



FURG

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

JULIANA MARQUES WEYKAMP

**CUIDADO DO ENFERMEIRO AO USUÁRIO DO SUS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO
DOMICILIAR NA PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA**

**Rio Grande
2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**CUIDADO DO ENFERMEIRO AO USUÁRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NA PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA**

Juliana Marques Weykamp

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: O trabalho da Enfermagem/Saúde.

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

**Rio Grande
2015**

W548c Weykamp, Juliana Marques

Cuidado do enfermeiro ao usuário do sistema único de saúde no serviço de atenção domiciliar na perspectiva ecossistêmica / Juliana Marques Weykamp. - Rio Grande : [s.n], 2015.

137 f.

Orientação: Prof^a Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande -
Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

Referências bibliográficas: f. 101-106.

1. Saúde. 2. Assistência domiciliar. 3. Enfermagem. I. Siqueira, Hedi Crecencia Heckler de. II. Universidade Federal do Rio Grande. III. Título

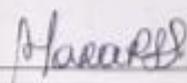
CDD 610.7343

Catálogo na fonte: Bibliotecária Luciane Silveira Amico Marques– CRB 10/2375

JULIANA MARQUES WEYKAMP

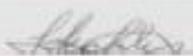
**CUIDADO DO ENFERMEIRO AO USUÁRIO DO SUS NO SERVIÇO DE
ATENÇÃO DOMICILIAR NA PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovado na sua versão final em 22/12/2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

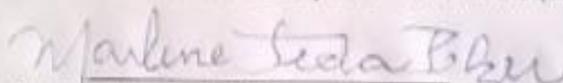


Mara Regina Santos da Silva
Coordenador(a) do Programa de Pós Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA



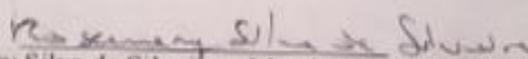
D^{ra}. Hedi Crecencia Heclker de Siqueira – Presidente (FURG)



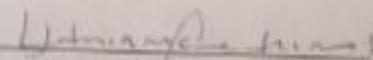
D^{ra}. Marlene Teda Pelzer – Membro (FURG)



D^{ra}. Cláudia Zamberlam – Membro Externo (UNIFRA)



D^{ra}. Rosemary Silva da Silveira – Membro Suplente (FURG)



D^{ra}. Adriane Calvetti de Medeiros – Membro Externo Suplente (UFPEL)

Rio Grande, 22 de dezembro de 2015

*“O sofrimento somente é intolerável quando
ninguém cuida..”*

Cicely Saunders

AGRADECIMENTOS

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

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

Ao meu esposo Felipe, agradeço a paciência, as palavras de conforto, pelo amor, companheirismo, amizade, carinho e apoio em todos os momentos.

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

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

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

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

Aos membros da Banca Examinadora por terem aceito o convite e pela contribuição no aperfeiçoamento do estudo

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

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

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

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

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

RESUMO

Objetivou-se investigar as modalidades de atenção domiciliar do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3, ofertadas nos municípios do RS e analisar as ações de cuidado praticadas pelos enfermeiros nessas modalidades e como são desenvolvidas junto aos usuários do SUS. O serviço de atenção domiciliar é percebido como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização da equipe multiprofissional de atenção domiciliar e da equipe multiprofissional de apoio. Este serviço é composto por três modalidades de atendimento, correspondendo a AD1, AD2 e AD3, onde são realizadas ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. O enfermeiro dentro do serviço de atenção domiciliar pode ser visto como o profissional que mais interage com o usuário e sua família, fazendo uso de seus conhecimentos técnico-científicos, e, principalmente, de si próprio, como instrumento terapêutico favorecendo a criação de vínculos de confiança entre ele, o usuário e família. O **referencial teórico** foi construído para dar sustentação à pesquisa, onde foram abordadas as temáticas: Saúde e o Sistema único de Saúde, Estratégias de Atenção domiciliar utilizadas ao longo da história, Políticas Públicas envolvendo a Atenção Domiciliar e O cuidado de enfermagem na equipe de saúde na Atenção Domiciliar. Como **caminho metodológico foi utilizado** à pesquisa de campo do tipo descritivo, exploratório e com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu no período de 23 a 30 de outubro de 2015, por meio de entrevista semi-estruturada, buscando fundamentar a questão de pesquisa, pressupostos, objetivos e principais aspectos do referencial teórico. A pesquisa teve como local do estudo o Serviço de Atenção Domiciliar realizada nos municípios do Rio Grande do Sul que oferecem as modalidades de Atenção domiciliar 2 e Atenção Domiciliar 3 aos usuários dos Sistema Único de Saúde. **Análise e interpretação dos dados** foi realizada mediante Análise de conteúdo seguindo os passos de Bardin. Ressalta-se a necessidade de uma ampliação do foco no manejo do processo de saúde da população, como também na ampliação das modalidades de atendimento do SUS. É preciso uma nova abordagem de cuidados, a partir de práticas inovadoras em espaços não convencionais como o domicílio, para prestar o cuidado à saúde, possibilitando um olhar diferenciado sobre as necessidades do usuário, família e comunidade.

Descritores: Saúde; Assistência domiciliar; Enfermagem

WEYKAMP, Juliana Marques. **Nursing care to the only system user in the home health service from the perspective ecossistêmica**. 2015. 137p. Dissertation (Master of Nursing) - Federal University of Rio Grande. School of Nursing. Program Graduate in Nursing. Rio Grande, 2015.

ABSTRACT

This study aimed **to investigate** the modalities of home care, Home Care Service in AD2 and AD3 modalities offered in the municipalities of RS and analyze the actions taken care of by nurses, these modalities and how they are developed to SUS users. The home care service is perceived as a substitute or complementary service to hospitalization or outpatient care, responsible for managing and operating the multidisciplinary team of home care and multidisciplinary support team. This service consists of three types of care, corresponding to AD1, AD2 and AD3, which are carried out promotional activities to health, prevention, treatment of disease and rehabilitation provided in domicile, with guarantee of continuity of care and integrated into care networks the health. The nurse in the home care service can be seen as a professional that most interacts with the user and his family, making use of their technical and scientific knowledge, and especially of himself, as a therapeutic tool favoring the creation of bonds of trust between him, you and family. The **theoretical framework** was built exclusively to support research, where topics were covered: Health and one health system, Homecare strategies used throughout history, public policy involving Home Care and Nursing care in the health team in Home Care. As **methodological** approach was used field research descriptive, exploratory, with qualitative approach. Data collection took place from 23 to 30 October 2015, through semi-structured interview, seeking to support the research question, assumptions, goals and key aspects of the theoretical framework. The research was the study site the Home Care Service held in the municipalities of Rio Grande do Sul offering arrangements for Homecare 2 and Attention Household 3 users of the Unified Health System. **Analysis and interpretation** of data was performed by Analysis content in the footsteps of Bardin. It emphasizes the need for a broadening of the focus in the management of population health process but also in the expansion of SUS care arrangements. It takes a new approach to care, from innovative practices in unconventional spaces such as the household, to provide the health care, providing a different perspective on user needs, family and community.

Keywords: Health; Home care; Nursing

WEYKAMP, Juliana Marques. **Cuidados de enfermería al único usuario del sistema en el servicio de salud en el hogar de la perspectiva ecosistémica**. 2015. 137p. Disertación (Maestría en Enfermería) - Universidad Federal de Río Grande. Escuela de Enfermería. Graduados del Programa de Enfermería. Río Grande, 2015.

RESUMEN

Este estudio tuvo como **objetivo** investigar las modalidades de atención en el hogar, Home Care Service en AD2 y modalidades AD3 ofrecidos en los municipios de RS y analizar las acciones atendidas por enfermeras, estas modalidades y la forma en que se desarrollan a los usuarios del SUS. El servicio de atención domiciliaria se percibe como un sustituto o servicio complementario a la hospitalización o atención ambulatoria, responsable de la gestión y el funcionamiento del equipo multidisciplinario de atención en el hogar y equipo de apoyo multidisciplinario. Este servicio consiste en tres tipos de atención, que corresponde a AD1, AD2 y AD3, que se llevan a cabo actividades de promoción a la salud, la prevención, el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación prevista en el domicilio, con la garantía de la continuidad de la atención y se integran en redes de atención la salud. La enfermera en el servicio de atención domiciliaria puede ser visto como un profesional que más interactúa con el usuario y su familia, haciendo uso de sus conocimientos técnicos y científicos, y sobre todo de sí mismo, como una herramienta terapéutica que favorece la creación de lazos de confianza entre él, usted y su familia. El **marco teórico** se construyó exclusivamente para apoyar la investigación, donde se cubrieron temas: Salud y un sistema de salud, las estrategias de Atención Domiciliaria utilizados a lo largo de la historia, la política pública que involucra Cuidados en el hogar y el cuidado de enfermería en el equipo de salud en Cuidados en el hogar. Como se utilizó el **enfoque metodológico** de investigación de campo descriptivo, exploratorio, con enfoque cualitativo. La recolección de datos se llevó a cabo del 23 al 30 octubre de 2015, a través de entrevista semiestructurada, que buscan apoyar a las preguntas de investigación, hipótesis, objetivos y aspectos clave del marco teórico. La investigación fue el sitio de estudio del Servicio de Atención Domiciliaria a cargo en los municipios de Rio Grande do Sul acuerdos de ofrecimiento para Domiciliaria 2 y 3 de Hogares Atención usuarios del Sistema de Salud. **Análisis Unificado e interpretación** de los datos se realizó mediante el análisis contenido de los pasos de Bardin. Se hace hincapié en la necesidad de una ampliación del enfoque en la gestión del proceso de salud de la población, sino también en la expansión de los arreglos para el cuidado del SUS. Se necesita un nuevo enfoque a la atención, a partir de prácticas innovadoras en espacios no convencionales, tales como el hogar, para proporcionar el cuidado de la salud, ofreciendo una perspectiva diferente de las necesidades del usuario, la familia y la comunidad.

Palabras clave: Salud; Cuidado en el hogar; Enfermería

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	Componentes do Ecosistema domiciliar	39
Figura 02	Rede de relações da Atenção domiciliar	44
Figura 03	Fluxo de captação do usuário	46
Figura 04	Evolução histórica das modalidades de Atendimento a domicílio	49
Figura 05	Mapa geopolítico do Estado do Rio Grande do Sul: macrorregionais	57
Figura 06	Identificação dos municípios e participantes da pesquisa	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Perfil dos participantes da pesquisa	66
Quadro 02	Funcionamento e modalidades do Serviço de atenção domiciliar oferecidas ao usuário do SUS nos municípios do RS	66
Quadro 03	Ações de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro no SAD nas modalidades AD2 e AD3	68
Quadro 04	Dificuldades vivenciadas ao executar ações de enfermagem no SAD nas modalidades Ad2 e AD3	69
Quadro 05	Potencialidades vivenciadas ao executar ações de enfermagem no SAD nas modalidades Ad2 e AD3	70
Quadro 06	Articulação do SAD nas modalidades Ad2 e AD3 com os demais serviços e instituições de saúde	72
Quadro 07	Relações interpessoais do enfermeiro junto ao usuário/familiar/cuidador	73
Quadro 08	Funcionamento e modalidades do Serviço de atenção domiciliar oferecidas ao usuário do SUS nos municípios do RS	77
Quadro 09	Ações de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro no SAD nas modalidades AD2 e AD3	78
Quadro 10	Dificuldades e potencialidades vivenciadas ao executar ações de enfermagem no SAD nas modalidades Ad2 e AD3	78
Quadro 11	Interrelação do SAD nas modalidades Ad2 e AD3 com os demais serviços e instituições de saúde/ usuário/familiar/cuidador	79

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AD	Atenção domiciliar
APS	Atenção primária em saúde
BDENF	Banco de dados da Enfermagem
BVS	Biblioteca virtual em saúde
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da saúde/FURG
CIB	Conselho intergestores bipartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DECS	Descritores da ciência da saúde
EMAD	Equipe multiprofissional da Atenção domiciliar
EMAP	Equipe multiprofissional de apoio
ESF	Estratégia de Saúde da família
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
GEES	Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde
IAMPSE	Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual
ID	Internação domiciliar
LILACS	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes comunitários de saúde
PSF	Programa de Saúde da família
RAS	Rede de atenção à saúde
RUE	Redes de Atenção à Urgência e emergência
RS	Rio Grande do Sul
SAD	Serviço de Atenção domiciliar
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
SAMDU	Serviço de Assistência médica domiciliar e de urgência
SCIELO	Scientific Electronic Library
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de estabelecimentos de saúde
SMS	Secretaria municipal de saúde
SUDS	Sistema Unificado e descentralizado de saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	21
3. REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1 Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS)	22
3.1.1 Sistema e Ecossistema Domiciliar.....	27
3.2 Estratégias de Atenção Domiciliar utilizadas ao longo da história	31
3.3 Políticas Públicas envolvendo a Atenção Domiciliar	34
3.3.1 Admissão do usuário à Atenção Domiciliar.....	47
3.4 O cuidado de Enfermagem na equipe de saúde na Atenção Domiciliar ...	50
4 CAMINHO METODOLÓGICO	56
4.1 Tipo de pesquisa	56
4.2 Cenário de Pesquisa	57
4.2.1 Critérios de inclusão dos municípios pesquisados.....	58
4.3 Participantes da pesquisa	58
4.3.1 Critérios de seleção dos participantes.....	58
4.4 Coleta de dados	58
4.5 Análise dos dados	61
4.6 Aspectos éticos	62
4.6.1 Análise crítica de riscos e benefícios.....	62
4.6.2 Explicitação das responsabilidades dos pesquisadores.....	63
4.6.3 Explicitação de critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa.....	63
4.6.4 Declaração de que os resultados serão tornados públicos.....	63
4.6.5 Declaração sobre o uso e destinação dos dados e/ou materiais coletados....	64
4.6.6 Demonstrativo da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa.....	64
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	65
6. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	75
6.1 Artigo 1 - Cuidado do Enfermeiro no Serviço de Atenção Domiciliar na perspectiva ecossistêmica.....	80
6.2. Artigo 2 - Serviço de Atenção Domiciliar e as Redes de Atenção à Saúde	94
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	106
APÊNDICES	114
Apêndice A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde para o desenvolvimento da pesquisa.....	115
Apêndice B – Autorização para a realização do estudo à direção da Escola de Enfermagem - FURG.....	119
Apêndice C – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	120

Apêndice D – Instrumento de coleta de dados – Roteiro da entrevista do coordenador.....	121
Apêndice E – Instrumento de coleta de dados - Roteiro da entrevista da enfermeira (o).....	122
Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido coordenador.....	123
Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido enfermeiro(a).....	125
ANEXOS	127
Anexo A- Portaria N° 963, de 27 de maio de 2013.....	128

1. INTRODUÇÃO

As mudanças sociais, econômicas e tecnológicas dos últimos anos, ocasionaram e ocasionam transformações significativas nos formatos da organização do trabalho, e também, nas modalidades dos serviços prestados à população, bem como, na forma de pensar, fazer e viver do ser humano.

Do ponto de vista sistêmico essa transformação supre a maneira individualista, unidirecional e hierárquica de olhar o mundo e o ser humano e a substitui para uma percepção de totalidade interdependente, mutuamente influenciável e integradora (SANTOS, SIQUEIRA, SILVA, 2009). Essa forma de ver o ser humano explica a sua capacidade de integrar, influenciar e interagir no espaço o qual habita, trabalha e desenvolve seu processo de viver.

Neste contexto, Capra (2006), assevera que a perspectiva sistêmica oportuniza refletir a respeito da complexidade do ser humano e dos demais elementos que compõem o mundo, que se encontram interrelacionados e interdependentes. A partir deste conceito pode-se compreender o indivíduo como um todo, um ser biológico, social, psicológico, cultural e espiritual, que nasce e vive em sociedade, nela se desenvolve, influencia e é influenciado pela forma de pensar, ser e agir em seu ambiente/espço (SIQUEIRA, 2001).

Zamberlam e Siqueira (2014) ressaltam, com base em Prigogine (2011), que existem flutuações no sistema da saúde que elencam aspectos de caráter inter-relacional, multidimensional e integrador, pautadas nas múltiplas dimensões humanas: biológicas, sociais, psicológicas, espirituais, e outras, que se entrelaçam e se inter-relacionam com o ambiente no qual as pessoas se encontram e que podem ou não transitar pelo atendimento em saúde na busca do equilíbrio dinâmico e da sustentabilidade da sua saúde.

A saúde, apesar de ser um campo de preocupação e despertar interesse investigativo, ao longo de sua história, recebeu uma nova conotação na Constituição Federal Brasileira de 1988. Nela, a saúde, a partir do art. 196 passou a ser compreendida como direito de todos e dever do Estado, proporcionado por meio de políticas sociais e econômicas a redução do risco de doença e de agravos, como também o acesso universal e igualitário às ações e serviços, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde dos usuários (BRASIL, 2003).

Esta garantia culminou com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 dispendo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Instaurou e regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e, completamente gratuita, para a totalidade da população (BRASIL, 1990, 2002).

Com, aproximadamente três décadas: 27 anos de existência, o **SUS** vem tentando direcionar uma estrutura e consolidar um sistema público de saúde de relevância, já com alguns resultados satisfatórios para a população brasileira (BRASIL, 2006). Acredita-se que a saúde, enaltece a responsabilidade dos órgãos públicos no sentido de viabilizar o exercício desse direito, proporcionando aos usuários o acesso aos serviços e ações de saúde que correspondam a demanda da sociedade. Entretanto, carece de aperfeiçoamento em relação a sua filosofia sistêmica, pois a maioria de sua atuação, ainda possui como base a teoria cartesiana, individual, pontual, linear, sem a perspectiva da fundamentação dos princípios da totalidade interdependência., integradora e influenciadora, próprios da teoria sistêmica.

Para entender a complexidade que envolve a saúde, vê-se a necessidade de avaliar a multiplicidade de elementos e processos que influenciam de maneira direta e indireta na sua consolidação. É preciso aceitar as transformações que ocorrem na medida em que aparecem novas concepções e discussões a seu respeito (SILVA, 2006). Essa idéia demonstra que a concepção ampliada da saúde e, um novo modelo de atenção dela decorrente, desencadeia transformações no atendimento ao usuário. Essas transformações envolvem, além de outros aspectos, a demanda, cada vez mais numerosa, enquanto os recursos financeiros permanecem não subsidiando as necessidades de saúde, crescentes da população.

Frente a esta problemática, ressalta-se a importância da ampliação do foco no manejo do processo de saúde da população, como também na ampliação das modalidades de atendimento do SUS. Andrade, et al (2013), mencionam em seu estudo, a sobrecarga dos serviços de saúde, superlotação e carência de leitos disponíveis, a partir da ascensão do número de internações hospitalares, como também o aumento do risco de infecção.

A preocupação com a resolutividade do sistema público de saúde amplia as pesquisas sobre modalidades de atenção inovadoras, sedimentando uma nova visão analítica sobre o processo saúde (MIOTO, NOGUEIRA, 2009). Com isso, faz-se necessário uma abordagem inovadora de cuidado, a partir das práticas em espaços não convencionais como o domicílio, possibilitando um olhar diferenciado sobre as necessidades do usuário, família e comunidade.

Sob essa perspectiva de atenção inovadora tem-se a **Atenção Domiciliar (AD)** no âmbito do SUS amparada pela Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 que descreve a atenção domiciliar como

uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com **garantia de continuidade de cuidados** e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013, p.2)

De acordo com Martelli et al (2011), a expansão do sistema de saúde ocasionou um custo muito elevado para os serviços públicos, e com isso a AD veio atender, dentre outras modalidades, também esta demanda, uma vez que, entre seus objetivos encontra-se a redução dos custos assistenciais. Além disso, a AD surge como uma incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar de baixa e média complexidade, aos cuidados iniciados nos Serviços de Atenção à Urgência e Emergência, e complementar à Atenção básica (BRASIL, 2013).

Nesta linha de pensamento, cabe salientar que a implantação de serviços de AD, permite a otimização de recursos, ou seja, o uso mais adequado deles, visto que o leito ao ser desocupado devido a possibilidade do usuário ser cuidado no âmbito domiciliar, não é desativado sendo ocupado por outro que necessita deste tipo de modalidade de atenção.

Com base na Lei do Exercício profissional nº 7.498 de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 vê-se uma contribuição significativa do **enfermeiro**, na atenção domiciliar, uma vez que lhe cabem, legalmente, desenvolver ações de cunho preventivo, promocional, de proteção, manutenção e recuperação da saúde. O enfermeiro na sua prática profissional precisa desenvolver as ações de cuidado de forma integrada, interdisciplinar e de qualidade, no presente caso no domicílio do usuário (BRASIL, 1986, 1987)

De acordo com Collière (1999), cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem como finalidade assegurar a manutenção e a continuidade da existência do ser humano. O cuidado deve ser sentido, vivido, e para que este seja integrado ao cotidiano é preciso absorvê-lo, permitir que ele faça parte de nós mesmos. Todos os atributos inerentes ao cuidar são essenciais no processo de desenvolvimento do ser, já que ele constitui a condição humana.

O enfermeiro, dentro do ambiente domiciliar, pode ser visto como o profissional que mais interage com o usuário e sua família, fazendo uso de seus conhecimentos técnico-científicos, e, principalmente, de si próprio, como instrumento terapêutico favorecendo a criação de vínculos de confiança entre ele, o usuário e família. No domicílio, como em outros

espaços de cuidado, o diálogo entre o enfermeiro/equipe, família, cuidador e usuário permite interações que desencadeiam transformações nas relações de trabalho, compartilhamento e formação de compromissos para melhoria e integralidade da atenção. Para Collière (1999) e Vieira (2014), há necessidade de compreender a saúde do indivíduo em relação aos elementos fundamentais da vida: energia, espaço, tempo e informação/conhecimento. É preciso considerar, também a maneira como ele os apreende e a visão que possui em relação da sua inserção no espaço que ocupa, tanto familiar, sociedade e de mundo. Além disso, as demais características da rede de elementos da vida humana, constituem aspectos indispensáveis para planejar os cuidados a serem empreendidos, principalmente, no âmbito domiciliar que pode ser considerado um ecossistema.

Nesse ínterim, o ecossistema é percebido como um conjunto de elementos de um determinado espaço/tempo que se inter-relacionam e interagem, constituindo uma unidade. É, portanto, composto por um grupo de organismos, bióticos e abióticos, que interagem entre si, são interdependentes e se influenciam mutuamente (SANTOS, SIQUEIRA, SILVA, 2009; SVALDI, 2011; ZAMBERLAN, 2013). Sob este olhar sistêmico, o ser humano se apresenta como um dos elementos integrantes dessa comunidade. O conjunto de elementos que forma e estrutura o ecossistema, no âmbito da enfermagem/saúde, desenvolve redes de cooperação e de interligação, que otimizam o trabalho da enfermagem e, com isso, norteiam ações coletivas em saúde, de modo a viabilizar a sustentabilidade (SANTOS, SIQUEIRA, SILVA, 2009).

Portanto, para fundamentar este novo pensamento, o ecossistêmico, projeta referenciais de cunho dinâmico, inter-relacional, integrativo, cooperativo e, sobretudo, essenciais para a compreensão dos eventos que acontecem entre os sistemas. Esse protótipo compreende uma nova maneira de pensar para o alcance de soluções às questões emergentes na atualidade, e essas precisam ser próximas, interconectadas, interdependentes e contextualizadas, para serem coerentemente instituídas em um eixo de possibilidades (ZAMBERLAN, 2013).

Assim, é neste contexto das ações em saúde que se enaltece a importância do cuidado de maneira integrada, interdependente e compartilhada para a produção de saberes e de mantê-los em constante inter-relação e cooperação, possibilitando, de fato, que o cuidado dos profissionais ao usuário e família, em seu ambiente/espaço, possa desenvolver-se de forma efetiva e eficaz.

O estudo do Estado da arte que subsidiou esta pesquisa foi realizado mediante busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando descritores da ciência da saúde (DeCS):

saúde, assistência domiciliar e enfermagem, como proposta para o estado da arte. A busca foi realizada nas bases de dados eletrônicas do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library* (SCIELO) e Banco de dados da Enfermagem (BDENF). Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos publicados em português e/ou espanhol, no período de 2009 à 2014, estudos realizados com seres humanos, disponibilidade eletrônica gratuita e completa.

Ao utilizar o descritor “saúde”, foram encontrados 3.817 artigos na base de dados SCIELO, já no LILACS foram identificados 22.868 artigos e no BDENF 3.632 artigos. Ao refiná-los com o descritor “enfermagem” obteve-se 670 artigos da SCIELO, 3.740 artigos do LILACS e 1.904 artigos do BDENF. Ao acrescentar o descritor “assistência domiciliar” capturou-se 04 artigos na SCIELO, 353 no LILACS e 335 do BDENF, totalizando 692 artigos.

Dos 692 artigos selecionados, 310 foram excluídos por não possuírem aderência à temática em questão. Destes 382 artigos que restaram, foram selecionados 43 que contemplavam os critérios de inclusão e exclusão, tais como estar disponível via *online*, ser um artigo completo, publicado no período de 2009 à 2014, como também estar nos idiomas português e/ou espanhol, e que abordasse a temática em estudo. Após leitura criteriosa dos resumos foram eliminados 30 artigos por contemplarem somente parte da temática em questão, permanecendo um total de 13 artigos que foram lidos na íntegra, entretanto, nenhum artigo contemplou o descritor ecossistema. Após a leitura e seleção de cada um dos materiais encontrados foi realizado o respectivo fichamento. Para maior visibilidade dos dados, construiu-se um instrumento próprio para lançar os dados das informações obtidas nos periódicos e, assim, facilitar a sua análise.

O **interesse** pelo tema surgiu na graduação e também durante a atuação como enfermeira assistencial, ao perceber fragilidade na atuação do enfermeiro no âmbito domiciliar, como também o pouco conhecimento e discussão, até mesmo na academia, sobre as modalidades de atendimento do SUS, em especial a AD. O desconhecimento sobre a AD, seu conceito, sua funcionalidade, inserção nos serviços de saúde e os critérios de inclusão do usuário, são elementos que dificultam e prejudicam a atuação, a efetividade, como também, um desempenho de melhor qualidade dessa modalidade de atendimento pelos profissionais de saúde.

As inúmeras vantagens apontadas na Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 e a carência de estudos referente à temática nos últimos 05 anos, **justificam** a presente pesquisa e evidencia a importância da mesma. O aprofundamento do conhecimento, nessa área, pode

criar subsídios capazes de levar à compreensão de como se desenvolvem as ações de cuidado do enfermeiro nas instituições de saúde que oferecem a modalidade de serviços de AD ao usuário do SUS nos municípios do Rio Grande do Sul (RS). Esta pesquisa tem a possibilidade de aprofundar o conhecimento científico direcionado ao saber/fazer do enfermeiro no contexto domiciliar, sob uma perspectiva ecossistêmica, com vistas a subsidiar um cuidado mais efetivo e eficaz prestado pelo atendimento integrado no SUS.

Portanto, a **relevância** do presente estudo está alicerçado nas contribuições para que se perceba a saúde como um sistema, ou seja, um ecossistema, cujos elementos que dele participam se relacionam, interdependem, se influenciam mutuamente e são capazes de transformações. Com uma visão sistêmica/ecossistêmica buscou-se conhecer como é desenvolvido o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) nas modalidades AD2 e AD3 nos municípios do RS e averiguou-se como se processa o cuidado do enfermeiro frente a essas modalidades de atendimento aos usuários do SUS.

Diante desta realidade, elencou-se **a questão norteadora:**

Que municípios do RS ofertam o Serviço de Atenção domiciliar na modalidade AD2 e AD3? Que ações de cuidado são praticadas pelos enfermeiros, nessas modalidades e como são desenvolvidas aos usuários do SUS?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar as modalidades de atenção domiciliar do SAD AD2 e AD3, ofertadas nos municípios do RS
- Analisar as ações de cuidado praticadas pelos enfermeiros, nessas modalidades e como são desenvolvidas aos usuários do SUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as instituições de saúde que prestam SAD, AD2 e AD3, aos usuários do Sistema Único de Saúde nos municípios do RS;
- Verificar como o SAD AD2 e AD3 é desenvolvido nas instituições de saúde dos municípios do RS;
- Averiguar a articulação do SAD AD2 e AD3, nos municípios pesquisados, com as redes de atenção à saúde;
- Analisar as ações de cuidado, praticadas pelo enfermeiro, e seu desenvolvimento no SAD, AD2 e AD3, nos municípios do RS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo foi realizada a revisão de literatura com a finalidade de construir subsídios para um melhor entendimento da temática em estudo e detectar possibilidades para análise e interpretação dos dados. São abordados os temas: Saúde e o Sistema único de Saúde, Estratégias de Atenção domiciliar, utilizadas ao longo da história, Políticas Públicas envolvendo a Atenção Domiciliar e O cuidado de enfermagem na equipe de saúde na Atenção Domiciliar.

3.1 SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pretende-se assim, de forma resumida, promover a compreensão do contexto histórico vivido no Brasil na busca por mudanças políticas direcionadas a redemocratização do país, que se tornaram mais intensas na década de 1980 por meio das manifestações populares no âmbito da saúde, voltadas para uma atenção abrangente, democrática e igualitária (MEDEIROS JÚNIOR, RONCALLI, 2004).

A saúde e a doença sempre fizeram parte da realidade dos serviços e instituições de saúde, como também da preocupação humana. Ao longo da história da humanidade, a saúde vem sofrendo influências socioculturais, econômicas, políticas e educacionais, contribuindo para as transformações da sociedade, e que leva a inovações em diferentes abordagens frente às questões de saúde.

De acordo com Meirelles e Edrmann (2005), para conseguir entender a realidade em relação à saúde, compreender e enfrentar os problemas que a envolvem, é necessário diferentes abordagens baseadas em múltiplas teorias e hipóteses para explicá-los. Essa busca proporciona maior eficácia aos serviços e instituições de saúde e, conseqüentemente, leva a melhoria da qualidade de vida da população.

Capra (2006) ressalta a necessidade de compreender a saúde como um processo dinâmico e passível de transformações, assim como um fenômeno multidimensional, de complexas interações entre os elementos físicos, biológicos, socioculturais, econômicos, psicológicos e espirituais, que se inter-relacionam com o indivíduo e o meio no qual estão inseridos. Scliar (2007) assinala que a conjuntura social, econômica, política e cultural das pessoas, representa distintas possibilidades de compreensão de mundo. Sendo que as questões que envolvem a saúde necessitam de um olhar ampliado, funcionando de modo integrado e

dinâmico, adaptável, flexível, com possibilidade transformadora e, desta maneira, direcionar as necessidades da população.

Dessa forma, o indivíduo envolvido pela dinâmica de suas relações, entre os diversos elementos que compõem a sua realidade ecossistêmica, da qual faz parte como um dos seus elementos contribui diretamente para a saúde, possibilitando que as mudanças possam ser construídas a partir do próprio indivíduo e coletividade. Sob essa perspectiva, apreende-se que o indivíduo pode melhorar sua condição de existir e alcançar uma melhor qualidade de vida, quando contribui com o contexto no qual se insere, tanto no que se refere às instituições e serviços de saúde disponíveis, como também, nos demais aspectos que formam a sua realidade. Esses aspectos, necessariamente, precisam englobar a totalidade constituinte do espaço onde o ser humano vive, trabalha, se desenvolve, pois todos de forma inter-relacionada exercem influência e são influenciados (SANTOS, SIQUEIRA e SILVA, 2009).

Inserida nesse conjunto se encontra a saúde que precisa da participação de cada ser humano integrante desse espaço, e da coletividade para construir de maneira dinâmica e em cooperação as ações de saúde de sua realidade. Essa conotação vem ao encontro ao preceituado no SUS onde a participação popular é a garantia constitucional de que os cidadãos, por meio de suas entidades representativas, se tornem membros ativos no processo de planejamento das políticas de saúde e do controle de sua execução, tanto nos níveis federais, como nos estaduais e municipais. Outra alternativa consiste na participação popular através das conferências de saúde, que visam a definição de prioridades e linhas de atuação também referente a saúde (BRASIL, 1990).

O enfoque voltado à saúde, principalmente, no que diz respeito ao cuidado do indivíduo e sua família, se renova constantemente. O estímulo às novas discussões a respeito desta temática se dá pela necessidade de mudança do atual modelo de atenção à saúde, e também pela inserção da população nas práticas de promoção e prevenção da saúde (ALMEIDA FILHO 2000; TEIXEIRA, PAIM & VILLASBÔAS, 2002; BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003; SILVA, 2013).

Nesta linha de pensamento, pode-se perceber que as ações de saúde no Brasil nos anos 80, vivenciavam uma grande crise econômica que acabou pela extinção do direito à saúde da maior parte dos cidadãos brasileiros. Esse direito era assegurado apenas para aqueles que se encontravam em situação empregatícia e contribuía financeiramente com o Instituto Nacional de Previdência Social. Essa década, ainda sob o regime militar, foi marcada por movimentos sociais, pela redemocratização do país, e pela melhoria das condições da saúde

da população. Dessa forma, o movimento sanitarista brasileiro cresceu e ganhou representatividade por meio dos diferentes setores sociais, como os profissionais de saúde, usuários, políticos e lideranças populares, em prol da reestruturação do sistema de saúde brasileiro (SILVA, 2013). A partir destes acontecimentos, o Brasil, ao longo de sua trajetória, passou por inúmeras transformações na busca por estratégias e soluções, associadas a modelos e propostas de atenção que dessem conta da demanda de saúde da população.

No ano de 1980, em Brasília, ocorreu a realização da VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) com discussões em torno do tema “A extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos”. A partir do relatório originado pela mesma, começa a se perceber um movimento social fortalecido em torno da reivindicação de reformas mais profundas do sistema de saúde (BRASIL, 2009). Parte do conteúdo existente no relatório corrobora com essa idéia faz referência a mesma:

[...] embora, por motivos circunstanciais, não tenham sido convocados determinados grupos sociais – como por exemplo os usuários dos serviços de saúde [grifos nossos] os participantes estiveram de acordo em que a população brasileira, destinatário final das ações do programa (de extensão de cobertura) ainda não participa de seu processo decisório, devendo porém fazê-lo na medida em que for levada a se incorporar à prática das ações ao mesmo inerentes, desse modo podendo representar fator determinante para que alcance suas finalidades (BRASIL, 2009, p. 216).

Já em 1986, surge a VIII CNS, também realizada em Brasília, e que teve um importante impacto na saúde brasileira, ao ampliar número de participantes envolvidos e apontar em seu relatório as diretrizes para a reorganização do sistema de saúde. Vale ressaltar também que a VIII CNS conseguiu alcançar os setores mobilizados da população, os profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros, como também os membros dos sindicatos, resultando no delineamento das bases e diretrizes para a Reforma Sanitária. A Reforma Sanitária, existente, por meio do decreto nº 94.657/87, resultou no surgimento e implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) com vistas a contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde (BRASIL, 1987; PAIM, 2003).

Conforme amplamente discutido e demonstrado no relatório final desta constituição, a saúde passou a ser conceituada como

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Se define no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1986, p.4).

Este conceito ampliado de saúde foi incorporado na Constituição Federal de 1988, assegurando, a todo cidadão brasileiro, o exercício dos direitos sociais e individuais. Assevera a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos. Assinala, também, que esses direitos fundam-se na harmonia social e comprometidos, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias. Esses direitos se encontram expressos nos Art. 196, 197 e 198 da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988)

Efetivar a saúde como direito universal a toda população tornou-se um amplo desafio, que só pode ser obtido por meio de políticas sociais e econômicas que atuem diminuindo as desigualdades sociais e regionais do Brasil, garantindo o direito a cidadania e fortalecimento da democracia (BRASIL, 2004). Entretanto, a saúde precisa ser considerada com um bem comum com a qual a população possui assegurado o exercício e a prática do direito à saúde, devendo ser considerada como um referencial e um valor básico a ser compreendido pelo poder público, orientando o planejamento e desenvolvimento de condutas, decisões, estratégias, ações e resultados.

Com a proposta de reorganizar o sistema de saúde brasileiro, é estabelecido a partir da Constituição Federal de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS) tendo em sua base os princípios doutrinários que asseguram acesso a todo cidadão brasileiro, respeitando a:

Universalidade: É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.

Equidade: É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

Integralidade: É o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas, as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 1990, p.4,5).

Além de ser estabelecido pela Constituição de 1988, o SUS é regulamentado pelo Art. 4º da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, e recebe evidência na Lei nº 8142 ambas sancionadas em 1990. Enquanto a primeira lei dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, a segunda lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão

do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 2004; 1990; 1990b).

A Lei nº 8080 determina ao SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Aborda a gestão financeira e determina o Plano Municipal de Saúde como base das atividades e responsabilidades de cada nível de gerência do SUS e assim, garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos e contratados privados e conveniados (BRASIL, 2004). Em seu Art. 1º, com abrangência em todo território nacional, fica regulamentadas as ações e os serviços de saúde, desenvolvidos individual ou coletivamente, de forma permanente ou eventual, seja por sujeitos naturais ou jurídicos do âmbito privado ou público (BRASIL, 1990).

No que se refere aos objetivos do SUS presentes nesta lei, tem-se a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes de saúde, a formulação de políticas de saúde destinadas a promover a saúde dos cidadãos, no campo econômico e social visando a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, como também a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990; PAIM, 2009).

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

I- A conferência de Saúde;

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

II- O conselho de Saúde;

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

A implantação do SUS foi o maior movimento de inclusão social já presenciado na história do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma asserção política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus usuários, não caracterizando um serviço ou uma instituição, e sim, um sistema constituído por um conjunto de unidades,

serviços e ações que se inter-relacionam e interagem visando a melhoria da qualidade da assistência prestada à população (BRASIL, 1990, 2007).

A proposta estrutural do SUS busca unificar todas as instituições, serviços e ações de saúde, descentralizando as decisões, as responsabilidades e os recursos financeiros por meio dos governos federal, estaduais e municipais, do Ministério de Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, da organização, direção e gestão do SUS, funcionamento e assiduidade complementar dos serviços privados de assistência à saúde e da política de recursos humanos (SILVA, 2006).

O SUS, mesmo sendo um sistema de saúde de alcance nacional, coexiste com subsistemas em cada um dos estados e municípios do país. Destaca-se que o enfoque das ações está nos municípios, e com isso a totalidade das atividades e dos serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, necessita ser desenvolvida, em um grupo de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada, hierarquizada, e disciplinados conforme o subsistema SUS municipal, direcionados ao atendimento integral da população local e inseridos de forma conjunta no SUS em suas abrangências estadual e nacional (BRASIL, 2000; SILVA, 2013).

3.1.1 SISTEMA E ECOSSISTEMA DOMICILIAR

Entende-se por sistema um conjunto de elementos interdependentes capazes de influenciar e ser influenciado, além de interagir com outros elementos. O sistema também pode nos remeter a um conjunto de unidades combinadas constituindo um todo organizado, onde seu resultado total é maior que os resultados das unidades que o compõem, se estes ocorressem de maneira independente (CAPRA, 2006; SANTOS, SIQUEIRA e SILVA, 2009; SVALDI, 2011).

A maneira com que se percebe a interação dos elementos propõe uma nova forma de pensar e agir apoiada na perspectiva sistêmica, introduzindo o princípio da relação, conexão, contexto, interdependência e interconexão (SIQUEIRA, 2001; ZAMBERLAN, 2013; SILVA, 2013). Esse pensamento evoca a teoria dos sistemas originada a partir de 1923 quando Bertalanfly constatou que determinadas ciências têm validade para outras ciências, e não podem existir separadamente, demonstrando que estão interligadas, umas com as outras (BERTALANFLY, 2013). O sistema/ecossistema é constituído por elementos bióticos (vivos) e abióticos (meio físico) de um determinado espaço/território/ambiente que permanecem em constante troca de energia devido a sua capacidade de interconectar-se e se interrelacionar entre si e com os demais elementos da rede possibilitando a sua auto-organização.

De acordo com Siqueira (2001) e Capra (2006) na perspectiva sistêmica o foco principal constitui-se na relação dinâmica, na interconexão/inter-relação que ocorre entre os elementos componentes do sistema. Esses princípios influenciam-se mutuamente e produzem energia que se mantém em constante troca. Entretanto, estes mesmos autores reforçam a necessidade de compreender a forma pela qual essas trocas ocorrem, e assim, perceber o grau de importância que possuem no contexto.

Ao perceber a saúde como um sistema, busca-se, por meio desse embasamento, clarear a necessidade das interconexões/inter-relações entre os serviços/instituições de saúde e o usuário, visando a eficácia das práticas de atenção em saúde. Sabe-se que com a proposta de municipalização da saúde, o município recebe a responsabilidade pela organização de estratégias e pelo direcionamento dos serviços de saúde, e das práticas em saúde voltadas à população. Porém, entende-se que para que se obtenha efetividade e eficácia neste processo, existe a necessidade destes serviços estarem articulados na forma de redes de atenção (SILVA, 2006, 2013; MENDES, 2011). Neste caso, pressupõe-se que num sistema de serviço ou instituição de saúde, existem diversas modalidades de atendimento, legalmente instituídas, que não são articuladas com outros subsistemas, e nem reconhecidas, e até mesmo praticadas e oferecidas aos usuários do sistema único de saúde.

Sob uma perspectiva sistêmica, é possível identificar e desvelar essas modalidades de atendimento oferecidas ao usuário do SUS e desvendar se estes serviços e ações de saúde, propostas na política de saúde, acontecem de forma articulada ou não, entre as instituições/serviços que atendem ao usuário do SUS. A fragilidade na articulação, certamente existe, porque ainda se encontra em vigência, na prática das modalidades de atendimento do SUS, o modelo biomédico, centrado na doença, o que caracteriza um retrocesso nos modelos de atenção à saúde, e reforça a necessidade de uma mudança no pensar e agir, a fim de que sejam desenvolvidas ações com enfoque na promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde dos usuários. Para Silva (2006, 2013) a percepção do modelo biomédico permanece muito forte dentro dos serviços e instituições de saúde, principalmente, presente na maioria dos municípios brasileiros. Esta prevalência pode ser explicada devido ao próprio desconhecimento ou, até mesmo, a dificuldade de muitos profissionais da área da saúde em adaptarem as práticas em saúde do novo modelo de atenção.

A carência de recursos disponíveis para um planejamento de ações integradas, como também o aspecto cultural da população e a formação de recursos humanos para a saúde, podem vir a contribuir para a dificuldade de implantação/implementação de ações em saúde inovadoras, que objetivem um cuidado centrado no usuário e em sua integralidade. Estudos

corroboram com essa ideia, quando apontam que ainda existe a prevalência de um modelo curativista, tanto nos serviços de saúde como nas instituições de ensino, representando um desafio frente a implantação de ações preventivas, que priorizem o indivíduo em sua totalidade (KERBER, 2007; ROSA, LABATE, 2009;; BACKES et al 2009; BATISTA, CALDAS, PORTILHO, 2009).

As ações em saúde que visam somente práticas curativistas demonstram um retardamento, tanto nos modelos de atenção existentes nos serviços de saúde, como na metodologia de ensino utilizada nas academias, pois este pensamento desconsidera o indivíduo como um todo, não leva em conta a família à qual pertence, nem mesmo o contexto no qual vive e tampouco é considerado na sua integralidade. Esse olhar fragmentado compromete o planejamento, o desenvolvimento e execução das ações em saúde, afetando diretamente a qualidade da assistência prestada à população.

Nesta linha de pensamento, Vieira (2014) afirma que para haver qualidade na assistência em saúde, é preciso substituir o modelo biomédico, curativista, por ações de prevenção e promoção da saúde. É nesta direção que o SUS, com mais de duas décadas de existência, faz o delineamento de suas políticas públicas e elabora propostas inovadoras para a saúde, induzindo a uma estruturação e consolidação de um sistema público de saúde brasileiro, apontando a mudança do modelo assistencial, ou seja, mudança do paradigma centrado na doença e cura, para o preventivo e de promoção, direcionado às questões de saúde da população de forma integral.

De acordo com Morosini (2007) e Silva (2013), modelo assistencial refere-se a maneira como são instituídas em um determinado local, as ações de saúde, envolvendo os aspectos assistenciais e tecnológicos. Esta reorganização propõe a substituição do modelo assistencial biomédico para o preventivo, onde sejam valorizadas ações de cunho educativo, preventivo e promocional, além do tratamento e reabilitação.

A necessidade da substituição do modelo biomédico para o assistencial preventivo e de promoção, requer o entendimento de que o indivíduo necessita ser compreendido como um todo, no seu contexto de vida, ou seja, de forma integral e humanizada, tornando-o co-participante das ações e intervenções de saúde. Este modelo demanda uma formação voltada aos princípios do SUS, com profissionais aptos a trabalharem em diferentes níveis de complexidade, e, na perspectiva ecossistêmica, que compreende uma forma inter-relacionada, interconectada, dinâmica e flexível, a ser observada no desempenho das ações de cuidado em saúde.

O pensamento ecossistêmico busca de forma contínua construir redes de serviços de saúde e que estejam vinculadas ao indivíduo, família e comunidade, isto é, interconectada ao seu contexto. Olhar a saúde na perspectiva ecossistêmica, significa dizer que todos os componentes do sistema saúde, dos quais o ser humano é um dos elementos, interagem, influenciam e são influenciados, pois formam uma totalidade.

Ecossistema, no entender de Santos, Siqueira, Silva (2009) é um conjunto de elementos que interagem entre si e com o meio ambiente em que vivem, concebendo o ser humano como um dos elementos integrantes deste sistema. Caracteriza-se pela idéia da contínua formação de rede, tecida por fios e nós que, de maneira dinâmica e flexível, sustenta o todo (CAPRA, 2006).

A percepção das constantes interações existentes entre os elementos que constituem a rede é possibilitada por meio do pensamento ecossistêmico. Em analogia, o ecossistema domiciliar, é, neste estudo, percebido como uma rede de relações que possibilita o desenvolvimento de ações de cuidado capazes de contribuir com a melhoria da qualidade de vida e um viver mais saudável dos usuários. Entretanto, ele é constituído por diversos subsistemas, entre eles, a família e o seu ciclo de vida familiar, os serviços de saúde, clubes, escola, amigos. Para Zamberlan (2013) os distintos subsistemas do ecossistema domiciliar interagem no espaço/tempo vivido, e envolvem tanto os elementos bióticos (sociais) como os abióticos (físicos). Segundo a autora, além do centro familiar, fazem parte em um sistema maior os elementos que se encontram ao redor destes indivíduos, ou seja, em ambientes/espacos que fazem parte do contexto e do cotidiano.

Dentre os distintos significados de família, é unânime a percepção de que é impar ir além do nível individual e olhar para a unidade familiar como sendo um sistema aberto, que influencia e é influenciado pelo espaço/tempo/ambiente, o que propicia uma visão que contextualiza o indivíduo como parte dos elementos da rede do ecossistema domiciliar (VALENTE, 2009).

Wright e Leahey (2002), corroboram com essa ideia ao salientar que trabalhar com os integrantes da família separadamente, não tem o mesmo resultado do que quando trabalhada como um todo, porque a forma integral de enxergar a família possibilita apreender as interações entre seus membros, justificando, na maioria das vezes, o comportamento individual de cada um. Isto vai ao encontro do afirmado por Capra (2006) em que a concepção sistêmica entende o todo, vendo o mundo de forma relacionada, integrada, interdependente, influenciando e sendo influenciado mutuamente de forma dinâmica. Segundo este autor, embora se possa discernir partes individuais em qualquer sistema, o todo

é maior do que a soma de suas partes. Em analogia, cada integrante da família e cada elemento que compõem o seu espaço/tempo, influencia e é influenciado pelos demais, e isto pode interferir nos distintos comportamentos, atitudes entre eles, incluindo os relativos à saúde.

Lopes (2003) ressalta que as práticas em saúde desenvolvidas no ambiente domiciliar trazem a possibilidade de reconhecimento desse espaço como agente facilitador do cuidado. Yamaguchi et al (2010) afirmam que essas práticas podem ser constituídas por ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde dos usuários do SUS, em sua própria residência, visando uma melhor adequação ou adaptação das funções em busca de melhores condições de saúde e vida para o usuário/família. Esse fato possibilita entender a necessidade de que o cuidado prestado precisa conceber a família em seu espaço social, envolvendo o usuário de forma integral e individualizada. Entre as ações de cuidado possíveis de serem desenvolvidas com o usuário e sua família, no espaço extra-muro, ou seja, fora do ambiente hospitalar, tem-se as modalidades de atenção domiciliar, tais como visita domiciliar, internação domiciliar, atenção domiciliar e serviço de atenção domiciliar (SAD) nas modalidades AD1, AD2 e AD3, que, com seus distintos propósitos e níveis de complexidade, necessitam estar integradas, inter-relacionadas e articuladas as redes de atenção à saúde, a fim de oportunizar uma assistência de qualidade.

3.2 ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO DOMICILIAR UTILIZADAS AO LONGO DA HISTÓRIA

Historicamente, como foi mencionado por Silva (2006) o cuidado domiciliar foi enfatizado como um espaço de cuidado de maneira informal, em 1887, nos EUA, duas enfermeiras conhecidas como Lilian Walt e Mary Brewster, inovaram o cuidado prestado ao indivíduo desenvolvendo a proposta de **atenção domiciliar**, bem como, as vantagens deste tipo de atendimento para a população. A partir deste acontecimento, outras enfermeiras domiciliares se organizaram, visando a implantação de estratégias a fim de reduzir os custos com o atendimento ao usuário.

Lilian Walt, com sua vivência prática, associada a outras enfermeiras visitadoras domiciliares, compreendia que a doença precisava ser considerada juntamente com os aspectos sociais e econômicos vivenciados pela população. Os métodos de cuidados encabeçados por ela, posteriormente, passaram a receber financiamento via Medicare e Medicaid (seguradoras de saúde nos EUA), mantendo sua função primária, que é a de

mobilizar a comunidade com o objetivo de facilitar e reduzir a necessidade de assistência profissional para atingir as metas da assistência domiciliar (OGUISSO e SCHIMIDT, 2007).

Segundo Mendes (2001) as primeiras ações domiciliares no Brasil ocorreram em 1919 com a criação do Serviço de enfermeiras visitadoras do Rio de Janeiro, onde também se encontrava o primeiro hospital com assistência domiciliar que era dirigido pelo médico Nildo Aguiar. Este serviço tinha como objetivo principal o combate às epidemias, o que em 1921, desencadeou a criação do primeiro curso de formação de enfermeiras visitadoras, no intuito de ensiná-las o cuidado nos domicílios, levando em consideração, principalmente, atividades de orientação às famílias no que se referia aos aspectos higiênicos de enfermidades como a tuberculose, bem como ensinar sobre saúde infantil. Posteriormente, este curso foi transformado na Escola de Enfermagem Ana Néri, e atualmente encontra-se em vigência como Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CUNHA, 1991; KERBER, 2007; SANTOS, KIRSCHBAUM, 2008).

O ambiente domiciliar como espaço de cuidado foi primeiramente descrito em 1947 por Bluestone, médico pertencente ao hospital Guido Montifiore localizado em Nova York. Ele, com base na sua experiência em saúde, convicto de que o usuário enfermo é o membro mais importante do hospital, e que se deveria lutar para assisti-lo, percebeu que a sua finalidade não estava sendo, verdadeiramente, cumprida. Ao demonstrar essa preocupação e buscando encontrar estratégias capazes de cumprir esta função hospitalar, idealizou e sugeriu a possibilidade de passar a atender alguns de seus usuários em seu domicílio, utilizando o próprio leito do usuário, sendo estes, acompanhados por equipes de saúde que prestariam assistência hospitalar à domicílio, surgindo, desta forma, a primeira unidade de internação domiciliar (SIQUEIRA, 1974; SILVA, 2006).

A vivência de atendimento domiciliar no Brasil fez parte da vida do médico Nildo Aguiar, que além de dirigir o hospital evidenciado pelo serviço das enfermeiras visitadoras, veio então, a ocupar diversos cargos nos setores do Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social. Foi este médico que forneceu informações significativas sobre a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (**SAMDU**), criado em 1949, associado primeiramente ao Ministério do Trabalho (SILVA, 2006; FEUERWERKER E MERHY, 2008).

O SAMDU foi criado pelos membros dos sindicatos, devido a insatisfação com o atendimento dos serviços de urgência. Este autor, refere que o serviço SAMDU mantinha seu objetivo voltado para o atendimento do usuário em seu próprio domicílio, devendo este ser

cadastrado na previdência social, exigência que excluía, grande parte da população (SILVA, 2006).

Em 30 de dezembro de 1949, a partir do Decreto nº 27.664, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social foi regulamentado. No Art. 1º deste documento a assistência médica domiciliar e de socorro urgente para os assegurados e beneficiários dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões começou a ser prestada por intermédio de "comunidades de serviços", sob a denominação de Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social (SAMDU), sediadas no Instituto ou Caixa que o Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio designar-se, de acordo com a maior conveniência de realização do serviço (BRASIL, 1949).

Na Europa a primeira experiência formal da modalidade de atendimento domiciliar ocorreu no hospital Tenon de Paris em 1951, nomeada como "hospitalisation à domicile". Mais tarde, em 1957, se instaurou nesta mesma cidade o "santé service", uma organização não governamental sem pretensão de lucros, voltada para atender pacientes crônicos e terminais em seu domicílio (SILVA, 2006; GOMEZ, 2014). Em 1959, a Organização Mundial da Saúde (OMS), reconheceu a importância da assistência domiciliar e a recomendou à diversos países, uma vez que esta modalidade de atendimento apresenta uma diversidade em sua implementação necessitando flexibilizar-se, adaptar-se as condições e especificidades de cada realidade regional e local e, além disso, nesta época ainda não existia nenhuma legislação que a regulamentasse (SIQUEIRA, 1974; WHO, 1978; SILVA, 2006).

No que se refere à assistência domiciliar no Brasil, em meados de 1967, o hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, pertencente ao Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual (IAMSPE) criou um sistema de assistência domiciliar para atender aos usuários com doenças crônicas (SIQUEIRA, 1974; SILVA, 2006). Neste mesmo ano, a administração do IAMSPE entendeu que uma assistência domiciliar corresponderia ao prolongamento do tratamento realizado no ambiente hospitalar e que poderia proporcionar a alta precoce dos enfermos internados, reduzindo seu tempo de permanência e, em decorrência, ampliar a capacidade de internação, uma vez que já, naquela época, existia o problema quanto a superlotação, ou seja, a falta de leitos (MENDES, 2001; SILVA, 2006).

Em 1975, a partir do relatório A Promoção de Serviços Nacionais de Saúde (*The Promotion of National Health Services*), foi utilizada, pela primeira vez, a expressão Atenção Primária em Saúde (APS) nos documentos da OMS, defendendo a APS como uma trajetória a ser percorrida pelos serviços de saúde mais efetivos (KERBER, 2007; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008; MELLO, FONTANELLA, DEMARZO, 2009).

No Brasil, em 1978, após as discussões advindas da Conferência de Alma-Ata, da Atenção Primária à Saúde (APS) juntamente com a construção do novo modelo assistencial, tentou-se ampliar o acesso da população ao sistema de saúde, e reverter o enfoque do modelo curativista, tradicionalmente instituído nos serviços de saúde, em um modelo preventivo, coletivo e democrático (FAUSTO, MATTA, 2007; SILVA, 2013). No Brasil, utiliza-se com maior frequência a terminologia Atenção Básica (AB), pois de acordo com Paim (2008) não se utiliza atenção primária para direcionar os termos, média e alta complexidade para serviços de atenção especializada e assistência hospitalar, como se o cuidado prestado no primeiro nível de atenção não fosse complexo. Este mesmo autor enfatiza que este equívoco, pode ter ocorrido devido aos programas de medicina terem sido patrocinados por órgãos internacionais que reportam a ideologia de atenção primitiva à saúde.

Atualmente, a OMS caracteriza a assistência domiciliar como “a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo de atenção, incluindo cuidados para uma morte digna” (LOPES, 2003, p.9). Este autor salienta que a participação ativa do usuário, família e profissionais compõem um aspecto essencial para a implementação da assistência domiciliar caracterizando-se pela integralidade, universalidade e equidade de suas ações.

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS ENVOLVENDO A ATENÇÃO DOMICILIAR

A Atenção Básica (AB), pode ser vista como uma estratégia sistêmica e integrada de atenção em saúde, uma vez que possibilita as articulações intersetoriais em prol do desenvolvimento humano, social, político e econômico (BRASIL, 2003; SILVA, 2006; BRASIL, 2006). Dessa forma, ela se apresenta como parte integrante do sistema de saúde brasileiro, sendo o primeiro nível de contato do usuário, família e comunidade com o sistema nacional de saúde, ou seja, é a porta de entrada do sistema, levando os moldes de atenção à saúde mais próximo dos locais de moradia e trabalho da população (STARFIELD, 2002). Neste ínterim, a AB pode ser considerada como um subsistema do sistema de saúde e, como tal, possui elementos bióticos (profissionais, usuário e família, comunidade, etc) e abióticos (infra estrutura física e tecnológica) que integram o todo que pode ser capaz de dar conta das necessidades de saúde da população.

Dentre as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde (MS) direcionadas às mudanças no âmbito organizacional da AB, e após uma avaliação positiva do Programa de

Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi proposto pelo MS o Programa de Saúde da Família (PSF), que logo depois passou a ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 1998; SILVA, 2006; FAUSTO, MATTA, 2007).

Mesmo que não se possa falar em um consenso em torno do PSF, é indiscutível que sua formulação tenha provocado a reestruturação e o fortalecimento das diretrizes de atenção básica. Com a proposta de uma atenção à saúde mais abrangente, em 1994 por meio do Ministério da Saúde passa a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) (ROSA e LABATE, 2009).

A ESF, incontestavelmente, traduz a relevância da AB na agenda decisória da política nacional de saúde, e pode ser compreendida como uma estratégia que visa reorganizar o modelo assistencial, e que aposta no trabalho das equipes multiprofissionais inseridas na AB como uma das potencialidades (BRASIL, 2011). Esta idéia, induz a acreditar na possibilidade de que, por meio desta estratégia, existam possibilidades de reorganização das ações de cuidado desenvolvidas nos serviços de saúde, adotando práticas que conduzam a uma assistência integral, contínua, e direcionada às necessidades de saúde da população.

As ações de cuidado de cunho promocional, preventivo, educacional, desenvolvidas nesta estratégia estão fundamentadas na idéia de territorialização, isto é, as equipes elegem a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no e para o cuidado. Os profissionais das equipes buscam conhecer e realizar aproximações para compreender os fatores componentes da família e do espaço social que são capazes de interferir e modificar o processo saúde-doença (SILVA, 2006; PAIM, 2007; VIEIRA, 2014). Ecosistemicamente, significa dizer que a ESF pode oportunizar uma ação de cuidado contextualizada no tempo/espaço do usuário, família e comunidade, o que possibilita uma atuação interconectada com a realidade vivida.

Giacomozzi e Lacerda (2006) e Abrahão e Lagrange (2007), afirmam que a ESF prevê ações criativas e inovadoras, que representam alternativas capazes de inserir o profissional de saúde, aqui especialmente o enfermeiro, no contexto familiar, a fim de delinear planos e ações de cuidado para serem executados pela equipe junto à família, entre as quais está a visita domiciliar.

A **visita domiciliar** é percebida como uma das modalidades de atendimento à domicílio, capaz de auxiliar na assistência ao usuário e família (ALBUQUERQUE e BOSI, 2009; SILVA, 2013). Estes autores salientam que ao adotar o domicílio como espaço de cuidado, tem-se a possibilidade de uma atuação que potencializa as ações preventivas e o desenvolvimento de uma forma de cuidado, cujo alicerce fundamental são as ações de

promoção, proteção e recuperação da saúde. Neste ínterim, percebe-se que inúmeras foram as iniciativas na busca por alternativas que correspondessem as demandas de saúde da população. Dentre estas, a **assistência domiciliar (AD)**, é um exemplo possível de inovação nas atividades e ações de cuidar do indivíduo em sua residência.

A **AD** efetivada junto ao usuário e família pode ser entendida como um componente amplo de cuidado em saúde, onde os serviços proporcionados ao usuário e família em seu domicílio, são capazes de promover, manter, ou até mesmo restabelecer a saúde ou amenizar os efeitos de enfermidades. É também considerada como um exemplo de inovação nas formas de cuidar do indivíduo em sua residência, que a cada dia se consolida mais em nosso país (DIECKMANN, 1997; SILVA, 2006). Neste sentido Silva (2006), descreve acerca da necessidade de formulação e implantação de políticas e estratégias de mudança dos modelos de atenção, visando atender os problemas e necessidades de saúde da população, com redução de custos hospitalares, a humanização da assistência, a diminuição de riscos e infecções e a ampliação dos espaços de atuação dos profissionais da área da saúde.

Tanto a implantação como a implementação de uma nova modalidade de atendimento em saúde, requer o amparo legal para ser efetivada. Tal amparo está fundamentado nas leis, decretos e portarias que legitimam e fornecem subsídios políticos, econômicos e sociais para a regulamentação e funcionamento da nova modalidade. Não diferente, a AD necessita do amparo legal mencionado.

O MS através da Portaria nº 2416 de 23 de março de 1998 **estabeleceu**, pela primeira vez, os requisitos para o credenciamento de instituições hospitalares, e descreveu os critérios para a realização da **internação domiciliar (ID)** no SUS. Esta portaria considerava que a adequada desospitalização possibilitava um maior contato do usuário com a sua família, favorecendo a sua recuperação e diminuição dos custos com a internação hospitalar da recuperação.

A **ID** era realizada mediante avaliação médica, priorizando os usuários com idade superior a 65 anos, com no mínimo três internações pela mesma causa no período de um ano, usuários portadores de condições crônicas, usuários acometidos por trauma com fratura ou afecção osteo-articular em recuperação e usuários com neoplasias malignas (BRASIL, 1998). Nesta modalidade de assistência, pode-se perceber a presença de equipes multiprofissionais, realizando visitas semanais previamente agendadas ao domicílio do usuário.

No ano de 2002 foi aprovada a Lei 10.424 que **regulamenta** a Assistência Domiciliar no SUS. Esta lei acrescentou à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o capítulo VI

referente ao Subsistema de atendimento e internação domiciliar e o Art. 19, onde são estabelecidos, no âmbito do SUS, **atendimento domiciliar e a internação domiciliar**.

Consta no Art. 19:

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família (BRASIL, 1990; MS 2002).

Ainda, a lei nº 10.424/2002 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 SUS**, determinando a existência legal desta modalidade de atendimento (BRASIL, 2002). O que diferencia as modalidades de ID e AD é o fato de que a ID está vinculada ao serviço hospitalar e a AD à rede básica de atenção em saúde.

Durante quase oito anos a Portaria nº 2416/98 atuou exclusivamente com os serviços de ID, sendo substituída pela Portaria nº 2529, em 19 de outubro de 2006, que **institui** a ID, evidenciando a existência de duas modalidades de atendimento específicas, a **assistência domiciliar (AD)** desenvolvida por profissionais da atenção básica e/ou da atenção especializada e a **internação domiciliar ID** desenvolvida por uma equipe de saúde exclusiva para este fim, possuindo uma instituição hospitalar de suporte (BRASIL, 2006b). De acordo com o Art. 2º da Portaria 2529/06, a ID corresponde a um conjunto de atividades, normalmente executadas no âmbito hospitalar, mas que podem ser prestadas no domicílio, a pessoas clinicamente estáveis, que exigem intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por uma equipe exclusiva para este fim (BRASIL, 2006b).

O que diferencia a Portaria nº 2416/98 da nº 2529/06 é a composição da equipe de profissionais, passando a contar equipes matriciais de apoio, além das equipes multiprofissionais já existentes. Uma população composta por 100.000 habitantes poderá contar com uma equipe multiprofissional, tendo como meta 30 internações mensais, com uma permanência média de 30 dias de acompanhamento (BRASIL, 2006b).

Nesta Portaria pode-se perceber algumas fragilidades no que diz respeito a composição das equipes das modalidades de AD, e também sobre o processo de trabalho

desenvolvido pelas mesmas. As funções mais específicas das equipes matriciais de apoio ainda estão pouco claras. Enfatiza-se a necessidade de melhores esclarecimentos referente a ocorrência ou ausência de atendimentos aos usuários pertencentes a regiões com um número inferior a 100.000 habitantes, que não contemplam os requisitos para implantação das modalidades de atenção, como também pouco elucidado o trabalho desenvolvido na modalidade de AD.

Segundo o Art. 3º desta portaria, os serviços de internação domiciliar são compostos:

- I- Equipes multiprofissionais de internação domiciliar: compostas, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem;
- II- Equipes matriciais de apoio: podendo ser compartilhadas por várias equipes ou serviços de ID, ou mesmo com a rede de serviços de saúde, composta por outros profissionais do nível superior, levando em consideração o perfil da atenção a ser prestada e os protocolos firmados (BRASIL, 2006b).

No momento em que o país se debruça sobre a necessidade de reforma da atenção hospitalar, a proposta da modalidade de ID pode contribuir de forma decisiva para o reordenamento interno da rede de serviços de saúde, bem como das novas definições de ações que se fazem necessárias (BRASIL, 2006b). É importante ressaltar que essa modalidade regulamentada pelo MS previu um investimento inicial de R\$ 50 mil por equipe, e desta forma permitiu adquirir um veículo para cada uma das equipes para realizar o atendimento no domicílio do usuário (BRASIL, 2006b). Para o credenciamento e implantação da ID, além de corresponder aos critérios solicitados nesta Portaria, o gestor necessitava apresentar à Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/ DAE/SAS/MS, um projeto de implantação da ID aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde como também pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL,2006b).

O projeto de implantação da ID deveria conter o diagnóstico situacional simplificado do município com ênfase nos grupos populacionais, o objetivo do projeto, as características técnicas do modelo assistencial proposto, o plano operativo anual contendo as metas qualitativas e quantitativas contendo os impactos já esperados, a proposta local de acompanhamento e o monitoramento e avaliação (BRASIL, 2006b). A fim de alcançar benefícios com a ID, era necessário exercer um trabalho interdisciplinar que rege a equipe multiprofissional unificada, com uma relação recíproca entre todos os participantes, na qual os conhecimentos específicos são compartilhados no intuito de enriquecer a todos e, especialmente, buscando resolutividade no coletivo para a saúde do usuário. Visando esta necessidade, é implantado o **Programa de Internação Domiciliar** atuando como uma estratégia na reversão da atenção hospitalocêntrica, possibilitando a construção de uma nova

prática de cuidados, direcionados a promoção, prevenção à saúde e humanização da atenção (SILVA, 2006).

Acredita-se que são amplos os benefícios advindos da implantação desta modalidade de cuidado e defende-se a ideia de que, entendida ecossistemicamente, esta forma de assistência possibilita a visão relacional do indivíduo, família e comunidade e as interações com os distintos elementos da rede de cuidados em saúde. As ações de cuidado exercidas, com base no ecossistema, em âmbito domiciliar possibilitam o entendimento do contexto vivenciado, no espaço/tempo, sendo capaz de possibilitar estratégias que estimulem a autonomia, o sentimento de pertença, a co-participação e, conseqüentemente, possuem maiores probabilidades de êxito nos resultados.

FIGURA 1- COMPONENTES DO ECOSSISTEMA DOMICILIAR



Fonte: WRIGHT, LEAHEY (2002), SANTOS, SIQUEIRA e SILVA (2009), ZAMBERLAN 2013). Organizado por WEYKAMP, SIQUEIRA (2015).

Entende-se que a proposta de desenvolver ações de cuidado, ter como enfoque a modalidade de internação domiciliar, embora legalmente reconhecida e instituída pelo SUS, apresenta sua aplicabilidade se encontra fragilizada pelas instituições e serviços de saúde, uma vez que o modelo hospitalocêntrico ainda permeia os serviços e as instituições de saúde, dificultando a implantação deste tipo de modalidade. Outro ponto a ser destacado é o fato de a

própria população depositar confiança no atendimento prestado dentro de uma unidade hospitalar, o que também dificulta este processo.

Corroborando esta ideia, Silva (2006) demonstra que o paradigma sistêmico encontra resistência ante o modelo biomédico que continua presente e muito forte até o momento nas modalidades de atendimento do SUS, o que suscita ser modificado para ceder espaço à implantação deste novo modelo, com base na promoção e prevenção. Dessa forma, pode-se inferir que, também, existe fragilidade, por parte dos profissionais de saúde e gestores de saúde do município, acerca da internação domiciliar, bem como sobre as condições de implantação desta modalidade de atenção. Todavia, ela pode representar um avanço significativo na melhoria da assistência prestada em serviços e instituições de saúde que oferecem atendimento do SUS, ao usuário, a família e a comunidade.

Ainda, em relação às modalidades de ações de cuidado no atendimento à domicílio, evidencia-se que a Portaria nº 2529 de 2006 foi revogada com a publicação da Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011, ou seja, depois de quatro anos de vigência. Nesta Portaria, a AD é vista como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas no domicílio, o que garante a continuidade de cuidados ao indivíduo e possibilita a integração das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

A Portaria nº 2029/11 exclui a nomenclatura de ID e insere o **serviço de atenção domiciliar** (SAD), percebido como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização da equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e da equipe multiprofissional de apoio (EMAP). Nesta portaria, está claro que nas modalidades de atendimento a domicílio o preconizado é uma EMAD para cada 100.000 habitantes devendo esta atender em torno de 60 usuários, e uma EMAP para cada três EMADs, ou seja, será designada uma EMAP a cada 300.000 habitantes. Para a admissão do usuário no SAD, tanto o usuário quanto sua família precisa estar em plena concordância com o serviço, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Este serviço funciona com uma carga horária de 12 horas diárias mais um regime de plantão aos finais de semana (BRASIL, 2011).

Com base no Art. 12, da referida portaria, o SAD é composto por três modalidades de atendimento, correspondendo a AD1, AD2 e AD3. A modalidade AD1 destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados

com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde. A prestação de assistência nesta modalidade fica a encargo das equipes de atenção básica, incluindo as equipes de saúde da família, por meio de visitas regulares no domicílio do usuário, no mínimo uma vez por mês (BRASIL,2011).

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

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

Vale destacar que diferente das portarias anteriores, esta, favorece e enaltece a importância do papel do cuidador, caracterizando-o como uma pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana, ressaltando a necessidade dos serviços desenvolvidos no domicílio, atuarem integrados e interrelacionados às redes de atenção à saúde. Evocando o pensamento ecossistêmico, tem-se que as redes formadas a partir de influências, inter-relações e cooperação, exercidas entre os organismos que constituem o espaço familiar, interferem na qualidade das ações do cuidado prestado.

De acordo com Mendes (2011) as redes de atenção à saúde (RAS) são os conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos em comum e por uma atividade cooperativa e interdependente, que possibilitam um serviço, um cuidado prestado de forma integrada a toda população. Segundo este autor, a RAS tem se tornando uma importante estratégia para aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a garantir ao indivíduo e família o conjunto de ações e serviços de que necessitam. A articulação das modalidades de atendimento à domicílio junto às RAS representa um elemento benéfico e inovador desta Portaria, uma vez que os serviços a domicílio integrados às redes de atenção a saúde permitem a prestação de uma assistência contínua e dinâmica para a população com efetividade e eficácia.

Com o propósito de redefinir a AD no âmbito do SUS, surge a Portaria nº 2527 de 27 de outubro de 2011 que, além de revogar a Portaria nº 2.029/11, estabelece as normas para cadastro dos serviços de atenção domiciliar (SAD), a habilitação dos estabelecimentos de saúde no qual estarão alocados e os valores do incentivo para o seu funcionamento.

Segundo o Art. 3º da Portaria nº 2527/11, a AD tem como objetivo reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários. Já no seu Art. 4º evidencia-se a estruturação das AD nas Redes de Atenção às Urgências, articulando-as com a RAS, a partir dos Planos de Ação, conforme estabelecido na Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011b, 2011c).

As diretrizes que devem ser seguidas na estruturação da AD, presentes no Art. 5º da Portaria 2527/11, sugerem que a AD precisa ser estruturada na perspectiva das RAS. Além disso, a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial, necessita estar aliada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros níveis de atenção à saúde e com serviços de retaguarda, inserir-se nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras fundamentadas nas necessidades do usuário, amenizar a fragmentação da assistência, mantendo-se de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade do cuidado, adotar o modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares estimulando a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

Com base nesse pensamento, Andrade, et al (2013), reforçam que a AD envolve todos os pontos de atenção à saúde e direciona seus esforços de mudança para a organização dos serviços de saúde com o foco central no usuário. Silva et al (2010) afirmam que a transformação do modelo tecnoassistencial só é verdadeiramente efetiva quando se adota a centralidade no usuário. Corroborando com essa ideia, Mendes (2008) destaca que o primeiro elemento das redes de atenção à saúde e a sua razão de ser é a população. Com isso, entende-se que as diretrizes pertencentes a AD correspondem a um movimento tendente a estimular a organização de novos arranjos estruturais de atenção à saúde com o objetivo de atender às reais necessidades da população de forma mais integralizada.

Para um bom funcionamento da AD, a dinâmica das redes de atenção a saúde, e das modalidades de atendimento à domicílio do SUS, é necessário o esclarecimento e desenvolvimento dentro dos serviços e instituições de saúde, tendo em vista a sua

importância, como um dispositivo de reestruturação produtiva na saúde. Enfatiza-se que, por fazer parte do SUS, o usuário também, precisa colaborar e participar no seu cuidado junto com a equipe multiprofissional tanto da AD como também do SAD. As relações devem ser estabelecidas claramente e de forma organizada com a finalidade de resguardar o direito do usuário ao cuidado/assistência dentro dos princípios doutrinários e organizacionais do SUS.

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

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

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

I- População igual ou superior a 100.000 habitantes com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

II- População igual ou superior a 40.000 habitantes e inferior a 100.000 habitantes, com base na população estimada pelo IBGE, desde que estejam localizados em regiões metropolitanas.

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

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

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

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

Esta Portaria se diferencia das anteriores por possibilitar a uma população inferior a 100.000 habitantes, um atendimento a domicílio, ampliando o alcance do nível assistencial aos usuários e suas famílias. Percebe-se nesta situação, a garantia de uma melhor aproximação com a comunidade, oportunizando esclarecer e ajudar na transformação do estilo de vida das pessoas.

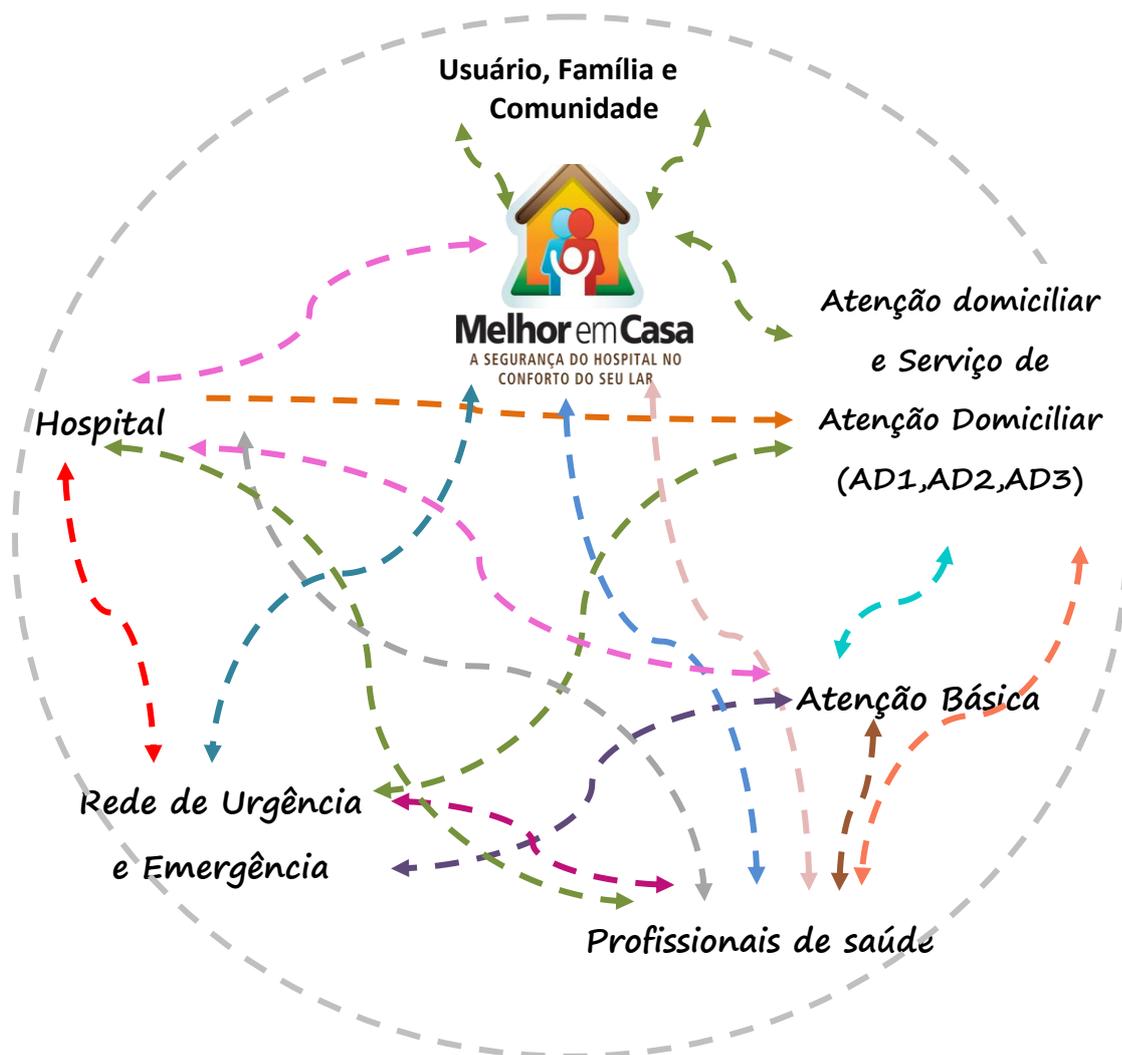
Em novembro de 2011, associado à Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, foi publicado um manual de instrução do programa **Melhor em Casa**, com vistas a detalhar algumas orientações específicas aos gestores de saúde que auxiliarão na elaboração do projeto e adesão ao programa. Vale ressaltar que o Melhor em Casa (atenção domiciliar) é um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e deve estar estruturado na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde.

A criação do programa Melhor em Casa, atualmente em vigência, representa uma priorização da AD por parte do governo federal, sendo desenvolvido em parceria com Estados e municípios. Como benefício da sua implantação, se tem a melhoria e ampliação da

assistência prestada aos usuários do SUS, na perspectiva de um cuidado mais humanizado, no próprio domicílio e próximo a sua família.

Ainda como atribuições deste programa, tem o fator de representatividade nos avanços direcionados a gestão de todo o sistema público de saúde, já que ele tem como um de seus objetivos a desocupação dos leitos hospitalares, permitindo um melhor atendimento e regulação dos serviços de urgência dos hospitais (BRASIL, 2012). Dessa forma, é possível compreender a importância da AD estar com uma estrutura organizacional bem articulada com as RAS, a fim de auxiliar na reestruturação dos serviços de saúde, visando um melhor atendimento da demanda populacional, e a diminuição dos custos operacionais (FRANCO e MERHY, 2008).

FIGURA 2- REDE DE RELAÇÕES DA ATENÇÃO DOMICILIAR



Fonte: BRASIL (2012). Organizado por WEYKAMP, SIQUEIRA (2015).

A possibilidade da AD estar atrelada aos serviços de AB, as instituições hospitalares e de urgência/emergência representam um desafio para os profissionais, o governo, e para os serviços de saúde e de certa forma até mesmo para o próprio usuário e sua família. O primeiro desafio condiz com o próprio entendimento de que alguns usuários podem ser cuidados com qualidade e resolutividade no domicílio; o segundo, conhecer os critérios que devem ser observados para que a atenção domiciliar (AD) seja indicada, isto é, identificar quais pacientes se beneficiariam de cuidados domiciliares em detrimento de outras modalidades de cuidado; e terceiro, a definição da modalidade de AD na qual o paciente se insere (BRASIL, 2012).

Com base no exposto, torna-se evidente a importância de que todos os membros envolvidos em alguma das modalidades de atendimento a domicílio necessitam conhecer, reconhecer e vivenciar a realidade populacional como também dos serviços e instituições de saúde, visto que a eficácia deste tipo de modalidade só acontece se todos os envolvidos estiverem em comum acordo de que este tipo de atenção aconteça, propiciando um ambiente favorável para o cuidado.

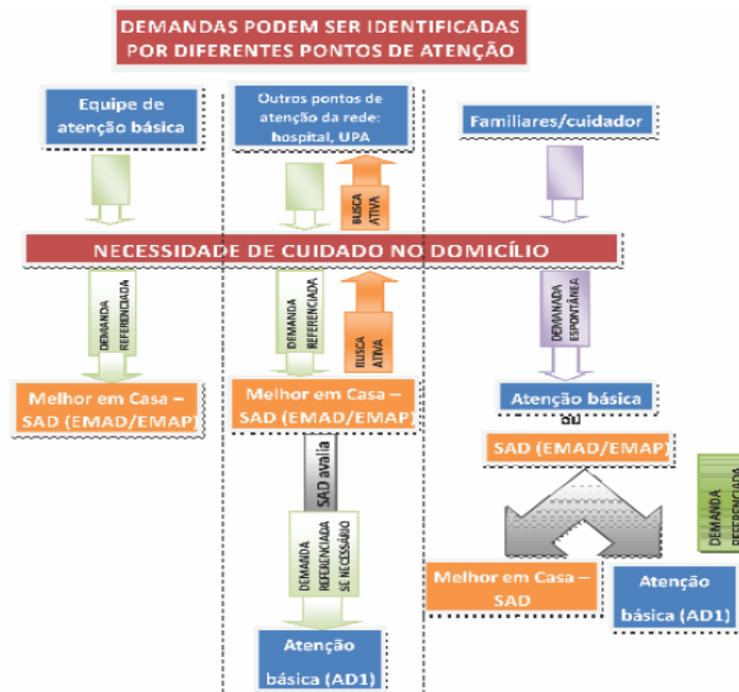
Atualmente, vigora a Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013 conceituando a atenção domiciliar como “a incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar de baixa e média complexidade, aos cuidados iniciados nos Serviços de Atenção à Urgência e Emergência, e complementar a Atenção Básica”. Com isso, pode-se inferir que a ampliação dos cuidados domiciliares como estratégia nos serviços de saúde, configura novos saberes que valorizam a integralidade, a humanização e o cuidado centrado na família, amparado pelas redes sociais de apoio (BRASIL,2013) (ANEXO A).

Diferente das demais portarias, esta demonstra uma maior cobertura populacional ao permitir a implantação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em municípios com população igual ou superior a 20.000 habitantes, sendo que este mesmo município, precisa estar coberto pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e possuir hospital de referência no município ou região ao qual se integra (BRASIL, 2013). No Parágrafo único da portaria nº 963/13, em municípios com população superior a 40.000 habitantes, a cobertura por serviço local de atenção às urgências será, também, considerada requisito para a implantação do SAD (BRASIL, 2013).

Como o indicativo da AD perpassa toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), cada serviço precisa estar apto a identificar o usuário adequado para a modalidade de atendimento em questão. Assim, as estratégias de inserção do usuário acontecem de acordo com os

serviços que podem servir como “porta de entrada” para a AD, conforme sistematizado na figura nº 3.

FIGURA 3- FLUXO DE CAPTAÇÃO DO USUÁRIO



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

Por meio de fluxos e protocolos previamente acordados, os serviços que formam a RAS podem indicar a AD e “encaminhar” o usuário para o SAD, através de instrumentos padronizados. Estes necessitam conter informações básicas e imprescindíveis à continuidade do cuidado ao usuário, tais como: dados de identificação, quadro clínico do usuário, descrição de todas as necessidades de consumo (equipamentos, sondagens, curativos, entre outros), além de medicamentos a serem utilizados no âmbito domiciliar, os exames clínicos e de imagem já realizados, intercorrências prévias, entre outras necessidades diante da especificidade de cada paciente (BRASIL, 2012).

Caso o usuário não corresponda aos critérios de admissão pertencentes ao SAD, o usuário e família deverão ser informados, como também a instituição solicitante, a fim de justificar o motivo pela não admissão, e realizar o encaminhamento adequado a cada tipo de caso. Havendo a possibilidade de incluir este usuário na AD, será previamente agendada uma visita, para a identificação e avaliação do usuário e posterior inclusão no SAD.

Consta na portaria em vigência, que a EMAD é pré requisito para a constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD. Também está claramente evidenciado a composição do SAD, ou seja, esta composto por EMAD, que pode ser constituída por EMAD tipo 1 e 2 e a EMAP, onde “nenhum profissional componente de qualquer EMAD poderá ter uma carga horária semanal inferior a 20 horas de trabalho” (BRASIL, 2013).

De acordo com o seu Art. 8º a EMAD tipo 1 compõem-se de médicos e enfermeiros com carga horária de trabalho semanal mínima de 40 horas, um fisioterapeuta ou assistente social com um mínimo 30 horas e auxiliares/técnicos de enfermagem com somatório de carga horária semanal de 120 horas. Na EMAD tipo 2 existe a necessidade de profissional médico e enfermeiro com carga horária semanal de, no mínimo, 20 horas de trabalho, 1 fisioterapeuta ou 1 assistente social com no mínimo 30 horas de trabalho e auxiliares/técnicos de enfermagem com carga horária semanal de, no mínimo, 120 horas de trabalho (BRASIL, 2013).

3.3.1 ADMISSÃO DO USUÁRIO À ATENÇÃO DOMICILIAR

A primeira visita domiciliar deve ser realizada, prioritariamente, pela EMAD, tendo em vista uma avaliação coletiva e multiprofissional, para o planejamento e elaboração de um plano terapêutico adequado para a realidade, onde este usuário está inserido, como também de acordo com o quadro clínico do mesmo. Além da assinatura do termo de consentimento livre esclarecido realizado pelo usuário ou pelo familiar no momento da admissão na AD, a equipe deve expor algumas informações dentre elas, dias e horários de funcionamento e de visitas da equipe, participação da família, importância da presença de um cuidador, equipe de referência, com todos os contatos telefônicos e endereços e orientação para casos de urgência e acionamento do SAMU (BRASIL, 2013b).

Conforme §5º da portaria 963/13 fica facultado à EMAD tipo 2 prestar assistência na modalidade AD3 caso possua condições técnicas e operacionais para a sua execução, devendo descrevê-las no Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar (Anexo da estrutura do Projeto) e no Detalhamento do componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às urgências (BRASIL, 2013a).

Já em relação a EMAP, no Art. 9º desta portaria, está descrito que a composição da equipe multiprofissional de apoio deve ser de no mínimo três profissionais de nível superior, selecionados dentre as ocupações de assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo,

nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional., cuja soma das cargas horárias semanais dos seus componentes acumularão, no mínimo 90 horas de trabalho, sendo que nenhum dos profissionais elencados poderão cumprir uma carga horária semanal inferior a 20 horas de trabalho (BRASIL, 2013a).

Principalmente no cenário domiciliar, a equipe multiprofissional precisa integrar as dimensões do cuidado para com os indivíduos, famílias e comunidades desenvolvendo novas práticas de atenção a fim de responder as necessidades de saúde da população. As necessidades e demandas de saúde e o crescente desenvolvimento científico e tecnológico são capazes de promover o estabelecimento de mecanismos e estratégias que efetivem o trabalho em equipe, correspondendo a um importante pressuposto para a reorganização do processo de trabalho no âmbito domiciliar.

No mesmo ano do surgimento da Portaria nº 963/13, ainda em vigência, é vigorada a Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013 que dispõe sobre a integração do **Programa Melhor em Casa** (Atenção domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências, o que não substitui a Portaria nº 963/13 (BRASIL, 2013a,c).

Compreende-se o Programa SOS Emergências como uma ação estratégica prioritária para a implementação do Componente Hospitalar da RUE, realizada em conjunto com os Estados, Distrito Federal e Municípios para a qualificação da gestão e do atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), nas maiores e mais complexas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência do SUS.

No Art. 2º da Portaria 1208/13 a integração do Programa Melhor em Casa com o Programa SOS emergências, tem como finalidade impedir intervenções hospitalares desnecessárias de usuários assistidos nas portas de entradas hospitalares dos serviços de urgência que compõem o Programa SOS emergências. Essa modalidade, quando indicado clinicamente, busca o abreviamento de internações hospitalares, pois possibilita a ampliação dos leitos de retaguarda dos serviços de urgência que compõem o Programa SOS emergências. Outro aspecto significativo deste programa é a humanização do cuidado aos usuários, permitindo que sejam acompanhados pelas EMADs no ambiente domiciliar (BRASIL, 2013c).

É importante ressaltar que a integração do Programa Melhor em Casa com o Programa SOS Emergências deve respeitar as diretrizes e a organização da AD, bem como, as regras de manutenção dos repasses dos incentivos financeiros e suas causas de suspensão estabelecidas na portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013c). Abaixo

consta a figura representando a evolução histórica das modalidades de atendimento a domicílio.

FIGURA 4 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS MODALIDADES DE ATENDIMENTO A DOMICÍLIO



Fonte: Elaboração a partir do referencial teórico, presente no item 3.3 Políticas Públicas envolvendo a Atenção Domiciliar. Organizado por WEYKAMP E SIQUEIRA (2015).

Pretende-se com esta argumentação evidenciar que a AD desvela-se, como um método ímpar de atenção em saúde à população brasileira, como substituto parcial e complementar dos serviços hospitalares. Nesta modalidade de cuidado, o indivíduo é capaz de integrar-se com os serviços de saúde junto aos profissionais envolvidos, reagir, influenciar e ser influenciado, junto a sua família, sociedade, equipe de saúde, e os elementos que compõem o seu ambiente/espço na busca de um equilíbrio e harmonia de suas condições de saúde e bem estar.

Neste ínterim, AD possibilita o uso mais adequado dos recursos, mantendo a rotatividade de leitos hospitalares, oportunizando a outros usuários utilizarem o leito porque realmente necessitam serem atendido no âmbito hospitalar. Portanto, acredita-se que com a modalidade de AD, se gasta menos para fazer o mesmo pelo usuário com certas características convenientes para este tipo de serviço. No Programa Melhor em casa, entende-se que é

preciso construir estratégias abrangentes, considerando o cenário brasileiro de grande diversidade e marcantes diferenças socioeconômicas, que se contrapõem ao modelo hegemônico vigente, caracterizado pelo trabalho isolado e desarticulado, dificultando a integralidade da atenção à saúde.

Sob a condição de enfermo, o usuário retirado de seu ambiente/espço convencional e inserido ao ambiente hospitalar, embora tecnicamente e operacionalmente adequado, acaba por vivenciar cotidianamente um ambiente inerente ao seu convívio diário e habitual, podendo não obter bons resultados para a sua recuperação terapêutica. Desta forma, Rodrigues e Vargas (2003), afirmam que a AD é um tipo de modalidade de atendimento que proporciona além de um tratamento terapêutico, estímulo a autonomia do usuário, despertando e desenvolvendo suas habilidades funcionais no seu próprio ambiente/espço, dentro do seu próprio contexto domiciliar.

3.4 O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA EQUIPE DE SAÚDE NA ATENÇÃO DOMICILIAR

O cuidado é uma temática complexa, pluridimensional, que tem despertado interesse em diversas áreas de conhecimento, porque, de alguma forma, pode-se entender que todos nós, em algum momento, exercemos o cuidado.

Nos primórdios da humanidade, o cuidado era desenvolvido de modo singular e instintivo, e aos poucos emergiu a necessidade de conhecimentos em relação ao cuidado do ser humano, tanto em relação de ser cuidado quanto de cuidar. Para Boff (2013, p.38) “o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa. E, se fizer, ela sempre vem acompanhada do cuidado e imbuída de cuidado.”

Dessa forma, percebe-se que desde o início dos tempos alguns dos cuidados desenvolvidos ao ser humano já estavam se moldando como as ações domiciliares, mas não necessariamente eram desenvolvidas por profissionais e tampouco apresentava esta terminologia. Para John (2008), mais do que expressão de gentileza, o cuidado é a demonstração singular da nobreza de espírito, capaz de perceber a abrangência de sua ação e o sentido que tem dentro da conjuntura da manifestação da vida. Assim, o cuidado na verdade, consiste na forma com que as pessoas conduzem o processo de viver no intuito de obter dele o melhor resultado possível.

A interpretação básica do cuidado leva a considerá-lo em definições diversas, ainda que estreitamente interrelacionadas. Enquanto por um lado o cuidado significa zelo, atenção e

desvelo, por outro nos transporta a inquietações, a um sentido de responsabilidade, de compromisso, ao envolvimento, ao bem querer do outro (SIQUEIRA, 2008).

A enfermagem pode ser definida como uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida do indivíduo, família e coletividade. De acordo com o Código de Ética de Enfermagem (COFEN, 2007, p.2)

o profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas.

Para Lima (2005, p.12), o que constitui a profissão de enfermagem é a dinâmica, envolvida por mudanças e transformações, que se mantém por contínuas reflexões acerca de novos temas, problemas e ações, tendo em vista que “o seu princípio ético se faz pela continuidade de manter e restaurar a dignidade do corpo em todos os âmbitos da vida”.

O enfermeiro, como integrante da equipe de saúde precisa realizar ações em todos os níveis de atenção, zelando pelo bom atendimento, diversificando, aprimorando e promovendo cuidados. De acordo com Franco e Merhy (2008), as linhas de cuidado são a expressão material e pragmática do conceito de integralidade, pois ela só é pensada como uma prática de cuidado, atuando numa perspectiva sistêmica e incorporada no processo de trabalho.

Entre os profissionais da equipe de saúde, a enfermagem representa o maior contingente de trabalhadores envolvidos no cuidado domiciliar. O enfermeiro está, frequentemente, envolvido na coordenação e gestão da AD. O cuidado do enfermeiro na AD tem de “envolver a cordialidade consigo e com o outro, envolver o enxergar com o coração, o tocar em toda a sua essência e plenitude, onde o cuidar implica intimidade, acolhimento, respeito e segurança” (SILVA, NAZÁRIO, SILVA, MARTINS, 2005, p.122).

Atualmente, na área da saúde, vivencia-se uma realidade bem diferente da de algumas décadas passadas. As necessidades de saúde da população requerem além de tecnologia, um conhecimento e habilidades de cuidar sob novos paradigmas que contemplem, preferentemente, a totalidade do ser humano na sua inserção no ambiente/espço.

As práticas de cuidado na contemporaneidade vêm sendo destaque devido às novas concepções do indivíduo e de sua família, remetendo à construção de novas modalidades de cuidado, no intuito de oportunizar uma melhor qualidade de vida à população. Para Collière (1999), Boff (2013) e Siqueira (2008), o cuidar é mais que um ato, é uma atitude, representa uma ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. É

definido como a prestação de serviços que se oferecem, sendo denominado cuidado de enfermagem.

Na equipe de enfermagem, o enfermeiro é legalmente reconhecido como responsável pela realização das atividades assistenciais, gerenciais, educativas e investigativas que vislumbram um cuidado efetivo e de qualidade, apresentando-se como um dos elementos-chave na discussão, planejamento e organização da assistência. (FAVERO, CAMARGO, LENARDT, MAZZAV e LACERDA, 2009).

Destaca-se no Art.11 da Lei 7.498/86 regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 que é enfermeiro, o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei, que exerce todas as atividades de Enfermagem. Cabe a este profissional, privativamente, a direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e a chefia de serviço e de unidade de Enfermagem. Também compete ao enfermeiro, as funções de organizar e direcionar os serviços de enfermagem, suas atividades técnicas e auxiliares nos serviços de saúde (consulta de enfermagem, prescrição da assistência, cuidados diretos aos usuários, cuidados de maior complexidade que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas) , como também planejar, coordenar, executar e avaliar os serviços referentes a assistência de enfermagem, exercendo a consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem (BRASIL,1986, 1987).

A Resolução nº 267/2001 do Conselho Federal de Enfermagem define enfermagem em domicílio, considera a prestação de serviços de saúde ao cliente, família e grupos sociais em domicílio, e conforme a Resolução nº 256 de 12 de julho de 2001, esta modalidade assistencial exprime, significativamente, a autonomia e o caráter liberal do profissional enfermeiro. De acordo com a Resolução 267/2001, o profissional enfermeiro pode atuar tanto nos níveis de menor complexidade, quanto de média e alta complexidade, no que se refere a modalidade assistencial em questão (BRASIL,2001).

O enfermeiro por meio do trabalho atua sobre o ambiente/espaço, podendo modificá-lo em benefício próprio, conforme suas dificuldades, e ao mesmo tempo de adaptar as condições que este oferece (SIQUEIRA, 1974; 2008). Evidencia-se que a formação do enfermeiro é generalista, e com isso, deve ser ampla no sentido de instrumentalizar este profissional ao atendimento à saúde da população em todas as suas especificidades (BRASIL, 2001).

Seguindo nessa linha de pensamento, pode-se entender que a formação do enfermeiro, deve capacitá-lo para a prática das ações do cuidado nos diferentes níveis de

complexidade e distintos espaços como o domiciliar e, assim desmitificar um pouco a idéia de um cuidado hospitalocêntrico. Embora se tenha conhecimento de que os cuidados domiciliares acontecem há muitos anos, para a enfermagem, as práticas de ações de cuidado domiciliar são reconhecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem a partir da Resolução nº 311/2007(BRASIL,2007).

Este profissional também é capaz de realizar a prescrição de enfermagem de acordo com os níveis de complexidade do usuário no domicílio, atendendo as interfaces de intercorrências clínicas, analisando o suporte tecnológico disponível neste ambiente, distribuindo as ações cabíveis ao técnico de enfermagem e assumindo as ações assistenciais mais complexas, conforme o quadro clínico apresentado pelo usuário, Entre outras atribuições do enfermeiro e de sua equipe, está a de estabelecer ações integradas de educação familiar, promovendo o cuidado contínuo e de suporte ao usuário em seu domicílio, utilizando os recursos que lhes são disponíveis como por exemplo, o sistema de referência entre os serviços e recursos humanos de saúde, a metodologia participativa que permite interpretar e avaliar o cuidado a ser desenvolvido de acordo com as necessidades do usuário, família e/ou grupo social (BRASIL,2007).

A participação do enfermeiro junto aos membros da equipe multiprofissional em processos educativos contribui significativamente para o aprimoramento e desenvolvimento técnico-científico do cuidado domiciliar, no âmbito da formação, preparo e qualificação dos profissionais atuantes no ambiente domiciliar. Dessa forma, entende-se que o enfermeiro atuante no domicílio é capaz de participar e contribuir de forma integral para as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos, articulando e interagindo de forma ativa e participativa com uma equipe multiprofissional, visando a resolutividade dos serviços de saúde e o bem estar da população (SOARES et al, 2009).

É perceptível a extensa amplitude da atuação do enfermeiro em ações do cuidado domiciliar. O enfermeiro adquire uma representação fundamental e imprescindível, pois deve responder às necessidades apontadas, não apenas no intuito de cumprir os afazeres que lhe são impostos pelo seu trabalho, mas satisfazer também, e principalmente, o usuário do serviço, bem como sua família. Essa idéia demonstra que o cuidado domiciliar exige deste profissional conhecimentos, habilidades e atitudes peculiares com a finalidade de identificar as especificidades que este ambiente apresenta, e assim planejar, organizar, executar e coordenar ações de cuidado de forma efetiva e eficaz em benefício do usuário e seus familiares.

De acordo com Lacerda e Costenaro (1999, p.9), “para o usuário que cuidamos e seus familiares, o importante é o fazer do profissional, pois este tem que resolver problemas,

apontar soluções, melhorar as situações com as quais está interagindo”. Neste caso, o enfermeiro precisa ter sensibilidade para identificar o melhor uso do conhecimento em seu fazer, exercendo seu cuidado de forma articulada, integrada e intencionada tendo em vista um resultado mais efetivo.

O enfermeiro, entendendo de forma crítica o ecossistema onde se encontra, é hábil para identificar, analisar e refletir sobre o seu fazer, e, de forma eficaz provocar as transformações necessárias, para a evolução do seu saber em benefício dos serviços, da equipe de saúde e do usuário e família. Sendo assim, Silva et al (2009) afirmam que o enfermeiro atuante no âmbito domiciliar tem de exercer a função de mediador entre o usuário, família e o profissional que realiza a assistência, não somente atentando aos aspectos físicos de quem recebe o cuidado mas também ser capaz de identificar os sinais clínicos, interpretando e observando a rede social de cuidado à qual o usuário pertence.

O cuidado do enfermeiro no âmbito domiciliar para ser bem sucedido, precisa identificar as necessidades tanto do usuário como de sua família, a fim de exercer práticas inovadoras, integradas e adequadas ao ambiente de cuidados. Este profissional combina inúmeras qualidades a fim de desenvolver distintas atividades, entre elas as gerenciais, assistenciais, educativas e investigativas, que permitem o gerenciamento das unidades, e coordenação das atividades assistenciais desenvolvidas junto a equipe de saúde, sendo capaz de planejar e organizar o processo de trabalho de enfermagem, avaliando a efetividade da execução destas ações. O caráter educativo se mantém presente tanto nas atividades desenvolvidas com o usuário, família e grupo social, como naquelas voltadas para os trabalhadores de enfermagem, particularmente a supervisão e a educação permanente (MATOS et al, 2006; HAUSMANN, PEDUZZI, 2009).

Já no que diz respeito às ações investigativas de cuidado do enfermeiro, estas, tem por finalidade desenvolver metodologias de investigação, respeitando o Código de Ética de Enfermagem, junto ao usuário, para conhecer as múltiplas necessidades das dimensões do ser humano que busca o cuidado. O diagnóstico de enfermagem, bem como, a necessidade de prescrever os cuidados de enfermagem correspondentes, carecem de minucioso levantamento por meio do exame físico do usuário e avaliações constantes para verificar a evolução do seu estado de saúde. Além disso, é necessário realizar averiguações de possíveis fatores capazes de colocar em risco a segurança do usuário, e a própria equipe de enfermagem nos processos de trabalho (SIQUEIRA, 1974; BRASIL, 2007).

Entende-se que o enfermeiro desenvolve ações visando a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do usuário/família, com autonomia e em consonância com

os preceitos éticos e legais. Ele ainda contribui como integrante da equipe de saúde, tendo seu desempenho voltado à suprir as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, tornando-se um agente promotor em saúde, tendo a capacidade de cuidar do indivíduo em sua totalidade. Além disso, vale ressaltar que o enfermeiro apresenta uma grande capacidade de atuar de forma cooperativa junto aos demais profissionais, se dispondo e recebendo contribuições que possam influenciar num comprometimento efetivo com os objetivos organizacionais, compartilhando informações, decisões e compromissos (MATOS et al, 2006; BRASIL,2007; SANTOS, SIQUEIRA e SILVA, 2009).

Corroborando esta idéia, autores descrevem este profissional como um sujeito capaz de propiciar ao usuário, família e comunidade conhecimentos que os levem a alcançar a solução dos seus problemas em todos os níveis de atenção à saúde. O enfermeiro, responsável pelas suas ações, pode atuar em todos os níveis de atenção à saúde, tendo que manter-se, continuamente, integrado à sua equipe de enfermagem, atuando tanto nos níveis de baixa, média e alta complexidade, relacionando-se com uma equipe multiprofissional, valorizando o cuidado ao indivíduo e sua família, com base em conhecimentos científicos, como a sua principal atividade profissional. De maneira geral, este profissional é capaz de desempenhar cinco funções essenciais no contexto das práticas em saúde: cuidar, educar, coordenar, colaborar e supervisionar (PELLOSO e BOAVENTURA, 2002; COSTA e SHIMIZU, 2005; CENEDÉSI et al 2012; VIEIRA, 2014). Dessa forma, evidencia-se que o cuidado do enfermeiro necessita respeitar a vida, a dignidade e os direitos dos indivíduos em todas as dimensões.

Entende-se que a AD compreende uma modalidade de atenção humanizada e inovadora que visa inverter a lógica de atuação dos profissionais de saúde. Portanto, a partir do momento em que o profissional se dirige ao domicílio do usuário, amplia-se a necessidade de compreensão deste espaço, a fim de desenvolver uma relação de confiança e ajuda mútua entre os profissionais, o usuário e sua família, pautada no respeito recíproco, na ética, na singularidade de cada usuário/família, permitindo a construção de novos saberes e novas práticas de cuidado em saúde, a partir das interconexões das ações praticadas e os resultados obtidos.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

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

Buscou-se dados a respeito da nomenclatura do funcionamento e modalidades de atendimento domiciliar, os cuidados desenvolvidos pelo enfermeiro no SAD AD2 e AD3, dificuldades e potencialidades vivenciadas no SAD AD2 e AD3, relações interpessoais do enfermeiro junto ao usuário/familiar/cuidador e a articulação do SAD com os demais serviços e instituições de saúde, bem como sua articulação e inter-relação de seus elementos constituintes.

O estudo ao investigar as relações decorrentes da prática do enfermeiro junto ao usuário dos Serviços de Atenção domiciliar AD2 e AD3, possibilitou esclarecer a questão de pesquisa e atingir os objetivos.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, que permitiu uma maior aproximação à proposta de estudo.

A opção pelo método qualitativo visou maior apropriação e aprofundamento da realidade investigada, nesta pesquisa, as ações de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro ao usuário do SUS, no Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades AD2 e AD3. Bardin (2011) considera que a pesquisa qualitativa se caracteriza pelo estudo planejado de um determinado fato, possibilitando identificar do significado das mensagens, por meio da presença ou não de determinada(s) característica(s).

A pesquisa descritiva, segundo Bardin (2011), possibilita a descrição sistemática e objetiva do conteúdo das mensagens, ou seja, uma forma de tratamento das informações contidas nas mensagens. Neste trabalho, pode ser descrito sistematicamente, através do conteúdo das entrevistas, que facilitou a compreensão e análise.

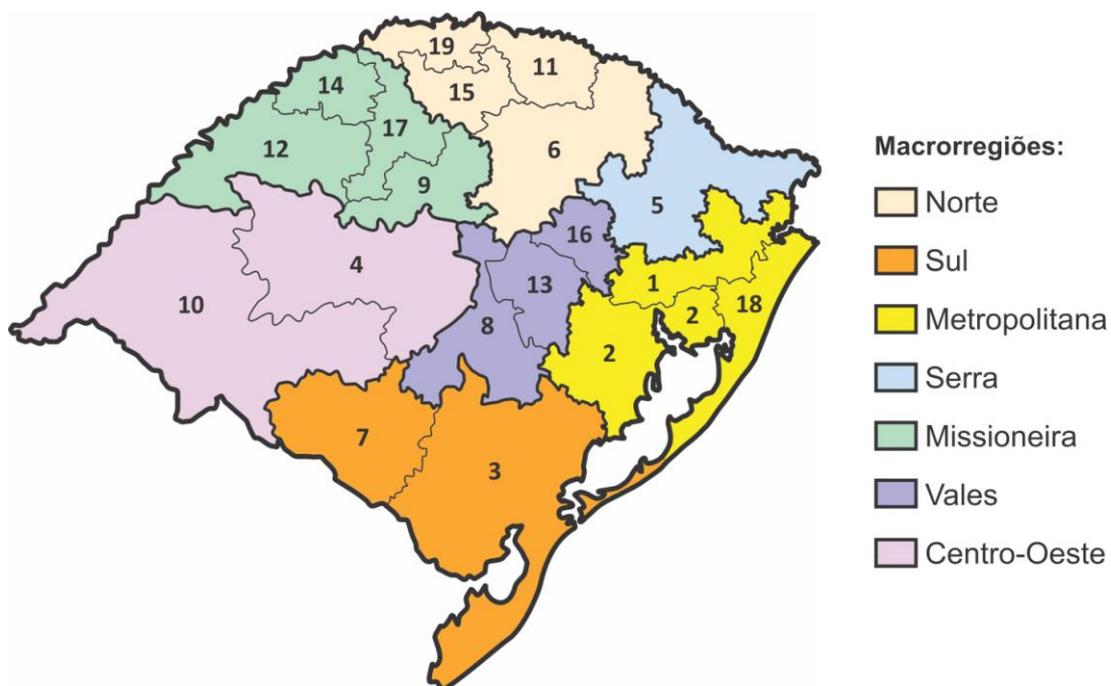
Conforme Bardin (2011, p.35) a pesquisa exploratória, permite “descobrir conteúdos e estruturas que confirmam o que se procura demonstrar a propósito das mensagens, ou pelo esclarecimento de elementos de significações suscetíveis de conduzir a uma descrição de

mecanismos de que a priori não possuíamos a compreensão”. Ao buscar conhecer os cuidados de enfermagem desenvolvidos no Serviço de Atenção domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 e investigar de que forma os serviços de atenção domiciliar são desenvolvidos, delineou-se possibilidades de encontrar caminhos e ou ramificações que contribuam cientificamente para a melhoria nas práticas de enfermagem.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa teve como cenário o estado do Rio Grande do Sul, composto por 497 municípios, totalizando 11.164. 050 habitantes (BRASIL, 2015). Este estado é dividido em sete macrorregionais de saúde: norte, sul, metropolitana, serra, missioneira, vales e centro oeste . As macrorregiões compreendem administrativamente 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), cujo município sede, normalmente, é o de maior população (SES, 2015).

FIGURA 5 - MAPA GEOPOLÍTICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: MACRORREGIÕES



Fonte. Secretaria Estadual de Saúde

4.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS MUNICÍPIOS PESQUISADOS

Possuir população igual ou maior que 20.000 habitantes. Oferecer e desenvolver o Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 aos usuários do SUS.

Após levantamento dos 497 municípios do RS detectou-se que somente 6 oferecem SAD, AD2 e AD3: Bento Gonçalves, Caxias do Sul, Pelotas, Porto Alegre e Sapucaia do Sul e Pinheiro Machado. Ressalta-se que um dos municípios, após várias tentativas, via telefone e emails, não manifestou anuência a esse trabalho sendo, por isso, excluído.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Diante do objetivo do estudo e com a finalidade de responder à questão de pesquisa, após aprovação do CEP, foram convidados a participar desse estudo os coordenadores e enfermeiros do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e Ad3 nos municípios que se enquadraram aos critérios de inclusão da pesquisa, perfazendo um total de 13 participantes. Destes, 04 coordenadores e 09 enfermeiros, sendo que uma das coordenadoras exerce a função de coordenadora e enfermeira da equipe.

4.3.1 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

- ✓ Ser coordenador responsável pela modalidade de atenção domiciliar do município, ou;
- ✓ Ser enfermeiro coordenador de equipe do Programa Melhor em Casa;
- ✓ Assinar o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias;
- ✓ Permitir a publicação dos resultados em trabalhos científicos;

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de 23 à 30 de outubro de 2015, e teve início após a autorização da SMS (APÊNDICE A) autorização da direção da Escola de Enfermagem – FURG (APÊNDICE B) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) (APÊNDICE C), parecer nº 148/2015, realizada por meio de uma entrevista semiestruturada.

Para Bardin (2011) a entrevista possibilita fornecer um material rico e complexo para análise. Ela permite a apreensão de um conjunto de dados objetivos e subjetivos capazes de auxiliar na compreensão e interpretação dos resultados alcançados por meio de um instrumento previamente testado. Este autor salienta que a entrevista, por se lidar na utilização do levantamento de dados na pesquisa, com falas relativamente espontâneas, possibilita que a subjetividade do entrevistado esteja presente e que, mesmo considerada delicada, fornece riqueza de conteúdo. Partindo da livre expressão do entrevistado, o entrevistador pode chegar a esclarecer temas relevantes que venham a dar subsídios ao estudo.

De posse da autorização do CEPAS/FURG, foi elaborado um ofício contendo os objetivos do projeto de pesquisa, que foi enviado, aos membros responsáveis pela Secretaria Municipal de Saúde dos municípios selecionados. Neste momento, foi solicitado a autorização e a disponibilização em fornecer as informações prévias acerca das SMS dos municípios do RS participantes, a fim de proceder a coleta de dados por meio de entrevistas.

Mediante a autorização da SMS em participar da pesquisa, foi realizado um contato prévio com as instituições participantes a fim de realizar o agendamento das entrevistas. No momento deste contato já foi comunicado aos profissionais envolvidos na pesquisa (coordenador e enfermeiros) o dia e horário da coleta.

Entre os municípios selecionados, apesar de várias tentativas não atendidas, apenas um não retornou o contato prévio e optou-se pela exclusão.

Para a coleta de dados foram elaborados dois instrumentos, um com perguntas direcionadas ao coordenador do SAD (AD2 e AD3) (APÊNDICE D) e outro para o enfermeiro (APÊNDICE E). Ambos com questões abertas e fechadas que contemplaram a questão norteadora, os objetivos e o referencial teórico. O participante que atuava como coordenador e enfermeiro consecutivamente, respondeu aos dois roteiros, tendo em vista que alguns questionamentos eram os mesmos para ambos profissionais.

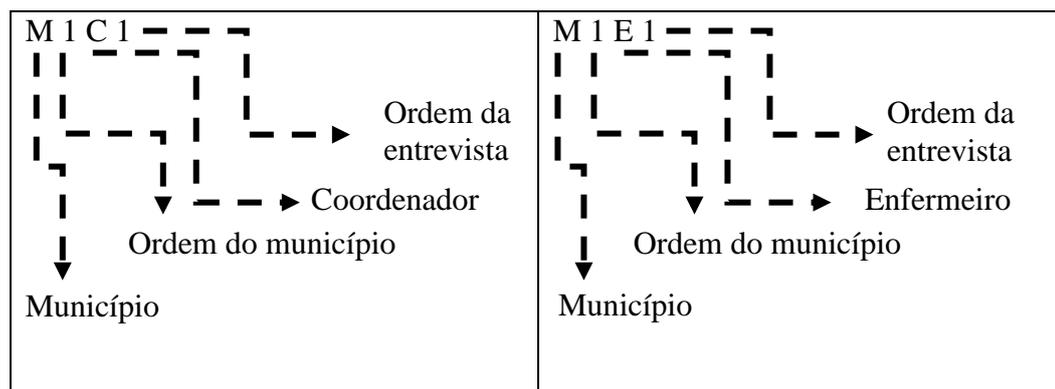
O roteiro possibilitou ao entrevistador, selecionar e explorar determinados pontos que o direcionaram a novos questionamentos, considerando a proposta da pesquisa (BARDIN, 2011). Partindo da livre explanação do entrevistado, o entrevistador pode chegar a pontos relevantes que auxiliaram no estudo.

No momento da realização da entrevista, foi esclarecido a proposta do estudo, a questão norteadora da pesquisa e os objetivos, garantindo a cada participante o caráter confidencial, garantindo o anonimato das informações. Além disso, foi informado a cada participante, a possibilidade de desistir em qualquer etapa da pesquisa sem prejuízo pessoal e ou profissional.

Realizou-se a leitura do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e foram convidados a assiná-lo em duas vias, ficando uma com o pesquisador e a outra com o participante (APÊNDICE F e G), e solicitada autorização para divulgar os resultados obtidos em meios acadêmicos, bem como o compromisso de lhes comunicar os resultados alcançados com a pesquisa. Foi esclarecido ao participante que qualquer dúvida poderá ser elucidada pessoalmente, por telefone ou mesmo por e-mail, cujos dados constam no TCLE. Foram respeitados os aspectos éticos, morais e físicos dos envolvidos. Também foi entregue ao participante da pesquisa o roteiro com as questões conforme Apendice D e Apendice E.

Para identificar o município foi atribuído a letra M seguida de números arábicos conforme ordem de entrevistas. O participante coordenador foi atribuído a letra C seguindo de números arábicos conforme ordem de entrevistas e E para os enfermeiros seguindo-se o mesmo processo. A identificação estabelecida está demonstrada na figura 6.

FIGURA 6 - IDENTIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS E PARTICIPANTES DA PESQUISA



Fonte. Organizado pelas autoras da pesquisa.

Ao término de cada entrevista, o entrevistador agradeceu pela participação do entrevistado, sua colaboração e contribuição para com a pesquisa e se colocou à disposição para informações em qualquer momento.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para realizar a descrição dos dados das entrevistas utilizou-se a Análise de Conteúdo (AC) de Bardin (2011), que compreende três fases: a pré-análise; a exploração do material; e, o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.

A **pré-análise** teve por objetivo a organização propriamente dita do material de pesquisa, e assim, possibilitar sistematizar e tornar operacional as ideias iniciais conduzindo

o plano de análise por meio da leitura flutuante; escolha dos documentos e entrevistas, permitindo a “constituição do *corpus*” e a formulação das hipóteses/ ou pressupostos e dos objetivos (BARDIN, 2011, p.121).

A primeira fase, segundo Bardin (2011, p. 121) possui “três missões: a escolha do documento a ser submetido à análise, a formulação de hipóteses e objetivos, e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final”.

A exploração do material permitiu codificar, decompor ou enumerar em função de regras previamente formuladas dos dados coletados. Nesta fase, foi necessário realizar a análise propriamente dita, isto é, a aplicação das decisões tomadas na fase anterior. Consistiu-se no período mais duradouro com a etapa de codificação, onde foram feitos os recortes em unidades de contexto e de registro; foi a fase da categorização e cujos requisitos necessários para uma boa categoria foram a exclusão mútua, a homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade e produtividade.

Nessa pesquisa, para proceder a organização dos dados, realizou-se a leitura detalhada das informações obtidas por meio das 13 entrevistas e procurou-se identificar o seu sentido frente a questão norteadora e objetivos. Em continuidade, verificou-se os trechos das transcrições das falas que demonstraram maior aderência a essa pesquisa e, por conseguinte realizou-se o devido recorte.

Assim, para apresentar os resultados, alicerçado em Bardin (2011), foi necessário a organização dos dados; a codificação de resultados; realização da categorização e por fim a interpretação. Assim, a Análise de Conteúdo teve como ponto de partida a organização dos dados que permitiu a interpretação das mensagens e dos enunciados.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

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

Após a aprovação do projeto pela Banca Examinadora, o projeto foi registrado no SISNEP e cadastrado no site da PROSPESP/FURG e encaminhado ao Conselho da Escola de Enfermagem da FURG para avaliação. Após aprovação foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Área de Saúde (CEPAS/FURG) para sua aprovação. A coleta de dados teve início

somente após a aprovação da proposta pelo CEPAS, conforme protocolo de aprovação Parecer nº 148/2015 (APÊNDICE C).

Cada participante foi convidado a assinar o TCLE em duas vias ficando uma com o entrevistado e a outra com o pesquisador. No TCLE constou a participação voluntária do sujeito, elucidação dos objetivos deste estudo e o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase do trabalho, sem prejuízo pessoal e/ou profissional, e, em conformidade com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos será garantido: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. O participante foi respeitado em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, bem como foi assegurado sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio da manifestação expressa, livre e esclarecida. Todas as vias do TCLE contem o endereço, o contato dos pesquisadores e do CEP (APÊNDICE F e G).

4.6.1 ANÁLISE CRÍTICA DE RISCOS E BENEFÍCIOS

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

Em relação aos benefícios, os participantes foram capazes de contribuir para desenvolver a ciência da Enfermagem e explorar possíveis inovações tecnológicas aplicáveis no desenvolvimento das modalidades de AD2 e AD3 ao usuário do SUS. Compreende-se que ao pesquisar os cuidados do enfermeiro no Serviço de Atenção Domiciliar AD2 e AD3, e de que forma estas modalidades de atenção são desenvolvidas, possibilitou a obtenção de dados capazes de apontar melhorias na qualidade dos serviços e instituições de saúde, balizando as adequações e mudanças para atender as demandas em saúde do mundo contemporâneo.

4.6.2 EXPLICITAÇÃO DAS RESPONSABILIDADES DOS PESQUISADORES

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

4.6.3 EXPLICITAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA SUSPENDER E/OU ENCERRAR A PESQUISA

O pesquisador responsável, ao perceber qualquer risco ou dano significativo ao participante da pesquisa, previstos ou não, no TCLE, se propôs a comunicar o fato ao sistema CEP/CONEP, para avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

Os participantes foram esclarecidos sobre a possibilidade de comunicar verbalmente às pesquisadoras em caso de sua desistência em participar da pesquisa em qualquer de suas etapas, pessoalmente, por e-mail, ou por telefone. Salienta-se que não houve necessidade de adequar ou suspender o estudo porque todos participaram voluntariamente até o final da proposta.

4.6.4 DECLARAÇÃO DE QUE OS RESULTADOS SERÃO TORNADOS PÚBLICOS

Após conclusão deste estudo, serão divulgados os resultados da pesquisa, independente dos resultados obtidos, favoráveis ou não, ficando disponíveis na biblioteca do Campus Saúde da FURG, serão publicados em forma de artigos em revistas científicas, além de sua divulgação em eventos. Os materiais e dados coletados serão utilizados, exclusivamente, para fins de publicações científicas. Ressalta-se que não existem conflitos de interesses entre os pesquisadores e os participantes da pesquisa. Declara-se que são aceitas as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

4.6.5 DECLARAÇÃO SOBRE O USO E DESTINAÇÃO DOS DADOS E/OU MATERIAIS COLETADOS

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

desse grupo de pesquisa.

4.6.6 DEMONSTRATIVO DA EXISTÊNCIA DE INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA AO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

A Escola de Enfermagem da FURG e o GEES foram responsáveis pela infraestrutura necessária para a realização da pesquisa. Os custos desta pesquisa ficaram sob responsabilidade dos pesquisadores.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo contempla a descrição dos dados capturados por meio da entrevista semi estruturada com os 13 participantes: 04 coordenadoras e 09 enfermeiras, que desenvolvem suas atividades laborais no Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 dos municípios do Rio Grande do Sul/RS.

O instrumento de pesquisa, na sua primeira parte, procurou conhecer as características sociodemográficas dos participantes, tais como: sexo, idade, profissão, ano de formação, setor/atividade/instituição em que atua, cargo, tempo de atuação no cargo que ocupa, o que admitiu delinear um perfil dos entrevistados.

As questões abertas possibilitaram capturar inquietações, dúvidas, fragilidades, perspectivas e possibilidades advindas dos participantes envolvidos, tendo em vista uma maior efetividade e eficácia no cuidado ofertado pelos serviços em estudo. Ainda, a descrição da funcionalidade do serviço, dos cuidados desenvolvidos pelos profissionais nas instituições, as relações interpessoais entre os envolvidos, e a articulação do serviço com as demais instituições de saúde.

Neste contexto, ressalta-se que existe a necessidade da compreensão do todo, para buscar melhorias frente às fragilidades/dificuldades presentes neste espaço e assim, conceber e refletir a cerca dos cuidados do enfermeiro ao usuário no SAD nas modalidades AD2 e AD3, constituintes de cada município. No intuito de investigar os impactos positivos deste processo, entende-se que cada uma das entrevistas possuiu a capacidade de auxiliar nesta compreensão da totalidade e ainda contribuiu para a melhoria do cuidar.

A fim de facilitar a visualização dos dados foram organizados 07 quadros, ou seja, quadro 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 com os principais resultados obtidos por meio das entrevistas referentes ao: perfil dos participantes da pesquisa, funcionamento e modalidades de atendimento domiciliar oferecidas ao usuário do SUS nos municípios do RS; as ações de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro no SAD nas modalidades AD2 e AD3; dificuldades vivenciadas ao executar ações de enfermagem no SAD nas modalidades AD2 e AD3; potencialidades vivenciadas ao executar ações de enfermagem no SAD nas modalidades AD2 e AD3 as relações interpessoais do enfermeiro junto ao usuário/familiar/cuidador; a articulação do SAD nas modalidades AD2 e AD3 com os demais serviços e instituições de saúde.

Os dados presentes no quadro abaixo demonstram que os 04 coordenadores dos Serviços de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 são enfermeiros, com tempos

de atuação distintos, variando entre menos de 12 meses e mais do que 24 meses. No que se refere aos enfermeiros participantes, destaca-se que a faixa etária mínima é de 20 anos, o ano de formação prevalece menos de 05 anos, e o tempo de atuação no serviço teve maior prevalência com menos de 12 meses.

QUADRO1 - PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Coordenador	Município em que atua	M1: C1 M2: C/E1 M3: C1 M5: C1
	Profissão:	Enfermeira: M1C1; M2C/E; M3C1; M5C1
	Tempo de atuação no serviço	Menos de 12 meses: M3C1 Entre 12 e 24 meses: M1C; M2C/E; Acima de 24 meses: M5C1
Enfermeiro	Idade	Entre 20 e 30 anos: M1E2; M1E3; M1E4; M5E1; M5E2; M5E3 Acima de 30 anos: M1E1; M3E1; M4E1
	Município em que atua	M1: E1; E2; E3; E4 M3: E5 M4: E6 M5: E7; E8; E9
	Ano de formação	01 a 05 anos: M1E1; M1E2; M1E4; M5E2; M5E3 05 a 10 anos: M1E3; M5E1 Acima de 10 anos: M3E1; M4E1
	Tempo de atuação no serviço	Menos de 12 meses: M1E1; M1E2; M1E3; M1E4, M5E1; Entre 12 e 24 meses: Acima de 24 meses: M3E1; M4E1

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

Os dados abaixo evidenciam que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em pesquisa, oferece ao usuário do SUS as modalidades AD2 e AD3, possuindo variação entre o número de equipes que contempla cada serviço. Este serviço funciona de segunda à sexta – feira, sendo que nos sábados, domingos e feriados permanecem na sede, profissionais de plantão.

QUADRO 2 - FUNCIONAMENTO E MODALIDADES DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR OFERECIDAS AO USUÁRIO DO SUS NOS MUNICÍPIOS DO RS

Município	Funcionamento e modalidades do Serviço de Atenção Domiciliar oferecidas ao usuário do SUS nos municípios do Rio Grande do Sul
	C1- “As modalidades de atendimento domiciliar que desenvolvemos é AD2 e AD3 e o serviço funciona desde 2014 [...] no total entre as 5 equipes nós atendemos uns 85 pacientes. As visitas ocorrem das 9 às 18:00, mas o serviço abre das 7 às 19:00 hrs. Final de semana também abre das 7:00 às 19:00 onde os técnicos de enfermagem ficam fazendo plantão administrativo [...] as únicas visitas que a gente tem feito no final de semana são duas nutrições parenterais totais [...] muitos dos usuários é busca ativa no hospital, a gente busca para tentar a desospitalização mais cedo e gerar mais leitos para o hospital. Esse é o primeiro lugar, em segundo lugar

<p>M1</p>	<p>a gente tem as UBS, que nos enviam através de email para o programa melhor em casa. A gente busca os usuários visando a desospitalização, na maioria das vezes ocorre a busca ativa [...] o que dificulta as vezes é a rotatividade, que a gente sempre tem que repetir esse trabalho de informar o que é o serviço, de onde nós somos, qual o nosso objetivo.”</p> <p>E1- [...] a equipe 3,4, e 5 são novas e estamos com poucos pacientes, mas acredito assim, igual o programa ele diz para cada equipe atender 60 pacientes, mas é impossível, impossível... porque muitas vezes o que a gente consegue fazer um atendimento em um paciente, 3 pacientes, 4 pacientes em uma manhã ok, mas a gente tem a perda de tempo com locomoção.</p> <p>E2- “AD2 e AD3 [...]A nossa equipe é uma das que esta com menos demanda por enquanto, porque temos um médico pediatra e temos dificuldade em captar crianças, por esses motivos que eu te falei, por ser pouco divulgado, o pessoal ainda não se acostumou muito. Nós temos fixo, 5 adultos e 3 crianças [...] sempre na primeira visita a gente explica sobre o programa, eu sempre gosto de explicar a origem do programa, que é um programa do ministério, vinculado ao hospital, porque eu vejo que boa parte da população da cidade não conhece, eu por exemplo sou uma pessoa que não conhecia, comecei a conhecer aqui”</p> <p>E3- “AD2 E AD3 [...] a gente hoje assiste 30 usuários, no mínimo uma vez na semana, a maioria são atendidos uma vez na semana, e outros 2 vezes na semana.</p> <p>E4- “AD2 E AD3 [...] a gente hoje assiste 29 usuários.</p>
<p>M2</p>	<p>C/E1- “As modalidades de atendimento domiciliar que desenvolvemos é AD1 e o serviço existe desde 2012 [...] o serviço conta com apenas uma equipe onde eu sou a enfermeira e coordenadora do programa. Atendemos todo o município onde atualmente 78 usuários são assistidos [...] o horário de funcionamento é das 8:00 às 12:00 e da 13:00 às 17:00, de segunda a sexta-feira [...] o usuário entra com um protocolo na prefeitura, é aberto o expediente, se ele estiver critérios de inclusão ele é admitido no programa, se não é referenciado para outro serviço”.</p>
<p>M3</p>	<p>C1- “A principio a gente desenvolve a AD2, a AD3 tem pouco paciente, essas modalidades foram implantadas desde 2012, não recorro direito o mês [...] a área de abrangência é o município todo, e a área territorial imensa, que é um dos nossos problemas.</p> <p>E1- “AD2 e AD3 [...] o funcionamento do serviço é das 7:30 às 17:00 de segunda a sexta e finais de semana com plantões, e quem realiza esses plantões é a enfermagem. As visitas dependem da complexidade. É como eu disse, no inicio todos os dias, e depois a gente vai espaçando conforme o paciente melhora, se o familiar está capacitado ou não. Então é uma avaliação individual [...] o serviço contempla todo município, mas no máximo 60 pacientes, porque a gente faz uma avaliação rigorosa, o que é AD1 a gente deixa para a AB.</p>
<p>M4</p>	<p>E1- “Trabalho neste serviço AD2 e AD3 desde 2013. O nosso horário é das 7:30 as 11:30 e 13:30 as 17:30 e as visitas são semanais, mas tem pacientes que exigem mais de uma visita. O nosso serviço é de segunda a sexta, se tem pacientes que precisam de procedimentos nos finais de semana e a noite ficam com os técnicos da UPA [...] “Entregamos o formulário para o hospital, tem critérios, eles analisam os critérios, e encaminham para nós. A UBS e a UPA, também encaminham usuários para o nosso serviço”</p>
<p>M5</p>	<p>C1- “A grande maioria é AD2, que são aqueles pacientes que não podem se locomover e ir a uma UBS, mas não tem a necessidade de internar no hospital, ou seja, a necessidade de saúde dele pode ser atendida no domicílio e AD3. Surgiu em 2012, e contamos com 6 equipes e entre essas equipes 150,160 usuários são assistidos. A enfermagem entra as 7:00 e sai as 13:00, entra as 13:00 e sai as 19:00 [...] a gente trabalha na perspectiva interdisciplinar, temos EMAD e EMAP, onde é realizado um round interdisciplinar, e discutimos todos os pacientes, planeja o plano terapêutico, em conjunto, para que seja possível uma visão mais ampliada das necessidades do usuário e de sua família. Nós temos um formulário próprio, onde eles são encaminhados da UBS, hospitais, Pronto-socorro e todos os lugares que acharem necessário, por exemplo, o ambulatório”.</p> <p>E1- “Eu estou na área sul, e hoje estou com 29 pacientes. A admissão do usuário é realizada pelo enfermeiro e o médico, onde a equipe vai até a residência e avalia os usuários, nós avaliamos e verificamos se ele se encaixa para ficar no programa”.</p>

	E2- “Atuo nas modalidades AD2 e AD3, onde 15 usuários são assistidos [...] A gente recebe um encaminhamento, a gente avalia, vê se o usuário tem critério ou não de internação e admite ele”.
	E3- “Eu atuo nas modalidades AD2 E AD3, e como eu sou nova, não tenho tanta certeza de como o usuário é admitido, mas eu acho que são encaminhados da UBS, hospital, que chegam para o secretario e que distribui para cada equipe. A minha equipe contempla 20 usuários”.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

Nos dados abaixo destacam que entre as ações de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro no Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 estão os procedimentos técnicos, tais como: curativos, administração de medicamentos, trocas de sonda e higiene. As práticas educativas foram reconhecidas sob a forma de orientações realizadas cotidianamente, e as atividades burocráticas e gerenciais contemplaram os registros, evoluções, escala de funcionários e de visitas, entre outras.

QUADRO 3 - AÇÕES DE CUIDADO DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO NO SAD NAS MODALIDADES AD2 E AD3

Municípios	Ações de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro no SAD nas modalidades AD2 E AD3
M1	C1- “O enfermeiro é na parte prática, troca de sonda, medicamento, punção, curativo, condutas de orientação [...] realizamos evoluções que precisam ser registradas, registros ambulatoriais de saúde [...] precisamos prestar conta para a secretária municipal de saúde a cada 15 dias”
	E1- “É como se fosse dentro do hospital, conforto, higiene, feridas, medicações”
	E2- “Curativos [...] Plano de cuidados de acordo com a patologia, busca o histórico e analisa os cuidados prévios[...] então a gente reavalia esse plano de cuidados no domicílio que precisa ser adaptada as novas realidades”
	E3- “Curativos, sinais vitais, exame laboratoriais, Orientação de cuidados.
	E4- “Curativos, sondas, cuidados em geral do enfermeiro, Orientações diárias”.
M2	C/E1- “Técnicas relacionadas à enfermagem [...] Coordenar todo o programa, as ações técnicas, a parte de digitação, escalas de visitas”.
M3	C1- “A enfermeira organiza, é a pessoa que puxa a equipe, é a pessoa que se responsabiliza e sabe um pouco de cada área [...] eu vejo, se ela não coordenadora, automaticamente ela assume esse papel, porque ela controla a equipe, ela faz a escala da equipe, ela assume o papel pela profissão que tem, tu não precisa ser chefia, tu é chefia”.
	E1- Tem os procedimentos técnicos específicos do enfermeiro [...] Orientamos diariamente, porque é muita informação, então temos que ir orientando aos poucos”.
M4	E1- “Administração de medicamentos, sondas, troca de traqueostomia, curativos complexos [...] às vezes desenvolvo as atividades do técnico de enfermagem quando está de férias, pois não contamos com substitutos”.
M5	E1- Cuidados como curativos, trocas de sonda, punção, medicações [...] planejamos o plano de cuidados”.
	E2- “Procedimentos, sondagens, coletas laboratoriais, curativos, Realizamos todo tipo de orientação [...] realizo uma grade de pacientes, organizo as visitas, preencho registros de evolução, folha de sinais”.
	E3- “Curativos, escuta terapêutica [...] consulta de enfermagem, encaminhamento para a rede, liderança da equipe e tomada de decisões rápidas”.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

Os dados presentes no quadro 04 apresentam as dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro ao desenvolver seus cuidados no Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3. Entre estas dificuldades, destaca-se o transporte para os usuários entre os serviços e os domicílios, acesso as residências, fragilidade na comunicação entre os serviços, recursos materiais e relações interpessoais.

QUADRO 4- DIFICULDADES VIVENCIADAS AO EXECUTAR AÇÕES DE ENFERMAGEM NO SAD NAS MODALIDADES AD2 E AD3

Municípios	Dificuldades vivenciadas ao executar ações de enfermagem no SAD nas modalidades AD2 E AD3
M1	C1- “O transporte de pacientes para mim é um problema. Às vezes a gente consegue estruturar tudo, consegue leito no hospital, consegue convencer a família da importância da internação hospitalar naquele momento e não consegue nenhum veículo que realize esse transporte”.
	E1- “O acesso a residência que é difícil [...] sinto falta de uma fonoaudióloga para compor a equipe”.
	E2- “Além da pouca divulgação, eu acredito que como dificuldade está a falta de comunicação com a UBS, porque eu senti em uma das reuniões que a gente participou esses dias para divulgar o programa que eles tem uma necessidade de saber se a gente vai lá no domicílio mesmo, se nós vamos assumir o paciente ou não, então eu acho que isso poderia melhorar, a comunicação”.
	E3- No programa não, mas as vezes o atendimento ao usuário, porque as vezes é uma lesão muito antiga, ele faz isso há mais de 5 anos, daquela forma, daquele jeito, então é muito difícil mudar a cabeça deles de que aquilo era errado e agora ele vai fazer o certo.
	E4- Não, acho que não.. De recursos, principalmente da família, muitos não tem nem o que comer. E questão de matérias muitas vezes a gente vai se adaptando, mas questão de relações, isso é muito complicado. É que tem alguns familiares e usuários que não seguem o nosso plano de cuidados, e a gente tem que ir 1, 2, 3 vezes na semana, para saber se esse cuidado realmente está sendo feito, se não está se perdendo alguma coisa que a gente orientou, porque acontece muito.
M2	C/E1- “Pelo fato de eu ser enfermeira e coordenadora é bem complicado, mas as técnicas me ajudam bastante”. “Falta comunicação, porque as admissões que chegam para gente, por exemplo, de 10 admissões que chegam, 7 não se enquadram nos critérios [...] O que a gente vivencia hoje é que tu demanda de um serviço, de profissionais para se deslocarem até uma residência para atender um usuário, e quando chega ele não se enquadrava no SAD, e tu ainda precisa encaminhar, porque tu tem que dar uma solução para o problema do usuário, se não vai ser do SAD, vai ser de quem? Então tu acaba perdendo um certo tempo na resolução de problemas que não seriam nossos”.
M3	C1- “Acredito que poderia ter mais uma equipe, mas não sei até que ponto sem ter uma estruturação”.
	E1- A distancia entre os domicílios e o serviço. O cuidador, porque se tu não tens um cuidador na casa não adianta as nossas práticas não funcionam se não existir um cuidador no domicílio que se comprometa. Porque não adianta a gente usar o melhor produto para tratar uma ferida, se não existe mudança de decúbito, se não existe troca de fralda [...] a principal dificuldade é o recurso, para um município desse tamanho e uma equipe só, perdemos muito tempo de deslocamento então dificulta bastante, a gente não atende da forma que a gente gostaria, porque no mesmo veículo tem mais de um profissional então tu tem que fazer rápido porque esse outro profissional precisa atender outro paciente”.
M4	E1- Não.
	C1- “A dificuldade de ter um cuidador, o paciente precisa de um cuidador, mas as

M5	vezes toda a família precisa trabalhar, então as vezes a gente tem uma criança como cuidador. Como é que tu vai deixar uma medicação controlada sob a responsabilidade de uma criança? Não é possível, então a gente cuida do paciente que não tem cuidador, que isso seria contra indicado, mas tu chega no domicílio e vê aquela situação, e tu sabe que pelo menos a hora que tu vai tu oferece alguma coisa para esse paciente, e se nem a gente estiver, ele fica completamente abandonado [...] a gente tem muita limitação principalmente no que diz respeito a UBS, tem pacientes hoje que a gente atende que não seriam para nós. Um curativo, por exemplo, o paciente se locomove, tem sua autonomia, mas a UBS diz que não tem material para isso, então a gente acaba assumindo um paciente que não teria critérios para ser atendido pelo SAD, e acaba tirando a vaga de outro que se enquadraria nos critérios do programa”.
	E1- Não, sinceramente não observo nenhuma dificuldade [...] não tive nenhuma qualificação, só quando eu trabalhava em outra cidade onde eu também trabalhava na AD”.
	E2- “Seriam os cuidadores que não deixam capacitar, que não seguem o que a gente fala [...] não tive nenhuma qualificação para atuar no serviço, mas eu estou fazendo uma especialização EAD em outra cidade, mas foi por minha iniciativa”.
	E3- “Por enquanto não”.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

No que diz respeito as potencialidades vivenciadas durante o cuidado de enfermagem no Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3, pontua-se o atendimento humanizado, desospitalização, estabelecimento de vínculos, e benefício ao usuário, família e comunidade.

QUADRO 5- POTENCIALIDADES VIVENCIADAS AO EXECUTAR AÇÕES DE ENFERMAGEM NO SAD NAS MODALIDADES AD2 E AD3

Municípios	Potencialidades vivenciadas ao executar ações de enfermagem no SAD nas modalidades AD2 E AD3
M1	C1- “Eu destaco principalmente a parte do atendimento humanizado, isso é bem legal, poder proporcionar isso, porque da certo”. “A gente consegue realmente desospitalizar os usuários, isso gera leitos, isso é real, é fato, isso da certo”. Porque somos nós que, temos, o contato com o paciente, e a gente que ensina a virar, que diz a importância do banho, da alimentação, a importância de dar água, tudo é o enfermeiro”.
	E1- “O benefício é de desospitalizar os usuários, ele que ali é suscetível a desenvolver outras doenças e bactérias, na residência não”.
	E2- “A desospitalização do usuário, evitar internações recorrentes, despertar o autocuidado não só nos usuários, mas também nos cuidadores. A gente tira o usuário do hospital mais cedo, pois, evitar que ele volte ao hospital com mais frequência, sobra leitos, aumenta a rotatividade, isso é importante para todo o sistema [...] o trabalho de prevenção, apesar de a gente pegar usuários crônicos, que já tinham doenças estabelecidas e a gente tenha que recuperá-los, a gente consegue trabalhar na prevenção que é o que vai evitar custos hospitalares lá na frente. Tem um reconhecimento maior dos usuários, que a gente não tem no hospital. A autonomia também é maior, e o reconhecimento do usuário que bem ou mal é importante para a gente também, no hospital a gente não tem isso. No domicílio eles nos vêem como equipe e não só o médico então eu enquanto profissional gostei muito dessa parte é uma coisa que eu não tinha lá [...] eu vejo o usuário ter mais liberdade de conversar, de perguntar, que as vezes no hospital não acontece, então eu acho isso bem importante. Eu penso que a pessoa tem que ter liberdade de esclarecer dúvidas, porque as vezes você pergunta se ela entendeu, ela

	acena que sim, e na verdade ela não entendeu a informação, e aí o profissional vira as costas e a pessoa não sabe como proceder, o usuário e cuidador sentem-se a vontade de conversar com a gente”.
	E3- “Acho o serviço maravilhoso, o paciente não precisa ir até o hospital internar, portanto o serviço é maravilhoso nesse sentido. O papel do enfermeiro é fantástico, porque o enfermeiro faz tudo, a gente acaba observando como é a residência, quem que faz os cuidados, quem que a gente tem que orientar”.
	E4- “Ajuda muito, os usuários ficam muito agradecidos. A gente não vê o significado que a gente tem pra aquela família, mas a gente vai vendo ao longo do tempo como é importante esse serviço para a comunidade”
M2	C/E1- “Eu acho que a gente serve principalmente como ajuda, tanto para o paciente como para o familiar.” “As nossas re-internações são raras, eu acho que a última internação faz uns 2 ou 3 meses atrás. A gente consegue mesmo fazer o trabalho de não internar. Até porque quando interna, ele volta com outros problemas que normalmente ele não tinha, então a gente procura tratar bem em casa.”
M3	C1- Sim, para o usuário é um benefício enorme, talvez não para o município mas, para esses 20,30,50,60 usuários que abrange uma equipe, pra eles é uma maravilha, porque são atendidos, tem acompanhamento, a dificuldade que eles tem de acesso, mas ainda é pouco. E1- “Diminui a incidência de usuários procurando atendimento no hospital, pronto atendimento, porque existe uma equipe que atende em casa, uma equipe orientando os familiares [...] Eu acho que a gente leva uma luz para o domicílio, porque eles vão para a casa totalmente perdidos, e a gente consegue fazer com que a família consiga se re estruturar, e fazer esse cuidado”.
M4	E1- “Nesse serviço tu enxerga a realidade do usuário, lá no hospital tu atende como ele está lá, mas tu não sabe os problemas que esse usuário enfrenta em casa, então tu enxerga a realidade. Tem muita diferença do usuário ser cuidado no hospital e no domicílio, porque no domicílio tu enxerga os problemas e as dificuldades e no hospital não, o usuário esta lá mas tu não sabe nada dele, a preocupação é da doença. No domicílio não, ali engloba a família, condições financeiras, condições de saúde, envolve muita coisa, é outra realidade”.
M5	C1- “Um cuidado humanizado, ele nos coloca direto com a realidade de vida da pessoa e de sua família, ele tem muitas potencialidades por conta disso [...] a gente desenvolve um atendimento centrado no usuário, então o cuidado é muito mais ampliado.” “O enfermeiro na AD ele tem muita autonomia, então ele chega na casa, ele é o coordenador do cuidado”. “Quando a gente cuida de um usuário no hospital e cuida de um usuário em casa, em casa ele é muito mais feliz, ele tem muito mais autonomia. No hospital muitas vezes a gente tem muito essa relação vertical, mais imperativa [...] em casa não, eles se sentem mais a vontade para colocar suas idéias, ate para contrariar a conduta e argumentar, então, eu acho que a gente atende um individuo mais integro, ele mesmo.” E1- “É a questão humana, é questão de cuidado digamos assim [...] de tu poder cuidar da pessoa naquele momento, tu proporciona um conforto para aquela pessoa, e pra mim como profissional é maravilhoso”. E2- “Com certeza, diminui a hospitalização frequente, faz muita diferença. Ajuda a diminuir a sobrecarga do Pronto socorro, da UBS, dos hospitais [...] é claro que tem coisas que a gente não tem o que fazer, mas eu acho que a gente tem avançado muito no que diz respeito a não deixar que o quadro se agrave e que ocasione uma internação hospitalar”. E3- “Acho que é a criação de vínculos. Na verdade eles deixam de ser só pacientes e viram amigos”.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

Os dados presentes no quadro abaixo apresentam a forma como ocorre a articulação do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 com as Redes de Atenção à Saúde. Esta articulação é apontada apenas com a Unidade Básica de Saúde e o Hospital.

Enquanto alguns dos participantes evidenciam a presença desta articulação, outros destacam que esta articulação não existe, ou contém inúmeras fragilidades.

QUADRO 6- ARTICULAÇÃO DO SAD NAS MODALIDADES AD2 E AD3 COM AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Municípios	Articulação do SAD nas modalidades AD2 E AD3 com as Redes de Atenção à Saúde
M1	C1- “A articulação aqui do serviço é apenas com o Hospital e Unidade Básica de Saúde. São poucas as vezes em que a gente teve um trabalho em conjunto, nesse um ano aqui que eu me lembre, apenas 3 atendimentos em conjunto com a UBS”.
	E1- “Que eu saiba, a articulação é com o Hospital e Unidade Básica de Saúde”
	E3- “Não só de papeis, temos dificuldades de vínculos, diálogos, até porque na maioria das vezes existe dificuldade na comunicação”.
	E4- “A captação dos usuários está bem melhor, tem muitos vindo da UBS e do próprio hospital aqui. A gente recebe a solicitação do hospital, a gente avalia se esse paciente se enquadra nos critérios, ai depois se ele se encaixa a gente vai ver a necessidade das visitas, porque tem pacientes bem tranquilos que tu pode ir uma vez na semana, que é o que o MS preconiza, pelo menos uma vez na semana, mas a gente vai dependendo dos cuidados que esse usuário necessita”.
M2	C/E1- “Existe uma articulação. No hospital a gente tem uma comunicação pelo telefone, através do whatsapp, onde eles encaminham o usuário, a gente já abre o expediente, orienta o usuário, porque muitas vezes no hospital é uma coisa, e tu chega na residência é outra realidade [...] se estabeleceu alguns fluxos, principalmente com a UBS, mas acho que ainda tem muito o que desenvolver, então essa rede é incipiente com a proposta de rede do ministério”.
M3	C1- “O hospital referencia para o SAD, porque é muito interesse deles, ele não quer ficar com o custo do usuário, porque o usuário que vai vir para nós é um usuário que só da custo [...] A gente tem muitos problemas com essa intermediação com a UBS. Eu acho que o papel não está muito claro, até onde vai um e inicia outro, a definição do papel de cada um, e nem na portaria não estão muito claro”.
	E1- “Na questão de referencia e contra referencia a maior dificuldade que eu vejo é quando esse paciente tem que retornar ao hospital porque nós temos poucos leitos no hospital. Encaminhar para a UBS novamente é mais tranquilo”.
M4	E1- “Existe comunicação as vezes por telefone com outros serviços, a gente entra em contato”.
M5	C1- “Isso não era bom no inicio, então a gente fez uma ação chamada atenção domiciliar em rede, onde nos visitamos todos esses lugares possíveis de encaminhamento de usuários. Então a gente visitou, explicou como funcionava, a gente deixou formulários, funcionou muito bem”.
	E1- “Não funciona, absolutamente não tem, disseram que antes uma assistente social que fazia o meio de campo entre os serviços [...] então não existe, e até existem usuários que não precisam estar conosco, poderiam estar na AD1 e a UBS não atende, e no caso se ele não quer atender a responsabilidade é nossa”.
	E2- “Eu acho isso um pouco falho, a rede não funciona como deveria. Acho que se a gente tivesse um amparo melhor, uma comunicação melhor, talvez seria mais fácil”.
	E3- “Existe articulação, eu tenho pouco tempo de atuação, mas eu tenho visto que existe”.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

As informações presentes no quadro 07 envolvem as relações interpessoais do enfermeiro junto ao usuário/familiar/cuidador. Neste caso entende-se que apesar de algumas fragilidades, esta relação ocorre de forma harmônica, evidenciando os benefícios da atuação deste profissional no Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3.

QUADRO 7- RELAÇÕES INTERPESSOAIS DO ENFERMEIRO JUNTO AO USUÁRIO/FAMILIAR/CUIDADOR

Municípios	As relações interpessoais do enfermeiro junto ao usuário/familiar/cuidador
M1	C1- “É excelente, a gente é muito bem recebido [...] Eu como coordenadora não consigo ir em todas as visitas e quando eu vou, eu me emociono todas as vezes, é bonito de se ver. É bem humanizado, cria-se realmente um vínculo. Quando a equipe observou, detectou algum nó crítico, tem um problema, uma situação que não vai ser fácil de resolver, eles trazem o problema aqui para o setor, a gente chama na próxima visita a assistente social [...]A gente chama, senta para conversar, a gente sempre mostra que estamos ali para ajudar, que não estamos contra a família, que não queremos impor nada, a gente não quer quebrar o laço, a gente está ali para fortalecer. A gente repara que quanto mais a família é desorganizada, mais intercorrências o usuário apresenta”.
	E2- “Eles gostam, eles querem continuar, eles vêem a melhora. O que eu gosto de fazer nas visitas é ir sinalizando as coisas que estão melhorando, para que eles sejam incentivados” “A gente explica, orienta, identifica o cuidador, que é bem importante, porque as vezes aquela família tem várias pessoas mas a gente precisa daquela que se comprometa e ai a gente orienta tanto em relação a presença, para questões sociais, de responsabilidade com o cuidado de enfermagem [...] a gente pode capacitar mais de um cuidador também, até pela questão que a gente se preocupa muito com o cuidador”
	E3- “É muito boa, acabamos criando vínculos com o familiar e usuário [...] eles confiam muito na gente”. “Procuramos capacitar o cuidador diariamente, na verdade durante as visitas a gente acaba realizando a capacitação. A preferência, é manter o mesmo cuidador, até para facilitar as orientações, porque se troca muito de cuidador as idéias se perdem”.
	E4- “A gente tenta acolher o máximo, principalmente a questão social, para assim planejar os cuidados [...] a gente tem que ver integralmente o usuário”
M2	C/E1- “É uma relação muito boa, bem aberta. A gente é bem aceito nas famílias, o pessoal gosta bastante do nosso trabalho e a gente também se apega aos pacientes, porque além deles gostarem do programa, eles precisam dele também [...] na primeira visita a gente geralmente explica sobre o programa, na próxima visita a gente pergunta se ele tem alguma duvida, e a gente tira as duvidas, e durante a própria inclusão no programa as técnicas vão dando uma orientação.
M3	E1- “Eu acho que as pessoas já estão cansadas de ficar no hospital, porque o hospital muda a rotina de toda família, então eles gostam e eles querem sair do hospital. Acaba se criando vínculos, a gente tem laços, acaba criando amizade com essas pessoas. A dificuldade que a gente tem é ter alguém que assuma esse cuidado, mas a partir do momento em que se encontra essa pessoa, eles preferem o cuidado domiciliar [...] existem conflitos porque a maioria é assim. As famílias não estão preparadas para levar uma pessoa para a casa e levando uma pessoa para casa desestrutura o que tinha. Então a gente percebe isso, é a nossa realidade, e dificulta o cuidado”.
M4	E1- “A nossa relação, nós não tivemos atritos, a gente tem que explicar, a gente tenta manter a calma, tudo isso ajuda bastante. Quando a gente percebe alguma coisa nós sempre comunicamos algum profissional ou serviço de referencia. Tudo o que ocorre a gente registra e comunica [...] o cuidador é obrigatório, mas as vezes, a gente tem que fechar o olho, porque a gente fica com pena dos usuários, porque tem casos que o cuidador são idosos, eles não entendem”.
M5	C1- “Quando tem alguma situação de doença, as crises normalmente aparecem, e a gente tem que saber mediar isso, a gente trabalha junto com um psicólogo, e isso ajuda muito”
	E1- “ Tem usuários que são mais difíceis, mas geralmente é o usuário, porque a família esta sempre muito receptiva ao tratamento, mas geralmente eles são bem receptivos” Quando tem conflitos a gente vai e conversa com a pessoa envolvida e chama o resto da família para que se consiga resolver a situação”.
	E2- “É uma relação bem boa, acho que a gente consegue um vínculo bem bom. A

	aceitação é muito boa, claro que tem uns que não seguem muito o que a gente fala, então isso traz um pouco de dificuldade para o nosso trabalho, mas fora isso é muito bom [...] quando a família se desestrutura, o usuário já está mais debilitado, já está mais vulnerável, ele piora bastante [...] acho que ter um perfil para atuar na AD faz toda diferença”.
	E3- “Em termos de vínculo, a gente cria um vínculo muito forte, eu já consegui saber muita coisa da vida da pessoa que de repente em outra unidade eu não conseguiria”

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados das entrevistas foram analisados e interpretados utilizando o método de Análise de Conteúdo (AC) de Bardin (2011). AC é definida como um conjugado de técnicas de análise das comunicações que utiliza métodos ordenados e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Para o autor, é uma operação ou um conjunto de operações, que tende interpretar o conteúdo de uma mensagem, isto é, “procura conhecer aquilo que está por traz das palavras sobre as quais se debruça” (BARDIN, 2011, p.50).

Optou-se pelo método de AC de Bardin porque permite a descrição objetiva, sistemática da análise das comunicações. Compreende procedimentos especiais para o processamento dos dados científicos e permite adaptar-se a diversificados objetos a serem investigados. (BARDIN, 2011).

A AC pode ser utilizada tanto para analisar o significado do discurso dos participantes entrevistados, como para descrever e interpretar o conteúdo encontrado em documentos. Esse método permite desvelar a realidade, por meio de questões que inquietam o pesquisador, sem descuidar o rigor científico. Também pode ser usada como instrumento de exploração de textos, trabalha com mensagens, no sentido de identificação e/ou descoberta de conteúdos ou estruturas que se procura evidenciar para posteriormente codificar.

Para Bardin (2011, p. 133) a codificação é “o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo”. Essa transformação oportuniza obter uma representação do conteúdo, seja por recorte, agregação e/ou enumeração. Estas unidades de codificação variam com o objetivo do trabalho e podem ser: palavras, frase, entre outros.

Desta forma, a escolha dos critérios é definida pelo investigador que identifica as unidades de registro que são “a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização. A unidade de registro pode ser de natureza e de dimensões muito variáveis” (p. 134). Assim, permite identificar o menor recorte de ordem semântica que se extrai do texto. A unidade de registro “existe no ponto de intersecção de unidades perceptíveis (palavra, frase, documento, material, personagem físico) e de unidades semânticas (temas, acontecimentos, indivíduos)” (p. 136). Para o mesmo autor (2011, p. 137), **a unidade de contexto**, “serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro” e, proceder a categorização.

A **categorização** é a “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo gênero, com critérios previamente definidos” sendo necessário alicerçar-se no problema e nos objetivos (BARDIN, 2011, p.147). Neste momento o pesquisador pode propor inferências e adiantar interpretações de acordo com os objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas.

A categorização “é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: o **inventário**, que consiste em isolar os elementos; a **classificação**, repartir os elementos, e, portanto procurar ou impor certa organização às mensagens” (Bardin 2011, p.148). Entre os objetivos da categorização existe a probabilidade de ministrar, por reagrupamentos, uma transformação dos dados brutos em dados organizados.

Para compor as categorias adequadas é necessária a existência das seguintes qualidades: exclusão mutua, onde um elemento não deve estar em mais de uma classe; a homogeneidade, onde o critério de categorização deve ser enfatizado em toda a organização do material; a pertinência, objetividade e a fidelidade, onde os elementos do mesmo material devem ser codificados de maneira uniforme; a produtividade, onde deve fornecer resultados expressivos (BARDIN, 2011). Por tanto, as categorias precisam ser significativas em termos do trabalho proposto, sua problemática, seus objetivos e sua fundamentação teórica permitindo abranger o objetivo da pesquisa.

Com os resultados obtidos, a confrontação sistemática e as inferências alcançadas podem servir de alicerce para uma nova análise, que se utiliza de uma nova dimensão teórica ou praticada por meio de uma técnica diferente. Através de diversas operações, podem ser elaborados, quadros de resultados, diagramas, figuras e exemplos, os quais permitem perceber e compreender as informações fornecidas pela análise.

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

Desta maneira, o **tratamento dos resultados** utiliza-se da categorização que é a “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo gênero” sendo necessário fundamentar-se no problema e nos objetivos da pesquisa (BARDIN, 2011, p.147).

Com base nesse contexto, as entrevistas realizadas foram transcritas e apreciadas em sua totalidade, porém foi realizada uma triagem desenvolvida por meio de leituras similares.

Desta forma, foi possível identificar a existência e/ou ausência e a frequência de dados pretendidos com a questão norteadora e os objetivos da temática proposta.

Posteriormente a leitura dos dados expostos, decorrentes da transcrição das entrevistas, foi selecionado, termos ou frases de maior representatividade em relação aos aspectos direcionados a questão norteadora e objetivos, onde os mesmos foram agrupados conforme as categorias pré estabelecidas.

Após a leitura dos dados empíricos, resultantes da transcrição das entrevistas, foram selecionadas as palavras e ou frases mais significativas em relação aos aspectos da questão de pesquisa, objetivos para agrupá-las conforme as categorias que emergiram conforme Quadro, 8, 9, 10, 11.

QUADRO 8- FUNCIONAMENTO E MODALIDADES DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR OFERECIDAS AO USUÁRIO DO SUS NOS MUNICÍPIOS DO RS

Categoria	Subcategoria	Unidades de registro
Funcionamento e modalidades da AD2 e AD3 nos municípios do RS aos usuários do SUS	Modalidades de Atendimento Domiciliar	AD2 E AD3: M1C; M3C; M4E; M5C Ad1: M2C/E
	Implantação do SAD	2012: M2C/E; M3C; M5C 2013: M1C; M4E
	Horário de funcionamento	07:00 às 19:00: M1C; M5C 08:00 às 12:00 e 13:00 às 17:00: M2C/E 07:30 às 17:00: M5C 07:30 às 11:30 e 13:30 às 17:30: M4E
	Equipe de enfermagem	1 equipe: M2C/E; M3C; M4E 5 equipes: M1C 6 equipes: M5C
	Área de abrangência	Todo município: M2C/E; M3C; M4E Região sul, centro sul, glória, cruzeiro, cristal e restinga: M1C Região norte, leste, sul: M5C
	Operacionalização	Busca ativa: M1C Visita: M1E2; M5E1 Contato por email: M1C Contato whatsapp: M2C/E Protocolo: M2C/E; M3E1; M4E; M5C; M5E2; M5E3

QUADRO 9- AÇÕES DE CUIDADO DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO NO SAD NAS MODALIDADES AD2 E AD3.

Categoria	Subcategoria	Unidades de registro
Ações de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro no SAD nas	Procedimentos técnicos	Sondagens: M1C1; M1E4; M5E1; M5E2 Curativos: M1C1; M1E1; M1E2; M1E3; M1E4; M4E1; M5E1; M5E2; M5E3 Medicamentos: M1C1; M1E1; M4E1; M5E1 Punção: M1C1; M5E1 Sinais vitais: M1E3 Exames laboratoriais: M1E3; M5E2 Troca de traqueostomia: M4E1 Higiene: M1E1

modalidades AD2 e AD3	Orientações	Orientação de cuidados: M1C1; M1E3; M1E4; M3E1; M5E2 Escuta terapêutica: M5E3
	Atividade gerencial e burocrática	Registros/Evoluções: M1C1; M5E2 Prestação de contas à SMS: M1C1 Plano de cuidados: M1E2; M5E1 Coordenação: M2C/E Organização: M3C1 Escala da equipe: M3C1 Grade de usuários: M5E2

QUADRO 10- DIFICULDADES E POTENCIALIDADES VIVENCIADAS AO EXECUTAR AÇÕES DE ENFERMAGEM NO SAD NAS MODALIDADES AD2 E AD3

Categoria	Subcategoria	Unidades de registro
Dificuldades e potencialidades vivenciadas ao executar ações de enfermagem no SAD nas modalidades AD2 E AD3	Dificuldades	Transporte: M1C1; M3E1 Acesso a residência: M1E1; M2C/E; M3E1 Recursos humanos: M1E1; M3C1 Falta de comunicação: M1E2; M2C/E; M5C1 Pouca divulgação do serviço: M1E2 Atendimento ao usuário: M1E3; M3E1 Situação econômica do usuário/família: M1E4 Relações interpessoais: M1E4; M5E2 Sobrecarga de trabalho: M2C/E Ausência de cuidador: M3E1; M5C1 Referência e contra referência: M2C/E; M5C1 Qualificação profissional: M5E1; M5E2 Não identificou dificuldades: M4E1; M5E1; M5E3
	Potencialidades	Atendimento humanizado/ Integralidade do cuidado: M1C1; M4E1; M5C1; M5E1 Desospitalização/Re-internação: M1C1; M1E1; M2C/E; M3E1; M5E2 Práticas educativas: M1C1; M1E2; M1E3 Estimulo ao autocuidado: M1E2; M5C1 Reconhecimento/autonomia profissional: M1E2; M5C1 Benefícios para o usuário/família: M1E4; M2C/E; M3C1; M3E1; M4E1; M5E1; M5E2 Criação de vínculos: M5E3 Acompanhamento pós óbito: M1C1; M4E1; M5C1

QUADRO 11- INTERRELAÇÃO DO SAD NAS MODALIDADES AD2 E AD3 COM OS DEMAIS SERVIÇOS E INSTITUIÇÕES DE SAÚDE/USUÁRIO/FAMILIAR/CAUIDADOR

Categoria	Subcategoria	Unidades de registro
	Relações interpessoais do enfermeiro junto	Potencialidades Acolhimento: M1C1; M1E4; M2C/E; M5E1 Criação: M1C1; M1E3; M3E1; M5E2; M5E3 Identificação/capacitação do cuidador: M1E2; M1E3

Interrelação do SAD nas modalidades AD2 e AD3 com os demais serviços e instituições de saúde/ Usuário/familiar/cuidador	ao usuário/familiar/cuidador	Fragilidades	Conflitos entre usuário e família: M1C1; M3E1; M4E1; M5C1; M5E2 Familiar não assume o cuidado: M5E1
	A articulação do SAD nas modalidades AD2 e AD3 com os demais serviços e instituições de saúde.	Instituições e Serviços	Hospital e Unidade Básica de Saúde: M1C1; M1E1; M2C/E; Unidade Básica de Saúde: Hospital: M3C1; Não especificado: M4E1
		Potencialidades	Captação de usuários: M1E4; Articulação: M1E4; M2C/E; M5E3 AD em rede: M5C1
		Dificuldades	Vínculos: M1E3; Diálogo: M1E3; M5E1; M5E2 Leitos IH: M3E1; Não Articulação: M3C1; M5E1; M5E2 Funções de cada serviço: M3C1;

A análise e a interpretação dos dados resultantes das entrevistas com os 13 participantes dessa pesquisa foram realizadas à luz da Análise de Conteúdo seguindo os passos de Bardin (2011). Parte dos dados, são apresentados e discutidos em dois artigos.

O artigo 01 intitulado Cuidados do enfermeiro no Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades de Atendimento domiciliar 2 e 3 na perspectiva ecossistêmica. Esse artigo objetiva compreender como se desenvolvem as ações de cuidado do enfermeiro no SAD (AD2 e AD3). Além disso, existe a possibilidade de aumentar a produção científica direcionada ao saber e ao fazer do enfermeiro no contexto domiciliar, sob uma perspectiva ecossistêmica, com vistas a subsidiar um cuidado mais efetivo e eficaz.

O artigo 02, intitulado Serviço de Atenção Domiciliar e as Redes de Atenção à Saúde objetiva conhecer a interrelação do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 com as Redes de Atenção à Saúde nos municípios do RS.

6.1 ARTIGO 1

Cuidados do Enfermeiro no Serviço de Atenção domiciliar na perspectiva ecossistêmica¹

Juliana Marques Weykamp²

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira³

RESUMO: Objetivou-se, com base no pensamento ecossistêmico, investigar os cuidados desenvolvidos pelo enfermeiro ao usuário no Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 E AD3 nos municípios do Rio Grande do Sul/RS. Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado em 06 Serviços de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 nos municípios do Rio Grande do Sul/RS. Participaram da pesquisa 04 coordenadores e 09 enfermeiros, totalizando 13 participantes. A coleta de dados teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com o parecer favorável nº 148/2015, no período de 23 a 30 de outubro de 2015, e foi realizada por meio entrevista semiestruturada. A análise ocorreu mediante a Análise de Conteúdo de Bardin. O cuidado do enfermeiro no âmbito domiciliar combina atividades gerenciais, assistenciais, educativas e investigativas, que permitem o gerenciamento das unidades e coordenação das atividades assistenciais desenvolvidas junto à equipe de saúde. Conclui-se que o enfermeiro, entende que o espaço onde atua, é hábil para identificar, analisar e refletir sobre o seu fazer, e, de forma eficaz

¹ Artigo extraído da Dissertação: WEYKAMP, Juliana Marques. “Cuidados do enfermeiro ao usuário do sistema único de saúde no serviço de atenção domiciliar na modalidade atenção domiciliar 2 e 3 sob a perspectiva ecossistêmica 2015. 137 p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Rio Grande, RS, Brasil, 2015. Linha de Pesquisa: O trabalho da Enfermagem/Saúde. Será encaminhado para a Revista Latino Americana de Enfermagem. <http://ead.eerp.usp.br/rlae/>

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande – FURG/ RS, Brasil. Bolsista do CNPQ - juweykamp@hotmail.com

³Enfermeira, Administradora Hospitalar, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Docente do Programa de Pós Graduação do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG/Rio Grande/ RS, Brasil. hedihs@terra.com.br

provocar as transformações necessárias, para a evolução do seu saber em benefício dos serviços, da equipe de saúde e do usuário e família.

Descritores: Saúde; Cuidados de enfermagem; Serviços de atenção domiciliar; Enfermeiros

Palabras clave: Salud; Cuidados de enfermería; Servicios de atención a domicilio; Enfermeras

Keywords: Health; Nursing care; Home care services; Nurses

INTRODUÇÃO

O cuidado precisa ser sentido, vivido, e para que este seja integrado ao cotidiano é necessário absorvê-lo, permitir que ele faça parte da existência humana.. Todos os atributos inerentes ao cuidar são essenciais no processo de desenvolvimento do ser, já que ele constitui a condição humana. Cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem como finalidade assegurar a manutenção e a continuidade da existência do ser humano⁽¹⁾.

Do ponto de vista sistêmico/ecossistema, esta forma de reconhecer o cuidado supre a maneira individualista, unidirecional e hierárquica de olhar o mundo e o ser humano, e a substitui para um percepção da totalidade interdependente, mutuamente influenciável e integradora⁽²⁾.

Entende-se por ecossistema, um conjunto de elementos de um determinado espaço/tempo que se inter-relacionam e interagem, constituindo uma unidade. É, portanto, composto por um grupo de organismos, bióticos e abióticos, que interagem entre si, são interdependentes e se influenciam mutuamente⁽²⁻³⁻⁴⁾.

Neste contexto, há necessidade de compreender a saúde do indivíduo em relação aos elementos fundamentais da vida: energia, espaço, tempo e informação/conhecimento. É preciso considerar, também, a maneira como ele os apreende e a visão que possui em relação

da sua inserção no espaço que ocupa, tanto familiar, sociedade e do mundo. Além disso, as demais características dos elementos da vida humana, se constituem em aspectos indispensáveis para planejar os cuidados a serem empreendidos, principalmente, no âmbito domiciliar que pode ser considerado um ecossistema ^(1,5).

A concepção do cuidado e os novos modelos de atenção dele decorrente, ocasionaram mudanças no que diz respeito ao atendimento à saúde ofertado ao indivíduo visando o alcance do atendimento da demanda, cada vez mais numerosa, enquanto os recursos humanos e financeiros não satisfaziam, e ainda continuam não correspondendo, as necessidades de saúde da população.

Atualmente, a preocupação com a resolutividade do sistema público de saúde amplia as pesquisas sobre as inúmeras formas de cuidar, e expõe modalidades de atenção, sedimentando uma nova visão analítica sobre o processo de saúde⁽⁶⁾. Com isso, faz-se necessário uma abordagem inovadora de cuidado, a partir de práticas em espaços não convencionais como o domicílio, para desenvolver o cuidado em saúde, possibilitando um olhar diferenciado sobre as necessidades do usuário, família e comunidade.

Sob essa perspectiva, têm-se a modalidade de atendimento à domicílio, constituída a partir de diagnósticos das necessidades de saúde, onde o cuidado é prestado ao usuário de qualquer idade em sua residência. Nesta modalidade, é preciso identificar os fatores que podem limitar ou potencializar o processo de cuidado, adaptando-o quando necessário, a fim de contribuir para a efetividade nas ações de prevenção, promoção e reabilitação, em busca de melhores condições de saúde para o usuário e sua família⁽⁷⁻⁸⁾.

Entre os profissionais da equipe de saúde, a enfermagem representa o maior contingente de trabalhadores envolvidos no cuidado domiciliar. O enfermeiro, como integrante da equipe de saúde precisa realizar ações em todos os níveis de atenção, zelando pelo bom atendimento, diversificando, aprimorando e promovendo cuidados. É perceptível a

extensa amplitude da atuação do enfermeiro em ações do cuidado domiciliar, onde este adquire uma representação fundamental e imprescindível, pois deve responder às necessidades apontadas, não apenas no intuito de cumprir as ações que lhe são impostos pelo seu trabalho, mas satisfazer também e, principalmente, o usuário do serviço, bem como sua família^(4,7,9).

Tem-se que “para o usuário que cuidamos e seus familiares, o importante é o fazer do profissional, pois este tem que resolver problemas, apontar soluções, melhorar as situações com as quais está interagindo”^(10:9). Neste caso, o enfermeiro precisa ter sensibilidade para identificar o melhor uso do conhecimento em seu fazer, exercendo o cuidado de forma articulada, integrada e intencionada tendo em vista um resultado mais efetivo. Essa articulação precisa envolver os diversos elementos que fazem parte do ecossistema domiciliar levando o enfermeiro a entender de forma crítica o espaço onde atua, necessitando de habilidades para identificar, analisar e refletir sobre o seu fazer/saber, tendo em vista a garantia de benefícios para a equipe de saúde, usuário e família.

Diante disso, com base na perspectiva ecossistêmica, questiona-se quais os cuidados desenvolvidos pelo enfermeiro ao usuário no Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 E AD3 nos municípios do RS? Neste contexto objetiva-se, por meio da visão ecossistêmica investigar os cuidados desenvolvidos pelo enfermeiro ao usuário no Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 em municípios do Rio Grande do Sul/RS.

MÉTODOS

Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado em 06 Serviços de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 nos municípios do Rio Grande do Sul/RS. Foram participantes, 04 coordenadores do Serviço da Atenção Domiciliar e 09

enfermeiros, sendo que uma das coordenadoras exerce a função de coordenadora e enfermeira da equipe, totalizando 13 participantes.

A coleta de dados teve início após a aprovação da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da saúde/FURG (CEPAS), com o parecer nº 148/2015, no período de 23 a 30 de outubro de 2015, realizada por meio de entrevista semiestruturada.

Para preservar o anonimato o participante coordenador foi identificado com a letra C, seguida de dois números arábicos, um relativo ao município a que pertence seguido de outro atinente a ordem em que as entrevistas foram realizadas e a letra E aos participantes enfermeiros seguindo-se o mesmo processo (M1C1; M1E1).

Foi exposto ao participante o roteiro com as questões, um direcionado aos coordenadores e o outro aos enfermeiros. Posteriormente, a cada entrevista, os dados foram transcritos, na íntegra, para uma planilha a fim de dar seqüência na organização tendo em vista a análise e interpretação.

Para realizar a análise dos dados utilizou-se a técnica da Análise de Conteúdo de Bardin, que, compreende três pólos: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação. Tais pólos são criteriosos, com aspectos que devem ser observados para que possam colaborar para descobrir os conteúdos das mensagens, presentes nas entrevistas⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

Os participantes deste estudo, foram 04 coordenadores, 09 enfermeiro, num total de 13.

Em relação aos cuidados que o enfermeiro desenvolve no SAD, os participantes do estudo afirmaram que: *O enfermeiro [...] troca de sonda, medicamento, punção, curativo (M1C1). É como se fosse dentro do hospital, conforto, higiene, feridas e medicação (M1E1). Administração de medicamentos,*

sondagens, troca de traqueotomia, curativos complexos (M4E1). Às vezes desenvolvo as atividades do técnico de enfermagem quando está de férias, pois não contamos com substitutos (M4E1).

Quanto às práticas recomendadas pelo COFEN foram mencionadas pelos participantes: *Orientação de cuidados (M1E3). Orientamos diariamente, porque é muita informação, então temos que ir orientando aos poucos (M3E1). Realizamos todo o tipo de orientação (M5E2)⁽¹²⁾.*

Também é possível apreender, por meio das falas, que as entrevistadas, compreendem que o cuidado domiciliar exige do enfermeiro conhecimentos, habilidades e atitudes peculiares com a finalidade de identificar as especificidades que o ambiente apresenta e, assim, planejar, organizar, executar e coordenar ações de cuidado de forma efetiva e eficaz em benefício do usuário e seus familiares.

Diversos relatos dos participantes expressam: *Realizamos evoluções que precisam ser registradas (M1C1). Existe um plano de cuidados de acordo com a patologia, a gente busca o histórico e analisa os cuidados prévios [...] então a gente reavalia esse plano de cuidados no domicílio que precisa ser adaptado as novas realidades (M1E2). Coordenar todo o programa, as ações técnicas, a parte de digitação, escalas de visitas (M2C/E). A enfermeira organiza, é a pessoa que puxa a equipe, é a pessoa que se responsabiliza e sabe um pouco de cada área [...] eu vejo se a enfermeira não é coordenadora, automaticamente ela assume esse papel, porque ela controla a equipe, ela faz a escala da equipe, ela assume o papel pela profissão que tem, tu não precisa ser chefia, tu é chefia (M3C1). Realizo uma grade de usuários, organizo as visitas, preencho registro de evolução, folha de sinais (M5E2). Consulta de enfermagem, encaminhamento para a rede, liderança da equipe e tomada de decisões (M5E3).*

DISCUSSÃO

O Serviço de Atenção domiciliar (SAD), atualmente em vigência, representa uma priorização da Atenção domiciliar (AD) por parte do governo federal, sendo desenvolvido em parcerias com Estados e Municípios. Como benefício de sua implantação, se tem a melhoria e ampliação do cuidado prestado aos usuários, na perspectiva de um cuidado mais humanizado, no próprio domicílio e próximo a sua família.

Conforme o perfil dos participantes identifica-se que dos 13, todos são enfermeiros, incluindo os coordenadores do serviço. Estudos evidenciam que o enfermeiro no SAD, pode ser reconhecido como um profissional responsável pela realização de atividades assistenciais, gerenciais e até mesmo burocráticos, educativas e investigativas que vislumbram um cuidado efetivo e de qualidade, apresentando-se como um dos elementos-chave na discussão, planejamento e organização da assistência⁽¹³⁾.

No que se refere aos cuidados desenvolvidos pelo enfermeiro no SAD, a partir das falas dos entrevistados evidenciou-se que os cuidados mencionados pelos participantes desta pesquisa, estão, principalmente, direcionados aos procedimentos técnicos, entre eles, curativos, medicamentos, trocas de sondas, reforçando a tendência em considerar o cuidado apenas um sinônimo de competência técnica. Apesar de reconhecer a importância do conhecimento técnico, acredita-se na necessidade do enfermeiro atuar como promotor de saúde, em um trabalho ampliado que se constitua além de medidas higiênicas e sanitárias.

Um trabalho realizado sob a forma de reflexão, diverge com os dados encontrados na presente pesquisa, pois afirma que nos paradigmas de cuidado clínico de enfermagem, é preciso apropriar-se de práticas que levem em consideração o saber do usuário que procura por intervenções, associando o fazer ao saber científico e, assim, possibilitar a oferta de práticas que venham a fortalecer seu potencial e autonomia⁽¹⁴⁾.

Um dos profissionais entrevistados relatou que realiza atividades do técnico de enfermagem, enquanto outro justifica que o faz, por que a equipe não conta com substitutos de férias. Contrapondo-se a esta ideia, autores evidenciaram em um ensaio acerca dos recursos humanos na enfermagem⁽¹⁵⁾, que o cuidado do enfermeiro apresenta-se como uma prática complexa, que não pode ser descontinuada, portanto é preciso que exista um planejamento de recursos humanos, onde o processo de atendimento em saúde é fundamentalmente uma relação de pessoas que implica em interação, intervenção e trocas.

Ressaltam ainda que a resolatividade e a eficácia do cuidado estão intrinsecamente associadas aos recursos humanos que os exercem.

Nesta situação, pode-se deduzir que não basta ter uma estrutura no serviço, um planejamento e organização das ações, é preciso que haja recursos humanos em quantidade e qualidade suficiente para dar conta da demanda de trabalho. O enfermeiro, ao assumir outras funções, que normalmente não lhe são atribuídas, poderá deixar de exercer algumas de suas ações específicas, uma vez que existem outros usuários a serem atendidos no mesmo período e outras atividades a serem desenvolvidas na sede do serviço.

As ações em saúde que visam somente práticas curativas fracionadas demonstram um atraso, tanto nos modelos de atenção existentes nos serviços de saúde, pois este pensamento desconsidera o indivíduo como um todo, não leva em conta a família a qual pertence, nem mesmo ao contexto no qual vive e tão pouco é considerado na sua integralidade. Esse olhar fragmentado compromete o planejamento, o desenvolvimento e execução das ações em saúde, afetando diretamente a qualidade da assistência prestada à população.

Entende-se que a atuação do enfermeiro precisa ser direcionada ao usuário, família, considerando o ambiente, aqui apreendido como ecossistêmico/domicílio, onde a enfermidade e os procedimentos técnicos que dela advém, não serão esquecidos ou desprezados, mas considerados como parte do todo que envolve o processo de cuidar deste profissional.

Outro aspecto presente nas entrevistas refere-se as práticas educativas desenvolvidas pelo enfermeiro no SAD. Vale ressaltar que estas práticas foram denominadas pelos participantes como orientações sejam elas desenvolvidas cotidianamente ou planejadas conforme a necessidade do usuário e ou familiar/cuidador.

Evidencia-se que as práticas educativas, compreendidas como orientações pelos enfermeiros, podem ser consideradas como uma importante estratégia no intuito de oportunizar a qualificação do cuidado individual e coletivo, uma vez que ela pode ser

percebida como um processo de trocas de saberes e experiências entre os profissionais, os gestores, instituições de saúde, os usuários dos serviços, seus familiares e a comunidade.

Neste interín, a resolução nº 311/2007 do COFEN, vem ao encontro dos dados deste trabalho ao atribuir ao enfermeiro, no ambiente domiciliar, o exercício de práticas educativas, no intuito de estimular o autocuidado, garantir que durante a sua ausência o usuário ficará assistido por algum familiar/cuidador capacitado, além de prevenir que outras enfermidades possam surgir, e levar o usuário a um quadro clínico que interfira nos cuidados à domicílio, e os direcione a uma internação hospitalar⁽¹²⁾.

As práticas educativas, no cuidado domiciliar, podem ser percebidas como uma ferramenta de trabalho essencial em seu cotidiano junto ao usuário e família. O enfermeiro no domicílio, pode expandir, de forma significativa o cuidado de enfermagem, enquanto educador. Existe a possibilidade de desenvolver juntamente com a competência técnica, científica e legal o que lhe é garantido por lei, sua função educativa de promotor da saúde. Ao exercer a função educativa de orientação frente ao cuidado aos usuários, famílias e comunidade, possui a possibilidade de contribuir para a participação do usuário no seu cuidado e torná-lo mais independente e com maior autonomia.

Nesta linha de pensamento, autores corroboram com essa ideia ao afirmar que o enfermeiro é capaz de contribuir significativamente para as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos, articulando e interagindo de forma ativa e participativa com uma equipe multiprofissional, visando a resolutividade dos serviços de saúde e o bem estar da população⁽¹⁶⁾.

Conforme as falas dos participantes desta pesquisa, identificou-se, , que o enfermeiro no âmbito domiciliar de AD2 e AD3 também desenvolve atividades gerenciais e até mesmo burocráticas. A atuação gerencial do enfermeiro é definida nas Diretrizes Curriculares

Nacionais como uma ferramenta indispensável que o auxilia no atendimento às demandas em saúde.

Estas ações do enfermeiro encontram-se asseguradas legalmente por meio do Art.11 da Lei 7.498/86 regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 que indica que cabe ao enfermeiro organizar e direcionar os serviços de enfermagem, desenvolver atividades técnicas e auxiliares nos serviços de saúde, como também planejar, coordenar, executar e avaliar os serviços referentes a assistência de enfermagem⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Além de desenvolver ações visando a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do usuário/família, conforme pôde ser observado nas falas dos participantes ao longo do estudo, o enfermeiro é capaz de incorporar junto a sua prática cotidiana ações gerenciais, que influenciam tanto nos procedimentos técnicos, quanto nas práticas educativas em busca da efetividade do cuidado ofertado ao usuário em seu domicílio.

Estudos realizados vem de encontro dos dados desta pesquisa ao ressaltar que o enfermeiro apresenta uma grande capacidade de atuar de forma cooperativa junto aos demais profissionais, dispondo-se a receber contribuições que possam influenciar num comprometimento efetivo com os objetivos organizacionais, compartilhando informações, decisões e compromissos⁽¹⁹⁻²⁰⁾. De maneira geral, este profissional é capaz de desempenhar cinco funções essenciais no contexto das práticas em saúde: cuidar, educar, coordenar, colaborar e supervisionar⁽²¹⁾.

Evidencia-se, por meio dos dados desta pesquisa que o cuidado do enfermeiro no âmbito domiciliar da AD2 e AD3 combina distintas atividades, entre elas: as gerenciais, assistenciais, educativas e investigativas, que permitem o gerenciamento das unidades, e coordenação das atividades assistenciais desenvolvidas junto à equipe de saúde no atendimento domiciliar oferecido ao usuário. E capaz de planejar, organizar e coordenar e avaliar o processo de trabalho de enfermagem e da equipe de saúde da AD2 e AD3. Salienta-

se o cuidado do enfermeiro, necessita respeitar a vida, a dignidade e os direitos dos indivíduos em todas as dimensões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas de cuidado na contemporaneidade vêm sendo destaque devido às novas concepções do indivíduo e de sua família, bem como do contexto ecossistêmico, remetendo à construção de novas modalidades de cuidado, no intuito de atender a demanda das necessidades da população e oportunizar-lhe uma melhor qualidade de vida.

Entre as práticas de cuidado inovadoras, vê-se o SAD, especialmente, na modalidade da AD2 e AD3 como um serviço de atenção humanizada e inovadora. A partir do momento em que o profissional enfermeiro se dirige ao domicílio do usuário, amplia-se a necessidade de compreensão deste espaço, a fim de desenvolver uma relação de confiança e ajuda mútua entre os profissionais, o usuário e sua família. Essa relação ao pautar-se no respeito recíproco, na ética, na singularidade de cada usuário/família, permite a construção de novos saberes e novas práticas de cuidado em saúde.

Evidenciou-se nesta pesquisa que o domicílio do usuário além de propiciar um ambiente mais acolhedor e humanizado, também oferece campo propício para incrementar e implementar novas práticas de enfermagem, pois essas são resultantes das interconexões das ações praticadas, no espaço ecossistêmico domiciliar que com suas peculiaridades instiga e vincula o profissional enfermeiro a encontrar alternativas inovadoras para atender a demanda e as particularidades de cada usuário e familiar

REFERÊNCIAS

1. Collière MF. Promover a vida. Lisboa: Edições técnicas; 1999.

2. Santos MC, Siqueira HCH, Silva JRS. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ações do enfermeiro. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2009; 30(4):750-4.
3. Svaldi JSD, Siqueira HCH. Ambiente hospitalar saudável e sustentável na perspectiva ecossistêmica: contribuições da enfermagem. *Rev Esc. Anna Nery.* 2010; 14(3):599-604.
4. Zamberlan C, Siqueira HCH. Ecossistema domiciliar de pais cardiopatas e o modo de viver dos filhos: possibilidades de promoção da saúde pelo conhecimento da enfermagem/saúde. *Rev. Enferm. UFPE online.* 2014; 8(4):1098-100.
5. Vieira FP. Ações educativas do enfermeiro na promoção e prevenção das doenças crônicas infecciosas: enfoque ecossistêmico. [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2014.
6. Mioto RCT, Nogueira VMR. Serviço social e saúde – desafios intelectuais e operativos. *Ser social.* 2009; 11(25):221-43.
7. Silva JRS. Sistema Único de Saúde: modalidades de atendimento e suas inter-relações: um olhar da enfermagem [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2006.
8. Yamaguchi et al. Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar. 1ª Ed. Barueri, SP: Manole; 2010.
9. Silva JRS, Heck RM, Schwartz E, Schwonke CRGB. O enfermeiro no programa de internação domiciliar: a visão do usuário e da família. *Rev. Enfermería Global.* 2009; (15):1-11.
10. Lacerda MR, Costenaro RGS. O cuidado como manifestação do ser e fazer da enfermagem. *Vidya.* 1999; 1(1): 32.

11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2011.
12. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN Nº. 311/2007.
13. Favero L, Camargo TB, Lenardt MH, Mazza VA, Lacerda MR, Os conhecimentos envolvidos no cuidado domiciliar de enfermagem: revisão integrativa da produção científica. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2009; 8(3):XX.
14. Oliveira DC, Vidal CRPM, Silveira LC, Silva LMC. O processo de trabalho e a clinica na enfermagem: pensando novas possibilidades. *Rev. Enfermería Global*. 2009; 15(esp):521-6.
15. Magalhães AMM, Riboldi CO, Agnol CMD. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *Rev. bras. enferm.* 2009; 62(4): 608-12.
16. Soares DC, Pereira QLC, Milbrath VM, Oliveira NA, Siqueira HCH. Enfermagem: história e interfaces da profissão. In: Siqueira HCH, Cecagno D, Pereira QLCP. *Equipe multiprofissional de saúde: Ações inter-relacionadas*. Pelotas: Editora Universitária/UFPEL; 2009.
17. Ministério da Saúde (BR). Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providencias. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1986*. [citado 2015 julh 26]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26973.
18. Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados – SUDS, e dá outras providencias. Brasília, DF, 1987.
19. Franco TB, Mehry EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Rev. Ciência & Saúde coletiva*. 2008; 13(5):1511-1520.

20. Lima MJ. O que é enfermagem. *Cogitare Enfermagem*. 2005; 10(1):71-4.
21. Cenedési MG, Bernardino E, Lacerda MR, Dallaire C, Lima K. Funções desempenhadas pelo enfermeiro em unidade de terapia intensiva. *Rev Rene*. 2012; 13(1):92-102.

6.2 ARTIGO 2

Serviço de Atenção Domiciliar e as Redes de Atenção à Saúde³

Juliana Marques Weykamp⁴

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira⁵

RESUMO: Objetivou-se conhecer a interrelação do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 com as Redes de Atenção à saúde nos municípios do Rio Grande do Sul. Estudo descritivo, exploratório, qualitativo, realizado em 06 Serviços de Atenção Domiciliar no período de 23 à 30 de outubro de 2015. Participaram da pesquisa 04 coordenadores e 09 enfermeiros. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada e para análise utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin. A articulação das práticas em saúde, aliadas às Redes de Atenção à Saúde representam elemento benéfico e inovador, possibilitando a prestação de uma assistência contínua e dinâmica para a população. Conclui-se que para o funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar, a dinâmica das Redes de Atenção à Saúde, necessita estar bem esclarecida, articulada e desenvolvida em cooperação entre os serviços e instituições de saúde, visando a sua importância na reestruturação produtiva na saúde.

Descritores: Saúde, Cuidados de enfermagem, Serviços de atenção domiciliar, enfermeiros

RESUMEN: El objetivo fue conocer la interrelación de los Servicios de Cuidado en AD2 y AD3 maneras en las redes de atención de salud en los municipios de Rio Grande do Sul. Estudio cualitativo descriptivo, exploratorio realizado en 06 Servicios de Cuidado en el 23

²Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande – FURG/ RS, Brasil. juweykamp@hotmail.com

³Enfermeira, Administradora Hospitalar, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Docente do Programa de Pós Graduação do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG/ RS, Brasil. hedihs@terra.com.br

³Artigo extraído da Dissertação: WEYKAMP, Juliana Marques.: “Cuidados do enfermeiro ao usuário do sistema único de saúde no serviço de atenção domiciliar na modalidade atenção domiciliar 2 e 3 na perspectiva ecossistêmica 2015. 137 p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. Programa de Pós graduação em Enfermagem. Rio Grande, RS, Brasil, 2015. Linha de Pesquisa: O trabalho da Enfermagem/Saúde. Será encaminhado para a Revista Texto & Contexto Enfermagem. <http://www.textoecontexto.ufsc.br/>

período de el 30 de octubre de 2015. Los participantes fueron 04 ingenieros y 09 enfermeras. La recolección de datos ocurrió por medio de entrevistas semiestructuradas y análisis utilizó el análisis de contenido de Bardin. La articulación de las prácticas de salud, junto con las redes de atención médica representan elemento beneficioso e innovador, que permite la prestación de apoyo y el impulso para la población. Se concluye que el funcionamiento del Servicio de Atención Domiciliar, la dinámica de las redes de atención médica, debe ser bien entendida, articulado y desarrollado en cooperación entre los servicios y las instituciones de salud a su importancia en la reestructuración de la producción en la salud.

Palabras clave: Salud, Cuidados de enfermería, Servicios de atención a domicilio, Enfermeras

ABSTRACT: The objective was to know the interrelationship of Home Care Services in AD2 and AD3 ways in Health Care Networks in the municipalities of Rio Grande do Sul. Descriptive, exploratory qualitative study conducted in 06 Home Care Services in 23 period on October 30, 2015. The participants were 04 engineers and 09 nurses. Data collection occurred through semi-structured interviews and analysis used the Bardin Content Analysis. The articulation of health practices, coupled with the Health Care Networks represent beneficial and innovative element, enabling the provision of ongoing support and momentum for the population. It is concluded that the functioning of the Home Care Service, the dynamics of the Health Care Networks, needs to be well understood, articulated and developed in cooperation between services and health institutions to their importance in the production restructuring in health.

Keywords: Health, Nursing care, Home care services, Nurses

INTRODUÇÃO

No momento em que o País se debruça sobre a necessidade de reforma da atenção hospitalar, a proposta do Serviço de Atenção Domiciliar vem contribuir de forma decisiva para o reordenamento interno da rede de serviços de saúde, bem como das novas redefinições de funções que se fazem necessárias para compreender essa modalidade de atenção à saúde.

Com o propósito de redefinir a AD no âmbito do SUS, surge a Portaria nº 2527 de 27 de outubro de 2011 que, além de revogar a Portaria nº 2.029/11, estabelece as normas para o cadastro dos serviços de atenção domiciliar (SAD), a habilitação dos estabelecimentos de saúde no qual estarão os serviços alocados e os valores do incentivo para o seu funcionamento¹.

As diretrizes que devem ser seguidas na estruturação da AD, presentes no Art. 5º da Portaria 2527/11, sugerem que a AD precisa ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à saúde (RAS)¹. Além disso, a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial precisa estar aliada ao sistema de regulação. Esse serviço carece articular-se com os outros níveis de atenção à saúde e com serviços de retaguarda, inserir-se nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras fundamentadas nas necessidades do usuário. Ainda, prevê amenizar a fragmentação da assistência, mantendo-se de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade do cuidado, adotar o modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares estimulando a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

Com base nesse pensamento autores, reforçam que o SAD precisa envolver todos os pontos de atenção à saúde e direciona seus esforços de mudança para a organização dos serviços de saúde com o foco central no usuário. A transformação do modelo tecnoassistencial só é verdadeiramente efetiva quando se adota a centralidade no usuário²⁻³. Corroborando com essa ideia, um estudo destaca que o primeiro elemento das redes de atenção à saúde e a sua razão de ser é a população⁴. Com isso, entende-se que as diretrizes da AD correspondem a um movimento tendente a estimular a organização de novos arranjos estruturais de atenção à saúde com o objetivo de atender às demandas da população de forma mais integralizada e humanizada.

Para um bom funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar, a dinâmica das redes de atenção à saúde, necessitam estar bem esclarecidas, articuladas e desenvolvidas em cooperação entre os serviços e instituições de saúde, tendo em vista a sua importância, como um dispositivo coletivo de reestruturação produtiva na saúde. Enfatiza-se que, por fazer parte do SUS, o usuário também, precisa colaborar e participar no seu cuidado junto com a equipe multiprofissional do SAD. As relações devem ser estabelecidas de forma organizada com a finalidade de resguardar o direito do usuário ao cuidado/assistência dentro dos princípios doutrinários e organizacionais do SUS.

Dessa forma, questiona-se: Como ocorre a interrelação do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 com as Redes de Atenção à Saúde nos municípios do RS? Neste contexto objetiva-se conhecer a interrelação do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 com as Redes de Atenção à saúde nos municípios do RS que oferecem essa modalidade de assistência.

MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado em 06 Serviços de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 nos municípios do Rio Grande do Sul/RS. Foram participantes 04 coordenadores e 09 enfermeiros, sendo que uma das coordenadoras exerce a função de coordenadora e enfermeira da equipe, totalizando 13 participantes.

A coleta de dados teve início após a aprovação da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da saúde/FURG (CEPAS), com o parecer favorável nº 148/2015, no período de 23 a 30 de outubro de 2015, por meio de entrevista semiestruturada.

Para preservar o anonimato o participante coordenador foi identificado com a letra C, seguida de dois números arábicos, um relativo ao município a que pertence seguido de outro atinente a ordem em que as entrevistas foram realizadas e foi atribuída a letra E aos participantes enfermeiros seguindo-se o mesmo processo (M1C1; M1E1).

Ao participante foi exposto o roteiro com as questões, um direcionado aos coordenadores e o outro aos enfermeiros. Posteriormente a cada entrevista, os dados foram transcritos, na íntegra, para uma planilha a fim de dar seqüência na organização tendo em vista análise e interpretação.

Para realizar a análise dos dados utilizou-se a técnica da Análise de Conteúdo de Bardin, que, compreende três pólos: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação. Tais pólos são criteriosos, com aspectos que devem ser observados para que possam colaborar para descobrir o sentido dos conteúdos das mensagens, presentes nas entrevistas⁵.

RESULTADOS

A articulação das modalidades de atendimento à domicílio, junto às Redes de Atenção à Saúde (RAS) representa um elemento benéfico e inovador para o atendimento ao usuário, pois este, está, evoluindo e transformando-se de maneira constante, adaptando-se aos novos saberes construídos ao longo dos tempos, até chegar os dias atuais. Os serviços integrados às redes de atenção à saúde permitem a prestação de uma assistência contínua e dinâmica para a população com efetividade e eficácia e favorecem inovações com base no contexto ecossistêmico de cada domicílio e usuário e família atendida.

Os dados coletados referentes a articulação nas modalidades AD2 e AD3 foram organizados com base nas unidades de registro, agrupamento em subcategorias e respectiva categoria Quadro 1.

Quadro 1: A articulação das modalidades AD2 e AD3 com a Rede de Atenção à Saúde

Categoria	Subcategoria	Unidades de registro
A articulação das modalidades AD2 e AD3 com a Rede de Atenção à Saúde	Instituições e Serviços	Hospital e Unidade Básica de Saúde: M1C1; M1E1; M2C/E; Hospital: M3C1; Não especificado: M4E1
	Potencialidades	Captação de usuários: M1E4; Articulação: M1E4; M2C/E; M5E3 AD em rede: M5C1
	Dificuldades	Vínculos: M1E3; Diálogo: M1E3; M5E1; M5E2 Leitos IH: M3E1; Não Articulação: M3C1; M5E1; M5E2 Funções de cada serviço: M3C1;

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação a articulação do SAD com os serviços/instituições que constituem a RAS, têm-se como opinião dos entrevistados: [...] *A articulação aqui do serviço é apenas com o Hospital e Unidade Básica de Saúde [...] (M1C1); [...] Que eu saiba a articulação é com o Hospital e Unidade Básica de Saúde [...] (M1E1); [...] se estabeleceu alguns fluxos, principalmente com a UBS [...] (M2C/E); [...] O hospital referencia para o SAD, porque é muito interesse deles, ele não quer ficar com o custo do usuário, porque o usuário que vai vir para nós é um usuário que só da custo [...] (M3C1).*

Os desafios evidenciados pelos participantes estão expressos por meio das dificuldades na articulação do SAD com outros serviços/instituições de saúde: [...] *São poucas às vezes em que a gente teve um trabalho em conjunto, nesse um ano aqui que eu me lembre, apenas 3 atendimentos em conjunto com a UBS [...] (M1C1); [...] Temos dificuldades de vínculos, diálogos, até porque na maioria das vezes existe dificuldade na comunicação [...] (M1E3); [...] A gente tem muitos problemas com essa intermediação com a UBS. Eu acho que o papel não está muito claro, até onde vai um e inicia outro, a definição do papel de cada um, e nem na portaria não estão muito claro [...] (M3C1); [...] Na questão de referência e contra referência a maior dificuldade que eu vejo é quando esse paciente tem que retornar ao hospital porque nós temos poucos leitos no hospital [...] (M3E1); [...] Não funciona, absolutamente não tem, disseram que antes uma assistente social que fazia o meio de campo entre os serviços [...] então não existe, e até existem usuários que não precisam estar*

conosco, poderiam estar na ADI e a UBS não atende, e no caso se ele não quer atender a responsabilidade é nossa [...] (M5E1); [...]Eu acho isso um pouco falho, a rede não funciona como deveria [...] (M5E2).

Em contrapartida, existem participantes que reconhecem articulação junto ao seu serviço, como: *[...] A captação dos usuários está bem melhor, tem muitos vindo da UBS e do próprio hospital aqui. A gente recebe a solicitação do hospital, a gente avalia se esse paciente se enquadra nos critérios, ai depois se ele se encaixa a gente vai ver a necessidade das visitas [...] (M1E4); [...] Existe uma articulação. No hospital a gente tem uma comunicação pelo telefone, através do whatsapp, onde eles encaminham o usuário [...] se estabeleceu alguns fluxos, principalmente com a UBS, mas acho que ainda tem muito o que desenvolver, então essa rede é incipiente com a proposta de rede do ministério [...] (M2C/E); [...]Encaminhar para a UBS novamente é mais tranquilo[...] (M3E1); [...]Existe comunicação às vezes por telefone com outros serviços, a gente entra em contato[...] (M4E1); [...]Isso não era bom no inicio, então a gente fez uma ação chamada atenção domiciliar em rede, onde nos visitamos todos esses lugares possíveis de encaminhamento de usuários. Então a gente visitou, explicou como funcionava, a gente deixou formulários, funcionou muito bem [...] (M5C1); [...] Existe articulação, eu tenho pouco tempo de atuação, mas eu tenho visto que existe [...] (M5E3).*

DISCUSSÃO

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é percebido como uma abordagem diferenciada de cuidado, reduzindo e/ou auxiliando nas demandas em saúde, na melhoria da qualidade do serviço prestado e a superar a incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de saúde da população, constituindo um sistema integrado de saúde que se baseia na cooperação, integração e interconexão⁴.

A articulação das práticas em saúde, aliadas às Redes de Atenção à Saúde (RAS) representam um elemento benéfico e inovador, uma vez que os serviços integrados às redes de atenção à saúde permitem a prestação de uma assistência contínua e dinâmica para a população com efetividade e eficácia, centrada no usuário e sua família.

Com base no exposto pelas participantes, pode-se entender que estas identificaram apenas o hospital e a unidade básica de saúde como serviços que realizam articulação junto ao SAD, porém existem outros serviços/instituições de saúde que deveriam atuar junto ao SAD, tais como o serviço de urgência e emergência, pronto atendimentos ou UPAS, e que não

realizam esta articulação, ou existe um desconhecimento por parte das profissionais referente a este processo.

Cada serviço que compõe a RAS precisa estar apto a identificar o usuário adequado para a modalidade de atendimento em questão. Os cadernos de atenção domiciliar preconizam que as estratégias de inserção do usuário acontecem de acordo com os serviços que podem servir como “porta de entrada” para o SAD. Por meio de fluxos e protocolos previamente acordados, os serviços que constituem a RAS podem indicar e encaminhar o usuário ao SAD, por meio de instrumentos padronizados⁶⁻⁷.

Estes documentos necessitam conter informações básicas e imprescindíveis à continuidade do cuidado ao usuário, tais como: dados de identificação, quadro clínico do usuário, descrição de todas as necessidades de consumo (equipamentos, sondagens, curativos, entre outros), além de medicamentos a serem utilizados no âmbito domiciliar, os exames clínicos e de imagem já realizados, intercorrências prévias, entre outras necessidades diante da especificidade de cada paciente⁶.

Defende-se a possibilidade do SAD, estar conectado às Unidades Básicas de Saúde (UBS), as instituições hospitalares e de urgência/emergência representam um grande desafio para os profissionais, para o governo, para os serviços de saúde e de certa forma até mesmo para o próprio usuário e sua família⁶.

Entre os desafios, os entrevistados evidenciam a dificuldade de estabelecer vínculos, exercer o diálogo, o número insuficiente de leitos para internação hospitalar, ausência de esclarecimento das funções de cada serviço e também a ausência de articulação entre os serviços. Ou seja, o desafio acaba envolvendo o conhecimento dos critérios que devem ser utilizados para a inserção dos usuários ao SAD AD2 e AD3, bem como, em outros serviços e instituições, e a maneira com que esta articulação é realizada.

Dados semelhantes aos desta pesquisa foram apontados em trabalhos⁴⁻⁸ ao afirmar que os serviços ainda são dominados pelos sistemas fragmentados e que se (des)organizam a partir de um conjugado de pontos de atenção à saúde de forma isolados. Em consequência desta situação, pode-se deduzir que dentro de um sistema onde não há comunicação efetiva entre os integrantes do sistema, torna-se incompatível estabelecer-se uma atenção contínua e de qualidade ao usuário, família e comunidade.

Ao observar as falas das participantes, percebe-se que a dificuldade de articulação pode ser desencadeada pela fragilidade/ausência de conhecimento frente ao amparo do SAD junto à RAS. Neste sentido, o Art. 4º da Portaria nº 963/13, destaca que o SAD precisa ser

estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à RAS, a partir dos planos de ação conforme estabelecido pela portaria nº 1.600/11⁷.

Com base no exposto pelas entrevistadas, vê-se a necessidade de uma melhor divulgação dos serviços, principalmente do SAD nas modalidades AD2 e AD3, bem como, da forma como este serviço, o hospital, UBS, urgência e emergência, UPA, precisam estar articulados, visando a melhor compreensão da dinâmica da RAS. Essa articulação, do SAD AD2 e AD3 também se encontra prevista no Caderno de Atenção Domiciliar que indica a necessidade da interconexão da Atenção Básica, Serviço de Atenção às Urgências e Emergências, UPAS e hospitais⁶.

Neste intuito, as portarias e resoluções governamentais, oferecem um suporte para aprofundar o conhecimento em relação a temática das modalidades de atendimento à domicílio do sistema único de saúde (SUS) e orientam em relação às articuladas às RAS. Assim ressalta-se o SAD como uma “nova” modalidade de atenção à saúde, com vistas à garantia de continuidade de cuidados e integrada à RAS, onde esta é dependente de uma articulada rede de serviços e uma importante estrutura organizacional.

Algumas apontam que o SAD Ad2 e AD3 é capaz de articular-se com outros serviços e instituições de saúde, que esta articulação auxilia na captação dos usuários. Esta relação pode ser compreendida como um dispositivo de reestruturação produtiva na saúde suplementar. Os usuários que estão inseridos no serviço, dependem da eficácia desta articulação para ter suas necessidades atendidas.

Dados semelhantes encontrados por autores² pontuam que os serviços de saúde são capazes de interagir em diferentes fluxos, onde uma relação verticalizada não se mostra adequada². Ainda outros trabalhos^{4,8,9-10} pontuam que por tratar-se do SAD AD2 e AD3, além de ser um serviço articulado, este, possibilita a reestruturação dos serviços de saúde, visando o melhor atendimento da demanda populacional, com vistas a diminuição dos custos operacionais, o que corresponde a idéia das RAS, que visam uma assistência continua tanto a nível individual quanto coletivo, no tempo e lugar certos, a custos e qualidade adequados, com vistas a garantir ao usuário, no seu domicílio, o conjunto de ações e serviços de que necessita.

Destaca-se, a partir dos dados, ponderações de autores e textos legais a respeito do SAD, especialmente, na modalidade de AD2 e AD3 a interrelação do SAD com as RAS, se mostra indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde e tem grande importância na superação de lacunas assistenciais, racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um bom funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar na modalidade de AD2 e AD3, a dinâmica das redes de atenção a saúde, necessitam estar bem esclarecidas e desenvolvidas dentro dos serviços e instituições de saúde, tendo em vista a sua importância, como um dispositivo de reestruturação produtiva na saúde.

O SAD, na modalidade de AD2 e AD3 é um movimento tendente a estimular a organização de novos arranjos estruturais de atenção à saúde, constituindo uma rede interdependente, inter-relacionada utilizando como ponto básico a complexidade das necessidades do usuário e a forma mais integralizada em satisfazê-las.

Recomenda-se um aprofundamento desta temática para que haja uma sensibilização coletiva sobre o assunto, compreendendo a real importância desta discussão pelos benefícios que a mesma pode ser capaz de proporcionar para a vida da população.

Destaca-se que para uma real articulação entre AD2 e AD3 com a RAS é essencial o conhecimento legal e benéfico dos membros envolvidos de forma direta ou indireta na interconexão dos serviços de saúde nas mais diversas modalidades oferecidas ao usuário do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. [internet]. 2011 [citado 2014 Nov 05]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html.
2. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, Freitas LFC. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. Rev. Gaúcha Enferm. 2013; 34(1):111-7.
3. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LMC, Mehry EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev. Saúde Pública. 2010; 44(1):166-76.
4. Mendes EV. Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2011.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2011.

6. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF; 2012.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.
8. Silva JRS. Reconfiguração do sistema único de saúde e suas relações intersetoriais no município do rio grande: contribuições do enfermeiro [tese]. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande; 2013.
9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(5): 2297-2305.
10. Franco TB, Mehry EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. Rev. Ciência & Saúde coletiva. 2008; 13(5):1511-1520.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados da pesquisa permitiram, embora com fragilidades, satisfazer às expectativas iniciais da dissertação, ou seja, os cuidados do enfermeiro ao usuário do SUS no SAD nas modalidades AD2 e AD3 na perspectiva ecossistêmica, criar subsídios que potencializam a atuação profissional do enfermeiro direcionadas às necessidades de saúde da população.

Verifica-se que os cuidados do enfermeiro elencados pelos participantes permitiram um aprofundamento de informações sobre a temática, enquanto apresentaram instrumentalização aos profissionais da saúde frente a esta nova articulação de trabalho.

Os objetivos foram atingidos, uma vez que permitiram conhecer os cuidados do enfermeiro ao usuário do SUS no SAD na modalidade de AD2 e AD3, identificar as instituições de saúde que prestam SAD, AD2 e AD3, aos usuários do Sistema Único de Saúde nos municípios do RS, e verificar como o SAD AD2 e AD3, é desenvolvido nas instituições de saúde.

O percurso metodológico seguido permitiu conhecer os resultados e, desta forma, subsidiar os objetivos propostos. As categorias e subcategorias que emergiram dos resultados se interrelacionam e se interconectam, apoiando a perspectiva ecossistêmica utilizada para fundamentar, teórico e filosoficamente esta dissertação, uma vez que cada elemento que envolve os cuidados do enfermeiro compreende múltiplos subsistemas que são capazes de influenciar e de serem influenciados na compreensão e construção da totalidade.

A utilização da abordagem qualitativa possibilitou maior apropriação e aprofundamento da realidade investigada. Além disso, permitiu explorar facetas objetivas e subjetivas em relação às ações de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro ao usuário do SUS, no SAD AD2 e AD3.

A análise das categorias foi essencial para refletir sobre cada um dos elementos que constituem os contextos pesquisados. Foram evidenciadas características comuns e, também, as especificidades de cada serviço em estudo, bem como, a explanação de cada participante entrevistado auxiliou no aprofundamento de proposta.

A categoria Cuidados do Enfermeiro no Serviço de Atenção domiciliar AD2 e AD3 na perspectiva ecossistêmica utilizada na composição do primeiro artigo possibilitou a identificação, análise e reflexão sobre o fazer do enfermeiro de forma a evidenciar as transformações necessárias, para a evolução do saber em benefício dos serviços, da equipe de saúde, do usuário, da família, e também da academia. O segundo artigo foi constituído a partir da categoria A articulação do SAD nas modalidades Ad2 e AD3 com os demais serviços e

instituições de saúde, por meio dos resultados, vislumbrou sinalizações, ainda que tênues, mas capazes de influenciar na construção do saber e do fazer do enfermeiro neste serviço.

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

Este conjunto encontra-se intrinsecamente interrelacionado, interligado, em contínua troca de energia, sendo capaz de influenciar e de ser influenciado. A influência mútua advinda das interconexões entre os elementos promove progressos significativos no conhecimento, capazes de interferir e transformar a realidade dos enfermeiros atuantes nos serviços de atenção domiciliar AD2 e AD3 e suas especificidades em cada contexto.

Enfatiza-se a necessidade de novos estudos, com a finalidade de aprofundar essa temática, proporcionar continuidade aos conhecimentos já construídos, criar maiores subsídios para a prática da enfermagem e academia, bem como para a produção de maior articulação entre o SAD na modalidade de AD2 e AD3 com à RAS.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. A. Visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 151-171

ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.25, n.5, 2009.

ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia?. **Rev. Bras. Epidemiol.** vol. 3, n. 1-3, 2000.

ANDRADE, A.M.; BRITO, M.J.M.; SILVA, K.L.; MONTENEGRO, L.C.; CAÇADOR, B.S.; FREITAS, L.F.C. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.34, n.1, p.111-7, 2013.

BACKES, D.S.; KOERICH, M.S.; RODRIGUES, A.C.R.L.; DRAGO, L.C.; KLOCK, P.; ERDMANN, A.L. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p.903-10, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2011.

BATISTA, K.T.; CALDAS, K.R.; PORTILHO, J.A.C. Integralidade da saúde: significado e situação atual. **Comm Ciênc Saúde**. v.20, n.1, p.9-16, 2009.

BERTALANFFY, L. **Teoria geral dos sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações**. 7ª Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 19ª Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 27.664 de 30 de dezembro de 1949**. Regula o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 1949. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-27664-30-dezembro-1949-340344-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 21 de dezembro de 2014

_____. **Lei 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1986. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26973. Acesso em: 20 de dezembro de 2014.

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

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

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em:

<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Lei%20Federal%20N%208080%201990.pdf>. Acesso em: 13 de janeiro de 2015.

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

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

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998**. Seção II da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/constituicao_196_200.html. Acesso em: 30 de março de 2015.

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

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

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 267, de 12 de julho de 2001**. Aprova a regulamentação das empresas que prestam Serviços de Enfermagem Domiciliar – Home care. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.corenpr.org.br/legislacao/resoluca/reso1082.html>. Acesso em: 25 de novembro de 2014.

_____. Ministério da saúde. Secretário de Assistência à Saúde Ministério da Saúde. **O Sistema público de saúde brasileiro**. Brasília, DF, 2002.

_____. **Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110424.htm.

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

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília, DF, CONASS, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Política de inclusão social fortalece o SUS**. Saúde Brasil Especial, Brasília, DF, n.103, p.6, 2004.

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

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

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

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

_____. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. 2º Ed. Brasília, DF: Ed MS, 2009.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS: Coleção Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2011.

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

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

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

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

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

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

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

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

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

_____. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde.** Relatório Final. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em 09 de fevereiro de 2015.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.html>. Acesso em 10 de janeiro de 2015.

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

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

CENEDÉSI, M. G. et al. Funções desempenhadas pelo enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v, 13, n.1, p.92-102, 2012.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida.** Lisboa: Edições Técnicas, 1999.

COSTA, R.D.A.; SHIMIZU, H.E. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.5, p.654-62, 2005.

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

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

DIECKMANN, J. Home health administration: Na overview. In: HARRIS, M. **Handbook of home care administration.** USA: Aspen publication, 1997, p. 3-13.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In.: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D. (Orgs). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família.** Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2007.

FAVERO, L.; CAMARGO, T.B.; LENARDT, M.H.; MAZZA, V.A.; LACERDA, M.R. Os conhecimentos envolvidos no cuidado domiciliar de Enfermagem: revisão integrativa da produção científica. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.8, n.3, 2009.

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**, v.24, n.3, p.180-8, 2008.

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

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.4, p.645-53, 2006.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: **Políticas e Sistema de Saúde do Brasil**. GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, LVC.; NORONHA, JC.; CARVALHO, AI. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2008 .

GÓMEZ, C.C.T. **Cuidado em casa**. Associação Latino Americana de cuidado paliativo (ALCP). Disponível em: www.cuidadospaliativos.org. Acesso em 15 de dezembro de 2014.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto contexto enferm**, v. 18, n.2, p.258-65, 2009.

JOHN, J. O cuidado: essência da vida e do ser humano. In: SIQUEIRA, H.C.H. **Cuidado Humano plural**. 2. Ed. Rio Grande: Ed. da FURG, 2008.

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

LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. O cuidado como manifestação do ser e fazer da enfermagem. **Vidya**, Santa Maria, v.1, n.1, p.32, 1999.

LIMA, M. J. O que é Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 10, n. 1, p.71-74, 2005.

LOPES, J.M.C. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**: experiência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: GHC, 2003.

MARTELLI, D.R.B.; SILVA, M.S.; CARNEIRO, J.A.; BONAN, P.R.F.; RODRIGUES, L.H.C.; JUNIOR, H.M. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.21, n.1, p.147-57, 2011.

MATOS, S.S.; MORAIS, R.M.; NEUMANN, V.N.; SILVA, V.C.; SILVA, C.T.; ALVES, M. Um olhar sobre as ações do enfermeiro no processo de acreditação hospitalar. **Rev. Mineira de Enfermagem**, v.10, n.4, p. 418-24, 2006.

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

MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A.L. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.14, n.3, 2005.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

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

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

MIOTO, R.C.T.; NOGUEIRA, V.M.R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. **SER Social, Brasília**, v.11, n. 25, p. 221-243, 2009.

MOROSINI, M. V. G. C. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

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

PADILHA, M.I.C.S.; NAZARIO, N.O.; MOREIRA, M.C. A compreensão do ideário da enfermagem para a transformação da prática profissional. **Rev. Bras Enferm.**, v.50, n.3, p.307-22, 1997.

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

_____. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: **Políticas e Sistema de Saúde do Brasil**. GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, LVC.; NORONHA, JC.; CARVALHO, AI. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2008 .

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

PELLOSO, S.M.; BOAVENTURA, E. Prevenção e cura/ funções do enfermeiro na prática. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 15-16, 2002.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev Bras Enferm.**, v.62, n.5, p.739-44, 2009.

PRIGOGINE, I. **O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza**. São Paulo: UNESP; 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rede Estadual de Análise e Divulgação de Indicadores para a Saúde. **A Saúde da população do estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: CEVS, 2006.

RODRIGUES, G.; VARGAS, L.A. **O Programa de atendimento domiciliar (PAD): o caso do Hospital Adão Pereira Nunes**. 2003. Disponível em: www.um.es/eglobal/9/pdf/09d08p.pdf. Acesso em 17 de fevereiro de 2015.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.6, p. 1027-34, 2009.

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

SANTOS, G.A.S. Papel da enfermagem. In: YAMAGUCHI et al. **Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. 1ª Ed. Barueri, SP. Manole, 2010.

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

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

SILVA, L.W.S.; NAZÁRIO, N.O.; SILVA, D.S.; MARTINS, C.R. Arte na enfermagem: iniciando um diálogo reflexivo. **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n.1, p.120-3, 2005.

SILVA, J.R.S.; HECK, R.M.; SCHWARTZ, E.; SCHWONKE, C.R.G.B. O enfermeiro no programa de internação domiciliar: a visão do usuário e da família. **Rev. Enfermería Global**, n.15, p. 01-11, 2009.

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

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

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; SEIXAS, C.T.; FEUERWERKER, L.M.C.; MERHY, E.E. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.1, p.166-76, 2010.

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

_____. **Cuidado Humano plural**. 2. Ed. Rio Grande: Ed. da FURG, 2008.

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

SOARES, D.C.; PEREIRA, Q.L.C.; MILBRATH, V.M.; OLIVEIRA, N.A.; SIQUEIRA, H.C.H.D. Enfermagem: história e interfaces da profissão. In: SIQUEIRA, H.C.H.D.; CECAGNO, D.; PEREIRA, Q.L.C.P. **Equipe multiprofissional de saúde: Ações inter-relacionadas**. Pelotas: Editora Universitária/UFPEL, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

SVALDI, J.S.D. **Rede Ecológica de Pesquisa em Enfermagem /Saúde no SUS: Possibilidades de Delineamento nos Hospitais Universitários Federais**. 2011. 203f. Tese

(Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande, 2011.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A. Um pouco de história... reconstruindo o debate sobre modelos de atenção à Saúde no Brasil. **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: ISC, 2002, p.11-22.

VIEIRA, F.P. **Ações educativas do enfermeiro na promoção e prevenção das doenças crônicas infecciosas: enfoque ecossistêmico**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care**. Geneva: WHO, 1978.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3 Ed. São Paulo: Roca, 2002.

YAMAGUCHI et al. **Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. 1ª Ed. Barueri, SP: Manole, 2010.

ZAMBERLAN, C.; SIQUEIRA, H.C.H.; **Ecosistema domiciliar de pais cardiopatas e o modo de viver dos filhos: possibilidades de promoção da saúde pelo conhecimento da enfermagem/saúde**. **Rev enferm UFPE online.**, v.8, n.4, p.1098-100, 2014.

ZAMBERLAN, C. **Ecosistema domiciliar de pais cardiopatas e o modo de viver dos filhos: possibilidades de promoção da saúde pelo conhecimento da Enfermagem/saúde**. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA



Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura Municipal de Caxias do Sul
Secretaria Municipal da Saúde

PARECER SOBRE SOLICITAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA

Em relação ao pedido de realização da Pesquisa "CUIDADOS DO ENFERMEIRO AO USUÁRIO DO SUS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE AD2 E AD3 SOB A PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA" da pesquisadora **Juliana Marques Weykamp**, do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul conforme protocolo nº 418/15, esta Secretaria manifesta-se favorável à realização da mesma e autoriza a coleta de dados conforme prevista no Projeto, desde que o pesquisador cumpra os seguintes requisitos:

- Entrega do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com aprovação do projeto antes da coleta de dados;
- Fornecimento de cópia da conclusão do trabalho a SMS;
- Inclusão do nome da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul/SMS em possíveis publicações científicas;

Caxias do Sul, 17 de agosto de 2015


Dilma Maria Tonoli Tessari
Secretaria Municipal de Saúde

Assinatura do Pesquisador: _____

Data prevista para entrega do material: _____

CAMPO DESTINADO A COMISSÃO DE ANÁLISE E PARECER

Nº do documento: 00556/15
 Data / recebimento: 15/08/2015
 Encaminhamento para (unidade/ serviço / setor): *A chefia de enfermagem, Roxmeri Pedrozo*
Solicito avaliação de viabilidade de realização de
pesquisa no setor.

[Assinatura]
 Nut. Dr^a Sãmãnta Madruga
 Chefe do Gestão de Pesquisa e
 Inovação Tecnológica
 HE-UFPel/EBSERH

Data / encaminhamento: 21/08/15
 Assinatura e carimbo / Coord. Ensino, Pesquisa e Extensão: *Ros*

Data / recebimento: 21/08/15
 Parecer / área: *[Assinatura]*
 Aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão, tendo sido analisado questões físicas, de estrutura e de ocupação, além dos benefícios para o serviço e/ou setor.
 Aprovo parcialmente a execução / aplicação do trabalho em questão.
 Encaminhamento para parecer do departamento / serviço:
 Solicito que sejam analisadas questões referente a *[Assinatura]*
 Não aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.
 Motivo: *[Assinatura]*
 Isabel Cristina O. Arriera
 Chefe de Divisão de
 Gestão do Cuidado
 HE-UFPel-EBSERH

Data / encaminhamento: ___/___/___
 Assinatura e carimbo / Chefia / Área: _____

Data / recebimento: ___/___/___
 Outro / parecer: _____
 Área: _____
 Aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.
 Não aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.
 Motivo: _____

Data / encaminhamento: ___/___/___
 Assinatura e carimbo / Chefia / Área: _____

Parecer Final / Direção (A **autorização** para realização desta pesquisa está **condicionada** a entrega da carta de aprovação do CEP e Apólice de Seguros naCoord. Ensino, Pesquisa e Extensão.)
 Aprovado, dependente de avaliação e parecer final do CEP
 Com restrições / Motivo:
 Não aprovado

[Assinatura]
 Enf^a Dr^a Camilla Schwonke
 Gerente de Ensino e Pesquisa
 HE-UFPel/EBSERH

Diretor: _____ Em: 25/08/15



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

**TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO
 ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu FERNANDO RITTO, matrícula 116563102

Coordenador do/a Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES)

- Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências
 Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)
 Coordenadoria de Regulação de Serviços em Saúde (GRSS)
 Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa (COMESP) do Hospital de Pronto Socorro
 Assessoria de Planejamento (ASSEPLA)
 Outra área/secretaria: _____

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado CUIDADOS DO ENFERMEIRO AO USUÁRIO DO SUS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE AD2 E AD3 SOB A PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA, tendo como Pesquisador Responsável Juliana Marques Weykamp

Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a realização desta pesquisa.

Porto Alegre, 30/07/15.

Assinatura e carimbo

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética da SMSPA para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área tem ciência e autoriza a realiza do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação ética.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA
 Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040
 ☎ 3289.5517 ✉ cep-sms@sms.prefpoa.com.br; cep_sms@hotmail.com

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO – CEP SMSPA

APÊNDICE B
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA O
DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Rio Grande, 24 de julho de 2015

Exmo. Sr. (a) Fernando Ritter

Ao cumprimentá-lo(a) cordialmente, vimos respeitosamente, por meio deste, solicitar à V.Sª permissão para desenvolver um trabalho de pesquisa intitulada: **Cuidados do enfermeiro ao usuário do SUS no Serviço de Atenção Domiciliar na modalidade AD2 e AD3 sob a perspectiva ecossistêmica**, orientado pela Profª.Drª. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente permanente do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS.

A pesquisa tem como objetivo geral: Investigar as modalidades de atenção domiciliar do SAD (AD2 e AD3) ofertadas nos municípios do RS e as ações de cuidado praticadas pelos enfermeiros, nessas modalidades e como são desenvolvidas aos usuários do SUS.

A relevância do presente estudo está alicerçado em construir conhecimentos capazes de contribuir para perceber a saúde como um sistema, ou seja um ecossistema, cujos elementos que dele participam se relacionam, interdependem, se influenciam mutuamente e são capazes de transformações. Além disso, salienta-se que o aprofundamento do conhecimento, nessa área, poderá criar subsídios capazes de levar à compreensão de como se desenvolvem ações do cuidados do enfermeiro nas instituições de saúde que oferecem a modalidade de serviços de AD ao usuário do SUS. Esta proposta desafia uma maior produção científica direcionada ao saber e ao fazer do enfermeiro no contexto domiciliar, sob uma perspectiva ecossistêmica, com vistas a oferecer um cuidado mais efetivo e eficaz prestado de forma integrada ao usuário do SUS.

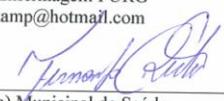
Na certeza de contar com a compreensão, apoio e habitual cordialidade de V.Sª, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Agradecemos antecipadamente.

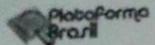
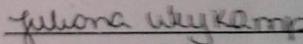
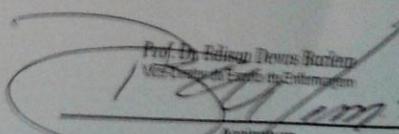
Atenciosamente


 Enfª Juliana Marques Weykamp
 Mestranda em Enfermagem FURG
 E-mail: juweykamp@hotmail.com


 Profª Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
 Orientadora
 E-mail: hedihs@terra.com.br

Exmo. Sr(a): 
 DD Secretário(a) Municipal de Saúde

APÊNDICE B - AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO À DIREÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS	
1. Projeto de Pesquisa: CUIDADOS DO ENFERMEIRO AO USUÁRIO DO SUS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE AD2 E AD3 SOB A PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA	
2. Número de Participantes da Pesquisa: 25	
3. Área Temática:	
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde	
PESQUISADOR RESPONSÁVEL	
5. Nome: Juliana Marques Weykamp	
6. CPF: 018.162.160-62	7. Endereço (Rua, n.º): VISCONDE DE OURO PRETO AREAL PELOTAS RIO GRANDE DO SUL 96277000
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (53) 3228-3778
10. Outro Telefone:	11. Email: juweykamp@hotmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>	
Data: <u>31 / 08 / 2015</u>	
 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE	
12. Nome: Universidade Federal do Rio Grande - FURG	13. CNPJ: 34.877.585/0001-19
14. Unidade/Orgão: Escola de Enfermagem	
15. Telefone: (53) 3233-0235	16. Outro Telefone:
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desinvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>	
Responsável: <u>EDISON DA SILVA BARBER</u> CPF: <u>94904458068</u>	
Cargo/Função: <u>VICE-DIRETOR GERAL</u>	
Data: <u>31 / 08 / 2015</u>	
 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL	
Não se aplica.	

APÊNDICE C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE



CEPAs/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
 Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 148/2015

CEPAS 74/2015

CAAE: 48811615.5.0000.5324

Não possui número de processo

Título da Pesquisa: CUIDADOS DO ENFERMEIRO AO USUÁRIO DO SUS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE AD2 E AD3 SOB A PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA

Pesquisador Responsável: Juliana Marques Weykamp

PARECER DO CEPAS:

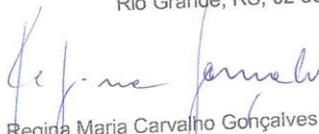
O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 128/2015, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto “**CUIDADOS DO ENFERMEIRO AO USUÁRIO DO SUS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE AD2 E AD3 SOB A PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA**”.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição coparticipante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do **relatório final**: 31/11/2015.

Rio Grande, RS, 02 de outubro de 2015.


 Profª. Regina Maria Carvalho Gonçalves
 Coordenadora 2 do CEPAS/FURG

APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - ROTEIRO DA ENTREVISTA DO COORDENADOR

Número da entrevista:	C ()
Sexo: () F () M	
Profissão:	
Tempo de atuação nesta área: () menos de 12 meses () entre 12 e 24 meses () acima de 24 meses	
Município:	
Coordenadoria Regional de Saúde a que pertence:	
Área de abrangência da AD:	
Número de equipes multiprofissionais atuantes na AD:	
Número de enfermeiros atuantes na AD:	
Nome das enfermeiras das equipes multiprofissionais que atuam na AD	

QUESTÕES ORIENTADORAS DA ENTREVISTA:

1. Que modalidades de AD são desenvolvidas neste município?
2. Quais modalidades do SAD (Ad1, Ad2 e Ad3) são desenvolvidas neste município, e de que forma?
3. Há quanto tempo essas modalidades foram implantadas?
4. Como funciona a AD?
5. A AD atua junto a outros serviços/instituições de saúde? Quais? De que forma isso acontece?
6. Em sua opinião que dificuldades existem na execução da AD?
7. No seu entender existem potencialidades na AD a serem implementadas? Quais?
8. O Sr(a) percebe que houve transformações desde a implantação da AD na saúde da população? Diga com suas palavras, que transformações aconteceram?
9. Como o Sr(a) avalia o desenvolvimento da AD em seu município?
10. O Sr(a) gostaria de acrescentar algo sobre a AD?

**APÊNDICE E - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA - ROTEIRO DA
ENTREVISTA DA(O) ENFERMEIRA(O)**

Número da entrevista:	E ()
Sexo: () F () M	
Idade:	
Ano de formação:	
Município em que atua:	
Coordenadoria Regional de Saúde:	
Modalidade de AD em que atua:	
Tempo de atuação nesta área: () menos de 12 meses () entre 12 e 24 meses () acima de 24 meses	
Número de profissionais que compõem a equipe: Enfermeiros (); Técnicos de Enf.()	

QUESTÕES ORIENTADORAS DA ENTREVISTA:

1. Na sua opinião que modalidades de AD são oferecidas aos usuários do SUS pela sua equipe de enfermagem?
2. Que ações de enfermagem são desenvolvidas, pela equipe de enfermagem, na AD em que atua atualmente?
3. Que ações de cuidado são desenvolvidas pela Sra(Sr) no Programa Melhor em Casa?
4. Na sua opinião existem dificuldades ao executar as ações de enfermagem no Programa Melhor em Casa? Quais?
5. No seu entender existem potencialidades na AD em que atua que poderiam ser implementadas? Quais?
6. Como acontece o relacionamento com os usuários e sua família?
7. Como a Sra (SR) avalia o desenvolvimento da AD de sua equipe, no Programa Melhor em Casa e da AD de sua equipe?
8. A AD atua junto a outros serviços ou instituições de saúde do seu município? Quais? De que forma isso acontece?
9. A Sra (Sr) gostaria de acrescentar algo sobre a AD?

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Juliana Marques Weykamp, está desenvolvendo a presente pesquisa, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem na Área de concentração Enfermagem e Saúde da FURG, na linha de Pesquisa: O trabalho da Enfermagem Saúde.

A pesquisa será realizada sob a orientação da Prof^a Dr^a. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente permanente do Programa de Pós-Graduação do Curso de Enfermagem – Mestrado e Doutorado da FURG. Investigar as modalidades de atenção domiciliar do SAD (AD2 e AD3) ofertadas nos municípios do RS e as ações de cuidado praticadas pelos enfermeiros, nessas modalidades e como são desenvolvidas aos usuários do SUS.

As informações coletadas serão utilizadas unicamente para os fins de trabalhos científicos, tendo caráter confidencial. A sua participação em muito contribuirá para o sucesso deste trabalho. No entanto, você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo. Os dados serão de uso restrito dos pesquisadores. Em qualquer fase do estudo, não existem despesas pessoais para o participante e também não há compensação financeira relacionada a sua participação.

Com essa pesquisa busca-se contribuir para a melhoria das ações do cuidado de enfermagem, principalmente, no contexto domiciliar, com vistas a cooperar com subsídios para um cuidado mais efetivo e eficaz prestado pelo atendimento integrado no SUS, acarretando benefícios para o usuário e família, para o profissional, como também para os serviços e instituições de saúde.

Você concorda em participar desse estudo e aceita ser entrevistado(a)?

Pelo presente termo declaro ter sido esclarecido(a) pela mestranda Juliana Marques Weykamp em relação aos objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada: **Cuidados do enfermeiro ao usuário do SUS no Serviço de Atenção Domiciliar na modalidade AD2 e AD3 sob a perspectiva ecossistêmica.**

Declaro, outrossim, que fui informado (a) sobre:

- a) liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como, de retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e/ou prejuízo;
- b) garantia de privacidade, como também, proteção de minha imagem;
- c) riscos e benefícios desta pesquisa, assim como, a garantia de esclarecimentos antes durante o curso da mesma, sobre a metodologia, objetivos e outros aspectos envolvidos presente estudo;
- d) a segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Assim, nestes termos considero-me livre e esclarecido (a) e, portanto, consinto em participar da presente pesquisa. Concedo ao autor da pesquisa e sua orientadora o direito de expressar as informações contidas na mesma, para divulgação dos resultados em trabalhos científicos.

Este documento está em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que será assinado em duas vias, ficando uma via em poder do respondente e a outra com o mestrando responsável pela pesquisa.

Data: ___/___/_____

Assinatura do coordenador responsável pela Atenção domiciliar: _____

Assinatura do responsável pela pesquisa: _____

Assinatura da orientadora da pesquisa: _____

Contato com o responsável pela pesquisa pelo fone (053) 84 35 63 54.

Email: juweykamp@hotmail.com

Contato com a orientadora da pesquisa pelo fone (053) 3278 40 18.

Email: hedihs@terra.com.br

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Juliana Marques Weykamp, está desenvolvendo a presente pesquisa, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem na Área de concentração Enfermagem e Saúde da FURG, na linha de Pesquisa: O trabalho da Enfermagem Saúde.

A pesquisa será realizada sob a orientação da Prof^a Dr^a. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente permanente do Programa de Pós-Graduação do Curso de Enfermagem – Mestrado e Doutorado da FURG. Investigar as modalidades de atenção domiciliar do SAD (AD2 e AD3) ofertadas nos municípios do RS e as ações de cuidado praticadas pelos enfermeiros, nessas modalidades e como são desenvolvidas aos usuários do SUS.

As informações coletadas serão utilizadas unicamente para os fins de trabalhos científicos, tendo caráter confidencial. A sua participação em muito contribuirá para o sucesso deste trabalho. No entanto, você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo. Os dados serão de uso restrito dos pesquisadores. Em qualquer fase do estudo, não existem despesas pessoais para o participante e também não há compensação financeira relacionada a sua participação.

Com essa pesquisa busca-se contribuir para a melhoria das ações do cuidado de enfermagem, principalmente, no contexto domiciliar, com vistas a cooperar com subsídios para um cuidado mais efetivo e eficaz prestado pelo atendimento integrado no SUS, acarretando benefícios para o usuário e família, para o profissional, como também para os serviços e instituições de saúde.

Você concorda em participar desse estudo e aceita ser entrevistado(a)?

Pelo presente termo declaro ter sido esclarecido(a) pela mestranda Juliana Marques Weykamp em relação aos objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada: **Cuidados do enfermeiro ao usuário do SUS no Serviço de Atenção Domiciliar na modalidade AD2 e AD3 sob a perspectiva ecossistêmica.**

Declaro, outrossim, que fui informado (a) sobre:

- a) liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como, de retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e/ou prejuízo;
- b) garantia de privacidade, como também, proteção de minha imagem;
- c) riscos e benefícios desta pesquisa, assim como, a garantia de esclarecimentos durante o curso da mesma, sobre a metodologia, objetivos e outros aspectos envolvidos no presente estudo;
- d) a segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Assim, nestes termos considero-me livre e esclarecido (a) e, portanto, consinto e participo da presente pesquisa. Concedo ao autor da pesquisa e sua orientadora o direito de expressar as informações contidas na mesma, para divulgação dos resultados em trabalhos científicos.

Este documento está em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que será assinado em duas vias, ficando uma via em poder do respondente e a outra com o mestrando responsável pela pesquisa.

Data: ___/___/_____

Assinatura do enfermeiro(a) coordenador da equipe do Programa Melhor em

Casa: _____

Assinatura do responsável pela pesquisa: _____

Assinatura da orientadora da pesquisa: _____

Contato com o responsável pela pesquisa pelo fone (053) 84 35 63 54.

Email: juweykamp@hotmail.com

Contato com a orientadora da pesquisa pelo fone (053) 3278 40 18.

Email: hedihs@terra.com.br

ANEXOS

ANEXO A - PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013

Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e diretrizes do SUS, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando o art. 15, inciso IV, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso;

Considerando a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, 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 SUS;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 29 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto;

Considerando a Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar;

Considerando a Portaria nº 672/SAS/MS, de 18 de outubro de 2011;

Considerando a Humanização como Política transversal na Rede de Atenção à Saúde do SUS, expressa no documento: "HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS", de 2008;

Considerando a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar de baixa e média complexidade, aos cuidados iniciados nos Serviços de Atenção à Urgência e Emergência, e complementar à Atenção Básica; e

Considerando a necessidade de reformulação da Portaria nº 2.527/GM/MS, de 1º de outubro de 2011, resolve:

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica redefinida a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Para efeitos desta Portaria, considera-se:

I - Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e

III - Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

Art. 3º A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Art. 4º A Atenção Domiciliar é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e será estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à Rede Atenção à Saúde, a partir dos Planos de Ação, conforme estabelecido na Portaria n.º 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

Art. 5º A Atenção Domiciliar seguirá as seguintes diretrizes:

I - ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;

II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda;

III - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;

IV - estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência;

V - adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e

VI - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Seção I

Do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

Art. 6º São requisitos para que os Municípios tenham SAD:

I - apresentar, isoladamente ou por meio de agrupamento de Municípios, conforme pactuação prévia na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR), população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

II - estar coberto por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); e

III - possuir hospital de referência no Município ou região a qual integra.

Parágrafo único. Nos Municípios com população superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes, a cobertura por serviço móvel local de atenção às urgências diferente do SAMU 192 será, também, considerada requisito para a implantação de um SAD.

Art. 7º As equipes de atenção domiciliar que compõem o SAD são:

I - EMAD, que pode ser constituída como:

a) EMAD Tipo 1; e

b) EMAD Tipo 2; e

II - EMAP.

§ 1º As EMAD e EMAP devem ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme regras operacionais de cadastramento previstas em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

§ 2º Parágrafo único. A EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD.

Art. 8º A EMAD terá a seguinte composição mínima:

I - EMAD Tipo 1:

a) profissionais médicos, com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho;

b) profissionais enfermeiros, com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho;

c) profissional fisioterapeuta e/ou assistente social, com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e

d) - auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho; e

II - EMAD Tipo 2:

a) profissional médico, com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho;

b) profissional enfermeiro, com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;

c) 1 (um) fisioterapeuta com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho ou 1 (um) assistente social com CHS de, no mínimo, 30 horas de trabalho; e

d) auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

Parágrafo único. Nenhum profissional componente de qualquer EMAD poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

Art. 9º A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo, cuja soma das CHS dos seus componentes acumularão, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho:

I - assistente social;

II - fisioterapeuta;

III - fonoaudiólogo;

IV - nutricionista;

V - odontólogo;

VI - psicólogo;

VII - farmacêutico; e

VIII - terapeuta ocupacional.

Parágrafo único. Nenhum profissional componente da EMAP poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

Art. 10. Para composição de um SAD:

I - em Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo 1 e poderá, ainda, contar com EMAP; e

II - para Municípios com população inferior a 40.000 (quarenta mil) habitantes:

a) em Municípios com população entre 20.000 (vinte mil) e 40.000 (quarenta mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo 2 e poderá contar com EMAP; e

b) em Municípios que, agrupados, somem população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo 2 e poderá contar com EMAP e/ou apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Art. 11. As EMAD serão organizadas a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida, e se relacionarão com os demais serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde, em especial com a atenção básica.

Parágrafo único. Considera-se quantidade de usuários de referência para o funcionamento da EMAD o cuidado, concomitante, em média, de 60 (sessenta) usuários para EMAD Tipo 1 e 30 (trinta) usuários para EMAD Tipo 2.

Art. 12. Cada EMAD atenderá uma população adstrita de 100.000 (cem mil) habitantes.

Parágrafo único. Em Municípios com população menor que 100.000 (cem mil) habitantes, a EMAD atenderá população adstrita igual à população do Município.

Art. 13. Quando clinicamente indicado, será designada EMAP para dar suporte e complementar as ações de saúde da atenção domiciliar.

Art. 14. Todos os Municípios com 1 (uma) EMAD implantada poderão implantar 1 (uma) EMAP, sendo possível a implantação de mais 1 (uma) EMAP a cada 3 (três) EMAs mais implantadas.

§ 1º Ao atingir a população de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, o Município poderá implantar 1 (uma) segunda EMAD.

§ 2º Após atingir a população de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, o Município poderá constituir, sucessivamente, 1 (uma) nova EMAD a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes.

Art. 15. Em Municípios com porte populacional que permita a implantação de mais de 1 (uma) EMAD, fica facultada a organização do SAD a partir de arranjos diferenciados compostos por EMAD responsáveis pelo cuidado de pacientes com características específicas, podendo-se, nesses casos, adscrever usuários de uma base territorial mais ampla que a sugerida nos termos do art. 14.

Art. 16. A admissão do usuário ao SAD exigirá a sua prévia concordância e de seu familiar ou, na inexistência de familiar, de seu cuidador, com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

Art. 17. O SAD organizará o trabalho da EMAD no formato de cuidado horizontal (diarista) de segunda a sexta-feira, com jornada de 12 (doze) horas/dia de funcionamento, e garantirá o cuidado à saúde nos finais de semana e feriados, podendo utilizar nesses casos o regime de plantão, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde.

Seção II

Das Modalidades de Atenção Domiciliar

Art. 18. A Atenção Domiciliar será organizada em três modalidades:

- I - Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1);
- II - Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2); e
- III - Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3).

Parágrafo único. As modalidades previstas no "caput" observarão a complexidade e as características do quadro de saúde do usuário, bem como a frequência de atendimento necessário.

Art. 19. Nas três modalidades de Atenção Domiciliar, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

- I - trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde;
- II - identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades;
- III - abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;
- IV - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cu como parte do processo de Atenção Domiciliar;
- V - elaborar reuniões para cuidadores e familiares;
- VI - utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento;
- VII - promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários;
- VIII - participar da educação permanente promovida pelos gestores;

IX - assegurar, em caso de óbito, que o médico da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD1, emita o atestado de óbito; e

X - apoiar na alta programada de usuários internados em hospitais inseridos no Município no qual atuam, através do estabelecimento de fluxos e protocolos com estes estabelecimentos de saúde.

Art. 20. A modalidade AD1 destina-se aos usuários que:

I - possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;

II - necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e

III - não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3 descritos nesta Portaria.

Art. 21. A prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, 1 (uma) vez por mês.

§ 1º As equipes de atenção básica que executarem as ações na modalidade AD1 serão apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatorios de especialidades e de reabilitação.

§ 2º Os equipamentos, os materiais permanentes e de consumo e os prontuários dos usuários atendidos na modalidade AD1 ficarão instalados e armazenados na estrutura física das próprias UBS.

Art. 22. A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.

Art. 23. A inclusão para cuidados na modalidade AD2 será baseada na análise necessidade de saúde do usuário, tomando-se como base as situações abaixo listadas:

I - demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;

II - dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;

III - necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;

IV - adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;

V - adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses;

VI - adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias;

VII - acompanhamento domiciliar em pós-operatório;

VIII - reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação;

IX - uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;

X - acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;

XI - necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;

XII - necessidade de cuidados paliativos; e

XIII - necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido.

Parágrafo único. Na modalidade AD2 será garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

Art. 24. A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.

Art. 25. Para que o usuário seja incluído para cuidados na modalidade AD3, é necessário que se verifique:

I - existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; e

II - necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimento:

a) Suporte Ventilatório não invasivo:

i. Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP);

ii. Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP);

b) diálise peritoneal; ou

c) paracentese.

Parágrafo único. Na modalidade AD3 será garantido transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

Art. 26. O usuário não será incluído no SAD, em qualquer das três modalidades, na presença de pelo menos uma das seguintes situações:

I - necessidade de monitorização contínua;

II - necessidade de assistência contínua de enfermagem;

III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;

IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou

V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua.

Art. 27. O descumprimento dos acordos assistenciais entre a equipe multiprofissional avaliadora e o usuário e familiares ou cuidadores poderá acarretar na exclusão do usuário do SAD, com garantia de continuidade do atendimento ao usuário em outro serviço adequado ao seu caso.

Art. 28. Nas modalidades AD2 e AD3 a admissão de usuários dependentes funcionalmente, assim considerados nos termos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovada pela 54ª Assembleia Mundial da Organização Mundial da Saúde em maio de 2001, por meio da Resolução WHA 54, condicionada à presença de um cuidador identificado.

Art. 29. As modalidades AD2 e AD3 contarão, no estabelecimento de saúde ao qual estão vinculados, com infraestrutura especificamente destinada para o seu funcionamento que contemple:

I - equipamentos;

II - material permanente e de consumo;

III - aparelho telefônico; e

IV - veículo(s) para garantia da locomoção das equipes.

§ 1º Os equipamentos e os materiais citados no "caput", bem como os prontuários dos usuários atendidos nas modalidades AD2 e AD3, serão instalados na estrutura física de uma unidade de saúde municipal, estadual ou do Distrito Federal, a critério do gestor de saúde.

§ 2º Não é obrigatório que o SAD possua sede própria, podendo estar vinculado a um estabelecimento de saúde.

Art. 30. A prestação de assistência à saúde nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para esta finalidade.

§ 1º A EMAD realizará visitas em domicílio regulares, no mínimo, 1 (uma) vez por semana.

§ 2º A EMAP realizará visitas em domicílio, por meio de critério clínico, quando solicitado pela EMAD.

§ 3º Nos casos em que o usuário esteja vinculado tanto a uma EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, quanto a uma equipe de atenção básica, esta última apoiará e acompanhará seu cuidado.

§ 4º Cada EMAD e EMAP poderá prestar assistência, simultaneamente, a usuários inseridos nas modalidades de atenção domiciliar AD2 e AD3.

§ 5º Fica facultado à EMAD Tipo 2 prestar assistência na modalidade AD3 caso possua condições técnicas e operacionais para a sua execução, devendo descrevê-las no Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar e no Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências.

CAPÍTULO III DA HABILITAÇÃO DO SAD

Art. 31. O gestor de saúde enviará ao Ministério da Saúde, por meio de Ofício ou, caso existente, por meio de sistema de informação específico disponibilizado para este fim pelo Ministério da Saúde, o Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar e o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências para:

- I - criação e/ou ampliação de serviços e equipes; e
- II - habilitação dos estabelecimentos de saúde que alocação os SAD.

§ 1º O Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar e o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências de que trata o "caput" observarão os seguintes requisitos:

I - especificação do número de estabelecimentos e respectivas EMAD e EMAP que estão sendo criadas ou ampliadas, com o respectivo impacto financeiro, observados os critérios descritos nesta Portaria;

II - descrição da inserção do SAD na Rede de Atenção à Saúde, incluindo a sua grade de referência, de forma a assegurar:

- a) retaguarda de especialidades;
- b) métodos complementares de diagnóstico;
- c) internação hospitalar; e

d) remoção do usuário dentro das especificidades locais (transporte sanitário, SAMU 192, serviço de atenção móvel às urgências local);

III - apresentação da proposta de infraestrutura para o SAD, incluindo-se área física, mobiliário, equipamentos e veículos para locomoção das EMAD e EMAP;

IV - informação do estabelecimento de saúde inscrito no SCNES em que cada EMAD e EMAP estará alocada;

V - descrever o funcionamento do SAD, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados;

VI - informar o programa de qualificação do cuidador;

VII - informar o programa de educação permanente para as equipes de EMAD e EMAP;

e

VIII - descrever as estratégias de monitoramento e avaliação dos indicadores do serviço, tomando como referência indicadores da literatura nacional e internacional.

§ 2º Caso o proponente seja a Secretaria Estadual de Saúde, o Projeto de implantação da Atenção Domiciliar e o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências serão pactuados com o gestor municipal de saúde do Município que abriga o SAD e na CIR e na CIB.

§ 3º Além de observar o disposto nos §§ 1º e 2º, os Municípios que se agruparem para atingir população de, pelo menos, 20.000 (vinte mil) habitantes para o cumprimento do requisito de ter um SAD, nos termos inciso I do art. 6º, deverão celebrar convênio, definir no

Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) ou ainda estabelecer outro formato jurídico interfederativo responsável por desempenhar as ações entre os mesmos, aprová-lo na CIR e CIB e enviá-lo ao Ministério da Saúde.

Art. 32. Compete ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) fazer a análise técnica do Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar, considerando-se o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências, segundo diretrizes e critérios de adequação e disponibilidade financeira.

Art. 33. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), de acordo com as diretrizes estabelecidas nesta Portaria, publicará portarias específicas de habilitação dos entes federativos beneficiários e respectivos estabelecimentos de saúde contemplados.

Art. 34. O Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) publicará Manual Instrutivo da Atenção Domiciliar, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data publicação desta Portaria, com objetivo de orientar a elaboração do Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar pelos entes federativos interessados e publicizará diretrizes e critérios utilizados para a análise técnica.

Art. 35. Os SAD serão cadastrados em unidades cujas mantenedoras, sejam as Secretarias de Saúde estaduais, distrital ou municipais ou, ainda, unidades que façam parte da rede conveniada ao SUS.

Art. 36. Os estabelecimentos de saúde credenciados no código 13.01- Internação Domiciliar até a data de publicação desta Portaria permanecerão habilitados e continuarão recebendo os recursos financeiros devidos por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Parágrafo único. Após a data de publicação desta Portaria, não poderão ser habilitados novos estabelecimentos de saúde no código 13.01- Internação Domiciliar.

Art. 37. Somente os estabelecimentos públicos atualmente habilitados no código 13.01- Internação Domiciliar poderão optar pela adequação aos critérios previstos nesta Portaria, tornando-se um serviço de atenção domiciliar habilitado pelo código 13.02 - Serviço de Atenção Domiciliar da Tabela de Habilitação do SCNES.

§ 1º Após análise e aprovação do projeto apresentado pelo estabelecimento de que trata o "caput", a SAS/MS providenciará a publicação da portaria específica de habilitação.

§ 2º A adequação dos serviços de internação domiciliar para serviços de domiciliar, de acordo com o disposto no "caput", seguirá o trâmite e os requisitos dispostos neste Capítulo.

CAPÍTULO IV DO FINANCIAMENTO

Art. 38. Fica instituído incentivo financeiro de custeio mensal para manutenção do SAD.

Parágrafo único. Ato do Ministro de Estado da Saúde definirá o valor devido para o custeio mensal do SAD.

Art. 39. O incentivo financeiro previsto neste Capítulo será repassado mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiário, respeitando-se o disposto nos arts. 14 e 15, não sendo admitida sobreposição de EMAD.

Art. 40. O repasse do incentivo financeiro previsto neste Capítulo será condicionado ao cumprimento dos requisitos constantes desta Portaria, especialmente:

I - recebimento, análise técnica e aprovação, pelo Ministério da Saúde, do Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar e do Detalhamento do Componente de Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências;

II - habilitação dos estabelecimentos no código 13.02 - Serviço de Atenção Domiciliar;

e

III - inclusão pelo gestor local de saúde das EMAD e, se houver, das EMAP no SCNES.

Parágrafo único. O ato de que trata o parágrafo único do art. 38 poderá estabelecer outros requisitos para recebimento do incentivo financeiro previsto neste Capítulo.

Art. 41. O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos financeiros definidos nesta Portaria nas seguintes situações:

I - inexistência de estabelecimentos de saúde cadastrados para o trabalho das EMAD e EMAP;

II - ausência, por um período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as EMAD e EMAP, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica;

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das EMAD e EMAP; ou

IV - falha na alimentação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), por meio do Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), ou outro que o substitua, por período superior a 60 (sessenta) dias.

Parágrafo único. As situações descritas neste artigo serão constatadas por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal ou por auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS).

Art. 42. Além do disposto no art. 41, o ente federativo beneficiário estará sujeito:

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do Programa; e

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado.

Art. 43. O monitoramento de que trata esta Portaria não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por : : : Relatório Anual de Gestão (RAG).

Art. 44. Eventual complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio das ações do SAD é de responsabilidade conjunta dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB e, se houver, CIR.

Art. 45. Os recursos financeiros para o custeio das atividades previstas nesta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD.0003 - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família - Melhor em Casa.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 46. As definições dessa Portaria não alteram as normas vigentes relativas às obrigações dos serviços especializados e/ou centros de referência de atendimento ao usuário do SUS, previstas em portarias específicas, tais como atenção a usuários oncológicos e de Terapia Renal Substitutiva (Nefrologia - TRS).

Art. 47. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 48. Ficam revogadas:

I - a Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, do dia seguinte, p. 44; e

II - a Portaria nº 1.533/GM/MS, de 16 de julho de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, do dia seguinte, p. 41.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA