuidadores da Atenção Domiciliar [dissertação]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [acesso em 10 dez. 2017]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/index.php>
20. Simões CCS. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
21. Joaquim FL, Camacho ACLF, Sabóia VM, Santos RC, Santos LSF, Nogueira GA. Impacto da visita domiciliar na capacidade funcional de pacientes com úlceras venosas. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(3):468-77.
22. Valle ARMC, Andrade D, Sousa AFL, Carvalho PRM. Prevenção e controle das infecções no domicílio: desafios e implicações para enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(2):239-44.
23. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jackson BA, Jaffe MW. Escala de Atividades Básicas de Vida Diária - Escala de Katz. *JAMA*. 1963;914-6.
24. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1929-36.
25. Medeiros KKAS, Pinto Junior EP, Bousquat A, Medina MG. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*. 2017;41(Esp. 3):288-95.
26. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2017;41(115):1177-86.

27. Veras RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad Saúde Pública*.2012;28(10):1834-40.
28. Pozzoli SML, Cecílio LCO. Sobre o cuidar e o ser cuidado na Atenção Domiciliar. *Saúde Debate*.2017;41(115):1116-29.
29. Giovanella L, Santos AM. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*.2016;32(3):1-15.
30. Campos GWS, Domiti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*.2007;23(2):399-407.
31. Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *CiêncSaúde Colet*.2014;19(11):4407-15.
32. Sarges NA, Santos MIPO, Chaves EC. Avaliação da segurança do idoso hospitalizado quanto o risco de quedas. *RevBrasEnferm*.2017;70(4):896-903.
33. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *CiêncSaúde Colet*.2012;17(11):2865-75.
34. Lopes GVDO, Vilasbôas ALQ, Castellanos MEP. Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família do grau de implantação em Camaçari (BA). *Saúde Debate*.2017;41(N. Esp. 3):241-54.
35. Ferreira FPC, Bansi LO, Paschoal SMP. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. *RevBrasGeriatrGerontol*.2014;17(4):911-26.