



Melhor em casa: caracterização dos serviços de atenção domiciliar

It is better at home: characterization of home care services

Es mejor en casa: caracterización de los servicios de atención domiciliar

Maria Eduarda Pires Lima Cavalcante¹
Mariana Matias Santos¹
Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira
Toso²
Elenice Maria Cecchetti Vaz¹
Paloma Mayara Vieira de Macena Lima¹
Neusa Collet¹

1. Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde. João Pessoa, PB, Brasil.

2. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Cascavel, Paraná, Brasil.

RESUMO

Objetivo: caracterizar os Serviços de Atenção Domiciliar em funcionamento na Paraíba. **Método:** trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada entre março e junho de 2020 com profissionais e coordenadores do Serviço de Atenção Domiciliar de 17 municípios paraibanos a partir da utilização de formulário no *Google Forms* enviado por correio eletrônico. Os dados foram analisados estatisticamente por meio de frequências absolutas e relativas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** 14 equipes (61%) estavam em atividade de segunda a sexta-feira; 16 (69,6%) utilizavam o transporte assistencial compartilhado com outros serviços; 11 equipes (47,8%) não utilizavam prontuário eletrônico do paciente e, dentre as que utilizavam, o faziam no formato interligado à Rede de Atenção à Saúde ou em comunicação apenas com o Serviço de Atenção Domiciliar (34,8%; 17,4%). Quanto ao Projeto Terapêutico Singular, 13 equipes (56,5%) o elaboravam. O processo de referência e contrarreferência ocorria apenas na admissão e na alta em 19 equipes (82,6%). **Conclusões e implicações para a prática:** evidenciou-se a necessidade de adequações no funcionamento do serviço e de melhorias nos recursos tecnológicos, comunicação e transporte a serem implementadas pela gestão pública para a qualificação da assistência domiciliar.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar. Assistência Integral à Saúde. Políticas de Saúde. Serviços de Assistência Domiciliar. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to characterize the Home Care Services in operation in Paraíba. **Method:** this is a descriptive, exploratory, quantitative research. Data collection was conducted between March and June 2020 with professionals and coordinators of Home Care Services in 17 municipalities of Paraíba using Google Forms sent by email. Data were statistically analyzed using absolute and relative frequencies. The project was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** 14 teams (61%) were active from Monday to Friday; 16 (69.6%) used transportation of care shared with other services; 11 teams (47.8%) did not use electronic patient records and, among those who did, they did so in the format interconnected to the Health Care Network or in communication only with the Home Care Service (34.8%; 17.4%). As for the Singular Therapeutic Project, 13 teams (56.5%) prepared it. The reference and counter-reference process occurred only at admission and discharge in 19 teams (82.6%). **Conclusions and implications for the practice:** it was evidenced the need for adjustments in the operation of the service and improvements in technological resources, communication and transportation to be implemented by public management for the qualification of home care.

Keywords: Home Care. Comprehensive Health Care. Health policies. Home Care Services. Unified Health System.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar los Servicios de Atención Domiciliar que operan en Paraíba. **Método:** se trata de una investigación exploratoria y descriptiva, con enfoque cuantitativo. La recogida de datos tuvo lugar entre marzo y junio de 2020 con profesionales y coordinadores del Servicio de Atención Domiciliar de 17 municipios de Paraíba mediante un formulario en *Google Forms*, enviado por correo electrónico. Los datos se analizaron estadísticamente utilizando frecuencias absolutas y relativas. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** 14 equipos (61%) estaban activos de lunes a viernes; 16 (69,6%) utilizaban transporte asistencial compartido con otros servicios; se encontró que 11 equipos (47,8%) no utilizaron la historia clínica electrónica de los pacientes; y entre los que la utilizaron, los hacían en el formato conectado a la Red de Atención Sanitaria o en comunicación solo con el Servicio de Atención Domiciliar (34,8%; 17,4%). En cuanto al Proyecto Terapêutico Singular, 13 equipos (56,5%) lo prepararon. El proceso de derivación y contraderivación ocurrió solo en la admisión y en el alta en 19 equipos (82,6%). **Conclusiones e implicaciones para la práctica:** se evidenció la necesidad de ajustes en el funcionamiento del servicio, y de mejoras en los recursos tecnológicos, la comunicación y el transporte por parte de la administración pública para la cualificación de la atención domiciliar.

Palabras clave: Atención Domiciliar de Salud; Atención Integral de Salud; Política de Salud; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Sistema Único de Salud.

Autor correspondente:

Maria Eduarda Pires Lima Cavalcante.
E-mail: eduardapires.ufpb@gmail.com

Recebido em 01/03/2022.
Aprovado em 02/06/2022.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0001pt>

INTRODUÇÃO

Em meados da década de 1940, na América do Norte e na Europa, em consequência do acelerado envelhecimento populacional, observou-se o aumento expressivo dos Serviços de Atenção Domiciliar (SADs), tendo como objetivo manter os indivíduos idosos assistidos pelo maior período do tratamento e reabilitação em domicílio.¹ No Brasil, este crescimento aconteceu, mais veementemente, na década de 1990 devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes nas mais variadas faixas etárias somado ao aumento da expectativa de vida.²

No entanto, apenas em 2011, o SAD foi efetivado pela Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), integrando a Rede de Urgência e Emergência (RUE) pelo “Programa Melhor em Casa”.^{2,3} Esta modalidade assistencial atua de forma complementar ou substitutiva ao cuidado implementado em instituições hospitalares. Apresenta-se como potencial estratégia para a redução de custos por meio da desospitalização, diminuição do risco de infecções secundárias e reinternamentos,⁴ promoção da assistência humanizada, por estar sendo prestada na segurança do lar e favorecer a autonomia e a confiança do paciente e da família, transformando o cenário de hegemonia hospitalar para os cuidados contínuos em saúde no domicílio.^{5,6}

O planejamento do cuidado ofertado pelo SAD é organizado de acordo com as necessidades de cuidado específicas do usuário, periodicidade das visitas, intensidade do cuidado multiprofissional e uso de equipamentos. Classifica-se em Atenção Domiciliar (AD) 1 quando a demanda de cuidados especializados é menos frequente, cuidado que, por conseguinte, deve ser ofertado pela Atenção Básica (AB); em AD2 para usuários com doenças crônicas que demandam cuidados intensos e sequenciais; e em AD3 para a população com condições semelhantes às da AD2, mas que necessitem de cuidados de maior complexidade e/ou densidade tecnológica, ambos sob responsabilidade do SAD.⁵

Assim, para que o cuidado domiciliar não se torne uma dificuldade para a família e os cuidadores, além da operacionalização da assistência, o SAD, junto à rede de Atenção Primária à Saúde (APS), atua na capacitação destes. Assim, promove educação em saúde para o cuidador, contribuindo para o empoderamento dos familiares no cuidado em domicílio.³

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), durante o período de 2012 a 2016, um total de 4.008.612 de procedimentos ambulatoriais foram realizados no domicílio em todo o Brasil pelo SAD.⁵ Contudo, existem desafios para a sua operacionalização, uma vez que a inserção do SAD no âmbito da atenção à saúde ocorreu somente após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Por conseguinte, observa-se que a sua oferta ainda não atende às demandas do país e das crianças, uma vez que apresenta lacunas na força de trabalho e no cumprimento de políticas públicas.⁷⁻⁹

Apesar de promissora, estudos evidenciaram as fragilidades na AD, como a falta de operacionalização das políticas de saúde elaboradas, limitações quanto à coordenação do cuidado, baixa articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como também a vulnerabilidade do serviço às mudanças

governamentais e econômicas que se relacionam às fragilidades na infraestrutura.⁸⁻¹⁰

Nesse contexto e em um país continental como o Brasil, com importantes variações na forma e cobertura de cuidados ofertados pelo SUS, faz-se necessário conhecer as demandas e caracterizar os diversos SADs distribuídos no território nacional. A caracterização desses serviços permite a identificação de potencialidades já implementadas em determinados municípios, bem como evidencia lacunas e dificuldades vivenciadas por eles. Somente assim é possível traçar estratégias que visam a aperfeiçoar esses serviços no Brasil. Por conseguinte, estabeleceu-se como objetivo deste estudo: caracterizar os Serviços de Atenção Domiciliar em funcionamento no Estado da Paraíba.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa, vinculada a um projeto multicêntrico intitulado “Produção do Cuidado e Validação de Protocolo de Fluxo para Serviços de Atenção Domiciliar a Crianças com Necessidades Especiais de Saúde”, que está sendo desenvolvido em sete Estados brasileiros (Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Mato Grosso do Sul, Paraíba e Maranhão).

Neste artigo, apresentam-se os dados oriundos da coleta no Estado da Paraíba. A coleta de dados ocorreu em todos os 17 municípios paraibanos habilitados para a prestação de serviço domiciliar até junho de 2019, conforme informações divulgadas nas Portarias nº 825/2016 e nº 3.438/2016 do MS e explicitadas no Quadro 1. De acordo com os quantitativos de serviços credenciados, implementa-se o cuidado a partir de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD 1 e 2) e de Apoio (EMAP), sendo estas acionadas quando se faz necessária a colaboração de mais profissionais nas ações assistenciais. Considerou-se como critério de inclusão: ser coordenador do SAD de cada município ou profissional de saúde da EMAD indicado pelo coordenador para participar da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam de férias e/ou de licença médica durante o período da coleta. Foi respeitado o livre arbítrio na tomada de decisão em participar ou não da pesquisa. No entanto, não houve recusa. Dentre os municípios elencados, observou-se que estavam em funcionamento 23 EMAD 1 e 2. Destas equipes, foi convidado um representante de cada para a obtenção dos dados quantitativos, totalizando 23 profissionais/coordenadores. Esse contato deu-se por via telefônica a partir de uma lista disponibilizada pela Secretaria Estadual de Saúde com o auxílio também das respectivas Secretarias Municipais de Saúde. Os dados foram coletados no período de novembro de 2019 a fevereiro de 2020 por meio de um formulário elaborado no *Google Forms* enviado por correio eletrônico, que foi preenchido após a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quando necessário, realizou-se contato telefônico para esclarecimentos ou complementação de informações.

Quadro 1. Quantitativo de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e de Apoio habilitadas em 17 municípios do Estado da Paraíba até junho de 2019.

Local MUNICÍPIO	Quantitativo de Serviços Credenciados		
	EMAD* 1	EMAD* 2	EMAP**
Areia	0	1	1
Boqueirão/Cabaceiras/Caturité/São Domingos do Cariri	0	1	1
Caaporã	0	1	1
Cabedelo	1	0	1
Cajazeiras	1	0	1
Conceição/Serra Grande	0	1	1
Conde	0	1	1
Cuité	1	0	1
Guarabira	1	0	1
Itaporanga	0	1	1
João Pessoa	7	0	3
Monteiro	0	1	1
Pedras de Fogo	0	1	1
Piancó/Olho D'água	0	1	1
Pombal	0	1	1
Queimadas	1	0	1
Sousa	1	0	1

Fonte: elaborado pelas autoras (2019) com base na Portaria MS nº 825/2016 e Portaria MS nº 3.438/2016.

*Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar; **Equipe Multidisciplinar de Apoio.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado pela equipe de pesquisadores do estudo multicêntrico, abordando os seguintes aspectos: identificação profissional; identificação e funcionamento do serviço; avaliação e elegibilidade dos usuários para participar do SAD; Projeto Terapêutico Singular (PTS); registros em prontuário e no sistema de informações; transporte sanitário; atendimentos/via telefone; referência e contrarreferência (SAD, APS, RUE); inserção da EMAP no atendimento; visitas domiciliares; suporte profissional para cuidador/família.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e apresentados em números absolutos e percentuais. Elaborou-se uma matriz no programa Microsoft Excel (2007) na qual as informações coletadas foram agrupadas e organizadas e, posteriormente, processadas pelo *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer nº 1.741.820 em 31 de julho de 2019.

RESULTADOS

O serviço de saúde do Estado da Paraíba é direcionado pela Gerência Executiva de Vigilância em Saúde (GEVS), que contribui

para a melhoria da qualidade de vida da população paraibana por meio da coordenação, gerenciamento, monitoramento e avaliação da situação de saúde, articulando-se como um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde da população.¹¹

O SAD no Estado da Paraíba estava habilitado em 17 municípios em 2019, totalizando 23 equipes de AD entre EMAD 1 e 2. Disponibiliza atendimento domiciliar nas áreas de Clínica Médica, Fisioterapia, Enfermagem, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Farmacologia e Serviço Social.¹²

Dos 23 participantes, 13 exerciam a função de coordenador (56,5%) e dez atuavam como membros das equipes multiprofissionais (43,5%). Quanto à formação dos coordenadores, a maioria era enfermeiro (7), seguido de assistentes sociais (2), nutricionistas (2), médico (1), fisioterapeuta (1) e profissional administrativo (1) (Quadro 2).

Com relação à idade da população atendida pelos SAD nos municípios em estudo, identificou-se que, em todas as equipes (23 EMAD), predominava o atendimento de idosos e adultos, enquanto, em 16 delas (69,6%), também havia demanda de atendimento para adolescentes e, em 13 (56,5%), atendimento de crianças, conforme a Tabela 1.

Quadro 2. Categorização dos profissionais participantes quanto à função exercida no Serviço de Atenção Domiciliar e formação profissional. João Pessoa, PB, Brasil, 2020. (N= 23)

Função/Cargo	Profissão do participante	N=23	Nº de profissionais	%
Coordenador	Fisioterapeuta	1	13	56,5
	Assistente Social	2		
	Enfermeiro	7		
	Nutricionista	2		
	Administrador	1		
Profissional do SAD*	Enfermeiro	8	10	43,5
	Médico	1		
	Fisioterapeuta	1		

Fonte: elaborado pelas autoras/dados da pesquisa, 2020.

*Serviço de Atenção Domiciliar.

Tabela 1. Identificação da população atendida por faixa etária no Serviço de Atenção Domiciliar do Estado da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil, 2020.

Variáveis	Nº de EMAD	%
Quantitativo de idosos	N=23	
1 a 10	4	17,4
11 a 30	9	39,2
31 a 50	8	34,8
51 a 60	1	4,3
>60	1	4,3
Quantitativo de adultos	N=23	
1 a 10	13	56,5
11 a 30	7	30,4
31 a 50	3	13,0
>50	0	0
Quantitativo de adolescentes	N=16	
1 a 10	15	93,7
11 a 30	1	6,3
>30	0	0
Quantitativo de crianças	N=13	
1 a 10	13	100
>10	0	0

Fonte: elaborada pelas autoras/dados da pesquisa, 2020.

Analisou-se o processo de trabalho das 23 equipes de AD atuantes no Estado da Paraíba quanto à dinâmica de funcionamento e atendimento, utilização de equipamentos de serviço e à ação da equipe multiprofissional, como explicitado na Tabela 2.

Quanto ao funcionamento, 61% das equipes estão em atividade de segunda-feira a sexta-feira e a maioria das sedes

do SAD (73,9%) estava anexada a outros serviços de saúde. Quanto ao modelo de assistência domiciliar, 22 equipes (95,7%) ofereciam o atendimento apenas na residência do usuário.

Quanto ao uso de alguns equipamentos e ferramentas do processo de trabalho, 12 (52,2%) equipes têm telefone próprio do serviço, e o teleatendimento estava disponível em 20 equipes (87%) do SAD. Com relação ao Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), 11 equipes (47,8%) não utilizavam. Dentre as 12 equipes que utilizavam o PEP, o faziam no formato interligado à RAS ou em comunicação apenas com o SAD (34,8%; 17,4%). A maioria dos serviços utilizava, para a assistência, o transporte compartilhado com outros serviços (69,6%).

Quanto às características dos cuidados assistenciais prestados à população assistida pelos SAD, destacaram-se: profissionais/serviços que elegem os usuários ao programa; os métodos de orientação que utilizam; a inserção da EMAP na assistência, ao suporte profissional familiar, ao uso do PTS e a rede de referência e contrarreferência (Tabela 3).

No que se refere à elegibilidade para a admissão no SAD, predominou a sua realização por somente alguns profissionais do serviço (87%; n=20). O encaminhamento do usuário às equipes do SAD ocorria, em sua maioria, exclusivamente pelos serviços públicos (65,2%; n=15) e as orientações acerca do funcionamento do programa, bem como os cuidados aos usuários, aconteceram, predominantemente, por meio de orientações verbais e escritas (60,9%; n=14). O processo de referência e contrarreferência foi empregado na admissão do usuário e na alta do SAD pela maioria das equipes (82,6%).

Dentre as equipes estudadas, 13 (56,5%) utilizavam o PTS. Em 20 equipes (87%), a inserção da EMAP na assistência acontecia apenas a partir da avaliação da EMAD. Quanto ao suporte profissional oferecido para o cuidador e a família, evidenciou-se que este ocorria, em sua maioria, por outros serviços da RAS (78,3%; n=18) e cinco equipes (21,7%) ofereciam este suporte no SAD.

Tabela 2. Caracterização do processo de trabalho das equipes de atenção domiciliar quanto ao funcionamento, utilização de equipamentos e ação profissional dos Serviços de Atenção Domiciliar do Estado da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil, 2020.

Variáveis	Nº de equipes	%
Dias de funcionamento	N=23	
Segunda a sexta-feira	14	61,0
Segunda-feira a sábado	1	4,3
Duas vezes por semana	1	4,3
Todos os dias da semana	7	30,4
Horário de funcionamento	N=23	
Dois turnos durante a semana	15	65,2
No mínimo, dois turnos durante a semana e um a dois turnos no final de semana	8	34,8
Sede	N=23	
Própria	6	26,1
Anexa a outro serviço	17	73,9
Local de atendimento	N=23	
Somente em domicílio	22	95,7
Na sede e no domicílio	1	4,3
Telefone próprio do serviço	N=23	
Sim	12	52,2
Não	11	47,8
Teleatendimento	N=23	
Sim	20	87,0
Não	3	13,0
Prontuário Eletrônico do Paciente	N=23	
Prontuário Eletrônico Interligado	8	34,8
Prontuário eletrônico com comunicação apenas dentro do SAD*	4	17,4
Não existe	11	47,8
Veículo para transporte	N=23	
Próprio	1	4,3
Compartilhado	16	69,6
Não utiliza	6	26,1
Profissionais do EMAD** que fazem Visita Domiciliar	N=23	
Todos os profissionais da equipe	20	87,0
Alguns profissionais da equipe	3	13,0
Frequência das Visitas Domiciliares	N=23	
Semanalmente	10	43,5
Menos que uma vez por semana	3	13,0
Mais que uma vez por semana	10	43,5

Fonte: elaborada pelas autoras/dados da pesquisa, 2020.

*Serviço de Atenção Domiciliar; **Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar.

Tabela 3. Características dos cuidados assistenciais prestados pelas equipes do Serviço de Atenção Domiciliar no Estado da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil, 2020.

Variáveis	Nº de equipes	%
Profissionais que elegem os usuários para admissão no programa	N=23	
Todos os profissionais da equipe	3	13,0
Apenas alguns profissionais da equipe	20	87,0
Serviços que encaminham ao SAD	N=23	
Serviços públicos e privados	8	34,8
Apenas serviços públicos	15	65,2
Métodos de orientação sobre os cuidados e funcionamento do programa	N=23	
Orientação verbal	5	21,7
Orientação verbal e escrita	14	60,9
Orientação verbal, escrita e recurso audiovisual	4	17,4
Referência e contrarreferência	N=23	
Na admissão e na alta do SAD	19	82,6
Continuamente, mais de uma vez por mês	4	17,4
Projeto Terapêutico Singular	N=23	
Sim	13	56,5
Não	3	13,0
Ocasionalmente	7	30,4
Inserção da EMAP* no atendimento	N=23	
Mediante a solicitação da EMAD**	20	87,0
Mediante a solicitação da EMAD e do cuidador	3	13,0
Suporte profissional para cuidador/família	N=23	
Não há suporte	0	0
Há suporte pelo SAD***	5	21,7
Há suporte pela Rede de Atenção à Saúde	18	78,3

Fonte: elaborada pelas autoras/dados da pesquisa, 2020.

*Equipe Multidisciplinar de Apoio; **Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar; ***Serviço de Atenção Domiciliar.

DISCUSSÃO

As equipes estudadas apresentavam a predominância no atendimento de idosos e adultos, porém, parte destas também realizava o atendimento à população infantojuvenil. Neste aspecto, estudos nacionais e internacionais corroboraram a predominância de idosos na população atendida pelos SAD.^{13,14}

Outro estudo realizado no Brasil, em que se analisaram os dados do Sistema de Informação em Saúde (SIS-SUS) referentes à assistência domiciliar, revelou que o índice de internamentos domiciliares aumenta proporcionalmente com a faixa etária.¹⁵ Quanto às crianças e aos adolescentes, que também devem ser assistidos pelo SAD, apesar de ser uma população minoritária, estudos sugeriram que os baixos índices de internamentos domiciliares podem decorrer da inexistência de dados oficiais que demonstrem as assistências públicas e privadas.^{16,17} Portanto, a necessidade de cuidados domiciliares no Brasil a esta população pode estar subnotificada.³

No que diz respeito aos dias e horários de funcionamento dos SAD, segundo a Portaria do MS nº 825/16, deve-se ofertar, no mínimo, 12 horas diárias, seja em dias úteis, finais de semana e feriados, a fim de garantir a continuidade da assistência, sendo que, nos finais de semana e feriados, é possível a organização da EMAD em regime de plantão e escalas especiais para a EMAP.³ Porém, no Estado da Paraíba, observou-se que algumas equipes do SAD não cumprem a carga horária mínima exigida, trabalhando apenas em alguns turnos, e ainda não funcionam aos finais de semana, o que reflete, diretamente, na continuidade da assistência. Ocorre que as demandas dos usuários que requerem este serviço são diárias e, apesar do suporte do cuidador/familiar, é fundamental a possibilidade de suporte frequente ofertado pela equipe de saúde responsável.¹⁸

Quanto ao local de instalação física, notou-se que, predominantemente, as sedes dos SAD nos municípios investigados estavam anexadas a outros serviços de saúde. Contudo, estudos demonstraram fragilidades quanto à articulação entre estes serviços, classificando-os como sistemas fragmentados,^{18,19} tal qual o regulamentado na portaria, que garante não ser obrigatório que o SAD tenha sede própria, podendo estar anexado a outros serviços desde que se adeque às exigências previstas.³

Ainda assim, independentemente de possuir uma sede própria e em convergência com as premissas deste tipo de serviço, a maioria das equipes oferecia o atendimento nas residências dos usuários. Este tipo de cuidado compõe uma das principais características do SAD, priorizando a assistência à saúde prestada no lar, onde há um significado afetivo do usuário e da família, contribuindo para o melhor enfrentamento e o incentivo à autonomia.^{20,21}

Com relação ao uso de ferramentas de atendimento utilizadas pelo SAD, identificou-se que o teleatendimento é oferecido por 20 equipes, sendo uma importante estratégia de cuidado à população assistida. Um estudo internacional apontou que essa modalidade de atendimento virtual é eficaz no processo de reabilitação de crianças com deficiência por permitir a consolidação de um contato contínuo e diário entre profissionais,

pais e crianças.²² Porém, apenas 12 das equipes investigadas possuíam telefone do próprio serviço, o que pode dificultar e até mesmo impossibilitar a efetividade do teleatendimento nesses locais ou, ainda, expor o profissional de saúde, que disponibiliza o seu contato pessoal para orientações e atendimento fora do seu horário de trabalho.

Identificou-se ainda, neste estudo, que a maioria das equipes do SAD do Estado não possuía transporte próprio, fazendo-o de forma compartilhada e, por isso, estava sujeita ao enfrentamento de dificuldades em consequência da indisponibilidade de veículo devido às demandas de outros serviços. É comum que os usuários assistidos pelo SAD necessitem de atendimento em outros serviços da RAS. Assim, o serviço também deve proporcionar transporte para a locomoção dos usuários e das equipes, quando necessário.

Segundo a norma regulamentadora, a efetividade desse fluxo de transporte e a remoção do usuário devem ser uma prioridade pela gestão, visto que a legislação o assegura a partir da inserção do SAD na RAS tanto para situações de urgência quanto para situações eletivas.³ Além disso, a Portaria MS nº 2.563/2017 garante o financiamento para a utilização de Transporte Sanitário Eletivo destinado aos usuários no SUS, possibilitando, assim, a integralidade da assistência a partir do deslocamento dos usuários para a promoção da saúde e reabilitação.²³

Frente a este direcionamento, destaca-se a necessidade de que as gestões públicas em saúde deem atenção especial à disponibilização e à garantia do transporte sanitário. Além de ser uma necessidade iminente do usuário assistido pelo SAD para o tratamento e a reabilitação em outros pontos da RAS, é um direito previsto em lei.

Quanto aos aspectos práticos de utilização do serviço pela população, o processo de admissão ao SAD deve ser iniciado por meio de um encaminhamento do médico assistente de qualquer serviço de saúde. Este encaminhamento deve conter um relatório detalhado que contribua para a avaliação do quadro clínico do usuário pela AD. De modo similar, a alta é realizada por meio de encaminhamento do indivíduo devido à menor complexidade do quadro clínico, caracterizado como “Alta para AD1” sob os cuidados da APS.¹

Neste estudo, a admissão da população contemplada pelo SAD é realizada por profissionais assistenciais do próprio serviço. Isso está em conformidade com a Portaria MS nº 825/2016, que assegura a admissão como atribuição da equipe assistencial, tendo como exigência a concordância do usuário e do familiar ou cuidador a partir do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.³ Para a efetivação da admissão no SAD, observou-se que a maioria das equipes só aceitava o usuário encaminhado por serviços públicos de saúde. No entanto, esta conduta diverge do preconizado pela PNAD para acessar o SAD, tendo em vista que os encaminhamentos podem partir dos serviços que compõem a RAS vinculada ao SUS e também dos serviços privados, tanto por demanda espontânea como por meio de busca ativa.²⁴

Por conseguinte, ressalta-se que todos os serviços da RAS têm que identificar o usuário com necessidade de receber assistência domiciliar a fim de garantir que essa população tenha acesso ao SAD.²⁵ Assim sendo, identificou-se a necessidade de ampliação do acesso aos SAD estudados e de criação de novos no sentido de atender às demandas dos usuários, principalmente crianças/adolescentes acompanhados pelos diferentes pontos da RAS, incluindo os serviços privados de saúde, quando necessários.

Entre as equipes investigadas, em apenas três, todos os profissionais da equipe de AD realizavam a avaliação da elegibilidade do usuário. Destaca-se que os métodos de orientação sobre os cuidados e o funcionamento do programa ocorrem na forma verbal e escrita, reafirmando que todos os profissionais das equipes de AD são responsáveis pelas orientações acerca do funcionamento do programa, bem como dos cuidados aos usuários, as quais devem ser dispostas de forma clara e objetiva, de forma verbal e também escrita, facilitando a compreensão das competências do serviço, os cuidados a serem prestados pela família e cuidadores e o funcionamento do processo de trabalho destes profissionais.³

Quanto à frequência do acompanhamento do usuário pelos profissionais da EMAD, a maioria das equipes realizava a Visita Domiciliar (VD) com a frequência adequada, mesmo que três equipes do Estado não a façam com a regularidade indicada. Infere-se que esta minoria pode comprometer a continuidade da assistência domiciliar e o acesso aos serviços para alguns usuários que estão impossibilitados de se deslocar até a unidade de saúde com a regularidade necessária.

A realização da VD, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, é uma responsabilidade da AD.²⁴ A Portaria MS nº 825/2016 reforça que a VD deve ser realizada, no mínimo, uma vez por semana pela EMAD e que a sua frequência está atrelada à classificação da modalidade AD do usuário.³ O estudo destaca, inclusive, que a realização de visitas tem influência positiva sobre a adesão ao serviço de saúde e contribui para a construção do vínculo entre usuário/família-equipe, fator primordial para a promoção da integralidade do cuidado pela AD.²⁶ Além disso, a VD atende às necessidades de conhecimento técnico-científico que os familiares requerem para o cuidado em domicílio.²⁷

Outro fator importante para a garantia da integralidade do cuidado é o compartilhamento de informações intra e intersetoriais. Nesse sentido, a utilização do PEP e as ações de referência e contrarreferência entre os demais serviços da RAS são estratégias que garantem a integralidade.

Destaca-se o PEP como uma importante ferramenta para o compartilhamento de informações dos atendimentos dos usuários entre as equipes que os acompanham e, portanto, eficaz para a garantia da integralidade e a continuidade do cuidado nos diferentes espaços de atenção à saúde. Trata-se de uma Tecnologia de Informação e Comunicação com o objetivo de registrar, eletronicamente, as atividades desenvolvidas na assistência, bem como as informações do usuário a serem compartilhadas com a equipe e, amplamente, com a RAS.²⁸

Contudo, metade das equipes de AD estudadas não utilizava, comumente, esta ferramenta. Estudos revelaram que a sua não utilização pode resultar em potenciais implicações nas estratégias de assistência promovidas por outros serviços da RAS quando realizado o processo de referência e contrarreferência do usuário. Essas implicações incluem a dificuldade no agrupamento de informações dos diferentes níveis de atenção, bem como quanto a integração das medidas de controle adotadas pelos serviços de saúde o usuário já utilizou.^{29,30}

Quanto aos processos de referência e contrarreferência entre o SAD e a APS, foi evidenciado que, na maioria das equipes, ocorria apenas na admissão e na alta, enquanto, em uma minoria, este processo ocorria continuamente. Assim, evidencia-se a disparidade desta realidade quando comparado ao que é previsto pela Portaria MS nº 825/2016. Segundo esta norma regulamentadora, estes processos não devem ocorrer apenas na admissão e na alta dos usuários. O SAD tem inserção contínua na RAS de maneira a garantir o fluxo de referência para os serviços de urgência e hospitais, como também os encaminhamentos, em situações eletivas e urgentes, para especialidades e métodos complementares de diagnóstico durante a assistência prestada ao usuário.³ Durante a permanência do usuário sob os cuidados do SAD, o processo de referência e contrarreferência deve acontecer de modo contínuo.^{18,25}

Estudos demonstraram a insatisfação dos usuários e dos profissionais quanto à fragilidade de articulação dos fluxos entre o SAD e a RAS. Estes problemas estavam relacionados à baixa acessibilidade aos serviços encaminhados, bem como à necessidade de contatos pessoais informais para conseguir atendimento para o usuário, à falta de diálogo entre os profissionais para melhor articulação, à ausência de conhecimento dos profissionais da RAS sobre a assistência do SAD e até mesmo ao horário de funcionamento dos serviços.^{18,19}

Estes fluxos e contrafluxos administrativos são de fundamental importância no SAD, tendo em vista que os usuários, em sua maioria, são encaminhados ao SAD oriundos da atenção terciária para a continuidade do tratamento por demandarem cuidados que requerem menos recursos tecnológicos e terapêuticos quando comparados aos hospitais.³ Entretanto, esses usuários encontram-se sujeitos à agudização da doença, necessitando, esporadicamente, do redirecionamento para a atenção terciária. Outra circunstância é que, após a estabilização do quadro clínico do usuário e com a devida capacitação do cuidador familiar, também ocorre a alta do paciente no SAD com a transferência do cuidado para a APS.^{26,31}

Ainda com relação à garantia da integralidade e à continuidade do cuidado, outra estratégia que pode ser utilizada para adequar o planejamento do cuidado às demandas do usuário/família é o PTS.³ A maioria das equipes do Estado utilizava esta ferramenta rotineiramente ou ocasionalmente, e uma pequena parte não a utilizava. Diante disso, evidencia-se que a grande parte dos usuários tem uma abordagem terapêutica centrada nas suas necessidades, tornando o indivíduo o ator principal no processo

de adoecimento-reabilitação, garantindo uma assistência baseada na singularidade.³²

Este planejamento da assistência integral à saúde parte da elaboração de condutas terapêuticas que se adequem à realidade do usuário, atendendo às demandas objetivas e subjetivas, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia do indivíduo, a apropriação de seu processo de cuidado e uma melhor qualidade da assistência baseada na integralidade do indivíduo-família.^{32,33}

Na maioria das equipes investigadas, a necessidade de inserção da EMAP no atendimento baseava-se, exclusivamente, na avaliação clínica do usuário pela EMAD, enquanto três equipes (13%) elencaram também a solicitação do cuidador como requisito para esta inserção. Assim, a equipe pode avaliar clinicamente a demanda do usuário a partir da construção do PTS e solicitar a inserção da EMAP no cuidado, oferecendo apoio multiprofissional à família, o que contribui para uma melhor qualidade da assistência.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

As variáveis utilizadas neste estudo permitiram caracterizar os SAD em funcionamento no Estado da Paraíba. Os serviços estudados garantem a continuidade da assistência aos usuários, a disponibilidade do cuidado domiciliar presencial e a articulação com outros serviços da RAS. Os dados apresentados neste estudo colaboram para a elaboração de melhorias quanto à necessidade de recursos tecnológicos, comunicação e transporte a fim de produzir um cuidado com maior qualidade. A implantação do PTS e do PEP nos municípios paraibanos pode contribuir para a qualificação da assistência e da gestão pública. Além disso, fazem-se necessárias adequações quanto aos dias e aos horários de funcionamento do serviço.

Destaca-se a importância das ações já desenvolvidas com êxito por algumas equipes de AD, como a realização da VD, a utilização do PTS e os teleatendimentos.

Cabe destacar, no entanto, que os resultados deste estudo não respondem nem esclarecem, na totalidade, os fluxos e o funcionamento do SAD no Brasil. Ressalta-se que estudos semelhantes vêm sendo desenvolvidos no Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Mato Grosso do Sul e Maranhão por englobarem a pesquisa multicêntrica. Sugere-se, reconhecendo a sua importância, o desenvolvimento de novos estudos sobre o tema com a ampliação do mesmo para outros Estados brasileiros, após o período pandêmico, de modo a subsidiar o aperfeiçoamento da qualidade do SAD prestado em âmbito nacional.

A limitação do estudo configurou-se pela dificuldade em contactar os participantes para a apresentação da pesquisa como também pela disponibilidade deles em colaborar, pois esses profissionais de saúde estavam sendo recrutados para o enfrentamento dos primeiros casos da COVID-19 em seus municípios, o que prolongou o tempo da coleta de dados.

FINANCIAMENTO

Este trabalho foi realizado com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio do Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal da Paraíba com concessão de Bolsa de Iniciação Científica ao Projeto de Pesquisa Produção do Cuidado e Validação de Protocolo de Fluxo para Serviços de Atenção Domiciliar a Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (Processo nº 420877/2018-5). À Universidade Federal da Paraíba pela concessão da bolsa de Iniciação Científica.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Desenho do estudo. Mariana Matias Santos. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso. Neusa Collet.

Coleta ou produção dos dados. Mariana Matias Santos. Maria Eduarda Pires Lima Cavalcante.

Análise de dados. Mariana Matias Santos. Maria Eduarda Pires Lima Cavalcante.

Interpretação dos resultados. Mariana Matias Santos. Maria Eduarda Pires Lima Cavalcante. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso. Elenice Maria Cecchetti Vaz. Paloma Mayara Vieira de Macena Lima. Neusa Collet.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Maria Eduarda Pires Lima Cavalcante. Mariana Matias Santos. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso. Elenice Maria Cecchetti Vaz. Paloma Mayara Vieira de Macena Lima. Neusa Collet.

Aprovação da versão final do artigo. Maria Eduarda Pires Lima Cavalcante. Mariana Matias Santos. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso. Elenice Maria Cecchetti Vaz. Paloma Mayara Vieira de Macena Lima. Neusa Collet.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e pela integridade do artigo publicado. Maria Eduarda Pires Lima Cavalcante. Mariana Matias Santos. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso. Elenice Maria Cecchetti Vaz. Paloma Mayara Vieira de Macena Lima. Neusa Collet.

EDITOR ASSOCIADO

Eliane Tatsch Neves 

EDITOR CIENTÍFICO

Ivone Evangelista Cabral 

REFERÊNCIAS

1. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Cien Saude Colet*. 2005;10(Supl.):231-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500024>.
2. Nery BLS, Favilla FAT, Albuquerque APA, Salomon ALR. Características dos serviços de atenção domiciliar. *Rev. Enferm. UFPE on line*. 2018;12(5):1422-9. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230604p1422-1429-2018>.
3. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 (BR). Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 26 abr. 2016: Seção 1: 25.

4. Lee YH, Lu CW, Huang CT, Chang HH, Yang KC, Kuo CS et al. Impact of a home health care program for disabled patients in Taiwan: a nationwide population-based cohort study. *Medicine*. 2019;98(7):e14502. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000014502>. PMID:30762778.
5. Silva KL, Silva YC, Lage ÉG, Paiva PA, Dias OV. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare Enferm*. 2017;22(4):e49660. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.49660>.
6. Castor C, Landgren K, Hansson H, Kristensson HI. A possibility for strengthening family life and health: Family members' lived experience when a sick child receives home care in Sweden. *Health Soc Care Community*. 2018;26(2):224-31. <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12512>. PMID:29094475.
7. Foster CC, Agrawal RK, Davis MM. Home health care for children with medical complexity: workforce gaps, policy, and future directions. *Health Aff*. 2019;38(6):987-93. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05531>. PMID:31158008.
8. Santos CF, Franco J. Avaliação do serviço de atenção domiciliar em Maranguape-Ceará: um olhar na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores do serviço. *Rev Int Ling Port*. 2018;34(34):187-207. <http://dx.doi.org/10.31492/2184-2043.RILP2018.34/pp.187-207>.
9. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Neta FCCG, Gonçalves JRL, Contim D et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39(1):e2016-0002. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>. PMID:29846479.
10. Portaria nº 3.438, de 29 de dezembro de 2016 (BR). Habilita Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 29 dez 2016; Seção 1: 50.
11. João Pessoa (PB) [Internet]. Vigilância em Saúde [Internet]. 2022 [citado 2022 mar 31]. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/vigilancia-em-saude>
12. João Pessoa (PB). Serviço de Atenção Domiciliar [Internet]. 2022 [citado 2022 mar 31]. Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/servico/servico-de-atendimento-domiciliar-sad/>
13. Johann DA, Cechinel C, Carvalho TFT, Benatto MC, Silva GP, Lara JA. Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde: perfil de pacientes assistidos. *Semin Cienc Biol Saude*. 2020;41(1):83-94. <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2020v41n1p83>.
14. Arai Y, Suzuki T, Jeong S, Inoue Y, Fukuchi M, Kosaka Y et al. Effectiveness of home care for fever treatment in older people: a case-control study compared with hospitalized care. *Geriatr Gerontol Int*. 2020;20(5):482-7. <http://dx.doi.org/10.1111/ggi.13909>. PMID:32212207.
15. Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2020;25(5):1863-77. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>.
16. Carvalho AJL. Análise da efetividade de um serviço de atenção domiciliar pediátrica brasileiro: um estudo preliminar [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2019.
17. Rossetto V, Toso BRGO, Rodrigues RM, Viera CS, Neves ET. Cuidado desenvolvido às crianças com necessidades especiais de saúde nos serviços de atenção domiciliar no Paraná - Brasil. *Esc Anna Nery*. 2019;23(1):e20180067. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0067>.
18. Xavier GT, Nascimento VB, Junior NC. Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(2):e180151. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180151>.
19. Pereira JS, Machado WCA. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des) articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis*. 2016;26(3):1033-51. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300016>.
20. Reis KMN, Alves GV, Barbosa TA, Lomba GO, Braga PP. A vivência da família no cuidado domiciliar à criança com necessidades especiais de saúde. *Cienc Enferm*. 2017;23(1):45-55. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000100045>.
21. Pouw MA, Calf AH, van Munster BC, ter Maaten JC, Smidt N, Rooij SE. Hospital at Home care for older patients with cognitive impairment: a protocol for a randomised controlled feasibility trial. *BMJ Open*. 2018;8(3):e020332. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020332>. PMID:29593022.
22. Camden C, Silva M. Pediatric telehealth: Opportunities created by the COVID-19 and suggestions to sustain its use to support families of children with disabilities. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2021;41(1):1-17. <http://dx.doi.org/10.1080/01942638.2020.1825032>. PMID:33023352.
23. Portaria nº 2.563, de 3 de outubro de 2017 (BR). Regulamenta a aplicação de recursos de programação para financiamento do Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 3 out 2017; Seção 1: 40.
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
25. Weykamp JM, Siqueira HCH, Cecagno D, Medeiros AC, Paula SF, Pedroso VSM. Serviço de atenção domiciliar e as redes de atenção à saúde. *Rev Fund Care Online*. 2019;11(5):1117-21. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1117-1121>.
26. Furlanetto DLC, Lima AA, Pedrosa CM, Paranaquá TTB, Xavier MF, Silva AKP et al. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. *Cien Saude Colet*. 2020;25(5):1851-63. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.33332019>. PMID:32402028.
27. Lima PMVM, Fernandes LTB, Santos MM, Collet N, Toso BRGO, Vaz EMC. Assistência profissional no cuidado domiciliar de crianças e adolescentes com necessidades especiais de saúde: revisão integrativa. *Aquichan*. 2022;22(1):e2215. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2022.22.1.5>.
28. Cordeiro TLR, Andrade LAS, Santos SP, Stralhoti KNO. Prontuário eletrônico como ferramenta para a sistematização da assistência de enfermagem no serviço de urgência/emergência: percepção dos enfermeiros. *Espaç Saúde*. 2019;20(2):30-41. <http://dx.doi.org/10.22421/15177130-2019v20n2p30>.
29. Teichmann PV, Machado TS, Serafim DFF, Hirakata VN, Silva CH. Prontuário Eletrônico do Paciente: percepção dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Rev Saud Digi Tec Edu*. 2018;3(1):51-68.
30. Baillieu R, Hoang H, Sriipatana A, Nair S, Lin SC. Impact of health information technology optimization on clinical quality performance in health centers: a national cross-sectional study. *PLoS One*. 2020;15(7):e0236019. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0236019>.
31. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
32. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
33. Rocha EN, Lucena AF. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. *Rev Gaucha Enferm*. 2018;39:e20170057. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0057>. PMID:29995072.