

## ATENÇÃO DOMICILIAR: ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS

**Resumo:** Estudo qualitativo, que objetivou conhecer a atuação da equipe multiprofissional do Serviço de Atenção Domiciliar público do Município de Poços de Caldas, MG, por meio da percepção dos profissionais e do perfil dos pacientes atendidos. Participaram da pesquisa nove profissionais, dentre enfermeiro, fisioterapeuta, médico, nutricionista, fonoaudiólogo, assistente social e técnicos de enfermagem. A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2017, por meio da análise de 27 prontuários e entrevista gravada. Os relatos dos informantes foram analisados segundo os princípios da análise de conteúdo. Os resultados revelaram que o perfil de usuários do serviço eram idosos, com sequelas neurológicas. As categorias temáticas foram: “Processo de trabalho e humanização” e “Trabalho em equipe multiprofissional e educação permanente”. Apesar dos desafios existentes, conclui-se que o programa tem atingido os objetivos propostos, prestando assistência individualizada e humanizada, favorecendo a desospitalização, evitando a hospitalização e promovendo a continuidade de cuidados. Descritores: Serviços de Assistência Domiciliar, Equipe de Assistência ao Paciente, Humanização da Assistência, Educação Continuada.

Home care: performance of the multidisciplinary team from the perspective of professionals

**Abstract:** Qualitative study, which aimed to know the performance of the multiprofessional team of the Public Home Care Service in the Municipality of Poços de Caldas, MG, through the perception of professionals and the profile of patients served by the service. Nine professionals participated in the research, being nurses, physiotherapists, doctors, nutritionists, speech therapists, social workers and nursing technicians. Data collection took place in October 2017, through the analysis of 27 medical records and recorded interviews. The informants' reports were analyzed according to the principles of content analysis. The results revealed that the profile of service users were elderly, with neurological sequelae. The thematic categories were: “Work and humanization process” and “Multiprofessional teamwork and permanent education”. Despite the existing challenges, it is concluded that the program has achieved the proposed objectives, providing individualized and humanized assistance, favoring dehospitalization, avoiding hospitalization and promoting continuity of care. Descriptors: Home Care Services, Patient Care Team, Humanization of Assistance, Education, Continuing.

Atención domiciliar: actuación del equipo multidisciplinar desde la perspectiva de los profesionales

**Resumen:** Estudio cualitativo, que tuvo como objetivo conocer el desempeño del equipo multiprofesional del Servicio de Atención Pública Domiciliar del Municipio de Poços de Caldas, MG, a través de la percepción de los profesionales y el perfil de los pacientes atendidos por el servicio. Nueve profesionales participaron en la investigación, siendo enfermeros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, logopedas, trabajadores sociales y técnicos de enfermería. La recolección de datos se llevó a cabo en octubre de 2017, mediante el análisis de 27 historias clínicas y entrevistas grabadas. Los informes de los informantes se analizaron de acuerdo con los principios del análisis de contenido. Los resultados revelaron que el perfil de los usuarios del servicio era de edad avanzada, con secuelas neurológicas. Las categorías temáticas fueron: “Trabajo y proceso de humanización” y “Trabajo en equipo multiprofesional y educación permanente”. A pesar de los desafíos existentes, se concluye que el programa ha logrado los objetivos propuestos, brindando atención individualizada y humanizada, favoreciendo la deshospitalización, evitando la hospitalización y promoviendo la continuidad asistencial. Descriptores: Servicios de Atención de Salud a Domicilio, Grupo de Atención al Paciente, Humanización de la Atención, Educación Continua.

### Jéssica de Aquino Pereira

Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

E-mail: [jessica.aquino@gmail.com](mailto:jessica.aquino@gmail.com)

### Camila Zucato da Silva

Fisioterapeuta. Mestre pelo Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

E-mail: [camila\\_zucato@yahoo.com.br](mailto:camila_zucato@yahoo.com.br)

### Ráisa Camilo Ferreira

Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

E-mail: [raisacf@hotmail.com](mailto:raisacf@hotmail.com)

### Eliete Maria Silva

Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

E-mail: [emsilva@unicamp.br](mailto:emsilva@unicamp.br)

Submissão: 21/09/2020

Aprovação: 08/06/2021

Publicação: 12/09/2021

### Como citar este artigo:

Pereira JA, Silva CZ, Ferreira RC, Silva EM. Atenção domiciliar: atuação da equipe multiprofissional na perspectiva dos profissionais. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(35):162-173.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.162-173>



## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e oferece à população acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. Tal garantia é feita por meio de políticas sociais e econômicas em todos os níveis administrativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios)<sup>1-2</sup>.

No Brasil e no mundo, o aumento da expectativa de vida e o aumento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), têm causado grande impacto no sistema de saúde, em especial devido ao aumento do número de hospitalizações<sup>3</sup>. As DCNT são consequências das grandes alterações ocorridas no estilo de vida da população, seja nos hábitos alimentares, na crescente diminuição nos níveis de atividade física, no tabagismo e no etilismo. Os novos hábitos adotados pela população, reflexos dos processos de urbanização, desenvolvimento socioeconômico, apresentam consequência direta na saúde e qualidade de vida. As doenças que apresentam maior impacto na sociedade como um todo são as cardiovasculares, seguido por diabetes, câncer e as respiratórias crônicas<sup>1</sup>.

Gerenciar as comorbidades crônicas institui-se um dos maiores desafios encarados pelos sistemas de saúde mundiais, pois estas têm consequências diretas aos pacientes, familiares e profissionais da saúde. Apesar dos avanços conquistados com o SUS, o modelo de atenção à saúde em nosso país, tem como norte o saber médico e é centrado no âmbito hospitalar, o que resulta em um modelo mecanicista, biologicista e fragmentado<sup>4</sup>. Indo contra essa perspectiva, o modelo de atenção domiciliar leva em consideração as pessoas em seus domicílios, em

determinado território, e surgiu justamente em função das mudanças ocorridas na sociedade no decorrer dos anos. Este modelo de atenção à saúde tem como ponto fundamental o usuário, sua família, seu cuidador e a equipe multiprofissional<sup>5</sup>.

Como ferramenta do modelo citado acima, a Atenção Domiciliar (AD) possibilita a desospitalização dos usuários de serviços hospitalares, pois tende a alta hospitalar mais rápida, a diminuição dos riscos de infecção e intercorrências clínicas; oferece suporte emocional ao paciente grave ou terminal e a seus familiares; institui o papel do cuidador junto ao profissional de saúde e propõe incrementar a autonomia do paciente fora do hospital<sup>4</sup>.

No entanto, a AD não está efetivamente inserida na rede de atenção à saúde, pois este modelo de atenção não possui a devida atenção em relação à formação acadêmica e capacitação dos profissionais de saúde<sup>5</sup>. Neste contexto, o interesse em realizar essa pesquisa vem da necessidade de documentar melhor programas como o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que em consonância com os princípios do SUS, busca contribuir para a continuidade do cuidado e melhoria da qualidade de vida da população. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi conhecer a atuação da equipe multiprofissional do Serviço de Atenção Domiciliar público do Município de Poços de Caldas, MG, por meio da percepção dos profissionais e do perfil dos pacientes atendidos pelo serviço.

## Material e Método

O presente estudo tem abordagem qualitativa e utilizou como método de pesquisa o estudo de caso, o qual investiga de forma empírica os fenômenos

contemporâneos de forma profunda e de acordo com cada contexto de vida<sup>6</sup>.

O local de estudo foi a sede do SAD público da cidade de Poços de Caldas, MG que é referência para uma população de aproximadamente 164.912 habitantes<sup>7</sup>. A amostra de estudo foi constituída pelos profissionais de saúde atuantes na Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e na Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). Faziam parte da EMAD: um médico, um enfermeiro, um assistente social e quatro técnicos de enfermagem; e da EMAP: um fisioterapeuta, um nutricionista e uma fonoaudióloga, totalizando dez profissionais de saúde.

A amostra de estudo foi composta de modo intencional, de modo a privilegiar os participantes que detinham os atributos que as investigadoras pretendiam conhecer. Desse modo, definiu-se como critério de inclusão ser profissional da saúde atuante no SAD - Poços de Caldas pelo tempo mínimo de três meses. Como critério de exclusão definiu-se a presença de qualquer impedimento para uma efetiva comunicação com as pesquisadoras. O fechamento amostral ocorreu por exaustão, tendo sido incluídos todos os indivíduos acessíveis<sup>8</sup>.

As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram a análise dos prontuários, objetivando conhecer o perfil dos usuários e a entrevista gravada com os profissionais. O levantamento do perfil e as entrevistas foram realizadas no mês de outubro de 2017 e incluiu os seguintes dados: sexo, idade, serviço de saúde referenciado, diagnóstico médico primário, modalidade de atendimento na atenção domiciliar e tipos de assistência. Os dados levantados foram armazenados em tabelas previamente elaboradas

pelas pesquisadoras por meio do programa Microsoft Word® 2010, possibilitando a análise.

Para a entrevista gravada utilizou-se um roteiro que continha as seguintes questões norteadoras: Na sua opinião, qual a contribuição que o SAD trouxe para a cidade? Como é a relação entre a equipe do SAD, usuários e os cuidadores familiares/informais? Como se dá a referência e contrarreferência no SAD? Como se dá a atuação em equipe multiprofissional do SAD? Quais fatores você aponta como dificultadores e facilitadores da atuação no SAD na cidade? Para preservar o anonimato dos participantes, eles foram identificados pela letra P (Profissional), seguido pela ordem em que foram entrevistados (P1, P2, P3...).

As entrevistas foram realizadas em sala reservada dentro da sede do SAD, segundo a disponibilidade dos participantes. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas *ipsis-litteris* pela mesma pesquisadora que as realizou. O tempo médio das entrevistas foi de 12.49 minutos, variando entre 04.01 minutos há 23.02 minutos. Participaram da entrevista nove profissionais, tendo sido excluída uma técnica de enfermagem que possuía menos de 3 meses de atuação no programa.

Os relatos dos informantes foram analisados segundo os princípios da análise de conteúdo de Bardin, operacionalizada na modalidade de análise temática<sup>9</sup>. A partir da leitura flutuante, da codificação e da categorização dos dados, foram identificados temas que permitem a compreensão da atuação profissional do SAD-Poços de Caldas. A análise dos dados foi realizada em conjunto pelas pesquisadoras objetivando garantir a credibilidade dos achados de pesquisa.

Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) sob parecer nº 2.170.855.

## Resultados e Discussão

Dos nove profissionais entrevistados, sete eram do sexo feminino e dois do masculino. A média de idade dos entrevistados era de 35 anos, variando entre 29 e 40 anos.

No que diz respeito ao tempo de atuação no SAD, 7 profissionais atuavam no serviço há 1 ano e 8 meses, ou seja, desde o seu lançamento oficial na cidade de Poços de Caldas. Os outros dois profissionais, ambos técnicos de enfermagem, atuavam formalmente no SAD há quatro e três meses respectivamente, porém relataram realizar plantões de fim de semana no serviço há 1 ano.

Os profissionais do SAD acompanham desde crianças até idosos, porém observa-se que maioria dos pacientes atendidos (74,1%) são idosos e foram referenciados pela Unidade Básica de Saúde (55,5%). Os diagnósticos mais prevalentes são de doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Alzheimer/Demência, Diabetes Mellitus (DM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), Cardiopatia e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. A maioria dos pacientes acompanhados pelo SAD se enquadra na modalidade AD2 (63,0%), mas chama atenção que 33,3% dos pacientes se enquadre na modalidade AD1. Os dados relativos ao perfil dos pacientes acompanhados pelo SAD são apresentados na tabela a seguir:

Tabela 1. Perfil dos pacientes atendida pelo SAD de Poços de Caldas no mês de outubro/novembro 2017 (n=27).

	n*	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	14	51,9%
Masculino	13	48,1%
<b>Idade</b>		
Adolescente	01	3,7%
Jovem	01	3,7%
Adulto	05	18,5%
Idoso	20	74,1%
<b>Serviço de Saúde Referenciador</b>		
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	15	55,6%
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	05	18,5%
Hospitais	03	11,1%
Outros	04	14,8%
<b>Diagnósticos Médico Primário</b>		
Lesão por pressão	13	48,1%
Hipertensão Arterial Sistêmica	08	29,6%
Alzheimer/Demência	07	25,9%
Diabetes Mellitus (DM)	07	25,9%
Acidente Vascular Encefálico	06	22,2%
Cardiopatia	05	18,5%
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	05	18,5%
Doença Neuromuscular	03	11,1%
Câncer	02	7,4%
Pneumonia	02	7,4%
Síndrome de West	02	7,4%
Amputação	01	3,7%
Fratura de Fêmur	01	3,7%

Insuficiência Renal Crônica	01	3,7%
Parkinson	01	3,7%
<b>Modalidade</b>		
Atenção Domiciliar 1	09	33,3%
Atenção Domiciliar 2	17	63,0%
Atenção Domiciliar 3	01	3,7%
<b>Tipos de Assistência</b>		
Cateter Nasoenteral	13	48,1%
Oxigenoterapia	07	25,9%
Cateter Vesical de Demora	05	18,5%
Traqueostomia	02	7,4%
Gastrostomia	02	7,4%
Ventilação não invasiva	02	7,4%
Ventilação Mecânica Invasiva	01	3,7%

\*Amostra. Fonte: Relatórios do serviço

O processo de construção das categorias temáticas se concretizou após a transcrição do material, de leitura flutuante e da codificação. Na codificação foi possível identificar as categorias iniciais e se deu em função de repetição de palavras, falas e/ou frases. Um total de trinta e quatro categorias iniciais traduziram as primeiras impressões da realidade estudada.

Após o agrupamento e discussão das categorias iniciais, emergiram seis categorias intermediárias. A saber: I. Processo de trabalho entre SAD, nível primário, secundário e terciário / Referência, contra referência, continuidade do cuidado; II. Elegibilidade do SAD; III. Estrutura organizacional do SAD / gestão; IV. Equipe multiprofissional; V. Educação continuada; e VI. Humanização.

As categorias finais foram formadas por aglutinações das categorias intermediárias, compondo duas categorias denominadas: “Processo de trabalho e humanização” e “Trabalho em equipe multiprofissional e educação permanente”.

#### **Processo de trabalho e humanização**

O programa do SAD teve implantação recente na cidade de Poços de Caldas, MG, dando sinais de que está passando por um processo de adaptação do seu

processo de trabalho, principalmente em relação a interação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa adaptação é evidenciada na fala de profissionais entrevistados, que observam como dificultador do programa o processo de captação, ou seja, acessibilidade de pacientes, por meio da Referência e Contrarreferência. Essa dificuldade de captação de novos pacientes, de acordo com as falas, se deve à falta de comunicação e de conhecimento por parte dos profissionais dos níveis primário, secundário e terciário em entenderem o perfil de pacientes.

*“[...] eleger os pacientes que seriam para o serviço de atenção domiciliar, que seriam as modalidades D2 e D3, éééé...então a priori, nesse primeiro ano, vi que há uma grande dificuldade mesmo da rede entender quais são os pacientes elegíveis.” P5*

A exemplo, dá-se a relação entre o SAD e a AB, pois 33,3% dos pacientes atendidos pelo SAD Poços de Caldas pertenciam a modalidade AD1, já que as unidades básicas acabavam referenciando pacientes desta modalidade para o SAD possivelmente por não apresentarem estrutura adequada para atender suas demandas ou não entenderem o perfil de pacientes elegíveis. Entretanto, a modalidade AD1 atende usuários de menor complexidade, ou seja, que precisam de cuidados com menor frequência e menos

recursos. Estes são os que possuem situação clínica controlada, compensada, mas têm impossibilidade ou dificuldade de se locomover, mas que devem ser acompanhados por meio de visitas domiciliares das unidades básicas de saúde. Assim, ficaria sob responsabilidade do SAD somente os pacientes da modalidade AD2 e AD3, que são aqueles que necessitam de um acompanhamento mais frequente e com um nível de complexidade diferente<sup>10</sup>.

*“[...] às vezes a atenção primária questiona por que que a gente tá dando alta pra esse paciente, sendo que esse paciente é um paciente que deveria estar com eles, então é uma questão mais de fluxo mesmo sabe? A atenção primária a gente também tem tido muita falha de comunicação.” P3*

*“[...] No cuidado de alta complexidade, a equipe de saúde da família, muitas vezes ele não tem essa capacitação ou não tem uma equipe pra ir fazer essas visitas domiciliares com mais frequência, então muitas vezes eles não conseguem fazer esse atendimento.” P5*

Utilizar corretamente as ferramentas da Referência é primordial, pois permite a livre circulação dos usuários nos distintos níveis de complexidade assistencial promovendo uma continuidade no processo assistencial. A saber, o ato de referenciar tanto pode compreender o fato de encaminhar o usuário de um nível de atenção menor para um de maior complexidade, como policlínicas, clínicas especializadas, hospitais, entre outros e contrarreferenciar compreende a ação de um serviço de nível de maior complexidade devolver, ou conduzir o usuário a um de menor complexidade, próximo ao seu domicílio, para dar continuidade ao tratamento ou para que outra necessidade possa ser tratada, pois a anterior já foi sanada ou as possibilidades terapêuticas desse nível esgotadas<sup>11</sup>, numa lógica hierarquizada, quando o ato de referenciar na RAS

pode ser desenvolvido entre os diversos serviços e instituições para buscar garantir a continuidade dos cuidados.

Os próprios profissionais do serviço participantes desta pesquisa, apontam para a necessidade de melhorar a comunicação entre todos os envolvidos, bem como o desenvolvimento de estratégias para capacitação, para que entendam o perfil dos pacientes admitidos pelo SAD. Assim, cada gestor em união com a equipe multiprofissional deve estabelecer e implementar fluxos claros e objetivos, de forma a otimizar a aplicação dos recursos disponíveis e que cada profissional se comprometa em cumpri-los e assim respeitar os princípios do SUS. Fluxos bem estruturados entre os serviços de saúde garantem maior eficácia, já a sua ausência ou não implantação comprometem a qualidade assistencial e a continuidade do cuidado<sup>12-13</sup>.

*“[...] A gente ainda está trabalhando com o protocolo do fluxo, porque é muito complicado pra rede entender que quando esse paciente está estável ele pode ser encaminhado para atenção primária e quando ele não está estável ele vai ser encaminhado para UPA.” P3*

*“[...] Chegaram novos médicos, alguns médicos não sabem ainda do SAD, a gente procura sempre fazer, uma vez por ano, fazer atualização do programa.” P4*

O fato de o SAD não ter normas únicas que o definam, favorece que os serviços se organizem conforme características individuais de cada profissional e gestor. Isso ocorre porque cada serviço fica em um território, atente a uma população com necessidades específicas, tem recursos, estruturas, organizações e questões próprias que torna difícil a criação de um protocolo de fluxos únicos e específicos<sup>13</sup>. Nesse contexto, o SAD deve pactuar fluxos e protocolos em conjunto com os pontos de atenção à



saúde, para substituir e abreviar a internação hospitalar, somado a uma reorientação do modelo assistencial a fim de reduzir os custos e implementar novas formas de cuidar, promovendo a continuidade do cuidado e vínculo com o serviço de forma duradoura, garantindo a longitudinalidade do cuidado e o princípio da integralidade<sup>4;12</sup>.

O SUS deve ser capaz de atender o indivíduo em todos os diferentes níveis de complexidade e de acordo com a sua necessidade, mantendo a continuidade do cuidado. Porém, um dos fatores que barra o sistema de se constituir como uma rede integrada é a falha de comunicação entre os setores de atendimento e falta de capacitação das equipes, ocasionando a formação de um modelo de assistência fragmentado, com problemas de acessibilidade, universalidade e integralidade. Para romper com esta limitação, os diversos níveis de atenção devem estar interligados, com suas intervenções voltadas para um objetivo comum, para que o usuário vivencie de forma contínua essas intervenções necessárias<sup>12;14-15</sup>.

Após reorganização da rede e integração entre os pontos, o programa de atenção domiciliar sugere que a captação de pacientes seja feita dentre estas quatro formas: busca ativa hospitalar; busca de pacientes que estão por longos períodos internados; busca de pacientes que apresentam grande procura pelos serviços de urgência; indicação das equipes hospitalares ou de atenção básica; e demanda espontânea em situações agudizadas, por meio de contatos telefônicos com os serviços de saúde<sup>16</sup>.

*"[...] o Melhor em Casa pode ajudar no sentido de facilitar essa rotatividade de leito, tirar aquele paciente crônico que é morador do hospital, que fica longos períodos internado liberando o leito hospitalar né? Tanto de hospital quanto de UPA também" P4*

*"[...]Essa rotatividade de pacientes que a gente recebe, vem da atenção primária também, não só do hospital, quando a atenção primária detecta que o paciente pode ser cuidado pelo SAD, que demanda um tipo de cuidado mais intensivo. A gente assume esse paciente mesmo que temporariamente." P3*

*"[...] a equipe começou um trabalho em hospitais, de uma busca ativa, então nós não estamos aguardando mais solicitações. A equipe da EMAD que é constituída pela médica, enfermagem e assistente social eles fazem uma busca ativa semanalmente nos hospitais, então essa busca ativa é realizada nas unidades de terapia intensiva, nas enfermarias, e eles já começam a assistir esses pacientes." P2*

Entretanto, de acordo com as falas, as equipes não estão preparadas estruturalmente e quantitativamente para atender essas demandas de pacientes complexos. A falta de estrutura acaba dificultando o trabalho multiprofissional e os atendimentos mais frequentes para cada usuário. Somando a isso, a complexidade dos usuários é visível por meio do perfil identificado, com a maioria de idosos, com doenças crônicas não transmissíveis, dependentes e com equipamentos e/ou insumos médicos hospitalares incorporados em domicílio.

*"[...] Ele (SAD) veio para complementar tanto o serviço terciário, do hospital, como as unidades de pronto atendimento e também veio ajudar as unidades básicas de saúde, naqueles pacientes complexos, pacientes acamados complexos que precisam de visitas domiciliares mais frequentes eee também ajuda o serviço de reabilitação." P4*

*"A gente consegue ir com mais frequência, duas ou três vezes por semana até às vezes no início vai até umas 5 vezes por semana, obviamente que a gente trabalha num quantitativo é, abaixo de 30 né (30 pacientes)? De 30-35, sendo que o ideal seria 60." P5*

*“[...] A gente pode não está ampliando pros 60 porque às vezes a questão da territorialidade e uma segunda equipe. A captação com certeza melhoraria, o número de atendimentos melhoraria, Poços comporta uma segunda equipe né?” P5*

Para elucidar essa dificuldade é apresentada, pela fala dos entrevistados, a necessidade de outro veículo à disposição da equipe. O SAD pesquisado possuía apenas um carro para toda a equipe, e somente em dois períodos na semana um outro carro emprestado pela prefeitura vinha suprir as demandas de trabalho da equipe do SAD. A falta de dois veículos em tempo integral dificultava o processo de trabalho, pois muitos profissionais ficavam no serviço, sem ter como sair para realizar atendimentos, devido à falta de meios de locomoção. E de acordo com o nosso estudo, as famílias muitas vezes esperam cuidados e/orientações e/ou intervenções além do que a equipe multiprofissional tem a possibilidade de oferecer.

*“[...] O dia que a enfermagem precisa fazer um monte de procedimento a gente fica sem fazer nada (a equipe multiprofissional de atenção domiciliar) porque a gente não tem como sair, a gente fica aqui na unidade sem poder atuar no caso do paciente”. P3*

Apesar das dificuldades, avanços na atuação do SAD já são visíveis, evitando hospitalizações e oferecendo assistência humanizada, individualizada e integral. De acordo com as falas dos entrevistados, pudemos observar que o objetivo é realmente a desospitalização e oferecer ao paciente a oportunidade de tratamento de doenças, bem como reabilitação e/ou palição junto aos seus familiares em domicílio. Logo, a AD propõe uma mudança do modelo de atenção à saúde, revertendo a

centralização no atendimento hospitalar, para um cuidado com enfoque no domicílio e na humanização.

Seguindo a crescente tendência dos últimos anos, a humanização da assistência é um dos assuntos centrais, pois ela propicia entre outras coisas, a realização do cuidado integral e da valorização da dimensão subjetiva e social, cruciais no processo saúde-doença<sup>17-18</sup>. O atendimento de qualidade aos que necessitam da AD é um dos grandes desafios devido à complexidade e suporte de longo prazo. As equipes multiprofissionais desenvolvem ao lado das famílias, um relacionamento mais próximo e têm o maior potencial de influenciar a qualidade do atendimento<sup>19</sup>. A oportunidade de maior proximidade e oportunidades de melhora da assistência ao trinômio cuidador-paciente-família foi evidenciado pelos profissionais em nosso estudo e demonstra a importância da equipe multiprofissional dentro do contexto biopsicossocial.

*“[...] A gente faz um trabalho longo, a longo prazo né, então a gente vê uma melhora.” P9*

As relações entre todos os indivíduos são “quase” sem barreiras, já que adentra o contexto individualizado das famílias, envolvendo o processo saúde doença do paciente, bem como sentimentos, afetos e empatia de ambas as partes (trabalhadores e cuidadores/famílias). E no contexto domiciliar, os cuidadores geralmente estão sob alta tensão emocional e física, existindo a necessidade de aumentar o suporte social e profissional para cuidadores, e as intervenções devem levar em consideração o contexto sociocultural específico<sup>20</sup>.

### **Trabalho em equipe multiprofissional e educação permanente**

O SAD tem como diretriz “adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras



baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares<sup>10</sup>. Nesse sentido, a AD se apresenta como uma prática que vai na contramão do modelo médico centrada, e que traduz um cuidado que leva em consideração não somente a realidade de vida dos indivíduos, mas suas necessidades, potencialidades e limites, com um olhar multiprofissional<sup>21</sup>.

*“[...] a gente tem um bom relacionamento ééé a gente discute os casos, a gente faz os projetos terapêuticos em conjunto, as altas são discutidas, a gente tem bom relacionamento tanto pessoal quanto profissional.” P4*

À medida que se busca um trabalho que enfoque nas necessidades de saúde individual e coletiva, deve-se mudar o objeto de atenção, ou seja, do indivíduo para a família e do interior dos serviços para o domicílio. Esta ampliação do objeto faz com que as intervenções ocorram além do âmbito individual e clínico, elas ocorrem de forma multiprofissional e integral. Para tanto, a equipe deve se construir em cima de um pensar que direciona a prática de acordo com saberes da complexidade, para que possa desenvolver habilidades e mudanças de atitudes<sup>22</sup>.

Assim, diante da complexidade das necessidades que envolvem o paciente atendido pelo SAD, se compreende a necessidade da atuação multiprofissional e está, em nosso estudo, parece estar sendo conquistada gradualmente entre a equipe, mas com alguns conflitos.

*“[...] A gente não tem trabalhado muito a questão da comunicação em equipe, a gente espaça isso e faz uma vez por semana, eu acho ainda muito insuficiente. Eu acho que sou o único do grupo que não faço parte de grupo de WhatsApp” P5*

*“[...] Comunicação, a gente se comunica muito, a gente usa, usa muito WhatsApp, a gente se comunica, no momento que eu tô lá com o paciente com curativo eu tô numa dúvida em como fazer, como proceder ou um medicamento a gente já entra em contato com a equipe.” P7*

Observa-se na fala que a utilização de tecnologias de comunicação estão sendo utilizadas pelas equipes, mas que nem todos os profissionais estão de acordo em utilizar estes meios como profissional. Outro ponto relevante, é que no contexto da formação acadêmica, os profissionais não são contemplados com as competências e habilidades de maneira suficiente para trabalhar em equipe, bem como para atender à demanda de usuários e cuidadores que necessitam de atenção domiciliar. Estes dificultadores são relatados pelos profissionais do SAD e vem sendo superados por meio da educação permanente.

*“[...] Existe uma interferência muito grande de alguns profissionais dentro da área do colega sabe? De falar assim: “Ah, você tem que fazer tal coisa” sendo que aquilo não é atribuição daquele profissional”. P3*

*“[...] A gestão sempre está nos liberando para cursos...no começo com dificuldade, mas agora eles entenderam e tem ajudado bastante a gente”. P1*

Em relação à alta do SAD, há ainda a necessidade de engajamento por parte de todos os profissionais da RAS, especialmente no que se refere ao planejamento para a alta. Pois, vê-se que muitos cuidadores saem do serviço hospitalar com importante desconhecimento e falta de preparo sobre procedimentos de cuidado e sobre como será a vida no domicílio, demandando uma atenção muito intensa da equipe nos primeiros dias de retorno ao domicílio.

*"[...] (Na alta hospitalar) os cuidadores em sua maioria saem sem informações, como lidar com aquela condição do paciente, então a gente tem um papel também de educadores né?." P5*

É conhecida a importância de um planejamento de alta hospitalar, pois as famílias evidenciam dificuldades nos cuidados do familiar dependente no domicílio. Essas dificuldades são mais presentes quando os cuidados exigidos são mais complexos, ou quando os cuidadores não apresentam experiência prévia ou saem de alta sem as orientações necessárias<sup>23</sup>. É nesse momento difícil de adaptação vivenciado pelo familiar e cuidador que a equipe multidisciplinar do SAD atua em sua orientação, educação e acompanhamento, minimizando os medos e favorecendo o adequado cuidado do usuário. Vale ressaltar também em relação a importância de planejamento da alta do paciente do SAD, esta é elucidada pela fala abaixo e demonstra a importância de discussão entre a equipe multiprofissional e comunicação com a atenção básica.

*"[...] (A alta do SAD) é uma alta discutida em equipe, a gente comunica pessoalmente o posto, através de telefonema ou pessoalmente, e manda o relatório falando nosso trabalho." P4*

O enfermeiro pode desenvolver atividades complementares de cunho técnico-gerencial que viabilizam a continuidade e a organização do trabalho, entre elas a educação permanente, uma vez que tem historicamente o papel de coordenador da equipe de enfermagem e de articulador de toda equipe de saúde<sup>24</sup>. A enfermagem também está interligada com a educação, direcionadas às questões de saúde tanto em relação ao usuário, sua família, como também à equipe de trabalho<sup>25</sup>. Logo, o enfermeiro é o principal responsável pelo treinamento dos cuidadores, pela

supervisão dos técnicos de enfermagem e pela identificação da demanda de outros profissionais de saúde ao definir o plano de cuidados ainda na internação hospitalar ou na primeira visita ao domicílio, seguida de discussão com a equipe<sup>26</sup>.

*"[...]comecei do zero com a equipe de enfermagem, treinamentos tanto teóricos, treinamentos práticos. Então hoje as meninas estão treinadas, hoje elas já conseguem fazer." P5*

Apesar das dificuldades iniciais encontradas pela equipe do SAD de Poços de Caldas, a assistência multiprofissional se consolidou trazendo benefícios aos pacientes, bem como aprendizado aos próprios profissionais. Os conflitos interpessoais e dificuldades de comunicação devem dar lugar ao trabalho em equipe, satisfação profissional, educação continuada e busca por novas abordagens de cuidado centrado na pessoa.

## Conclusão

Após cerca de 1 ano e 8 meses da implantação oficial do SAD em Poços de Caldas, pode-se concluir que, apesar de encontrar-se em consonância com o estabelecido pela recente portaria ministerial, ainda encontra desafios estruturais e de comunicação com os demais serviços de saúde da cidade.

O perfil dos pacientes assistidos pelo SAD estudado corresponde ao determinado pela Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016, sendo em sua maioria composta por pacientes idosos, com sequelas neurológicas, referenciados por Unidades Básicas de Saúde, com infecções recorrentes, lesões cutâneas por pressão e com necessidade de dispositivos para alimentação. Foi constatado um número significativo de pacientes atendidos dentro da modalidade AD1, sugerindo uma dificuldade da atenção básica em

assumir os cuidados desses pacientes ou do SAD em entender o perfil de pacientes elegíveis.

A dificuldade da equipe em conciliar a assistência de pacientes complexos à captação de novos usuários, o número reduzido de veículos de transporte e o desconhecimento dos serviços de saúde sobre o programa e seus critérios de elegibilidade têm dificultado que o SAD de Poços de Caldas atinja o número estimado de atendimentos mensais.

Como facilitador na atuação do programa se destacou a humanização e utilização da educação permanente para com os profissionais, familiares e cuidadores, sendo esta estratégia sugerida para que os demais serviços de saúde e usuários conheçam e reconheçam essa modalidade de atenção à saúde como substitutiva ou complementar às já existentes, favorecendo o processo de referência-contrarreferência de pacientes e aumentando a abrangência da atuação do SAD. A inserção de uma nova equipe, diante do tamanho da cidade, também é identificada como possível facilitador para a atuação e aumento da abrangência do programa.

Apesar dos desafios existentes à atuação do SAD em Poços de Caldas, conclui-se que o programa tem atingido os objetivos a que se propõe, prestando assistência individualizada e humanizada, favorecendo a desospitalização, evitando a hospitalização e promovendo a continuidade de cuidados.

A realização de estudos após o período de implantação do programa são sugeridos, de forma a esclarecer novos aspectos envolvidos em sua atuação e indicar estratégias para otimização da assistência e abrangência do SAD de Poços de Caldas.

Este estudo abordou assuntos que podem ser utilizados na prática dos profissionais no cuidado aos usuários assistidos pelo SAD, suscitando a discussão de possíveis protocolos e criação de fluxos dentro da RAS, além de adequação de pacientes elegíveis.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
2. Sumar N, Fausto MCR. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. *J Manag Prim Health Care*. 2014; 5(2):202-12.
3. Souza ICP, Silva AG, Quirino ACS, Neves MS, Moreira LR. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *Rev Mineira Enferm*. 2014; 18(1):164-180.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar - Volume 1 [on-line]. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.
5. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde Sociedade*. 2006; 5(2):88-95.
6. Yin, RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução Ana Thorell. 4ªed. Porto Alegre: Bookman. 2010.
7. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa de população. 2016.
8. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(2):388-394.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70. 1995.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde.

2016. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/27/PORTARIA-825.pdf>>. Acesso em 21 set 2016.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico. 3a. ed. Brasília (DF). 2003.
12. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciência, Cuidado Saúde*. 2008; 7(1):65-72.
13. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? *Escola Anna Nery*. 2009; 13(3):500-507.
14. Costa SM, Ferreira A, Xavier LR, Guerra PNS, Rodrigues CAQ. Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. *Rev APS*. 2013; 16(3):287-293.
15. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(2):286-298.
16. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.
17. Martelli DRB, Silva MS, Carneiro JA, Bonan PRF, Rodrigues LHC, Martelli-Júnior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2011; 21(1):147-157.
18. Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3):391-397.
19. Stone R. Strengthening Care Staff in the Long-Term Care Sector: International Research Perspectives. *J Appl Gerontol*. 2019; 38(11):1515-1517.
20. Goldzweig G, Schapira L, Baider L, Jacobs JM, Andritsh E, Rottenberg Y. Who will care for the caregiver? Distress and depression among spousal caregivers of older patients undergoing treatment for cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2019; 27:4221-4227.
21. Cunha MS, Sa MC. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. *Interface: Comunicação Saúde Educação*. 2013; 17(44):61-74.
22. Ciampone MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2000; 53(spe):143-147.
23. Costa SRD, Castro EAB. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2014; 67(6):979-986.
24. Fagundes NC, Rangel AGC, Carneiro TM, Castro LMC, Gomes BS. Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira. *Rev Enferm UERJ*. 2016; 24(1):e11349
25. Weykamp JM, Cecagno D, Vieira FP, Siqueira HCH. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos profissionais de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2016; 6(2):281-289.
26. Silva KL, Sena RR, Silva PM, Souza CG, Martins ACS. Atuação do enfermeiro nos serviços de atenção domiciliar: implicações para o processo de formação. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2014; 13(3):503-510.