

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo

**SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE BELO HORIZONTE: um estudo de
caso sobre a percepção de profissionais atuantes na gestão**

Belo Horizonte
2025

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE BELO HORIZONTE: um estudo de caso sobre a percepção de profissionais atuantes na gestão

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Tecnologias Gerenciais em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dra. Karla Rona da Silva

Coorientadora: Prof^a. Dra. Patrícia Lourdes Silva

Belo Horizonte
2025

Araújo, Edmundo Gustavo Cipriano de.
AR663s Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte [recurso eletrônico]: um estudo de caso sobre a percepção de profissionais atuantes na gestão. / Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo. - - Belo Horizonte: 2025.

169f.: il.

Formato: PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Karla Rona da Silva.

Coorientador (a): Patrícia Lourdes Silva.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Serviços de Assistência Domiciliar. 2. Saúde Pública. 3. Gestão em Saúde. 4. Atenção à Saúde. 5. Integralidade em Saúde. 6. Dissertação Acadêmica. I. Silva, Karla Rona da. II. Silva, Patrícia Lourdes. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WY 115

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



ESCOLA DE ENFERMAGEM - UFMG
COL. DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Av. Prof. Alfredo Balena, 190, Sala 122 – B. Santa Efigênia – B.Hte/MG- Brasil
CEP: 30130-100 - Telefone: 3409-9878 email: colposgss@enf.ufmg.br



ATA DE NÚMERO 129 (CENTO E VINTE E NOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELO CANDIDATO EDMUNDO GUSTAVO CIPRIANO DE ARAÚJO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 11 (onze) dias do mês de agosto de dois mil e vinte e cinco, às 14:00 (quatorze horas), realizou-se, na sala 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação “SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE BELO HORIZONTE: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS ATUANTES NA GESTÃO”, do aluno *Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo*, candidato ao título de “Mestre em Gestão de Serviços de Saúde”, linha de pesquisa “Tecnologias Gerenciais em Saúde”. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Karla Rona da Silva, Patrícia Lourdes Silva, Selme Silqueira de Mattos e Monique Fernanda Félix Ferreira, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADO.
 REPROVADO.

A Comissão Examinadora recomendou a mudança do título para:

“ _____

_____”

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela orientadora.

Belo Horizonte, 11 de agosto de 2025.

Karla Rona da Silva
Prof. Dr. Karla Rona da Silva
Membro Titular – Orientadora (UFMG)

Patrícia Lourdes Silva
Prof. Dr. Patrícia Lourdes Silva
Membro Titular – Coorientadora (UFMG)

Selme Silqueira de Mattos
Prof. Dr. Selme Silqueira de Mattos
Membro Titular (UFMG)

Monique Fernanda Félix Ferreira
Prof. Dr. Monique Fernanda Félix Ferreira
Membro Titular (UFMG)

Dedico este trabalho aos profissionais, que atuaram/atuam/atuarão na gestão ou na assistência do Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte. Vocês são pessoas pelas quais tenho grande respeito e admiração... Vocês fazem a diferença!

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram (direta ou indiretamente) para que esta realização se tornasse possível, especialmente, ao Pai de infinita bondade por me escolher, proteger e conduzir.

Aos meus familiares, pelo apoio e incentivo em todas as etapas de minha vida, sobretudo minha mãe. Sim... aquela que fez e faz acontecer! Vencemos mais uma!

À Denise Valadão e Mariana Borges, pessoas queridas pelas quais tenho enorme respeito e admiração. Além das trajetórias de destaque, foram elas que me ensinaram tudo o que sei sobre a Atenção Domiciliar. Agradeço pelos votos de confiança, pelas oportunidades, pela amizade e por compartilharmos essa jornada.

Às minhas orientadoras Karla Rona e Patrícia Silva, pela acolhida, direcionamento, sensibilidade, conhecimentos e experiências compartilhadas e por acreditarem que poderíamos fazer mais e melhor.

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, pela anuência da pesquisa e aos colegas de trabalho que me auxiliaram durante esse período.

Ao Time SAD-BH e a todos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa, pela disponibilidade, prontidão e valiosas contribuições.

À Universidade Federal de Minas Gerais, corpo docente e discentes do curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, pelo espaço de aprendizado, convivência, compartilhamento e desenvolvimento.

São muitas lembranças e agradecimentos... Impossível acreditar que “caberiam” num papel. Minha felicidade e gratidão são ainda maiores por experienciar o carinho, consideração, cuidado e lealdade daqueles que, constantemente, estiveram presentes (fisicamente ou não). Nomes não são necessários, pois cada um deles sabe quem é. A verdade é que eles me levam, e, eu os guardo, dentro do coração. Agradeço e rogo a Deus que continue cuidando de vocês, onde quer que estejam.

O mais gratificante e valioso de todo esse processo foi perceber, mais uma vez, o quão importante e necessárias são as boas relações, reafirmando a potência do coletivo. Se hoje estou aqui é porque vocês sempre estiveram comigo... #Ubuntu.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes” (Martin Luther King).

RESUMO

ARAÚJO, E. G. C. de. *Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte: um estudo de caso sobre a percepção de profissionais atuantes na gestão*. 2025. 169 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Departamento de Gestão de Serviços de Saúde. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2025.

A Atenção Domiciliar (AD) vem se consolidando como um componente importante do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente diante dos desafios impostos pelo envelhecimento populacional, pela alta prevalência de doenças crônicas e pela busca por modelos de cuidado mais humanizados, resolutivos e integrados. O Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte (SAD-BH) representa uma experiência consolidada, com resultados expressivos em desospitalização, “desupalização”, continuidade do cuidado e racionalização de recursos públicos. Esta dissertação teve como objetivo analisar o SAD-BH e sua articulação com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município, a partir da percepção de profissionais que atuam na gestão na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH). O estudo adotou abordagem qualitativa descritiva, configurando-se como um estudo de caso. A coleta de dados foi realizada por meio de 25 entrevistas, conduzidas entre fevereiro e abril de 2025. Os participantes foram selecionados por amostragem – por meio da técnica em bola de neve, considerando profissionais que atuam na gestão, com pelo menos seis meses de atuação no cargo/função atual. A saturação teórica dos dados foi identificada na 21ª entrevista, sendo mantidas as quatro entrevistas subsequentes previamente agendadas, sem acréscimo de novas informações relevantes. A análise dos dados seguiu as etapas propostas por Franco (2008) na técnica de análise de conteúdo, organizadas da seguinte forma: pré-análise, com leitura flutuante e definição do corpus; exploração do material, com codificação e construção “mista” de categorias temáticas; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação, buscando compreender os sentidos atribuídos pelos entrevistados ao SAD-BH e suas relações com os demais serviços da RAS. Os achados foram organizados em sete categorias analíticas: 1) O SAD-BH: um Nó da Rede de Atenção à Saúde; 2) A articulação do SAD-BH com os demais Nós da Rede; 3) Os sistemas logísticos e as ligações do cuidado; 4) A governança da Rede e os desafios do SAD-BH; 5) O SAD-BH e seu impacto na gestão da Rede e na qualidade do cuidado; 6) Recomendações para o fortalecimento da Rede e da cultura de integração; 7) Reflexão sobre a prática para a (re)construção da Rede. Os resultados indicam que, embora o SAD-BH seja reconhecido como estratégico, seu potencial ainda depende de uma governança mais participativa, de melhorias nos sistemas logísticos e da integração mais fluida com os demais pontos da RAS. A percepção dos gestores revela tensões entre centralização decisória e necessidade de escuta ativa e corresponsabilidade entre os diversos níveis de gestão e assistência. Além disso, destaca-se a presença de uma “rede invisível” de articulações informais sustentada pelo esforço adaptativo dos profissionais da ponta, o que evidencia a importância da valorização institucional dessas práticas. Como produto técnico foram elaborados três instrumentos com vistas à disseminação do conhecimento e à qualificação do serviço: um *e-book* informativo para a população, com linguagem acessível e orientações sobre o funcionamento do SAD-BH; 1 *e-book* educativo direcionado aos profissionais da saúde, abordando diretrizes, fluxos e estratégias para a atuação integrada na AD; e uma matriz de análise SWOT/FOFA (adaptada), com análise do SAD-BH, indicando

forças, fraquezas, oportunidades e ameaças à sua consolidação. Esses produtos visam contribuir para a educação permanente, o planejamento estratégico e a cultura de cogestão, apoiando gestores e trabalhadores na qualificação do cuidado domiciliar. A pesquisa, ao valorizar a escuta dos profissionais da gestão, destaca que o fortalecimento da AD no SUS depende não apenas de estruturas formais, mas da construção coletiva e integrada de redes de cuidado e governança. Por fim, acredita-se que um direcionador importante nesse processo seja a retomada e o fomento às iniciativas preconizadas pela Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave: Serviços de Assistência Domiciliar; Saúde Pública; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Home Care has been consolidating its position as a crucial component of Brazil's Unified Health System, especially given the challenges posed by an aging population, the high prevalence of chronic diseases, and the pursuit of more humanized, resolute, and integrated care models. The Home Care Service of Belo Horizonte represents a well-established initiative, demonstrating significant results in terms of reducing hospital stays, decreasing emergency room visits ("desuperalização"), ensuring continuity of care, and optimizing public resources. This dissertation aimed to analyze Home Care Service of Belo Horizonte and its integration with other services within the municipality's Health Care Network, from the perspective of management professionals working at the Belo Horizonte Municipal Health Secretariat. The study adopted a qualitative, descriptive approach, configured as a case study. Data collection involved 25 interviews conducted between February and April 2025. Participants were selected through snowball sampling, focusing on management professionals with at least six months in their current role. Theoretical data saturation was identified by the 21st interview, with the four subsequent, pre-scheduled interviews maintained as they did not yield significant new information. Data analysis followed the steps proposed by Franco (2008) for content analysis, organized as follows: pre-analysis, involving floating reading and corpus definition; material exploration, with coding and mixed construction of thematic categories; and results treatment, inference, and interpretation, aiming to understand the meanings attributed by interviewees to Home Care Service of Belo Horizonte and its relationships with other Health Care Network services. The findings were organized into seven analytical categories: 1) Home Care Service of Belo Horizonte: A Node in the Health Care Network; 2) Home Care Service of Belo Horizonte Integration with Other Network Nodes; 3) Logistics Systems and Care Connections; 4) Network Governance and Home Care Service of Belo Horizonte Challenges; 5) Home Care Service of Belo Horizonte and its Impact on Network Management and Care Quality; 6) Recommendations for Strengthening the Network and the Culture of Integration; 7) Reflection on Practice for the (Re)construction of the Network. The results indicate that while Home Care Service of Belo Horizonte is recognized as strategic, its full potential still depends on more participatory governance, improvements in logistical systems, and more fluid integration with other Health Care Network points. Managers' perceptions reveal tensions between centralized decision-making and the need for active listening and shared responsibility among various levels of management and assistance. Furthermore, the presence of an "invisible network" of informal connections, sustained by the adaptive efforts of frontline professionals, is highlighted, underscoring the institutional importance of valuing these practices. As a technical product, three instruments were developed to disseminate knowledge and enhance service quality: an informative e-book for the public, using accessible language and providing guidance on Home Care Service of Belo Horizonte operation; an educational e-book for health professionals, addressing guidelines, workflows, and strategies for integrated HC practice; and an adapted SWOT analysis matrix, analyzing Home Care Service of Belo Horizonte by identifying its strengths, weaknesses, opportunities, and threats to its consolidation. These products aim to contribute to continuing education, strategic planning, and a culture of co-management, supporting managers and workers in improving home care. By valuing the input of management professionals, the research emphasizes that strengthening home care within Unified Health System relies not only on formal structures but also on the collective and integrated construction of care and

governance networks. Finally, it is believed that a key driver in this process is the revival and promotion of initiatives advocated by the National Humanization Policy.

Keywords: Home Care Services; Public Health; Health Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Responsabilidade assistencial por modalidade de Atenção Domiciliar e perfil do usuário.....	28
Figura 1 – O município de Belo Horizonte e sua organização administrativa.....	32
Figura 2 – Distribuição territorial das equipes do SAD-BH.....	42
Quadro 2 – Categorias e descrições	49
Figura 3 – A técnica “bola de neve” e o percurso do estudo.....	56
Gráfico 1 – Tempo de atuação, por participante, no cargo/função atual	59
Gráfico 2 – Distribuição da amostra conforme o quesito, autorreferido, raça/cor	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra quanto à formação acadêmica	56
Tabela 2 – Distribuição da amostra quanto ao cargo/função	57
Tabela 3 – Distribuição da amostra em relação à unidade de atuação dos participantes	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASAD	Associação Brasileira dos Serviços de Atenção Domiciliar
AD	Atenção Domiciliar
AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
APG	Administração Pública Gerencial
APS	Atenção Primária à Saúde
CEM	Centros de Especialidades Médica
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAM-AD	Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e outras Drogas
CERSAMI	Centro de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil
CGAD	Coordenação Geral de Atenção Domiciliar
COBRAD	Congresso Brasileiro de Atenção Domiciliar
CS	Centro de Saúde
DAPS	Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Integração do Cuidado
DAUE	Diretoria de Atenção às Urgências e Emergências
DMAC	Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade em Saúde
DRES	Diretoria Regional de Saúde
eAPP	Equipes de Atenção Primária Prisional
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
eSB	Equipes de Saúde Bucal
eSF	Equipes de Saúde da Família
GAERE	Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação
GATES	Gerência de Apoio Técnico à Saúde
GEAPS	Gerência de Atenção Primária à Saúde
GERAE	Gerência da Rede Ambulatorial Especializada

GERAH	Gerência de Regulação do Acesso Hospitalar
GEURE	Gerência de Urgência e Emergência
HOB	Hospital Metropolitano Odilon Behrens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NASF-AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMeC	Programa Melhor em Casa
PNAD	Política Nacional de Atenção Domiciliar
PNH	Política Nacional de Humanização
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAD-BH	Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SMSA-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUASA	Subsecretaria de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo geral	22
2.2 Objetivos específicos.....	22
3 JUSTIFICATIVA	23
4 REFERENCIAL TEÓRICO	25
4.1 Atenção Domiciliar: origem, desenvolvimento e a política pública	25
4.2 A Atenção Domiciliar e um enfoque na RAS de Belo Horizonte	27
4.3 A intersetorialidade como pilar para a integralidade do cuidado	33
4.4 A gestão como eixo estruturante do sistema de saúde	36
4.5 A micropolítica do cuidado e o trabalho vivo em saúde.....	38
5 METODOLOGIA DA PESQUISA	40
5.1 Abordagem.....	40
5.2 Método da pesquisa	40
5.3 Objeto de análise.....	41
5.4 Participantes da pesquisa.....	42
5.5 Coleta dos dados.....	44
5.6 Análise dos dados	47
5.7 Reflexividade na pesquisa.....	50
5.8 Aspectos éticos	51
5.9 Riscos.....	52
5.10 Benefícios.....	52
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
6.1 Descrição dos participantes do estudo.....	55
6.2 O SAD-BH: um Nó da Rede de Atenção à Saúde.....	60
6.3 A articulação do SAD-BH com os demais Nós da Rede.....	65
6.4 Os sistemas logísticos e as ligações do cuidado.....	73
6.5 A governança da Rede e os desafios do SAD-BH	79
6.6 O SAD-BH e seus impactos na rede e na qualidade do cuidado	86
6.7 Recomendações para o fortalecimento da Rede e da cultura de integração	92
6.8 Reflexão sobre a prática para a (re)construção da Rede	100
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	107

APÊNDICE A – Roteiro semiestruturado de entrevista	116
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	118
APÊNDICE C – PRODUTOS TÉCNICOS	121
Produto Técnico – 1: <i>E-book</i> sobre o SAD-BH para a população	124
Produto Técnico – 2: <i>E-book</i> sobre o SAD-BH para profissionais de saúde	134
Produto Técnico – 3: Matriz de Análise SWOT/FOFA (adaptada): SAD-BH	154
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética da UFMG.....	165
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética da SMSA-BH	167

APRESENTAÇÃO

Empreender, colaborar e descobrir novas possibilidades de “agir e fazer” são características que integram e sustentam a minha trajetória. Tenho interesse genuíno por pessoas e relações humanas. Gosto de estudar, de jogar futebol, de conversar, em especial escutar e perguntar. Entendo que o meu propósito é estimular as pessoas a refletirem... Valorizo e aprecio a presença e o investimento de tempo naquilo que é realmente importante (para cada um).

Sou enfermeiro e apaixonado por gestão. Durante a graduação em enfermagem iniciei minha trajetória no SUS-BH. De 2010 a 2011 fui estagiário do programa “Posso Ajudar? Amigos da Saúde”, sendo o Centro Municipal de Oftalmologia o local onde dei meus primeiros passos como integrante dessa rede.

Meu ingresso, como servidor público, na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) ocorreu em 2013. Este momento tem significado ímpar em minha vida, pois aquele que, aos 23 anos, era apenas um usuário do SUS, acabara de se tornar, também, um integrante da gestão deste sistema de saúde.

Durante os últimos 11 anos trabalhei em diversas instâncias de gestão na SMSA-BH. Atuei como referência técnica e como gerente, tanto em âmbito regional quanto no nível central. Pode-se dizer que o trabalho desenvolvido se volta ao fortalecimento da cultura organizacional, incorporação de tecnologias e valorização de pessoas.

Os esforços empregados no aprimoramento pessoal e profissional geraram reconhecimentos. Recebi o diploma de Mérito da Saúde da Câmara Municipal de Belo Horizonte. Conquistei o 2º lugar e menção honrosa no I Seminário do PPGSS. Obtive o 1º lugar e menção honrosa no II Seminário do PPGSS.

Fui 1º lugar no Prêmio Boas Práticas em Enfermagem do Coren-MG. Recebi menção honrosa por trabalhos no IV Seminário do PPGSS-UFMG. As menções foram nas categorias “tecnologias gerenciais” e “política, planejamento e gestão”. A equipe que faço parte conquistou o 1º lugar no 2º *Bootcamp* do Coren-MG.

Minha relação com a Atenção Domiciliar (AD) se intensificou na Gerência de Integração do Cuidado à Saúde (GEICS), onde trabalhei por dois anos e sete meses como gerente. Exerci uma gestão compartilhada do SAD-BH com a coordenadora Denise Valadão, tendo em vista que o serviço estava sob a responsabilidade da GEICS, devido a estrutura organizacional da SMSA-BH.

Atualmente, na SMSA-BH, exerço a função de assessor na Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Integração do Cuidado. Concomitantemente, participo de um projeto sob gestão da FIOCRUZ/FIOTEC sobre apoio ao aprimoramento da gestão das políticas e programas da atenção hospitalar, domiciliar e de urgência e da força nacional do SUS, com atuação direta junto à Coordenação Geral de Atenção Domiciliar, no Ministério da Saúde.

Em suma, foram inúmeros os motivos que me levaram a escolher essa temática, pela qual tenho grande apreço e afinidade. cursar o mestrado profissional e desenvolver uma pesquisa sobre o SAD-BH foi uma ótima experiência. A expectativa é que os produtos gerados fomentem reflexões e melhorias ao Serviço e toda a RAS do município.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) desponta na saúde pública brasileira como uma modalidade inovadora que visa cuidados humanizados e integrais no domicílio. Ela reduz custos hospitalares e evita internações desnecessárias (Brasil, 2016b; Mendes; 2012; Dias *et al.*, 2023).

No Brasil, a AD se fortaleceu na década de 1990. Em 2011, foi criada a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD). A PNAD alinha-se aos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Ela oferece alternativa ao atendimento hospitalar tradicional, especialmente para pacientes crônicos, idosos e em situação de fragilidade clínica (Paim *et al.*, 2011; Mendes, 2012; Cavalcante *et al.*, 2022).

Com o envelhecimento da população e as mudanças no perfil de morbimortalidade, a demanda por serviços de saúde cresce continuamente (Buss *et al.*, 2020). Nesse sentido, a AD surge como uma alternativa viável e eficaz, promovendo o cuidado no ambiente domiciliar, fortalecendo vínculos e resultando na redução de custos, minimizando riscos de infecções e reinternações, além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes (Brasil, 2016b; Mendes, 2012; Zimbroff; Ornstein; Sheehan, 2021; Cavalcante *et al.*, 2022).

Entretanto, para que a AD alcance seu potencial, é fundamental sua integração com os demais elementos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo a continuidade do cuidado e otimizando recursos, evitando a fragmentação da assistência (Mendes, 2011; Brasil, 2014b; Belga; Jorge; Silva, 2022).

A articulação entre hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços de urgência e emergência é essencial para a eficácia do tratamento domiciliar. Evidências científicas indicam que a coordenação entre esses serviços reduz readmissões, otimiza recursos e melhora desfechos clínicos (Landers *et al.*, 2016; Rangel, 2023).

Apesar dos avanços da política pública e do Programa Melhor em Casa (PMeC), desafios persistem. A gestão do SAD enfrenta demanda crescente e recursos limitados. A articulação intersetorial também é necessária (Cavalcante *et al.*, 2022; Figueiredo, 2022; Mendes, 2012; Brasil 2012b).

O Programa Melhor em Casa (PMeC), instituído em 2011, é a principal política pública federal que financia e normatiza a AD no Brasil, visando ampliar o acesso e qualificar a atenção domiciliar no âmbito do SUS, com foco na redução da demanda hospitalar, humanização do cuidado e otimização de recursos (Oliveira, 2023;

Figueiredo, 2022).

As equipes do PMeC são multidisciplinares e atuam de forma complementar à atenção básica e aos serviços de urgência, oferecendo cuidado domiciliar a pacientes com diferentes níveis de complexidade (Belo Horizonte, 2023; Oliveira, 2023; Figueiredo, 2022).

Em Belo Horizonte, o programa teve início em 2011 e, desde então, tem sido essencial para a desospitalização de pacientes e a redução da demanda por leitos hospitalares. No cenário nacional, Belo Horizonte é o 3º município com o maior número de equipes habilitadas (Freire, 2024; Belo Horizonte, 2025).

Atualmente, a capital mineira conta com 32 equipes multidisciplinares que atendem cerca de 14 mil pacientes por ano. Destas 32 equipes, quatro estão sob a gestão da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) (Belo Horizonte, 2025).

O PMeC tem se mostrado efetivo na redução de custos, melhora da qualidade de vida dos pacientes e aumento da satisfação dos usuários e familiares (Belo Horizonte, 2025). Estudos como o de Nishimura, Carrara e Freitas (2019) demonstram a efetividade do programa na redução de custos com internações hospitalares.

Apesar dos avanços, a gestão municipal do SAD enfrenta desafios. A literatura aponta que a não adesão de alguns municípios ao programa pode estar relacionada à descentralização da saúde e à dificuldade de implementação em certas regiões, evidenciando a necessidade de maior apoio técnico e financeiro do governo federal e estadual aos municípios (Cavalcante *et al.*, 2022; Figueiredo, 2022).

Contudo, mesmo em municípios com alta adesão ao PMeC, como é o caso de Belo Horizonte, desafios significativos persistem. A demanda por atendimento cresce, há escassez de profissionais qualificados e a integração com outros serviços da RAS ainda é frágil (Figueiredo, 2022).

A abordagem dessa temática é de grande valia para o sistema de saúde do município. Neste sentido, este estudo apresenta-se como oportunidade para subsidiar planejamento e a implementação de ações que fortaleçam a integração da AD com os demais serviços da RAS.

Tendo como referência o caráter transversal de atuação do SAD, para alcançar os objetivos proposto neste estudo delimitou-se sua abrangência a profissionais que atuam em setores que se relacionam diretamente com o SAD-BH, seja no âmbito da assistência ou da gestão, a saber: 1) Diretoria de Atenção às Urgências e

Emergências, 2) Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Integração do Cuidado e 3) Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade em Saúde.

Acredita-se que a avaliação do SAD-BH, sob a ótica de profissionais da gestão da SMSA-BH, permitirá uma análise abrangente sobre sua estrutura, funcionamento e integração com os demais serviços da RAS. Espera-se que os resultados obtidos subsidiem o aprimoramento da AD no município, contribuindo para um cuidado mais resolutivo, humanizado e articulado com os demais pontos da Rede.

Nesse contexto surge a questão norteadora: como os profissionais que atuam na gestão, na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), percebem o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD-BH) e sua relação com os demais elementos da RAS do município? Serão considerados os desafios de gestão do SAD em nível municipal, aprofundando a discussão sobre a comunicação entre os serviços e os processos de transição do cuidado na RAS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar, sob a ótica de profissionais atuantes na gestão, a estrutura, os desafios e potencialidades do Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte, bem como sua relação com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde do município.

2.2 Objetivos específicos

Descrever a estrutura e o funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte (SAD-BH) a partir da percepção de profissionais atuantes na gestão.

Identificar os principais desafios enfrentados pelo SAD-BH, segundo a percepção de profissionais atuantes na gestão.

Identificar as potencialidades do SAD-BH, na perspectiva dos gestores, com foco na sua contribuição para a integralidade do cuidado.

Conhecer a relação entre o SAD-BH e os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

3 JUSTIFICATIVA

A Atenção Domiciliar (AD) tem se consolidado como uma estratégia central no sistema de saúde brasileiro, especialmente em face do aumento das doenças crônicas não transmissíveis e do envelhecimento populacional. Projeções da Organização Municipal de Saúde indicam que, entre 2015 e 2050, a proporção da população mundial com mais de 60 anos deve dobrar, o que ressalta a necessidade de estratégias que possam mitigar os impactos desse fenômeno no sistema de saúde (Oliveira, 2023; Cavalcante *et al.*, 2022; Rangel, 2023; Borges *et al.*, 2023).

Nesse cenário, a AD desponta como uma alternativa ao modelo hospitalocêntrico tradicional, promovendo a desospitalização, a continuidade do cuidado e a humanização da assistência. Essa modalidade favorece a autonomia e a confiança do paciente e da família, além de contribuir para a redução de custos e para a otimização dos recursos do sistema de saúde (Brasil, 2014a; Brasil, 2020; Cavalcante *et al.*, 2022; Rangel, 2023).

O Programa Melhor em Casa foi criado em 2011. Desde então, a capilarização da AD cresceu. Mais de 28,9 milhões de procedimentos foram realizados até 2021. Mais de 500 mil famílias foram atendidas, com investimento significativo do Ministério da Saúde (MS) (Gabardo *et al.*, 2022).

Contudo, a efetividade da AD depende da sua integração com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o que ainda se configura como um desafio no contexto brasileiro. A articulação entre os diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário) é essencial para garantir a continuidade do cuidado e evitar a fragmentação da assistência (Mendes, 2012; Oliveira *et al.*, 2023; Almeida *et al.*, 2018).

O Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte (SAD-BH) é um caso de sucesso, sua performance supera as metas do MS. Por exemplo, o resultado do indicador de admissões de urgência foi de 94,5%, superando os 40% esperados pelo órgão Federal (Belo Horizonte, 2025). O indicador mencionado relaciona-se e reafirma o objetivo do Serviço em promover o giro de leitos. Esse desempenho evidencia o potencial do SAD-BH como componente estratégico para a desospitalização e qualificação do cuidado.

A justificativa do estudo também se baseia na baixa produção acadêmica sobre AD. Faltam pesquisas sobre o cuidado integrado na RAS (Tofani *et al.*, 2023). A

maioria dos estudos foca em impactos econômicos e clínicos. Eles destacam redução de custos e melhores desfechos clínicos (Nishimura; Carrara; Freitas, 2019). Contudo, pesquisas sobre a percepção de gestores são escassas. Assim, deve-se estudar sobre a organização, desafios e potencialidades dos SADs, a partir dessa ótica.

Nesse contexto, torna-se essencial conhecer a percepção dos profissionais que atuam na gestão, na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), sobre o SAD-BH. Assim, busca-se considerar sua vivência e as experiências com o Serviço supramencionado e os demais pontos de atenção da RAS.

Compreender essas percepções pode trazer contribuições para o aprimoramento da gestão do cuidado domiciliar, subsidiando o planejamento de ações que fortaleçam a RAS e as políticas públicas de saúde, com impacto direto na qualidade e efetividade da atenção prestada aos usuários.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo tem a finalidade de apresentar o referencial teórico que fundamenta o estudo. Ele é constituído pelos elementos estruturantes utilizados como base conceitual e alicerce da análise.

Para melhor organização, a abordagem foi dividida nos seguintes subtítulos: (4.1) A Atenção Domiciliar: origem, desenvolvimento e a política pública; (4.2) A Atenção Domiciliar e um enfoque na RAS de Belo Horizonte; (4.3) A intersectorialidade como pilar para a integralidade do cuidado; (4.4) A gestão como eixo estruturante do sistema de saúde; e (4.5) A micropolítica do cuidado e o trabalho vivo em saúde.

Os tópicos supramencionados possibilitam um aprofundamento na compreensão da AD. Na abordagem são enfatizados os marcos históricos, normativos e operacionais, articulando com os fundamentos da gestão em saúde.

4.1 Atenção Domiciliar: origem, desenvolvimento e a política pública

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde que engloba um conjunto de ações em saúde realizadas no domicílio, direcionadas a pacientes com estabilidade clínica, tecnologias específicas e o apoio de cuidadores. Essa prática antecede a institucionalização hospitalar, sendo, por muitos séculos, a principal forma de cuidado (Savassi *et al.*, 2023).

Uma expansão significativa dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) ocorreu na década de 1940, especialmente na América do Norte e na Europa, impulsionada pelo envelhecimento populacional e pela necessidade de continuidade do cuidado. Nos Estados Unidos, em 1947, a AD foi impulsionada pela necessidade de liberar leitos e proporcionar ambientes mais favoráveis à recuperação no cenário pós-guerra (Cavalcante *et al.*, 2022; Gabardo *et al.*, 2022).

No Brasil, os primeiros SADs públicos surgiram na década de 1960, com maior expansão a partir dos anos 1990, ainda de forma fragmentada e desarticulada (Dias *et al.*, 2023). A seguir, foram listados os principais marcos históricos da AD no país (Oliveira, 2023; Savassi *et al.*, 2023):

- **1920:** Início da educação sanitária domiciliar pelo Departamento Nacional de Saúde Pública.
- **1925:** Primeiras experiências com enfermagem domiciliar no Centro de Saúde da FSP/USP.

- **1949:** Criação do SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência), para atender pacientes em casa.
- **1960:** Início da sistematização dos SADs.
- **1988:** Criação do SUS e expansão da APS.
- **1990:** Surgimento de propostas de AD em diversas cidades brasileiras.
- **2006:** Realização do primeiro encontro nacional de AD e fundação da ABRASAD.
- **2007:** Realização do I Congresso Brasileiro de Atenção Domiciliar (COBRAD).
- **2011:** Criação da Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD), no Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.
- **2011:** Lançamento do Programa Melhor em Casa (PMeC).
- **2014:** Mudança da CGAD do DAB para o Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência (DAHU)
- **2019:** Formalização da CGAD, agora integrada à Coordenação Hospitalar.
- **2023:** Criação da Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGADOM), sob gestão do DAHU e desvinculada da Coordenação Hospitalar.

No campo normativo, destacam-se a RDC nº 11/2006 da ANVISA, que regula o funcionamento dos serviços de AD, e a Portaria nº 2.029/2011, que institucionaliza a AD no SUS. Mais recentemente, a Portaria GM/MS nº 3.005/2024 atualizou as diretrizes para a organização do serviço no país (Freire, 2024; Savassi *et al.*, 2023).

A AD no Brasil, formalizada em 2011 pela Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) e integrada à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), configura-se como um serviço complementar ou substitutivo à internação hospitalar e visa a redução de internações desnecessárias, a redução de custos e a promoção da autonomia do paciente (Cavalcante *et al.*, 2022; Oliveira, 2023; Rangel, 2023).

A desospitalização (processo que visa a transferência do paciente do hospital para o domicílio) é central nesse modelo, exigindo integração com a Rede de Atenção à Saúde, garantia de recursos logísticos, apoio aos cuidadores e capacitação

profissional (Cavalcante *et al.*, 2022; Oliveira *et al.*, 2023; Rangel, 2023).

A literatura evidencia a importância da equipe multiprofissional na AD, do planejamento do cuidado, do uso de tecnologias como o prontuário eletrônico, teleatendimento e transporte sanitário. Estratégias como o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o acompanhamento sistemático contribuem para a integralidade e a efetividade do cuidado (Oliveira *et al.*, 2023; Cavalcante *et al.*, 2022).

A articulação entre os serviços da rede, o empoderamento dos usuários e a promoção de ambientes saudáveis são elementos estruturantes para a efetividade da AD. A intersetorialidade e a participação comunitária são princípios-chave para garantir a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida no cuidado domiciliar (Belga; Jorge; Silva, 2022; Buss *et al.*, 2020; Tofani *et al.*, 2023).

O Programa Melhor em Casa (PMeC) chegou em 977 municípios e 26 estados, com mais de 2,1 mil equipes multiprofissionais ativas, até 2024. O custeio do PMeC é realizado de forma tripartite, com recursos da União, estados e municípios. O orçamento anual do programa é de R\$ 895,5 milhões, divididos entre equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMADs e EMAPs) (Freire, 2024).

Entre 2011 e 2023, o número de equipes (EMADs e EMAPs) em atuação passou de 59 para 2.137. Esses números representam um crescimento médio de 180 equipes/ano e de mais de 3.000% (Freire, 2024).

Atualmente, o PMeC atende majoritariamente a idosos e pessoas em situação de vulnerabilidade, cumprindo um importante papel social. Entre os atendimentos, 26% são em idosos com mais de 80 anos. Adicionalmente, foi essencial na pandemia de Covid-19, permitindo desospitalizações e o acompanhamento domiciliar, otimizando o uso de leitos hospitalares (Gabardo *et al.*, 2022; Oliveira *et al.*, 2023; Savassi *et al.*, 2023).

4.2 A Atenção Domiciliar e um enfoque na RAS de Belo Horizonte

A AD busca preencher as lacunas assistenciais entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Essa modalidade de cuidado destaca-se por sua capacidade de promover desospitalização, humanizar o cuidado, personalizar as ações e incentivar a autonomia do paciente. Para o sucesso da AD, é indispensável a atuação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, com comunicação eficaz entre os profissionais, os pacientes e seus familiares, assegurando a qualidade e a continuidade dos cuidados (Savassi *et al.*, 2023).

No Brasil, a AD está organizada em três modalidades: AD1, AD2 e AD3. A definição da modalidade é baseada em critérios como a complexidade dos cuidados necessários, a frequência das visitas, a intensidade da atuação multiprofissional e o uso de tecnologias específicas (Freire, 2024).

Os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) são responsáveis diretos pela modalidade AD1 e atuam como corresponsáveis nas modalidades AD2 e AD3, reforçando a lógica do cuidado compartilhado. O Quadro a seguir representa o cenário descrito e o contexto de organização da AD (Belo Horizonte, 2023).

Quadro 1 – Responsabilidade assistencial por modalidade de Atenção Domiciliar e perfil do usuário

Modalidade	Responsabilidade Assistencial	Perfil do Usuário
Atenção Domiciliar (AD 1)	Equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal, profissionais de apoio, Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica	Usuários com limitação funcional e/ou doenças graves, restritos ao leito ou ao domicílio, em que o deslocamento até a unidade de saúde torna-se impeditivo de acesso à assistência, bem como usuários e/ou famílias em condição de vulnerabilidade
Atenção Domiciliar (AD 2)	EMAD/EMAP	Usuário apresentando quadro agudo ou crônico agudizado, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal; egressos hospitalares complexos, que necessitam treinamento do usuário, familiar e/ou cuidador para manejo de sondas, ostomias e cuidados básicos para pacientes com limitação funcional; necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com finalidade de controlar a dor e o sofrimento do usuário; prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal
Atenção Domiciliar (AD 3)	EMAD/EMAP	Usuário com quadro agudo ou crônico complexo, com necessidade de visitas multiprofissionais frequentes e que envolvem o uso de tecnologias leve-duras, como a utilização de ventilação mecânica.

Fonte: Belo Horizonte, 2023.

Apesar dos avanços, a AD enfrenta inúmeros desafios. Entre eles: a necessidade de qualificação contínua dos profissionais, a articulação efetiva com os demais pontos da RAS, a garantia da segurança do paciente no domicílio e o enfrentamento das questões éticas e legais, como o consentimento familiar e a definição de cuidadores (Savassi *et al.*, 2023).

A sobrecarga física e emocional dos cuidadores também exige atenção das equipes. A ocorrência de violência intradomiciliar, que deve ser identificada e abordada adequadamente pelos profissionais, requer sensibilidade e cautela para identificação e adoção das medidas necessárias (Savassi *et al.*, 2023).

Dessa forma, a integração e a cooperação entre pessoas e serviços são fundamentais para a efetividade da AD. Conforme Nakata e outros autores (2020), a sustentabilidade futura dos sistemas de saúde exige uma atuação mais colaborativa, sob uma visão compartilhada de cuidado, com eliminação de duplicidades e maior eficiência organizacional por meio de redes integradas.

A implantação da AD em Belo Horizonte teve início em 2002, momento em que o município contava com uma equipe multidisciplinar direcionada aos cuidados de pacientes com necessidade de internação prolongada e tratamento de lesões. O ano de 2011 é marcado pelo lançamento do PMeC, pelo Governo Federal (Souza *et al.*, 2024).

No mesmo ano de lançamento do PMeC ocorre a adesão pelo município, promovendo o fortalecimento e qualificação da AD. Em 2017 foi realizada a habilitação de novas equipes, o que permitiu a vinculação direta das EMAD aos principais hospitais públicos e filantrópicos 100% SUS (Souza *et al.*, 2024).

O SAD-BH oferece cuidado domiciliar a pacientes com diferentes condições de saúde, independente da faixa etária. São assistidos pacientes com doenças crônicas agudizadas, em recuperação pós-cirúrgica ou em cuidados paliativos, além de outros perfis previstos nos critérios de elegibilidade (Souza *et al.*, 2024).

Belo Horizonte conta com 32 equipes, sendo: 24 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) compostas por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e fisioterapeutas; e oito Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), compostas por nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional e psicólogo (Belo Horizonte, 2023).

Deve-se destacar que, três EMAD e um EMAP estão sob a gestão da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). A equipe gestora do

SAD-BH é formada por um coordenador, um assistente administrativo e sete referências técnicas (Belo Horizonte, 2024; Nishimura; Carrara; Freitas, 2019; Souza *et al.*, 2024).

Cada EMAD é referência para um conjunto de Centros de Saúde de uma mesma Regional do município e configuram o elo para a transferência responsável e continuidade do cuidado entre os níveis de atenção à saúde da rede SUS-BH. Já as EMAP têm como foco de trabalho a avaliação, reabilitação e capacitação do usuário e do cuidador, durante a internação domiciliar, atendendo as indicações clínicas específicas dos usuários acompanhados pela EMAD (Belo Horizonte, 2024, p. 63).

Em 2024 mais de 14 mil pacientes foram acompanhados pelo SAD-BH, com resultados positivos em termos de redução de custos e melhora da qualidade de vida dos usuários (Belo Horizonte, 2025). Ademais, os resultados alcançados pelo Serviço são expressos nos dois indicadores estratégicos monitorados pelo Ministério da Saúde:

- Maior desfecho de alta clínica para atenção primária (meta igual ou maior que 10% do total das altas) – o resultado em 2024 foi 45% de alta dos usuários para o Centro de Saúde (Belo Horizonte, 2025).
- Admissões de usuários no Serviço de Atenção Domiciliar provenientes de serviços de urgência (meta igual ou maior que 40% do total de admissões do SAD) – o resultado em 2024 foi 94,50% (Belo Horizonte, 2025).

A AD tem sido fortalecida e se consolida, gradativamente, enquanto um componente importante da RAS, os resultados alcançados são notáveis e representam o seu potencial frente às necessidades de saúde da população. Entretanto, é indispensável que ações integradas sejam a base estruturante do trabalho, na gestão e na assistência.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são estruturas organizativas que integram diferentes recursos e serviços, buscando oferecer atenção integral, contínua e qualificada à população. A base das RAS é a APS, reconhecida como a porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado, articulando os diversos pontos da rede (Mendes, 2011; Nakata *et al.*, 2020).

Mendes (2010; 2019) afirma que a estrutura operacional das RAS se compõe de cinco componentes: “o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os

pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde.”

A partir dessa concepção, pode-se dizer que os três primeiros componentes correspondem aos “Nós” das redes. O quarto, às ligações que comunicam os diferentes Nós. E o quinto, o componente que governa as relações entre os quatro primeiros (Mendes, 2010).

O conceito de RAS surgiu como resposta à crescente complexidade dos sistemas de saúde e à necessidade de lidar com as doenças crônicas e as transições demográficas. Seu marco inicial remonta ao Relatório Dawson (1920), que preconizava a integração de serviços de saúde com base na centralidade da atenção primária (Mendes, 2011).

Essa concepção ganhou força a partir da década de 1990, com experiências de sistemas integrados nos Estados Unidos e em países da Europa Ocidental, como o Relatório Dekker na Holanda (1988), que propôs modelos mais eficientes e sustentáveis (Mendes, 2011; Martinelli *et al.* 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) também tem promovido, desde 2008, a organização de redes integradas baseadas na APS, com ênfase na integralidade, na coordenação do cuidado e na humanização da atenção (Martinelli *et al.*, 2022). No Brasil, o conceito foi institucionalizado a partir do Pacto pela Saúde (2006), sendo consolidado com a Portaria nº 4.279/2010 e o Decreto nº 7.508/2011. Essas normativas reforçam a regionalização e a corresponsabilidade entre os entes federativos (Mendes, 2011; Nakata *et al.*, 2020).

Embora os avanços sejam notórios, ainda persistem desafios na implantação das RAS, como a superação da fragmentação entre os níveis de atenção, a capacitação de equipes e o financiamento adequado. As evidências, no entanto, demonstram que as RAS têm potencial para promover ganhos em eficiência, equidade e qualidade do cuidado (Cavalcante *et al.*, 2022; Martinelli *et al.*, 2022).

Em Belo Horizonte, a RAS se consolidou como modelo de excelência. A capital mineira é a sexta cidade mais populosa do Brasil, com mais de 2,4 milhões de habitantes, distribuídos em nove regionais de saúde (Belo Horizonte, 2025; IBGE, 2025). A rede é estruturada de forma a garantir a atenção integral à população, desde a APS até os serviços de alta complexidade.

Figura 1 – O município de Belo Horizonte e sua organização administrativa



Fonte: Belo Horizonte, 2024.

Na APS, o município conta com 153 Centros de Saúde, 597 Equipes de Saúde da Família, 316 Equipes de Saúde Bucal, cinco Equipes de Atenção Primária Prisional e 83 Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB). Esses serviços representam a principal porta de entrada do SUS no município (Belo Horizonte, 2025).

Nos níveis secundário e terciário, há nove Centros de Especialidades Médicas, quatro Centros de Especialidades Odontológicas, 20 hospitais gerais e oito especializados, além de nove Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é parte integrante da RAS e é o foco deste estudo (Belo Horizonte, 2025).

A cidade também investe em atenção à saúde mental, com serviços como os Centros de Referência em Saúde Mental e os Centros de Convivência. A vigilância em saúde e a promoção da saúde são prioridades, com ações estruturadas para o controle de doenças, como as arboviroses (Belo Horizonte, 2025).

A gestão da RAS em Belo Horizonte está sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, que coordena os serviços e promove a integração dos diferentes níveis de atenção. A RAS no município é reconhecida nacionalmente como um modelo de sucesso, destacando-se pela sua abrangência na organização da rede e na oferta de serviços com base nos princípios do SUS.

As RAS visam integrar os diversos pontos de atenção, com base na APS, e destacam a AD como uma estratégia essencial para a desospitalização, a continuidade do cuidado e a garantia de atenção qualificada, integral e humanizada à população (Rangel, 2023). Neste contexto, esta pesquisa propõe-se a analisar as percepções de profissionais que atuam na gestão, na SMSA-BH, e relacionam-se com a AD em Belo Horizonte, promovendo uma reflexão crítica entre teoria e prática, com vistas ao aprimoramento da gestão e da assistência.

4.3 A intersetorialidade como pilar para a integralidade do cuidado

A intersetorialidade, no contexto das políticas públicas, constitui uma diretriz essencial para a promoção da integralidade do cuidado, especialmente em cenários desafiadores e complexos. Essa abordagem envolve a cooperação entre diferentes órgãos governamentais, organizações da sociedade civil e demais atores sociais, com o objetivo de promover ações integradas e efetivas em áreas como saúde, educação, assistência social, habitação, cultura e segurança pública (Beserra, 2024; Fechner; Gumbowsky, 2025).

A estrutura das políticas públicas no Brasil tem sido marcada pela fragmentação e pela setorização das ações, o que configura um obstáculo relevante para o enfrentamento das múltiplas dimensões dos problemas sociais contemporâneos. Essa lógica organizacional, originada na Constituição Federal de 1988 e em normas infraconstitucionais, resulta em sobreposição de ações, desarticulação entre os setores e fragilização do cuidado, especialmente junto às populações em situação de vulnerabilidade social – situação agravada por medidas de austeridade e restrições orçamentárias (Rocha; Pereira, 2024; Beserra, 2024).

O conceito ampliado de saúde, entendido como resultado de determinantes sociais, econômicos, ambientais e culturais, reforça a necessidade de uma atuação intersetorial. O modelo biomédico, centrado no diagnóstico e tratamento de doenças, mostra-se insuficiente para responder às complexas demandas contemporâneas, exigindo o envolvimento de diferentes setores sociais, como educação, saneamento

básico, assistência social, cultura e segurança (Rocha; Pereira, 2024).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída em 2006 e revisada em 2014, representou um marco ao incorporar a intersetorialidade como uma de suas estratégias centrais. Ela destaca a necessidade de articulação com outras políticas públicas e define a intersetorialidade como a construção coletiva de intervenções, baseada na articulação de saberes, experiências e potências institucionais, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão para a superação de problemas comuns (Brasil, 2015).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Domiciliar (AD), a intersetorialidade é um componente indispensável para a promoção da integralidade. A atuação conjunta entre saúde, assistência social e outros setores amplia a resolutividade das ações e melhora os desfechos em saúde (Silva *et al.*, 2024; Zolin; Machado; Nascimento, 2024).

No entanto, a efetiva implementação da intersetorialidade ainda enfrenta barreiras. O desconhecimento por parte de alguns gestores sobre seu funcionamento, a baixa institucionalização das práticas e a resistência de setores que operam com lógicas próprias e isoladas caracterizam este cenário (Silva *et al.*, 2024; Zolin; Machado; Nascimento, 2024).

No campo da AD, o cuidado se estende para além dos aspectos clínicos, incluindo as condições sociais do domicílio, a capacidade da família de prestar cuidados, a sobrecarga do cuidador e os fatores de risco presentes no ambiente. Assim, é imprescindível o conhecimento técnico, ético e legal da equipe multiprofissional, visando garantir a segurança do paciente, dos cuidadores e dos profissionais (Belo Horizonte, 2023).

A intersetorialidade também se faz presente na política de assistência social, sobretudo após a Constituição de 1988, que a incluiu no tripé da Seguridade Social (Beserra, 2024). O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) adotou a intersetorialidade como princípio organizativo, propondo a articulação da rede socioassistencial com as demais políticas setoriais, na busca por garantir proteção integral aos cidadãos (Rocha; Pereira, 2024).

A intersetorialidade é compreendida como uma ferramenta para o planejamento, a execução e a avaliação de políticas públicas. Ela permite a integração de diferentes setores em ações coletivas, orientadas por princípios de gestão compartilhada, horizontalidade e participação social. Sua aplicação visa à redução

das iniquidades e à efetividade das ações, adaptando-se às especificidades de cada território (Carvalho *et al.*, 2024).

A literatura destaca diferentes níveis de intensidade na aplicação da intersetorialidade. Em sua forma mais robusta, ou “alta intensidade”, há compartilhamento de decisões, planejamento, monitoramento e orçamento entre os setores envolvidos. Já na “baixa intensidade”, a articulação é pontual e restrita a determinadas etapas do processo, com pouca efetividade na transformação da prática (Beserra, 2024).

A implementação da intersetorialidade enfrenta entraves estruturais, como a rigidez administrativa, a ausência de linguagens comuns, a escassez de governança intersetorial e a rotatividade de profissionais. Muitas vezes, as ações intersetoriais ocorrem de maneira informal, por meio de redes pessoais de contatos, sem o devido respaldo institucional, o que fragiliza sua sustentabilidade (Martins *et al.*, 2025; Lima; Silva; Guimarães, 2023; Zolin; Machado; Nascimento, 2024).

No contexto da AD, essa fragilidade se reflete na descontinuidade do cuidado, na ausência de vínculo e no aumento das falhas assistenciais. A efetivação da atenção domiciliar, especialmente junto à população idosa acamada, exige ações intersetoriais consistentes, capazes de articular o cuidado de saúde com o suporte social e os recursos do território (Silva *et al.*, 2024).

Experiências como o Programa Melhor em Casa e a iniciativa Cidade Amiga do Idoso representam esforços para institucionalizar práticas intersetoriais. O primeiro oferece atendimento multiprofissional no domicílio, enquanto o segundo atua no diagnóstico das necessidades da população idosa e na proposição de ações integradas em áreas como habitação, transporte, mobilidade e lazer (Martins, 2015).

O Planejamento Estratégico Situacional (PES), ao propor uma leitura crítica da realidade e a articulação de diferentes atores sociais em torno de problemas comuns, constitui uma abordagem metodológica promissora para o fortalecimento das ações intersetoriais. Sua aplicabilidade à gestão da saúde e à organização das redes de cuidado possibilita o enfrentamento da fragmentação e a construção de estratégias sustentáveis e centradas nas necessidades da população (Carvalho *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2024).

Dessa forma, é possível afirmar que a intersetorialidade é condição indispensável para a construção de uma saúde coletiva efetiva no Brasil. Para além do discurso normativo, sua concretização requer esforços políticos, arranjos

institucionais inovadores, formação continuada dos profissionais e valorização da participação social. A superação da fragmentação, portanto, passa por práticas de gestão mais democráticas, inclusivas e integradas (Rocha; Pereira, 2024; Martins *et al.*, 2025).

O próximo item do trabalho aprofundará a discussão sobre a gestão como eixo estruturante da RAS, destacando suas interfaces com a intersectorialidade, a coordenação do cuidado e a efetividade das políticas públicas em saúde.

4.4 A gestão como eixo estruturante do sistema de saúde

A administração pública brasileira passou por diferentes fases de reformulação ao longo do tempo, buscando aperfeiçoar seus processos e responder de forma mais eficiente às necessidades da sociedade. A partir da década de 1990, com a consolidação da Administração Pública Gerencial (APG), houve um movimento para profissionalizar o serviço público, conferindo à gestão de pessoas papel estratégico na formulação e execução de políticas públicas (Gomes *et al.*, 2021).

No campo da saúde, a gestão pública é multifacetada, envolvendo desde o planejamento e organização dos serviços até a execução e avaliação das ações, com o objetivo de assegurar o bem-estar da população. No entanto, esse campo enfrenta inúmeros desafios, como a escassez de recursos, a fragmentação do cuidado, a limitação de infraestrutura, e a dificuldade de garantir o acesso equitativo e a qualidade da atenção em todos os níveis do sistema (Araújo; Araújo, 2022).

Esses desafios são intensificados pelas disputas e tensões presentes no cotidiano dos serviços, que envolvem relações de poder, negociação de sentidos e interações intersubjetivas entre gestores, trabalhadores e usuários. Sob essa perspectiva, a análise micropolítica propõe refletir sobre os eventos cotidianos da produção do cuidado, compreendendo-os como fruto de uma dinâmica viva e em constante transformação (Merhy *et al.*, 2019).

Além disso, a hegemonia do modelo biomédico e médico-centrado muitas vezes desconsidera as dimensões sociais e subjetivas dos usuários, limitando a efetivação de práticas que promovam a integralidade do cuidado e o trabalho em rede. Para enfrentar essas limitações, é fundamental adotar estratégias de gestão que incentivem a escuta ativa, o protagonismo dos usuários e a articulação entre os diferentes atores da Rede de Atenção à Saúde (Belga; Jorge; Silva, 2022).

Um dos reflexos mais evidentes da fragmentação do sistema é a dificuldade de

articulação entre os níveis de atenção e a comunicação ineficaz entre os profissionais. Essa realidade reforça a importância da gestão como mediadora da integração e da coordenação do cuidado (Belga; Jorge; Silva, 2022).

Araújo e Araújo (2022) salientam a necessidade de estratégias inovadoras, participativas e baseadas em evidências para fortalecer a capacidade de resposta do sistema. Dentre elas, pode-se frisar:

- Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS): considerada a principal porta de entrada do sistema, a APS é essencial na promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado contínuo. Seu fortalecimento passa pela expansão da cobertura, qualificação das equipes e articulação com os demais níveis de atenção.
- Investimento em tecnologia da informação: ferramentas como sistemas informatizados, prontuários eletrônicos e telemedicina são fundamentais para a gestão eficiente, permitindo monitorar indicadores, avaliar o desempenho das ações e apoiar decisões com base em dados confiáveis.
- Promoção da participação social: a inclusão da população nos processos decisórios fortalece a legitimidade das ações e contribui para a transparência e efetividade da gestão. Os conselhos de saúde, audiências públicas e canais digitais de comunicação são mecanismos relevantes nesse processo.
- Valorização dos profissionais de saúde: reconhecer o papel dos trabalhadores da saúde implica oferecer condições adequadas de trabalho, remuneração compatível, oportunidades de formação permanente e ambientes acolhedores e motivadores.

Merhy *et al.* (2019) ressaltam que o trabalho em saúde é tensionado por múltiplas demandas, sendo influenciado por forças sociais, estruturas institucionais e expectativas dos usuários. A gestão do trabalho deve promover espaços de diálogo e escuta ativa, permitindo a análise contínua dos efeitos do processo de trabalho, e incentivando práticas sensíveis às singularidades e à complexidade do cuidado (Brasil, 2010).

A gestão em saúde pública, portanto, demanda uma postura ativa, flexível e inovadora por parte dos gestores e profissionais. A capacidade de articular diferentes

tecnologias, coordenar equipes e tomar decisões estratégicas é essencial para superar os obstáculos que se impõem à consolidação de um sistema de saúde justo, universal, equitativo e resolutivo (Araújo; Araújo, 2022).

Ademais, sobressai a relevância da gestão do cuidado como ferramenta de qualificação da assistência. Ela contribui para a padronização de condutas entre os profissionais, confere maior coerência às práticas e promove um cuidado centrado nas necessidades do usuário. O processo envolve planejamento, organização, liderança de equipes e avaliação contínua, com vistas à promoção da saúde e à integralidade do cuidado (Soder *et al.*, 2020).

A gestão deve ser compreendida não apenas como instrumento técnico-administrativo, mas como um eixo estruturante da RAS. Seu papel vai além da alocação de recursos: envolve a articulação entre serviços, a mediação entre diferentes saberes e a promoção de práticas colaborativas. Quando fortalecida, a gestão contribui para a superação de desigualdades, o aprimoramento dos fluxos assistenciais e a qualificação do cuidado em todos os níveis do sistema (Mendes, 2012).

4.5 A micropolítica do cuidado e o trabalho vivo em saúde

A gestão e a produção do cuidado em saúde não ocorrem em um vácuo técnico-normativo. Elas se dão em um campo de forças dinâmico, atravessado por relações de poder, desejos e interações subjetivas que moldam o cotidiano dos serviços. A análise desse campo é o objeto da micropolítica, que se dedica a compreender como o poder se exerce e como a vida é produzida nos encontros entre gestores, trabalhadores e usuários (Merhy *et al.*, 2019; Almeida; Merhy, 2020).

Para desvelar essa dinâmica, Emerson Merhy propõe uma distinção fundamental entre duas dimensões do trabalho em saúde: o trabalho morto e o trabalho vivo em ato. O trabalho morto representa a dimensão estruturada e prescrita do cuidado. Ele se materializa nos protocolos, nos equipamentos (tecnologias duras) e nos saberes científicos já codificados que orientam a prática profissional (Cardoso, 2021; Rodrigues *et al.*, 2021). É uma tentativa de padronizar e controlar o trabalho, garantindo um certo nível de previsibilidade.

Em contrapartida, o trabalho vivo em ato é a potência criativa que se manifesta no momento do encontro entre o profissional de saúde e o usuário. Ele é, por natureza, imprevisível, pois depende da interação, do diálogo, da escuta, do vínculo e da

empatia: as chamadas tecnologias leves (Cardoso, 2021). É no trabalho vivo que reside a capacidade de criar soluções singulares e personalizadas para as necessidades de cada usuário, que frequentemente extrapolam os limites dos protocolos (Rodrigues *et al.*, 2021).

O encontro, portanto, é a arena central onde o cuidado é coproduzido. Nele, tanto o trabalhador quanto o usuário são protagonistas que se afetam mutuamente, agenciando processos de subjetivação (Merhy *et al.*, 2019). Dependendo da qualidade dessa interação, podem ocorrer “bons encontros”, que aumentam a potência de agir dos envolvidos, ou “maus encontros”, que geram paixões tristes e diminuem essa potência (Almeida; Merhy, 2020).

A gestão em saúde, sob a ótica da micropolítica, deve reconhecer que, embora os protocolos (trabalho morto) sejam importantes, a qualidade do cuidado é, em última instância, definida pela potência do trabalho vivo em ato. Negligenciar essa dimensão e focar apenas no controle gerencialista pode levar a práticas desumanizadas e à frustração de trabalhadores e usuários (Merhy *et al.*, 2019). Por isso, estratégias como a Educação Permanente em Saúde (EPS) são relevantes, pois valorizam o saber da experiência e tomam o próprio processo de trabalho como objeto de reflexão, fortalecendo o trabalho vivo (Chagas, 2019; Rodrigues *et al.*, 2021).

5 METODOLOGIA DA PESQUISA

5.1 Abordagem

Com base nas considerações de Stake (2011) e Freitas e Jabbour (2011), bem como na proposta de valorizar a percepção e a compreensão sobre os múltiplos aspectos que influenciam o exercício da gestão em serviços de saúde, incluindo o olhar dos próprios profissionais atuantes nessas funções, define-se que este estudo adota uma abordagem qualitativa, em razão da natureza do raciocínio, da organização e das perspectivas envolvidas. Quanto à finalidade, trata-se de um estudo descritivo.

De acordo com Gomes (2014), o uso da abordagem qualitativa tem se tornado recorrente no campo da saúde, justificando-se principalmente pelo interesse em investigar elementos presentes nas interações sociais, orientar o estudo a partir da perspectiva dos atores envolvidos, compreender o contexto em que se insere a pesquisa e possibilitar uma condução flexível e interativa.

Agregado a isso destaca-se a necessidade do pesquisador saber observar, analisar e registrar as interações entre as pessoas e entre estas e o sistema, atrelado à compreensão sobre a dinamicidade do vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (Freitas; Jabbour, 2011).

[...] a pesquisa qualitativa usa o texto como material empírico (em vez de números), parte da noção da construção social das realidades em estudo, está interessada nas perspectivas dos participantes, em suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano relativo à questão do estudo (Flick, 2009, p. 16).

Tal afirmativa reafirma as proposições apresentadas Minayo (2010) que enfatiza a disposição evidente na pesquisa qualitativa com os aspectos que não podem ser quantificados em consonância com o anseio pelo trabalho com as crenças, valores, atitudes e o universo de significados e motivações.

5.2 Método da pesquisa

Este trabalho consiste em um estudo de caso do Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte a partir da percepção de profissionais atuantes na gestão, em nível estratégico, na Secretaria Municipal de Saúde do referido município. Conforme apresentado por Yin (2005) o estudo de caso consiste em uma investigação empírica que ocorre num contexto de vida real, para investigação de determinado fenômeno.

Um protocolo de pesquisa, em estratégia de estudo de casos deve

apresentar os seguintes itens: (a) questão principal da pesquisa; (b) objetivo principal; (c) temas da sustentação teórica; (d) definição da unidade de análise; (e) potenciais entrevistados e múltiplas fontes de evidência; (f) período de realização; (g) local da coleta de evidências; (h) obtenção de validade interna, por meio de múltiplas fontes de evidências; (i) síntese do roteiro de entrevista (Freitas; Jabbour, 2011, p. 15).

O presente estudo é orientado pelo interesse no entendimento contextual e na reunião de informações sobre a relação entre os atores já mencionados e o seu âmbito de atuação, valorizando o caráter representativo e o enfoque no espaço de inserção do sujeito para construção de um entendimento mais detalhado (Yin, 2001; Freitas; Jabbour, 2011).

Para Freitas e Jabbour (2011, p. 6) “apesar das limitações, o estudo de caso é o método mais adequado para conhecer em profundidade todas as nuances de um determinado fenômeno organizacional”. Os autores afirmam que o estudo de caso é o resultante de que representa um fenômeno, a partir de múltiplas origens com fontes diversas. Ademais, é amparado por um conjunto de técnicas, informações e um referencial teórico capaz de conduzir a pesquisa à penetração na realidade social, por meio do aprofundamento no objeto em questão.

5.3 Objeto de análise

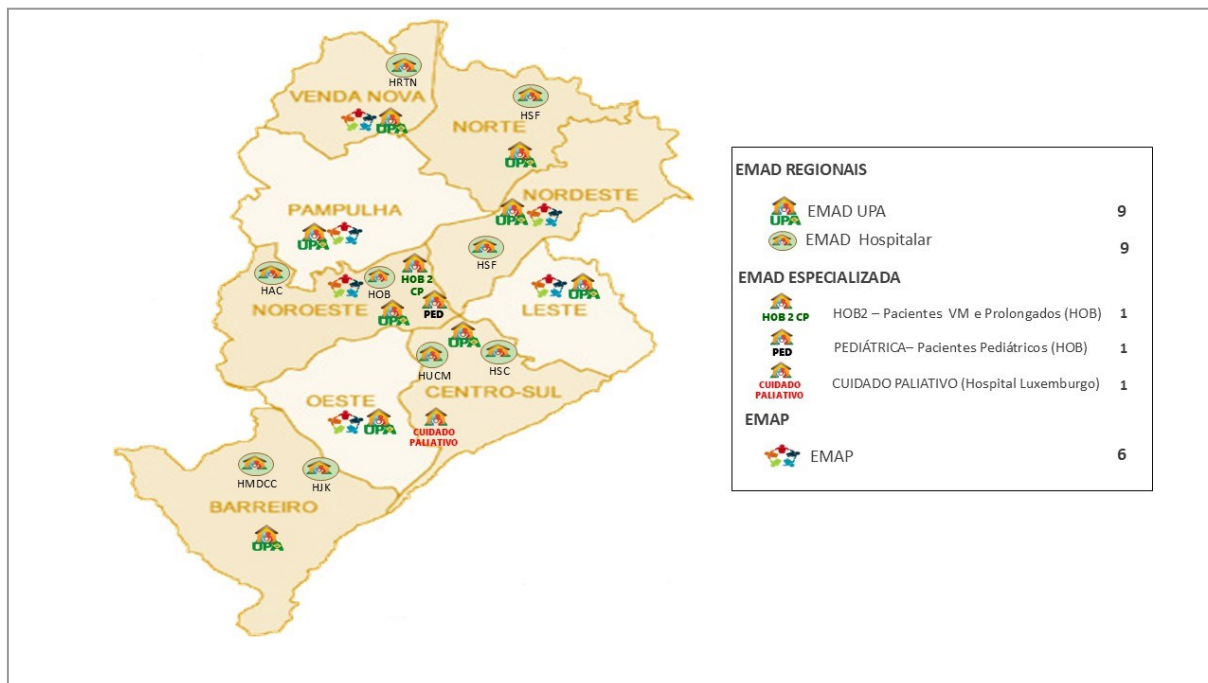
O Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte (SAD-BH) é o objeto de análise deste estudo. O Serviço é composto por uma Coordenação, responsável pelo desenvolvimento de ações no âmbito da gestão e pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) responsáveis pelas ações assistenciais (Souza *et al.*, 2024).

Belo Horizonte possui 27 equipes, sendo: 21 EMADs, integradas por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e fisioterapeutas; e seis EMAPs, compostas por nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional e psicólogo (Belo Horizonte, 2023; Souza *et al.*, 2024).

Cada EMAD é referência para um conjunto de Centros de Saúde de uma mesma Regional do município. Elas configuram o elo para a transferência responsável e continuidade do cuidado entre os níveis de atenção à saúde da rede SUS-BH. Já as EMAPs têm como foco de trabalho a avaliação, reabilitação e capacitação do usuário e do cuidador, durante a internação domiciliar, atendendo as indicações clínicas

específicas dos usuários acompanhados pela EMAD (Belo Horizonte, 2023). A distribuição territorial das equipes pode ser visualizada na figura a seguir:

Figura 2 – Distribuição territorial das equipes do SAD-BH



Fonte: Belo Horizonte, 2024.

5.4 Participantes da pesquisa

Há consenso entre Stake (2011), Gomes (2014), Freitas e Jabbour (2011) e Yin (2001) quando afirmam que a pesquisa qualitativa é caracterizada pela imersão profunda no campo de estudo, buscando compreender as nuances e subjetividades dos fenômenos sociais. E, nesse contexto, a definição da amostragem assume singular importância, pois norteia a seleção dos participantes que fornecerão os dados essenciais para a construção do conhecimento.

De acordo com Vergara (2000) a amostra é parte da população escolhida segundo os critérios estabelecidos, com garantia de representatividade e que possui características relacionadas ao objeto do estudo. A partir dos objetivos propostos para este trabalho e das definições apresentadas por Vergara (2000) e Vinuto (2014), a seleção dos participantes ocorreu por meio da amostra não probabilística. Para o alcance da população alvo foi utilizada a técnica denominada “bola de neve”.

Os pesquisadores utilizaram o método de amostragem *Snowball* (ou bola de neve), uma técnica não probabilística por conveniência, baseada em cadeias de referência, especialmente adequada para alcançar grupos de difícil acesso,

dispensando a necessidade de cálculo amostral (Parker; Scott; Geddes, 2019). Tal metodologia mostrou-se amplamente empregada durante a pandemia de Covid-19, por viabilizar o uso de redes sociais para a coleta de dados com os participantes (Lopes *et al.*, 2020).

De acordo com Vinuto (2014), Rodrigues, Oliveira e Santos (2021) e Martins (2004) a abordagem em bola de neve é uma técnica de amostragem não probabilística utilizada em pesquisas qualitativas. Nessa metodologia, os participantes iniciais da pesquisa indicam novos participantes, que por sua vez indicam outros, e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo da amostragem.

Além disso, considera-se vantajoso o uso da amostragem em “bola de neve” a possibilidade de construção de relações de confiança entre pesquisador e participantes, e a oportunidade de obter informações ricas e detalhadas sobre o fenômeno estudado. Ademais, essa técnica é de baixo custo e pode ser aplicada mesmo quando não se tem uma listagem prévia da população (Vinuto, 2014; Martins, 2004).

No tocante aos critérios de inclusão, definiu-se que os participantes (pessoas-chave) da pesquisa seriam profissionais que atuam na gestão em nível estratégico na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), estes deveriam estar em exercício efetivo das funções relacionadas ao cargo ocupado, com pelo menos seis meses na função atual.

Como critérios de exclusão foram considerados os profissionais em licenças por motivos de saúde ou férias. Agregam-se também profissionais com atuação inferior a seis meses na função atual ou que não atuassem na gestão, na SMSA-BH.

As pessoas-chave indicadas para participação, no momento inicial da pesquisa, foram: Diretor(a) de Atenção às Urgências e Emergências, Diretor(a) de Atenção Primária à Saúde e Integração do Cuidado, Diretor(a) de Regulação de Média e Alta Complexidade em Saúde, Gerente ou Gerente Adjunto de Urgências e Emergências, Gerente ou Gerente Adjunto de Atenção Primária à Saúde, Gerente ou Gerente Adjunto de Regulação do Acesso Hospitalar e Coordenador(a) do Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte (SAD-BH).

Ressalta-se que além de diretores, gerentes e gerentes adjuntos, participaram deste estudo: assessores, coordenadores e referências técnicas, conforme as indicações dos entrevistados e “aceite” dos novos convidados.

A escolha desses atores deveu-se ao objetivo de captar percepções distintas

sobre um mesmo objeto, o que permitirá reunir um conjunto mais amplo de elementos, contribuindo para uma avaliação mais qualificada e abrangente da atuação do SAD-BH.

As pessoas-chave selecionadas para compor a amostra desta pesquisa atuam em serviços que mantêm relação direta com o SAD-BH, tanto na esfera da gestão quanto da assistência. Por essa razão, acredita-se que os resultados obtidos se tornam ainda mais robustos e relevantes para a análise do Serviço e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no município.

5.5 Coleta dos dados

A coleta de dados para a pesquisa ocorreu por meio da realização de entrevistas, que após o aceite pelo participante, foram gravadas com o intuito de acumular e conferir maior riqueza de detalhes ao referido momento. As entrevistas foram norteadas por meio de um roteiro semiestruturado (Apêndice A) com possibilidade de que os(as) entrevistados(as) fizessem considerações adicionais ao que foi perguntado, quando julgarem pertinente.

Optou-se pela utilização de um roteiro semiestruturado, tendo em vista os anseios desta pesquisa. Antes da realização das entrevistas foi realizado um “piloto” com profissionais que atuaram na gestão na SMSA-BH para validação do instrumento elaborado. Esse teste teve como objetivo avaliar o uso do roteiro, identificar problemas e/ou necessidades de ajustes.

Após o referido teste não foi constatada necessidade de mudanças no roteiro, certificando-o como adequado para o início da coleta de dados. De acordo com Belei *et al.* (2008) este instrumento permite organização mais flexível e ampliação dos questionamentos e abordagem à medida em que o entrevistado fornece as informações.

É importante destacar que a construção do roteiro semiestruturado levou em consideração os objetivos propostos e o referencial teórico utilizado neste projeto. Os blocos de perguntas foram organizados para obter o maior volume de dados a partir da percepção dos entrevistados.

Conforme apresentado no Apêndice A, os blocos do roteiro de entrevista são: 1) Visão Geral sobre o SAD-BH; 2) Atuação do SAD-BH; 3) Relação do SAD-BH com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde; 4) Impacto e Resultados esperados e 5) Considerações Finais.

Os convites para participação ocorreram a partir do envio de *e-mail* e de contato telefônico pelo pesquisador, momento em que foram apresentados os objetivos da pesquisa, esclarecidas todas as dúvidas do potencial participante, apresentados os riscos e benefícios envolvidos, bem como a sinalização dos aspectos éticos que regem a pesquisa com seres humanos previstos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Aos profissionais que responderam ao convite, aceitando participar da pesquisa, foram solicitadas às disponibilidades e apresentada a possibilidade de que a entrevista seria presencial ou *on-line*, conforme a sua escolha. As entrevistas foram realizadas em horário previamente agendado, individualmente, de acordo com as respectivas disponibilidades indicadas.

Todas as entrevistas foram realizadas *on-line*, por escolha dos participantes, por meio da plataforma Google Meet. A plataforma mencionada foi escolhida devido ao fato de o pesquisador possuir assinatura de um plano que permite a gravação das entrevistas sem limite de tempo das videochamadas.

Ao término de cada uma das entrevistas houve a apresentação dos critérios de inclusão e exclusão e foi solicitado indicações de outras pessoas que tivessem potencial de contribuição com o estudo. O pesquisador deu continuidade ao processo de investigação convidando os profissionais indicados.

No momento dos convites, era fornecida a informação sobre o caráter voluntário à participação da pesquisa. Com aqueles que aceitaram o convite, prosseguiu-se com o agendamento e realização das entrevistas. E assim, repetiu-se as solicitações de indicações, convites e agendamentos, efetivando a técnica “bola de neve” descrita por Vinuto (2014).

Apesar de algumas ausências de respostas, o fato de o pesquisador solicitar duas ou mais indicações aos entrevistados favoreceu ao bom andamento do processo. Desta forma, as entrevistas seguiram sendo realizadas conforme a disponibilidade apresentada pelos(as) convidados(as).

A saturação dos dados constitui um conceito central para assegurar a qualidade e a confiabilidade de pesquisas qualitativas. Por meio da amostragem por saturação teórica e da análise contínua dos dados, os pesquisadores podem alcançar uma compreensão aprofundada do fenômeno investigado, favorecendo a construção de resultados consistentes e significativos para a área de estudo (Minayo, 2017).

Segundo Minayo (2017) a saturação dos dados é o ponto em que a coleta de

novos dados não gera informações substancialmente novas para a compreensão do fenômeno em estudo. Em outras palavras, alcança-se a saturação quando os dados coletados se repetem, confirmando as categorias e temas já identificados, sem apresentar novas descobertas relevantes.

Além disso, deve-se destacar que a saturação dos dados é um processo dinâmico e flexível, com foco na qualidade e abrangência das informações obtidas e que deve ser adaptado às especificidades de cada pesquisa. O pesquisador deve estar atento às nuances dos dados coletados e utilizar seu discernimento para determinar o momento em que a saturação foi alcançada (Minayo, 2017).

De acordo com Minayo (2017) são aspectos relevantes e que influenciam na saturação dos dados: heterogeneidade da amostra; profundidade das técnicas de coleta de dados; análise constante dos dados; estratégia de amostragem por saturação teórica, esta última composta pelas seguintes etapas: definição do foco da pesquisa; coleta e análise de dados; novos participantes e coleta de dados e reanálise dos dados.

Durante a coleta dos dados, a saturação foi percebida na entrevista de número 21. Entretanto, optou-se pela realização de mais quatro entrevistas que estavam agendadas. Sem o surgimento de novas informações, certificou-se que a saturação havia sido alcançada.

Com o intuito de preservar a identidade dos participantes e o sigilo das informações fornecidas, as entrevistas foram realizadas em plataforma virtual sem a presença de outras pessoas, além do entrevistador e do entrevistado. Tais condutas buscaram promover privacidade aos participantes e garantir um ambiente seguro e confortável para a coleta de informações.

Antes das entrevistas os participantes foram informados de que elas seriam gravadas para posterior transcrição. Houve a sinalização de que o conteúdo seria utilizado exclusivamente para fins de pesquisa, resguardando todos os cuidados éticos necessários, inclusive com a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Foram realizadas 25 entrevistas, com tempo médio de 46 minutos e 58 segundos, entre 24 de fevereiro e 17 de abril de 2025. As entrevistas foram conduzidas pelo autor da pesquisa e por uma pesquisadora, com experiência nesse processo. A definição sobre a condução das entrevistas ocorreu conforme a disponibilidade dos entrevistadores.

A uniformidade na condução das entrevistas foi garantida por meio de reuniões entre os dois entrevistadores para padronização do processo. Esses momentos foram destinados ao alinhamento sobre a temática, esclarecimento de dúvidas, teste da plataforma utilizada e ao balizamento sobre as especificidades que envolvem a coleta de dados.

Os materiais e informações relacionadas às entrevistas foram arquivados em pastas na plataforma Google Drive, assim como os demais documentos da pesquisa, sob a guarda dos pesquisadores. Após as análises propostas foi realizado o *download* dos dados *on-line*, para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de armazenado na “nuvem eletrônica”. Todos os dados ficarão arquivados por cinco anos e, após, serão deletados.

5.6 Análise dos dados

Os dados coletados nas entrevistas, foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Franco (2008). A análise de conteúdo consiste em um conjunto de instrumentos de cunho metodológico cuja principal função é a busca do sentido ou dos sentidos de um texto.

Trata-se de uma técnica embasada no delineamento mais amplo da comunicação, tendo como ponto de partida a mensagem. Deve-se destacar que o cerne da análise (a mensagem) pode ser espontâneo ou provocado, no que tange a interação com o pesquisador. Assim, a análise de conteúdo ocupa-se da descrição objetiva e sistemática das informações apresentadas e suas interpretações (Franco, 2008).

As pesquisas que utilizam essa técnica de análise organizam-se em torno de critérios cronológicos, sendo eles: pré-análise, que é a fase de organização propriamente dita; categorização, que é um processo de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, seguida de um reagrupamento com base em analogias e critérios definidos; análise e interpretação dos dados (Franco, 2008). As especificidades desta pesquisa foram descritas a seguir:

Pré-análise: Esta etapa inicial consistiu na organização e sistematização do material. Após a transcrição na íntegra das 25 entrevistas, realizou-se uma leitura flutuante para identificação das impressões e imersão no conteúdo. Em seguida foi constituindo o *corpus*, com o objetivo de preparar o material de forma a torná-lo passível de análise, sempre considerando que cada mensagem é produzida em

condições contextuais específicas e carregada de componentes subjetivos, afetivos e valorativos.

Exploração do material e categorização: Nesta fase, o foco foi “conhecer aquilo que está por trás das palavras”. O *corpus* textual foi sistematicamente explorado para identificar e relacionar as unidades de registro (temas) e as unidades de contexto (a delimitação do contexto para compreender o significado das unidades de registro).

A etapa seguinte foi a categorização, definida por Franco (2008) como o “processo de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação seguida de um reagrupamento baseado em analogias, a partir de critérios definidos”. Inicialmente optou-se por adotar como base o nome dado aos blocos de perguntas do roteiro semiestruturado, para nomeação das categorias.

É fundamental destacar que o processo de categorização não se limitou a um enquadramento puramente dedutivo. Adotou-se uma abordagem mista, em consonância com os princípios da análise de conteúdo (Franco, 2008). Após a organização inicial, uma nova leitura exaustiva do *corpus* textual permitiu que categorias emergentes, ou seja, temas e sentidos que não estavam previstos no roteiro, fossem identificados (processo indutivo).

A nomeação final das 7 (sete) categorias (Quadro 2) é, portanto, o resultado de uma síntese entre a estrutura teórica que embasou a pesquisa e as percepções latentes que emergiram das falas dos participantes. Esse movimento garantiu que a análise se mantivesse fiel tanto ao referencial teórico quanto à singularidade do fenômeno estudado.

As falas foram organizadas a partir das unidades de análise e conforme o assunto a que se referiam, independente da concordância ou divergência. A diversidade das percepções dentro de uma mesma categoria trouxe mais elementos e enriqueceu o desenvolvimento do processo.

Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: A fase final superou a mera descrição do conteúdo para focar na produção de inferências. O tratamento dos dados buscou compreender o conteúdo latente das mensagens, explorando a complexa diferença entre o significado (universal) e o sentido (particular e contextual) das palavras.

A partir da sensibilidade, intencionalidade e repertório do pesquisador, os resultados categorizados foram interpretados e articulados com o referencial teórico. O objetivo não foi apresentar informações puramente descritivas. Mas produzir

conhecimento relevante, relacionando-o às percepções dos entrevistados às suas condições de produção e ao contexto da RAS, especialmente em relação ao SAD-BH.

As falas destacadas foram dispostas em um arquivo do Google Planilhas, seguidas das respectivas identificações, para melhor visualização e exploração. Para preservar o sigilo e resguardar a organização, os participantes foram identificados com a letra “P” acrescido de um número, entre 1 e 25.

A partir da análise dos dados coletados foram construídas 7 (sete) categorias, cujos nomes são resultantes da convergência entre à referência ao termo “Nós” utilizado por Mendes (2010, 2011) para falar de Rede e dos conjuntos de elementos estruturantes deste trabalho (Quadro 2):

Quadro 2 – Categorias e descrições

(Continua)

CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
O SAD-BH: um Nó da Rede de Atenção à Saúde	Identifica o SAD-BH como um serviço articulador, com papel de transição no sistema de saúde do município.
A articulação do SAD-BH com os demais Nós da Rede	Explora as interações do SAD-BH com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde
Os sistemas logísticos e as ligações do cuidado	Análise das ferramentas e processos utilizados para a comunicação e fluxo de informações na rede
A governança da Rede e os desafios do SAD-BH	Discussão sobre os arranjos de gestão e os desafios enfrentados pelo SAD-BH
O SAD-BH e seu impacto na gestão da Rede e na qualidade do cuidado	Avaliação dos resultados da atuação do SAD-BH: na gestão da rede e na qualidade do cuidado ao usuário.
Recomendações para o fortalecimento da Rede e da cultura de integração	Apresentação de um conjunto de iniciativas concretas para aprimorar a estrutura formal da RAS. Há sugestões para construir uma cultura de colaboração na RAS, focando em maior visibilidade do SAD-BH.

(Conclusão)

CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
Reflexão sobre a prática para a (re)construção da Rede	Destaque ao estímulo reflexivo, produzido durante a entrevista, acerca da prática cotidiana. Seja na identificação dos desafios ou na busca por alternativas.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

5.7 Reflexividade na pesquisa

A pesquisa qualitativa caracteriza-se pela imersão profunda no campo de estudo e busca compreender as nuances e subjetividades dos fenômenos sociais (Flick, 2009). Nesse contexto, a reflexividade configura-se como um princípio ético-metodológico fundamental, ao reconhecer o conhecimento como uma construção social e considerar que a presença do pesquisador é intrínseca à geração dos dados (Pinheiro; Colombo, 2021).

Assumir uma postura reflexiva implica reconhecer a intersubjetividade inerente à produção do conhecimento. Pesquisador e participantes se afetam mutuamente, atuando, ao mesmo tempo, como sujeitos e objetos da investigação. Trata-se de um processo contínuo de atenção ao modo como o contexto empírico influencia o pesquisador e sua obra, e vice-versa – processo esse denominado reflexividade. Assim, o conhecimento gerado não pode ser dissociado de quem o produziu (Minayo; Guerriero, 2014).

A reflexividade metodológica contribui diretamente para o rigor científico do estudo, pois convida o pesquisador a um exercício constante de autoanálise sobre suas práticas, escolhas metodológicas e sobre sua própria posição no campo. Isso inclui a consideração de como suas características pessoais influenciam a interação com os participantes e a interpretação dos dados (Vásquez *et al.*, 2022; Pinheiro; Colombo, 2021).

A análise dos dados – que expressa a percepção dos gestores – é compreendida como uma “interpretação da interpretação”, perspectiva que reconhece e valoriza a complexidade do conhecimento construído (Vásquez *et al.*, 2022).

A uniformidade na coleta de dados, conduzida por dois pesquisadores, foi garantida por meio de treinamento prévio e alinhamento metodológico. Essa prática constitui, por si só, uma ação reflexiva, ao buscar minimizar a variabilidade nas interações e aumentar a coerência do processo, respeitando a subjetividade inerente

ao método (Pinheiro; Colombo, 2021).

Sob a ótica da reflexividade, a ética na pesquisa ultrapassa as exigências formais dos Comitês de Ética, envolvendo um compromisso mais amplo do pesquisador com a produção e a apresentação responsável do conhecimento (Minayo; Guerriero, 2014).

A reflexividade favorece um diálogo crítico entre a literatura e as vozes dos participantes, permitindo explorar convergências e tensões de maneira autêntica e aprofundada. Com isso, amplia-se a compreensão do fenômeno e reconhece-se a pesquisa como um processo social que contribui para a construção da realidade, não se limitando à simples coleta, mas sim à geração de material empírico (Pinheiro; Colombo, 2021; Minayo; Guerriero, 2014).

5.8 Aspectos éticos

Este trabalho norteia-se pelas orientações descritas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e demais legislações vigentes no tocante à pesquisa envolvendo seres humanos, no que tange os critérios éticos para esse tipo de pesquisas.

Conforme as diretrizes estabelecidas, houve a solicitação do Termo de Anuência Institucional (TAI) à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH). Após o parecer favorável e emissão do TAI procedeu-se com a submissão do projeto aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da SMSA-BH.

A coleta de dados foi iniciada após as aprovações pelo CEP da UFMG (CAAE: 81649924.1.0000.5149 – Número do Parecer: 7.222.343) (Anexo A) e pelo CEP da SMSA-BH (CAAE: 81649924.1.3001.5140 – Número do Parecer: 7.374.337) (Anexo B), de forma a atender às exigências e recomendações previstas na Resolução nº 466/12 do CNS.

Os potenciais participantes foram convidados a contribuir para a realização do estudo e esclarecidos sobre a natureza da pesquisa e dos aspectos legais e éticos. Foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) para formalização do aceite à participação. Ressalta-se que no momento do convite houve o esclarecimento a respeito dos objetivos da pesquisa, bem como os riscos e benefícios envolvidos, que foram formalizados no TCLE.

Para a realização das entrevistas, o TCLE já assinado pelos responsáveis pela

pesquisa, foi enviado ao participante por *e-mail* (em forma de anexo), com cerca de dois dias de antecedência. O participante foi orientado a realizar a leitura do documento e, caso tivesse dúvidas, reportar ao pesquisador. Ao aceitar, o participante poderia imprimir o TCLE ou realizar assinatura digital. Após a assinatura do documento, este foi devolvido ao pesquisador, seja impresso ou enviado por *e-mail*, além de armazenamento de uma via pelo próprio participante.

Além disso, o anonimato dos participantes será garantido em todas as fases do estudo. Deve-se destacar que o direito à participação é livre, sendo assegurado a opção dos(as) convidados(as) optarem pela não participação ou desistência a qualquer momento.

5.9 Riscos

A Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde destaca que as pesquisas com seres humanos envolvem, em graus variados, riscos ou desconfortos. Desta forma, cabe ao pesquisador realizar as análises necessárias e adotar medidas que possam minimizar a ocorrência de danos e garantir a preservação da proteção e da ética (Brasil, 2012a).

Neste estudo, os possíveis riscos referem-se ao desconforto causado pelo tempo destinado à entrevista e pelo receio ou constrangimento do(a) entrevistado(a) em se expor ao responder alguma das perguntas realizadas.

Assim, para reduzir estes riscos, foram tomados as seguintes precauções: informar que a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, a pedido do entrevistado; reservar local apropriado para realização da entrevista, livre de interrupções e acionamento por outras pessoas; informar e garantir o sigilo acerca da participação e das informações fornecidas durante a entrevista, assegurando a ausência de identificações ou qualquer tipo de vinculação que possa caracterizar ou associar os participantes às respostas concedidas durante este processo.

As informações obtidas por meio das entrevistas serão utilizadas, exclusivamente, para fins da pesquisa, sendo analisadas à luz da literatura. Posteriormente, os resultados serão tornados públicos em eventos e publicações científicas com o intuito de contribuir com o desenvolvimento acadêmico e profissional, a partir da produção de novos conhecimentos.

5.10 Benefícios

Em consonância com a descrição apresentada em outros capítulos deste trabalho, acredita-se que os resultados obtidos possibilitarão reflexões científicas robustas para o Serviço de Atenção Domiciliar que beneficiarão toda a Rede de Atenção à Saúde, com repercussões positivas no processo de trabalho e, conseqüentemente, naquela que é a causa primária e prioritária da existência do Sistema Único de Saúde: o usuário. Além disso, considera-se aspectos positivos acerca da realização desta pesquisa:

- Ser um assunto atual, discutido em âmbito nacional e internacional, com potencial papel importante na (re)organização e sustentabilidade do SUS;
- A viabilidade na execução da pesquisa no que tange toda a estrutura e proposta metodológica;
- Não acarretar ônus à instituição, nem aos participantes envolvidos, tendo em vista que todos os recursos necessários serão de responsabilidade do pesquisador.

Em suma, por meio deste estudo, pretende-se contribuir com as reflexões acerca da presente temática. Espera-se que essa pesquisa enalteça o trabalho desenvolvido pela AD, bem como favoreça a correção de falhas e a implementação de melhorias que podem impactar positivamente todo o sistema de saúde.

Espera-se que os produtos técnicos elaborados (Apêndice C) a partir deste estudo auxiliem na discussão e melhoria na atuação do SAD-BH, garantindo maior qualidade e resolutividade nos serviços ofertados à população.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo destina-se à apresentação dos resultados e à discussão acerca da percepção de profissionais que atuam na gestão na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sobre o Serviço de Atenção Domiciliar e a sua relação com os demais serviços da RAS do referido município.

A reflexividade metodológica é uma das referências fundamentais desta pesquisa (Vásquez *et al.*, 2022; Pinheiro; Colombo, 2021, Minayo; Guerreiro, 2014). Essa escolha buscou garantir a profundidade, a ética e a validade do conhecimento produzido. A reflexividade foi adotada não apenas como uma ferramenta, mas como o próprio *éthos* que norteou o percurso investigativo, reconhecendo que, em estudos qualitativos, é impossível isolar o conhecimento gerado da pessoa que o produz.

Alinhado a essa postura, o processo de investigação foi concebido como um campo de construção do conhecimento, não se resumindo apenas à coleta de dados. As entrevistas se tornaram espaços de interação onde as percepções sobre o SAD-BH foram coproduzidas. A escolha por “gerar” o material, em vez de “coletar”, reflete a compreensão de que a realidade social é produzida no encontro e no diálogo.

A materialização mais evidente desse processo encontra-se na seção 6.8 deste estudo, onde os próprios participantes verbalizam como a entrevista os levou a refletir sobre suas práticas: “A gente pensa muito mais no desafio do que em como resolver o desafio [...] isso me fez refletir.”

Esse momento de “ruptura” com o pensar habitual ilustra como a pesquisa ativou um processo reflexivo que gerou novos sentidos para os envolvidos, confirmando que o conhecimento emerge da relação. A análise dos dados foi guiada por um exercício de reflexividade crítica, tratando o material produzido como uma “interpretação da interpretação”.

O exercício de objetivação, como propõe Minayo e Guerriero (2014), não busca uma neutralidade inatingível, mas um rigor metodológico que reconhece e descreve a própria implicação do pesquisador no processo. Dessa forma, o conhecimento apresentado é assumidamente parcial e situado. Mas sua validade reside exatamente na transparência com que esse processo de construção, ético e dialógico, foi conduzido e aqui relatado.

O tratamento e interpretação do conteúdo proveniente das entrevistas deu origem às seguintes categorias temáticas:

- 6.2 O SAD-BH como Nó na Rede de Atenção à Saúde;
- 6.3 A articulação do SAD-BH com os demais Nós da Rede
- 6.4 Os sistemas logísticos e as ligações do cuidado
- 6.5 A governança da Rede e os desafios estratégicos do SAD-BH
- 6.6 O SAD-BH e seus impactos na Rede e na qualidade do cuidado;
- 6.7 Recomendações para o fortalecimento da Rede e da cultura de integração;
- 6.8 A reflexão sobre a prática para a (re)construção da Rede.

A seguir serão apresentados os aspectos relacionados às características dos participantes, com o intuito de estabelecer possíveis influências quanto a percepção dos profissionais em relação ao SAD-BH. Posteriormente, serão descritas as categorias temáticas e suas respectivas análises e interpretações, a partir do conteúdo proveniente das entrevistas.

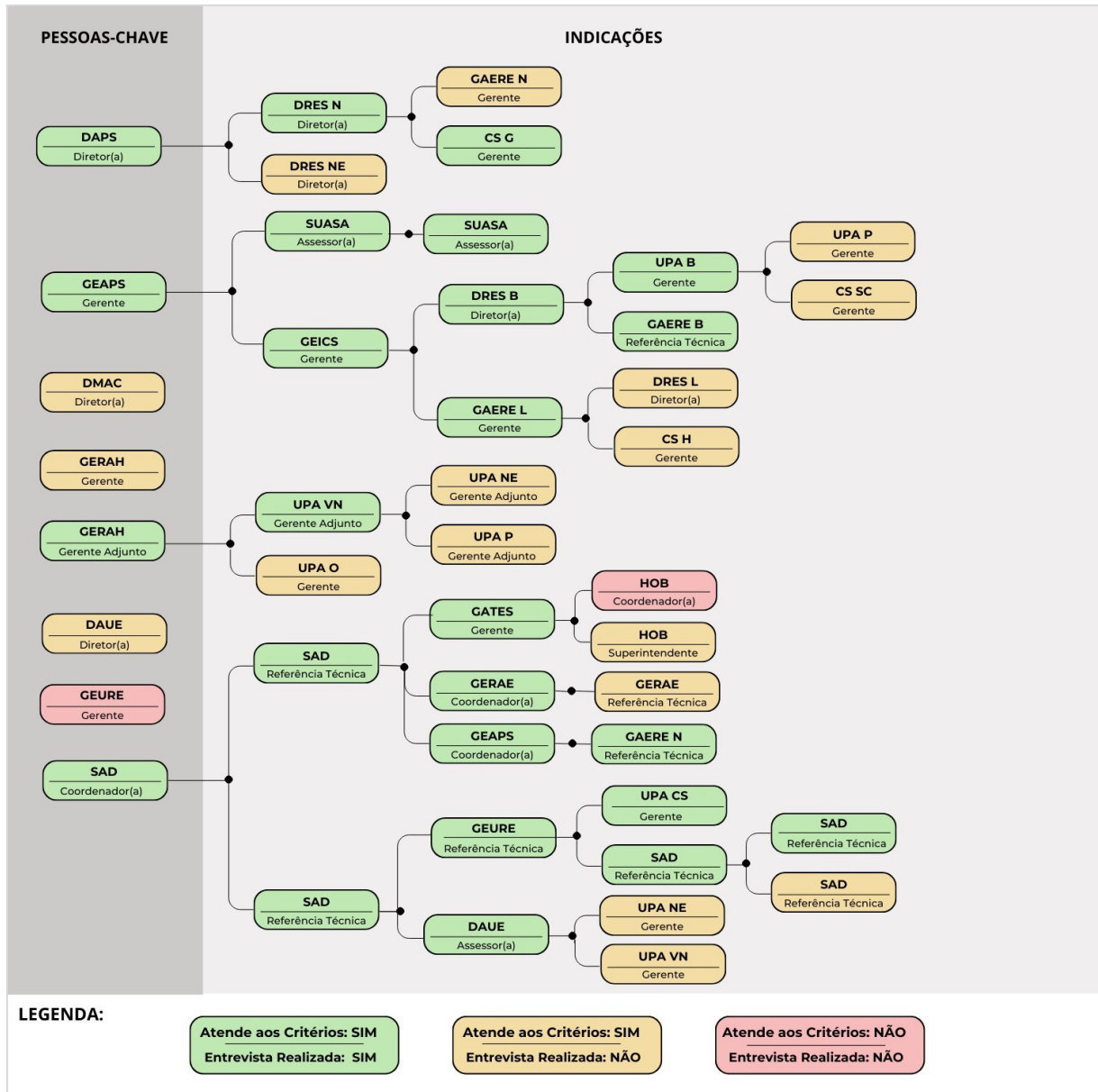
6.1 Descrição dos participantes do estudo

Ao longo deste trabalho foram realizadas 25 entrevistas *on-line*. O total de entrevistas considera todos os convidados que aceitaram o convite, entre pessoas-chave e as indicações.

Embora a legenda apresente as informações necessárias à interpretação, deve-se destacar que nos casos indicados com a cor laranja, na imagem abaixo, as entrevistas não foram realizadas por alguma impossibilidade sinalizada pelo(a) convidado(a). Além disso, o gerente adjunto da Gerência de Urgência e Emergência (GEURE) não foi convidado e nem inserido na imagem devido ao fato de o cargo estar “vago” no momento da realização das entrevistas.

A amostra contemplou diversas instâncias da SMSA-BH, dentre elas: Diretorias Regionais de Saúde (DRES), de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e de Centros de Saúde (CS). O desenvolvimento da técnica “bola de neve” durante a coleta dos dados está representado na Figura 3.

Figura 3 – A técnica “bola de neve” e o percurso do estudo



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

A amostra da pesquisa contou com representação de oito formações acadêmicas distintas, com predominância da Enfermagem (52%), conforme a Tabela a seguir.

Tabela 1 – Distribuição da amostra quanto à formação acadêmica

(Continua)

Formação Acadêmica	Número de Participantes	% da amostra
Enfermagem	13	52
Fonoaudiologia	3	12

(Conclusão)

Formação Acadêmica	Número de Participantes	% da amostra
Medicina	2	8
Psicologia	2	8
Terapia Ocupacional	2	8
Administração	1	4
Farmácia	1	4
Serviço Social	1	4
TOTAL	25	100

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

No âmbito da gestão, conforme a estrutura organizacional atual da SMSA-BH, existem os seguintes cargos/funções: secretário(a), subsecretário(a), diretor(a), gerente, gerente adjunto(a), coordenador(a), assessor(a) e referência técnica (Belo Horizonte, 2024).

A amostra alcançou representações de todos os cargos/funções relacionados à atuação na gestão da SMSA-BH, dentro do escopo proposto para este estudo. Identifica-se maior concentração entre gerente e referência técnica, seguidos por coordenador(a), assessor(a), diretor(a), gerente adjunto(a). A Tabela 2 demonstra os quantitativos correspondentes.

Tabela 2 – Distribuição da amostra quanto ao cargo/função

Cargo/Função	Número de Participantes	% da amostra
Gerente	7	28
Referência Técnica	6	24
Coordenador(a)	4	16
Assessor(a)	3	12
Diretor(a)	3	12
Gerente Adjunto(a)	2	8
TOTAL	25	100

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

A pesquisa alcançou profissionais que atuam em serviços vinculados à APS,

Atenção Ambulatorial Especializada, Rede de Urgência e Emergência, além de outros setores/instâncias cuja atuação é transversal e perpassa por todos os níveis de atenção e diferentes segmentos da RAS. A Tabela 3 caracteriza o cenário e inclui a distribuição do quantitativo dos profissionais conforme o local de atuação.

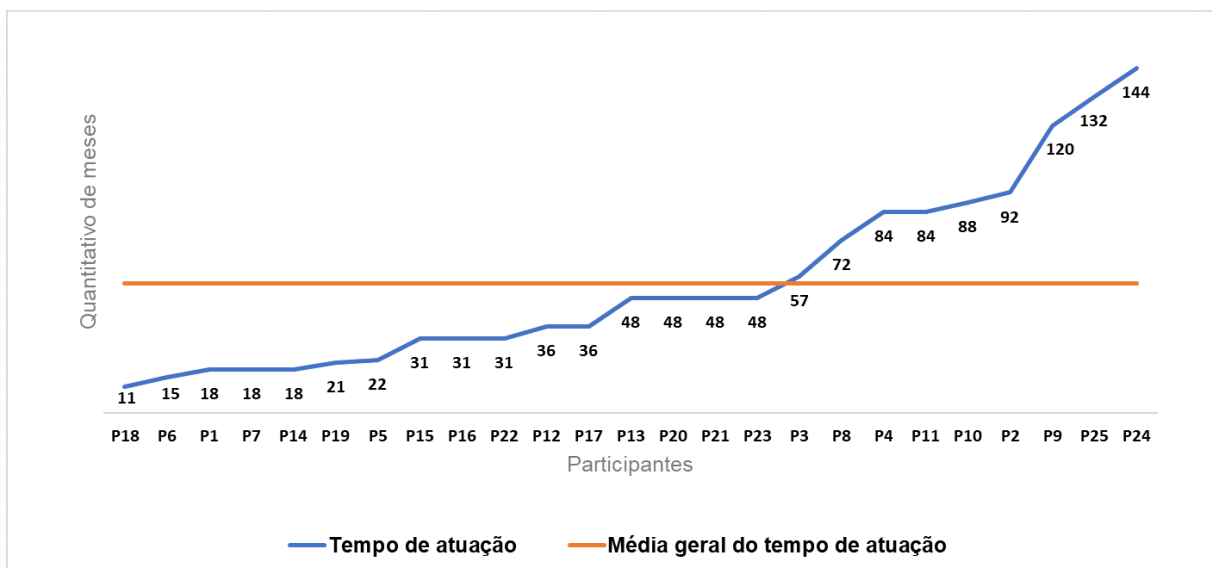
Tabela 3 – Distribuição da amostra em relação à unidade de atuação dos participantes

Unidade de atuação	Número de Participantes	% da amostra
Coordenação do Serviço de Atenção Domiciliar	5	20
Gerência de Atenção Primária à Saúde	2	8
Subsecretaria de Atenção à Saúde	2	8
Centro de Saúde Guarani	1	4
Diretoria de Atenção às Urgências e Emergências	1	4
Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Integração do Cuidado	1	4
Diretoria Regional de Saúde Barreiro	1	4
Diretoria Regional de Saúde Norte	1	4
Gerência da Rede Ambulatorial Especializada	1	4
Gerência de Apoio Técnico à Saúde	1	4
Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação Barreiro	1	4
Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação Leste	1	4
Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação Norte	1	4
Gerência de Integração do Cuidado à Saúde	1	4
Gerência de Regulação do Acesso Hospitalar	1	4
Gerência de Urgência e Emergência	1	4
Unidade de Pronto Atendimento Barreiro	1	4
Unidade de Pronto Atendimento Venda Nova	1	4
Unidade de Pronto Atendimento Centro-Sul	1	4
TOTAL	25	100

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Com relação ao local de trabalho, obteve-se a seguinte distribuição: Nível Central da SMSA (16), Regional Barreiro (3), Regional Norte (3), Regional Centro-Sul (1), Regional Leste (1), Regional Venda Nova (1). O tempo de atuação no cargo/função atual situou-se entre 11 e 144 meses, com tempo médio de atuação de 54 meses, conforme representação do Gráfico 1.

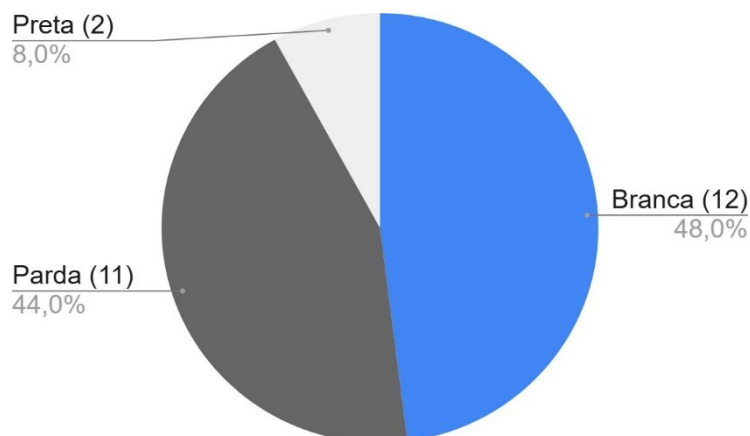
Gráfico 1 – Tempo de atuação, por participante, no cargo/função atual



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Dos participantes da pesquisa, 19 são do sexo feminino (76%) e 6 do sexo masculino (24%). No tocante à raça/cor a menor parcela da amostra se auto refere como preta (8%). Estes são seguidos, em ordem crescente, por pardos e brancos, conforme o Gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição da amostra conforme o quesito, autorreferido, raça/cor



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Como ponto de partida para a discussão, é relevante notar como o perfil da

amostra pode se relacionar com a natureza dos achados. A predominância de profissionais da Enfermagem (52%), por exemplo, pode ter contribuído para a ênfase recorrente nas dinâmicas do cuidado, na comunicação interprofissional e nas tecnologias leves, perspectivas centrais a essa formação.

A seguir apresentam-se as categorias criadas para organizar a forma e apresentação do produto oriundo das entrevistas, das impressões e do referencial teórico selecionado.

6.2 O SAD-BH: um Nó da Rede de Atenção à Saúde

Esta categoria analisa a identidade e o papel do SAD-BH na percepção dos entrevistados, posicionando-o como um Nó especializado dentro da estrutura operacional da RAS. A análise explora como o SAD-BH não é visto apenas como um serviço isolado, mas como um componente transitório, cuja função principal é conectar diferentes níveis de atenção. O foco está em sua capacidade de viabilizar a desospitalização e garantir a continuidade do cuidado, funcionando como uma engrenagem essencial para a resolutividade e sustentabilidade da rede municipal de saúde.

A identidade do SAD-BH, na percepção dos entrevistados, está ancorada em sua função de ser um elo de transição no sistema de saúde, conectando os pontos de atenção de maior e menor densidade tecnológica.

[...] O Ministério da Saúde tem uma diretriz nacional, com portarias que normatizam a atenção domiciliar. E BH atende a essas diretrizes com uma equipe específica para isso, que são as EMAD e EMAP, conforme níveis de atenção domiciliar 2 e 3 (P1).

O Serviço de Atenção Domiciliar é integrante de um programa do Ministério da Saúde, o Programa Melhor em Casa [...] com funcionamento mínimo de 12 horas, de segunda a sexta, com escalas para cuidado horizontal de médicos e enfermeiros e cobertura técnica de enfermagem diária das 7 às 19 horas (P5).

O Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte tem como escopo ser um serviço transitório, que circula entre os demais dispositivos da rede [...] (P19).

O Serviço de Atenção Domiciliar é um serviço de transição de cuidados entre a Atenção Terciária e Secundária, fazendo essa transição para a Atenção Primária (P20).

A fala dos gestores ecoa com precisão as diretrizes do Ministério da Saúde que organizam a Atenção Domiciliar (AD) em três modalidades (AD1, AD2 e AD3). O modelo adotado visa atender a diferentes níveis de complexidade e evidencia

aspectos estruturantes do Programa Melhor em Casa (PMeC) (Brasil, 2016a).

A percepção do SAD-BH como um “serviço transitório” alinha-se, ao seu papel dentro da RAS, cuja função como ponte entre os níveis de atenção é uma resposta direta à necessidade de superar o modelo fragmentado de cuidado (Mendes, 2011). Este papel é consistente com a caracterização do Programa em âmbito nacional, que se mostra essencial para responder ao envelhecimento populacional e à crescente carga de doenças crônicas (Rajão, Martins, 2020).

A função de transição materializa-se no processo de desospitalização, que, longe de ser uma simples alta, é um processo de cuidado planejado e multiprofissional para garantir a transferência segura do paciente e otimização dos recursos (Belga; Jorge; Silva, 2022). Esse processo é fundamental não apenas para a gestão de leitos, mas também para a segurança e o bem-estar do usuário.

A oferta de cuidado em um ambiente familiar e com menor risco de infecções hospitalares é valorizada tanto por gestores quanto pelos próprios usuários e seus cuidadores (Silva *et al.*, 2017). Além de sua função de transição, o SAD-BH é visto como um dispositivo com impacto na gestão de toda a rede de saúde.

Serve como uma oferta de cuidado a mais para o município. Alivia a sobrecarga das equipes de saúde da família e permite a desospitalização precoce, melhorando a qualidade do cuidado (P1).

Ele tem um papel importantíssimo em promover o giro de leito, otimizar recursos, promovendo um cuidado humanizado no domicílio (P3).

Essa equipe [...] vai estar fazendo interlocução com médicos dos hospitais e com outros SAD, no sentido de desospitalizar o paciente (P16).

O SAD, hoje, pra rede de Belo Horizonte, ele é essencial. Ele é uma válvula de escape pra gente conseguir dar vazão pros nossos pacientes, principalmente na urgência, né? Que a gente tá com a rede muito cheia, então ele é primordial pra gente conseguir dar o giro de leito. (P17)

O SAD [...] focado em fazer busca ativas, desospitalização e desupalização [...] equipe multidisciplinar [...] referência na melhoria do cuidado (P24).

A capacidade do SAD-BH de “promover o giro de leito” e “otimizar recursos” valida empiricamente uma das principais justificativas para a implementação da AD e da própria RAS: a busca pela sustentabilidade do sistema (Mendes, 2011). A percepção dos gestores sobre a economia gerada pelo serviço é amplamente corroborada por evidências científicas (Brasil, 2014b; Brasil, 2020; Cavalcante *et al.*, 2022; Oliveira, 2023; Rangel, 2023).

Uma análise realizada a partir de dados do Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), referente ao período de 2010 a 2013, indicou que o PMeC reduziu os gastos com internações hospitalares em, aproximadamente, 4,7% em 2011, 5,8% em 2012 e 10,2% em 2013 (Nishimura; Carrara; Freitas, 2019).

O custo diário da internação domiciliar pode representar uma fração do custo de um leito hospitalar, como verificado no Distrito Federal. Na ocasião, o custo/dia na AD era de apenas 8,5% do custo do leito de maternidade, o mais barato da unidade (Brasil, 2014b).

Esse ganho é relevante quando contrastado com os altos custos das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, que poderiam ser evitadas com um cuidado comunitário contínuo.

As menções de P9: “Acredito muito no SAD [...] o SUS pode liderar esse cuidado no domicílio com competência.” e de P14: “Não imagino hoje um sistema de saúde que não tenha o SAD [...] ele resolve problemas graves [...] precisa crescer para melhorar ainda mais a assistência”, convergem e reafirmam o potencial e importância do serviço.

O SAD-BH é notado como um serviço que preenche lacunas assistenciais, oferecendo cuidado complementar à APS e, por vezes, extrapolando os limites do setor saúde, em decorrência de suas articulações intersetoriais.

É um serviço que oferece cuidados em casa [...] para as pessoas que precisam de uma atenção mais intensa [...] que o centro de saúde, muitas vezes, não conseguiria ofertar (P25).

O SAD é o serviço [...] que interage com os serviços locais para pensar, a partir dos critérios de elegibilidade, como que você vai pensar nas portas de saída [...] para que esse usuário [...] passe a ter o suporte da equipe do SAD (P9).

O SAD é de extrema importância [...] possibilidade de articular o movimento dessas internações [...] pensar em saúde mental e política do SUAS também (P19).

Alguns entrevistados identificam o SAD-BH como provedor de um cuidado “mais intenso”, o que dialoga com a necessidade de fortalecer a capacidade da APS no manejo de determinadas condições. Essa percepção coincide com a afirmação de Mendes (2011), Belga, Jorge e Silva (2022) quando dizem que o SAD funciona como um apoio especializado que complementa a gestão do cuidado realizada pelas equipes da APS.

A menção à articulação com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) demonstra uma compreensão ampliada da saúde. Evidencia que a gestão percebe a necessidade da intersetorialidade para abordar os determinantes sociais, um princípio essencial para a integralidade do cuidado e para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população. Essa articulação é necessária, visto que muitas famílias de pacientes sob cuidados domiciliares vivem em condições de vulnerabilidade social que exigem suporte para além do setor saúde (Brasil, 2014b).

Outro aspecto importante é a busca pela identificação das abordagens e planos que guiam a atuação do SAD-BH, especialmente no que se refere à sua interação com a Rede. O objetivo é entender se existem estratégias formais ou informais para garantir a integração do serviço no contexto da RAS.

As estratégias de atuação revelam a intencionalidade por trás da operação do SAD-BH e seu alinhamento com as políticas de saúde. Elas são a base para a articulação em rede e influenciam a forma como o serviço se relaciona com os demais:

São definidas por meio da portaria, das legislações que regulamentam as equipes [...] é a partir dessa regulamentação, dessa clareza dos casos elegíveis, que é feito todo o plano de ação (P2).

As estratégias são definidas pela Diretoria de Urgência, com base na realidade epidemiológica, causas de internação, disponibilidade de leitos [...] e diretrizes da coordenação do SAD (P9).

As estratégias se baseiam nas diretrizes nacionais, nas necessidades dos usuários, no perfil epidemiológico da população [...] e nas capacidades das equipes (P10).

Seguem as portarias do Melhor em Casa, com desenho dos processos feito pela coordenação [...] há tentativas de ajustes conforme necessidades identificadas na rede (P13).

As referências às diretrizes que norteiam a atuação do Serviço indicam o conhecimento dos entrevistados sobre as perspectivas institucionais (normas e estratégias). Essa compreensão é elemento importante para o funcionamento da rede, pois permite a efetivação de ações menos fragmentadas a partir das articulações necessárias.

Por outro lado, alguns entrevistados relatam pouco conhecimento ou desconhecimento sobre as diretrizes municipais e as estratégias de atuação do SAD-BH.

Eu sei que tem uma política nacional que orienta [...] mas confesso que não sei se existe alguma portaria específica em Belo Horizonte (P14).

Não sei como são definidas as estratégias do SAD em Belo Horizonte (P16). Não sei te falar, não. (P23).

A percepção do “desconhecimento” sobre o SAD-BH como causa da fragmentação da rede merece uma análise que vá além da interpretação de uma simples falha de comunicação. Sob a lente da micropolítica, o “não saber” raramente é um vácuo neutro de informação; ele pode operar como uma estratégia ativa, ainda que não plenamente consciente, de resistência à integração e de manutenção de territórios de poder. A questão que se impõe é: quem se beneficia quando um serviço não conhece plenamente o outro?

Explorar essa nuance revela que o desconhecimento pode cumprir funções políticas específicas no cotidiano da rede. Primeiramente, ele atua como um mecanismo de proteção da autonomia e evitação da complexidade. Integrar-se ao SAD implica compartilhar decisões sobre o paciente, ajustar processos de trabalho e investir tempo em reuniões e articulações – em suma, significa abrir mão de parte do controle e aumentar a carga de trabalho. Manter-se “desconhecedor” é uma forma de preservar o *status quo* e a soberania sobre sua “caixinha”, uma estratégia de autoproteção em um sistema já sobrecarregado.

Em segundo lugar, o desconhecimento demarca territórios em um campo de disputas por recursos e legitimidade. Em um cenário financeiro complexo, onde os serviços competem por visibilidade e recursos, conhecer plenamente o outro pode significar ter que negociar o cuidado do paciente, compartilhar indicadores e, potencialmente, diluir o próprio poder simbólico. O desconhecimento, portanto, funciona como uma fronteira invisível que protege o serviço de “interferências” e da complexidade do cuidado compartilhado.

O “desconhecimento” pode ser caracterizado pela ausência de acesso à informação ou como um ato político. Na primeira hipótese, pode-se investir em maior divulgação, criação de manuais ou protocolos e materiais informativos. Na segunda, considera-se a importância da criação de espaços de negociação e pactuação, onde os atores da rede possam não apenas “conhecer” o SAD-BH, mas também discutir abertamente os custos, benefícios e as implicações da integração para o seu próprio processo de trabalho, construindo a confiança necessária para superar as resistências e mover-se em direção a um projeto compartilhado.

Os elementos que permeiam a efetivação do trabalho em rede são multifatoriais e isso tem sido discutido ao longo deste trabalho. Um olhar sobre a RAS, a partir do

SAD-BH, demonstra caminhos percorridos e novas perspectivas a serem exploradas.

A identidade do SAD-BH, tal como percebida pelos entrevistados, permite expandir o conceito de Nó da rede proposto por Mendes (2011). O SAD-BH não é apenas um ponto estático na estrutura da RAS. Ele se revela como um “nó de transição tecnológica”, um agente dinâmico cuja principal função é gerir o fluxo de usuários entre ambientes de diferentes densidades tecnológicas. Ele opera na intersecção entre as tecnologias duras do ambiente hospitalar e as tecnologias leves do cuidado territorial, utilizando-se de um arsenal de tecnologias leve-duras no domicílio.

Essa função de “ponte tecnológica”, que é central para a desospitalização e a desupalização, não é um mero detalhe operacional; é a sua principal competência estratégica. Assim, o estudo do SAD-BH sugere que a topologia de uma RAS, à luz de Merhy e outros autores (2019), não deveria ser analisada apenas pela localização de seus Nós, mas pela capacidade de cada Nó em modular e traduzir diferentes lógicas tecnológicas.

Pode-se dizer que o SAD não é apenas mais um Nó no arranjo proposto por Mendes. Trata-se de um tipo específico de Nó cuja função é a gestão da transição de densidades tecnológicas (dura-leve-dura). E por isso, é possível afirmar que este conceito avança o modelo original de Mendes, que não diferenciava os Nós por esta função.

Uma vez compreendido o papel que o SAD-BH ocupa na arquitetura da RAS, a análise deve se aprofundar em como esse Nó se conecta, na prática, com os demais componentes da rede. A seção a seguir explora essa dinâmica, revelando a tensão diária entre a cooperação desejada e a fragmentação sistêmica.

6.3 A articulação do SAD-BH com os demais Nós da Rede

A partir do conceito de Mendes sobre as relações entre os Nós da rede, esta categoria explora a dinâmica de interação do SAD-BH com os outros componentes essenciais da RAS, como a Atenção Primária à Saúde (o centro de comunicação da rede), as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e os hospitais (Nós secundários e terciários). A análise aprofunda a tensão evidente nas entrevistas entre a cooperação desejada, que por vezes ocorre por meio de relações pessoais e esforços individuais, e a fragmentação sistêmica, caracterizada pela falta de conhecimento sobre o serviço, falhas de comunicação e ausência de protocolos institucionais robustos.

Apesar dos desafios, os gestores reconhecem a existência de focos de integração e cooperação bem-sucedida, que demonstram o potencial da rede quando seus componentes operam de forma colaborativa e com processos definidos.

A articulação envolve fluxos específicos, protocolos, participação em *huddles*, discussão de casos, e ações conjuntas com hospitais, UPAs e centros de saúde (P3).

A interlocução se dá por meio de discussões dos casos [...] avaliação de casos que vão ser direcionados para o cuidado domiciliar ao invés de hospital. (P2)

A relação UPA-SAD está muito próxima e com construções [...] hoje temos ferramentas em conjunto, planilhas de monitoramento, reuniões periódicas (P17).

Me parece que é um serviço que está bem integrado na rede hoje [...] com os hospitais, com as UPAs [...] profissionais qualificados e bem vistos (P14).

É uma articulação que começa pelo nível de gestão [...] e caminha para o nível dos serviços [...] acionando APS, CERSAM, hospitais, reabilitação, conforme necessidade (P9).

Existe uma relação de referência e contrarreferência [...] mesmo quando ele começa a acompanhar, ele já envia para o centro de saúde que começou o acompanhamento (P12).

As experiências positivas relatadas são a materialização dos princípios que fundamentam as RAS. Práticas como a discussão conjunta de casos, a definição de fluxos, o uso de ferramentas compartilhadas e a participação em reuniões são exatamente os mecanismos que viabilizam a “ação cooperativa e interdependente” entre os Nós da rede (Mendes, 2011).

As iniciativas evidenciadas alinham-se às diretrizes do Ministério da Saúde. Elas demonstram que a construção da continuidade do cuidado, um dos maiores desafios do sistema, depende diretamente desses dispositivos de integração que promovem a articulação entre as equipes (Belga; Jorge; Silva, 2022).

A atuação transversal do SAD, o condiciona a uma semi-dependência de outros Nós da Rede para ampliar o seu potencial. Assim como indicado por Jatobá e Carvalho (2024), a prática cotidiana revela discrepâncias entre a forma como os sistemas são projetados para operar e como ele realmente “acontece”. Três participantes destacam alguns desafios identificados:

Há dificuldades de interlocução com a atenção secundária por conta de filas e indisponibilidade de especialistas. (P6)

O CREAB, por exemplo, não tem ponto de oxigênio para pacientes

que usam O2 domiciliar. (P4)

A gente tem que pensar [...] na limitação de insumos de cuidado domiciliar [...] acesso a BIPAP, CIPAP [...] é difícil [...] e isso prejudica o cuidado [...] principalmente com os idosos. (P23)

A partir das análises realizadas pode-se afirmar que a relação entre o SAD-BH e os serviços da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) é um ponto de atenção. As menções pelos entrevistados voltam-se à dificuldade de interlocução e a outras limitações. Apenas P4 referiu-se à “temos feito reuniões frequentes com CREABs, APS, hospitais”, revelando o discreto investimento na aproximação entre o SAD-BH e os serviços da AAE.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) não foi citada em nenhuma das 25 entrevistas. Embora a RAPS tenha uma estrutura consolidada e organizada para dar o suporte necessário às demandas e necessidades dos usuários, os entrevistados não fizeram associações entre a atuação do SAD-BH e os serviços da RAPS.

Um ponto crítico nesta análise foi a ausência de menções, pelos entrevistados, sobre o Núcleo Interno de Regulação (NIR) e a Gerência de Regulação do Acesso Hospitalar (GERAH). O NIR, entre outras coisas, monitora o fluxo de pacientes e o giro dos leitos hospitalares para otimizar o uso da capacidade da unidade. Ele atua como elo entre a gestão interna do hospital e as centrais de regulação externas, que coordenam o acesso aos serviços de saúde no território (Brasil, 2025).

Cabe a GERAH “gerenciar a rede de unidades hospitalares do município, assegurando a oferta de cuidado integral à população, promovendo o acesso, a proteção, a recuperação e a reabilitação da saúde dos cidadãos” (Belo Horizonte, 2025). A ausência de menções sobre o NIR e a GERAH é um alerta. Pois as estratégias de atuação deveriam estar alinhadas, devido ao objetivo comum entre o SAD, NIR e GERAH em “promover o giro de leitos”, “otimizar o uso dos recursos disponíveis na rede” e “cuidar das pessoas no local correto”.

A capacidade de resposta deste sistema de saúde tem sido testada, constantemente. Em alguns momentos ele esteve à beira do colapso devido ao aumento de demanda, à sobrecarga e à limitação de recursos. A superlotação de UPAs e hospitais é um fenômeno visto/vivido em diversos municípios brasileiros e também no cenário internacional (Brasil, 2020). Diante disso, um questionamento oportuno é: os recursos atuais são insuficientes ou estão sendo mal utilizados?

Uma sugestão de melhoria seria a inserção da opção de encaminhamento para

o SAD no sistema informatizado institucional responsável pela regulação dos leitos hospitalares. Assim, caso as equipes assistenciais não se atentassem para essa possibilidade, o regulador teria a opção de recomendar à equipe o encaminhamento do paciente para o serviço, a partir da descrição do referente ao seu estado de saúde e dos critérios de elegibilidade.

A percepção de uma fragmentação sistêmica materializa a falha na comunicação que, segundo Mendes (2011), compromete a própria definição de uma RAS. As falas a seguir ilustram de forma contundente como essa barreira se manifesta no cotidiano dos gestores e fragiliza a continuidade do cuidado.

A causa raiz dessa fragmentação é o desconhecimento sobre o serviço, como sintetiza a fala de um dos entrevistados:

Há desconhecimento institucional sobre o SAD [...] inclusive entre gestores [...] é necessário divulgar mais o serviço dentro da própria rede (P13).

Ainda tem muito desconhecimento [...] o pessoal da atenção primária acha que tem que ser através da UPA [...] a relação com a rede ainda é fragilizada (P24).

O desconhecimento sobre o SAD-BH é um sintoma agudo da fragmentação do sistema de saúde (Mendes, 2011). Uma RAS funcional pressupõe que todos os seus componentes compartilhem uma missão e objetivos comuns, o que é inviável se os atores não conhecem as potencialidades uns dos outros. A literatura confirma que a desarticulação da rede e a limitação do acesso são desafios persistentes no SUS (Belga; Jorge; Silva, 2022).

A fragilidade na articulação com a APS, em particular, é um ponto crítico, pois ela é designada como o centro de comunicação e coordenadora do cuidado na rede (Mendes, 2011). A falta de conhecimento sobre os fluxos corretos pode levar a uma demanda espontânea pelo serviço, o que sinaliza uma falha na comunicação da rede (Oliveira *et al.*, 2023). Essa dificuldade de articulação é um fenômeno nacional, há estudos que apontam a necessidade de maior protagonismo da atenção primária e melhor definição dos fluxos entre os serviços (Rajão, Martins, 2020). A afirmação de P7 traz um novo elemento à essa discussão, a inclusão dos usuários: “É uma boa relação entre os serviços [...] mas nem todos conhecem o SAD [...] profissionais e usuários ainda se perguntam o que é isso.” O fato de profissionais e usuários “não conhecerem” o serviço revela-se uma barreira de acesso à população. Além de limitar o potencial de atuação da RAS, impede que outras modalidades de cuidado sejam

ofertadas, em determinadas condições.

Os resultados deste estudo evidenciam que, além das ações de educação permanente e educação em saúde, são necessárias iniciativas que fortaleçam o controle social. Um movimento que ressalte a sua importância para a criação e manutenção do SUS.

Sugere-se a promoção de atividades que envolvam a formação de conselheiros e o fortalecimento dos espaços e representações locais, regionais e nacionais. Um outro investimento com grande potencial de alcance e que contribuiria para mitigar o desconhecimento do SAD-BH, seria a criação de materiais informativos para divulgação do Serviço – produções direcionadas à população e aos profissionais.

A fala de P24 revela que o desconhecimento entre os profissionais pode ter outros fatores associados: “A gente precisa parar, escutar, conversar, e aproximar [...] muitos aqui nem sabem o nome dos profissionais do SAD [...] e isso não é por má vontade, é pela rotina pesada.”

O fato apresentado é de grande relevância para o entendimento da realidade, para análise do cenário e identificação de oportunidades para melhores intervenções. A “rotina pesada” revela-se como um aspecto preocupante, não apenas com influência sobre o (des)conhecimento de ofertas e serviços, mas como elemento de impacto na saúde do trabalhador que pode gerar consequências graves, como *burnout* e outros agravos danosos a estes indivíduos.

É possível perceber a “rotina pesada” não como uma justificativa para a inação, mas como elementos que extrapolam as capacidades locais de intervenção. O subfinanciamento e a precarização estrutural do SUS se manifestam no cotidiano como uma “rotina” que impede fisicamente os profissionais de realizar o “trabalho vivo” (reuniões e discussões de caso) que a própria política de saúde exige. A “rotina pesada” é o ponto onde a macropolítica (orçamento) sufoca a micropolítica (o encontro) (Merhy *et al.*, 2019; Almeida; Merhy, 2020).

A análise da “rotina pesada” como um sintoma da precarização estrutural oferece uma explicação fundamental para a persistência do desconhecimento. Contudo, para uma compreensão completa do fenômeno, é preciso ir além da justificativa estrutural e adentrar o campo das relações de poder. A questão que se impõe é: este desconhecimento é apenas uma consequência passiva da sobrecarga ou pode também ser interpretado como um ato com funções micropolíticas?

A coexistência de cooperação e fragmentação resulta em uma tensão diária, na

qual a efetividade da articulação depende mais do esforço individual e das relações interpessoais do que de processos institucionais sólidos e previsíveis. A consequência direta dessa fragmentação institucional é que a responsabilidade pela integração recai sobre os próprios profissionais, em um movimento que a micropolítica de Merhy *et al.* (2019) define como a primazia do “trabalho vivo em ato”.

A análise das percepções dos gestores revela que, na ausência de fluxos institucionalizados, a articulação da rede se torna dependente de “redes invisíveis”, sustentadas pelo esforço individual e pelas relações interpessoais. Este fenômeno pode ser analisado com maior profundidade à luz da Engenharia de Resiliência, que distingue o Trabalho como Imaginado (WAI) – a forma como os sistemas são projetados para operar, com seus protocolos e diretrizes formais – do Trabalho como Feito (WAD) – a maneira como as atividades de fato se concretizam no cotidiano, com suas inevitáveis adaptações para lidar com a complexidade e a escassez de recursos (Jatobá; Carvalho, 2024).

Nessa perspectiva, as “redes invisíveis” e o “trabalho vivo em ato”, tão presentes nos relatos, parecem constituir o WAD da RAS de Belo Horizonte. Longe de ser um desvio ou uma falha, este WAD é a principal fonte de desempenho resiliente do sistema. É a capacidade adaptativa dos profissionais – que criam atalhos, estabelecem contatos informais e mobilizam recursos de forma criativa – que permite ao SAD-BH e aos demais serviços superarem as barreiras do “desconhecimento” e da fragmentação, garantindo a continuidade do cuidado onde a estrutura formal falha.

A lacuna entre o prescrito e o realizado, longe de ser uma anomalia, é o espaço onde a resiliência ou a fragilidade do sistema se manifesta. A estabilidade do sistema, não advém da estrita aderência aos protocolos (WAI), mas da variabilidade e dos ajustes constantes que os trabalhadores realizam para dar conta da complexidade, como sustenta a perspectiva da Safety-II, que foca em aprender com o que dá certo (Jatobá; Carvalho, 2024).

Contudo, sob uma ótica dialética, a própria necessidade desse intenso e constante WAD é um sintoma de um Trabalho como Imaginado (WAI) notadamente frágil e desconectado da realidade operacional. A estrutura formal da RAS, com seus sistemas de comunicação e fluxos de referência e contrarreferência, se mostra subespecificada e incapaz de absorver a variabilidade cotidiana do cuidado.

Jatobá e Carvalho (2024) afirmam, “as condições de trabalho nunca

correspondem completamente ao que foi prescrito”. Isso força os profissionais a compensarem as lacunas do sistema com um alto custo pessoal e organizacional, gerando a “rotina pesada” mencionada pelos entrevistados. Essa dependência de soluções informais, embora potente, cria uma resiliência precária, que não é equânime nem sistêmica, e introduz riscos, pois as redes pessoais não são universalmente acessíveis nem institucionalmente garantidas.

Desta forma, a lacuna WAI-WAD evidenciada no contexto do SAD-BH apresenta um paradoxo central: a resiliência do sistema emerge menos de um projeto deliberado de governança e mais da agência dos trabalhadores que lutam para reconciliar a norma com a prática. Esta constatação sugere que o caminho para o fortalecimento da rede não está em reprimir essa variabilidade, mas em compreendê-la e criar estruturas formais (um novo WAI) que a suportem, legitimem e potencializem, transformando as adaptações bem-sucedidas em aprendizado organizacional contínuo.

Os trechos de falas a seguir demonstram como a articulação da rede se torna dependente de relações pessoais e esforços individuais, e não de processos formais:

A comunicação é um grande gargalo. Já tive boas experiências de articulação, mas também muitas dificuldades burocráticas. A impressão é de que depende muito da equipe e do conhecimento prévio entre os profissionais (P1).

Temos hospitais e UPAs com relações muito positivas [...] e outros locais com perspectiva equivocada, conflito de entendimento [...] o que fragiliza a relação (P18).

Não é algo que está estabelecido institucionalmente [...] o que existe é uma busca espontânea das partes envolvidas (P8).

A rede deveria conversar, mas não conversa [...] a gente tem dificuldade de retorno até em casos de violação de direitos. (P19)

A vinculação com os serviços da atenção primária [...] hospitalar [...] e urgência é feita conforme a demanda [...] mas se perde por falta de conhecimento do perfil dos pacientes. (P7)

A gente vê o SAD como uma equipe escondida dentro do serviço [...] pouca aproximação com as equipes assistenciais. (P20)

Muitas vezes, a gente não se encontra [...] às vezes, parece que cada um está atuando na sua caixinha [...] a integração ainda é falha. (P25)

[...] o SAD às vezes parece um setor à parte [...] a gente só aciona quando precisa. (P24)

Hoje, eu acho que ele ainda está muito à parte [...] pouco imerso na nossa lógica de território [...] precisamos potencializar esse serviço. (P15)

A dependência do “conhecimento prévio entre os profissionais” é o diagnóstico preciso de uma rede em estágio inicial de maturação. Um sistema integrado robusto caracteriza-se por substituir a imprevisibilidade das relações informais por processos institucionais claros, que garantem a comunicação e a cooperação independentemente dos atores envolvidos (Mendes, 2011).

Essa realidade pode ser analisada sob a ótica da micropolítica do trabalho em saúde, que distingue o trabalho morto (prescrito, normatizado) do trabalho vivo em ato (a ação que ocorre no encontro, baseada na relação e na criatividade) (Merhy *et al.*, 2019). A consideração de P12 corrobora com essa afirmação: “Precisa estar mais dentro do centro de saúde, mais junto dos especialistas [...] para que o profissional conheça a cara do profissional, para acionar em caso de necessidade.”

Na ausência de mecanismos de governança e logística eficientes (trabalho morto), o peso da integração recai sobre o trabalho vivo. Ou seja, sobre o voluntarismo e as “redes vivas” que os profissionais constroem por meio de seus contatos pessoais. Embora essa seja uma solução potente para resolver problemas imediatos, é insustentável e não garante a continuidade e a equidade do cuidado (Belga; Jorge; Silva, 2022).

A necessidade de “conhecer a cara do profissional” para poder acioná-lo transcende uma preferência por relações interpessoais. Um olhar externo poderia classificar isso como um desejo por humanização. No entanto, a partir da análise metodológica eleita para esta pesquisa, é possível evidenciar esta fala como uma estratégia de sobrevivência e uma tecnologia de confiança.

Em um sistema onde os fluxos formais e os prontuários eletrônicos são frágeis ou inexistentes (‘trabalho morto’ deficiente), a relação face a face torna-se o único sistema logístico confiável. A confiança no rosto conhecido substitui a confiança em um protocolo. Portanto, o “trabalho vivo” não surge aqui como uma opção humanista, mas como uma solução para preencher o vácuo deixado pela falha da estrutura tecnológica e informacional da rede (Merhy *et al.*, 2019; Almeida; Merhy, 2020).

Em consonância com os conceitos apresentados por Mendes (2011) e Merhy *et al.* (2019), alguns entrevistados mencionaram iniciativas adotadas pelo SAD-BH. As ações relatadas referem-se ao movimento de aproximação entre os serviços e seus respectivos profissionais.

A relação vem melhorando com o tempo. [...] Foram feitas reuniões com os 150 centros de saúde, com hospitais, com os NASF, sempre

divulgando o serviço. Temos feito reuniões frequentes com CREABs, APS, hospitais. [...] Um tenta entender o processo de trabalho do outro (P4).

Foi publicado um documento muito legal [...] sei que existem as EMADs [...] EMAD de cuidados paliativos, pediátrico [...] que trabalham com critérios bem especificados (P21).

Mostrou alguns indicadores [...] admissões, dias de acompanhamento, altas, reinternações, óbitos [...] (P24).

A gente teve reuniões [...] para conhecer as equipes [...] para tentar ficar mais próximo [...] às vezes muda a equipe [...] tem que estar sempre aproximando (P25).

A análise da articulação do SAD-BH revela uma contradição quando examinada pela dupla lente de Mendes e Merhy. Do ponto de vista da macrogestão de Mendes (2011), a rede parece falhar: a ausência de fluxos institucionalizados e o desconhecimento mútuo apontam para uma fragmentação sistêmica.

Porém, sob a ótica da micropolítica (Merhy *et al.*, 2019), uma outra rede se revela. Nota-se uma rede invisível, sustentada pelos profissionais, que criam suas próprias pontes de comunicação por meio de relações pessoais e ferramentas informais.

Portanto, a questão crítica não é se a rede existe ou não existe. Ela existe, mas sua funcionalidade real não reside nas diretrizes formais, e sim na potência dos encontros e na agência dos trabalhadores. Isso tensiona o modelo de Mendes, sugerindo que a arquitetura formal de uma RAS é uma condição necessária, mas insuficiente.

Sem os mecanismos da micropolítica, que fomentam confiança e colaboração, a estrutura da rede permanece como um esqueleto sem vida. O caso de Belo Horizonte demonstra que a verdadeira integração é coproduzida no cotidiano, muitas vezes apesar da estrutura formal, e não apenas por causa dela.

6.4 Os sistemas logísticos e as ligações do cuidado

Esta categoria foca nas “ligações” materiais e imateriais que, segundo Mendes (2012), garantem o fluxo de informações, pessoas e produtos na rede e evidenciam ferramentas de conexão do SAD-BH na RAS. A análise detalha as ferramentas práticas, desde prontuário no domicílio, *e-mails* e telefonemas institucionais até grupos informais de WhatsApp, que constituem o sistema logístico da rede. Revela-se a ausência de um sistema unificado que abarque as informações, o que compromete a continuidade e a coordenação do cuidado prestado pelo SAD-BH.

A operacionalização da comunicação do SAD-BH com a rede é realizada por meio de um mosaico de ferramentas. De acordo com os relatos, evidencia-se a inexistência de uma plataforma unificada, o que gera heterogeneidade e imprevisibilidade nos fluxos de informação devido à ausência de um padrão.

Utilizamos prontuário no domicílio, *e-mail*, planilhas, produção estatística, painéis interativos. Nas UPAs de projeto piloto, compartilhamos ferramentas entre gestores e equipes. (P3)

O principal ponto de comunicação hoje é o prontuário eletrônico. Além disso, temos *e-mails*, WhatsApp [...] reuniões, grupos de trabalho e discussão de caso. (P2)

Criamos ferramentas internas como censo diário, planilhas de escala, formulários de afastamentos, matriz estatística e uso de *e-mails*. Também usamos grupos de WhatsApp corporativos. (P5)

Temos grupo de WhatsApp [...] planilha de encaminhamento [...] e discussão corpo a corpo quando possível. (P20)

A gente usa muito o WhatsApp [...] *e-mail* institucional tem funcionado bem [...] já teve alta entregue presencialmente [...] malote às vezes demora (P25).

Tais relatos revelam que os entrevistados reconhecem a existência e a utilização de ferramentas e dispositivos incorporados ao “sistema logístico” e nas “ligações do cuidado”. Entretanto, P15 frisa o seu desconhecimento para descrever aspectos cotidianos, como o trabalho compartilhado: “O contato telefônico, o relatório descrito, a evolução em prontuário e o *e-mail* [...] mas eu não sei se ele acontece de forma realmente compartilhada.”

Um sistema logístico em uma RAS é a infraestrutura que garante a “organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas” (Mendes, 2011, p. 195). A realidade descrita pelos entrevistados aponta para um conjunto de soluções reativas e não padronizadas. A coexistência de ferramentas formais (*e-mail*, malote) e informais (WhatsApp) é sintoma da ausência de uma plataforma de comunicação institucionalizada (Belga; Jorge; Silva, 2022). Essa falta de padronização, que depende de tecnologias leves como a relação interpessoal, em detrimento de tecnologias de informação mais robustas, representa uma barreira para a criação de uma rede confiável e segura.

O ponto mais frágil e crítico do sistema logístico, conforme a fala dos entrevistados, é a ausência de um prontuário eletrônico compartilhado, o que representa a principal barreira tecnológica para a integração do cuidado.

Estão implementando ainda o prontuário eletrônico. Atualmente os prontuários são manuais [...] evolui-se carbonado. Isso dificulta a continuidade e integração (P7).

O fato do SAD não acessar o prontuário é um problema na nossa rede [...] isso prejudica a relação e a comunicação (P11).

Eu não sei se existe um prontuário unificado [...] desconheço se eles têm ferramentas, planilhas, *BI*... (P16).

A literatura é unânime ao apontar o prontuário eletrônico como uma ferramenta indispensável para a coordenação do cuidado em uma RAS. O uso deste recurso permite o acesso em tempo real ao histórico e ao plano terapêutico do paciente por todos os profissionais envolvidos (Mendes, 2011; Belga; Jorge; Silva, 2022).

A descrição de um sistema baseado em “prontuários manuais” e “evolução carbonada” evidencia um profundo hiato tecnológico. Essa falha no sistema logístico é uma causa direta da fragmentação e do “desconhecimento” discutidos na categoria anterior, comprometendo fundamentalmente a ação cooperativa entre os diferentes serviços.

A consequência direta da fragilidade dos sistemas formais é a delegação da responsabilidade logística para canais informais ou, no caso mais extremo, para o próprio paciente e sua família, evidenciando uma falha sistêmica.

Tem telefone corporativo, WhatsApp, *e-mail*, mas ainda usamos a família como elo [...] isso mostra a fragilidade da comunicação institucionalizada (P11).

A comunicação ocorre por telefone, e-mail, relatórios [...] mas ainda é muito fragmentada e depende do empenho individual (P13).

Utilizamos telefone, *e-mail*, relatórios, WhatsApp [...] mas faltam normativas que direcionem esse processo de forma padronizada (P19).

Hoje a lógica é por *e-mail* [...] o telefone é uma dificuldade geral [...] usam também WhatsApp, mas não é formal (P24).

A análise revela um paradoxo à luz da teoria de Merhy e outros autores (2019): a intensidade do “trabalho vivo em ato” não surge como uma escolha humanizadora. Mas, como uma solução frágil e reativa diante da fragilidade do “trabalho morto”, como a ausência de prontuários integrados e de protocolos institucionais robustos.

O caso do SAD-BH tensiona a visão do “trabalho vivo”. Fica evidente que, sem o suporte de uma estrutura organizada, essa prática pode se tornar um fator de sobrecarga e insustentabilidade para os profissionais, em vez de potência para o cuidado.

A prática supramencionada, embora resolva problemas pontuais, contraria os princípios de segurança do paciente e de responsabilidade profissional que devem nortear o cuidado em rede. A dependência de estratégias locais e não institucionais reforça a ausência de uma governança efetiva sobre os sistemas de informação, perpetuando um modelo de comunicação reativo e fragmentado (Brasil, 2016b; Mendes, 2011).

A necessidade de “usar a família como elo” para a comunicação entre serviços é o sintoma da falência do sistema logístico de uma rede. Quando a rede falha em prover um sistema logístico confiável (um ‘trabalho morto’ robusto), ela não apenas sobrecarrega a família; ela transfere para o elo mais frágil a responsabilidade por um risco que é inerentemente seu. Os arquivos físicos que o familiar carrega entre os serviços não é apenas um instrumento de comunicação; é a materialização da incapacidade do sistema em garantir a continuidade do cuidado, transformando o cuidador em uma prótese para uma rede incompleta.

Ao imergir, especificamente, nos aspectos relacionados às “ligações do cuidado”, faz-se necessária aprofundar a discussão no que se refere ao processo de transição do cuidado.

A equipe do SAD procura o centro de saúde para discussão do caso e para essa transferência do cuidado (P2).

Para pacientes mais complexos, a equipe vai presencialmente até o centro de saúde, leva o sumário e passa as informações. Para os demais, a comunicação é por *e-mail* (P4).

Temos pactuações com hospitais e com a urgência para garantir segurança e continuidade do cuidado. A transição ocorre via *e-mail* ou presencial, conforme complexidade (P5).

A equipe da saúde da família tem a notícia que aquele usuário vai ser acompanhado pelo SAD [...] e ao final do tratamento, a informação é encaminhada à APS (P10).

A articulação [...] é por *e-mail* e telefone [...] discussão de caso *on-line* ou presencial [...] mas vejo pouca integração presencial (P12).

A transição é feita com relatório, avaliação em conjunto, discussão de casos [...] mas em geral a rede trabalha com estratégias locais e não institucionais (P17).

A equipe discute o caso com a UPA ou hospital, avalia elegibilidade, e após o aceite realiza a admissão no domicílio [...] isso é feito por telefone, *e-mail* ou presencialmente (P18).

De outro modo, alguns entrevistados relatam perceber fragilidades no processo de transição do cuidado. Além da variabilidade nas descrições, há ênfase na utilização

de instrumentos que, aparentemente, limitam por não estarem atrelados às discussões de casos ou outros movimentos que refletem o trabalho colaborativo. Ademais, alguns entrevistados indicam desconhecer como o processo ocorre, limitando suas respectivas avaliações e/ou considerações.

Essa transição idealmente deveria ser feita em parceria, mas na prática há empurra-empurra. A equipe de saúde da família sente alívio quando o paciente está com o SAD, e vice-versa (P1).

Há formulários e planilhas [...] mas o serviço não consegue ter documentos que comuniquem com toda a rede [...] isso gera perdas e retrabalho (P7).

A gente não integra essa transição [...] não sei dizer como que se dá [...] essa continuidade é assumida pela APS [...] ou vai para hospital transitório por junta (P8).

Ainda funciona na lógica do encaminhamento por *e-mail* [...] telefone corporativo [...] prontuário manual no domicílio [...] formulário preenchido. A gente faz muito pouco plano de cuidado [...] falhamos muito nisso como rede (P21).

O que a gente tem observado ali no distrito é que essa transferência do cuidado está acontecendo por forma de *e-mail* [...] um informe mesmo (P23).

Eles acompanham por um tempo [...] quando o paciente está mais estável, encaminham para o centro de saúde [...] já fizemos atendimentos compartilhados (P25).

Não sei como o SAD faz esse vínculo com a atenção primária [...] desconheço essa parte do processo (P20).

Não consigo opinar (P22).

As falas sobre o “empurra-empurra” entre os serviços poderiam ser analisadas como conflitos interprofissionais. No entanto, a partir de uma perspectiva gerencial focada em resultados, percebe-se este momento como o ponto de colapso do “valor condicional”. Essa disputa para conferir responsabilidade ao outro é o instante visível onde o valor clínico se dissipa, deixando de ser a prioridade.

Essa é a consequência direta de uma rede que não consegue dar seguimento ao seu próprio processo produtivo de cuidado, evidenciando que o valor em saúde não é um estoque, mas um fluxo que pode ser rompido a qualquer momento.

Assim como os desafios internos, as barreiras na articulação com os demais serviços da RAS influenciam a atuação do SAD-BH. Alguns aspectos como a rotatividade de profissionais foram mencionados pelos entrevistados:

Capacitação e alinhamento das equipes é um desafio gerencial. Profissionais rotativos, falta de padronização, dificuldade de formar

todos igualmente (P1).

O desafio é manter a continuidade da aproximação [...] as pessoas mudam, a rede é viva, é preciso diálogo constante (P10).

Mudança de equipe, desconhecimento do serviço, falta de contato com a coordenação [...] profissionais não sabem como acionar o SAD (P24).

Destaque aos investimentos constantes em ações de qualificação e “atualização” para os profissionais. O cenário apresentado pontua a rotatividade de profissionais, a dimensão da rede e o quantitativo de serviços e profissionais, bem como a dinâmica das alterações que ocorrem no cenário da saúde.

A pandemia de COVID-19 é um exemplo real sobre a criação de arranjos organizativos para respostas às questões assistenciais, bem como para (re)definição de estratégias, logística e apoio. O “trabalho vivo em ato” se mostrou um agente potente de mudanças e adaptabilidade, capaz de sustentar a prática cotidiana.

A atenção primária tem um território muito grande e pouca estrutura. [...] Muitos profissionais não se sentem capacitados para lidar com pacientes complexos. (P4)

O “valor condicional” atribuído ao SAD-BH é reafirmado a partir das considerações a seguir. Elas reforçam a influência de elementos adicionais que interferem na atuação do serviço, inclusive o arranjo familiar e o contexto social:

A estrutura social do paciente também é um desafio. [...] Às vezes é um idoso cuidando de outro idoso, ou uma casa sem estrutura para receber equipamentos. (P4)

Às vezes o serviço precisa desospitalizar mesmo com insuficiência familiar [...] e o SAD fica no meio disso. (P6)

Há uma fragilidade do sistema de saúde relativa aos sistemas logísticos e de apoio e em Belo Horizonte isso não se apresenta diferente. Inúmeros avanços podem ser revelados sobre a oferta de materiais, infraestrutura, insumos e tecnologias. Entretanto, fica explícito que para manutenção e ampliação da efetividade às respostas sanitárias pelo município deve-se avançar: resolver problemas antigos e estruturar movimentos que respondam aos desafios contemporâneos, o que conferirá mais elementos à resiliência deste sistema de saúde (Jatobá; Carvalho, 2024).

As mudanças oriundas do cenário atual agregadas ao modelo de saúde vigente resultam num contexto desfavorável ao cuidado ampliado e resolutivo à população. Desafios persistentes relacionados à realização de exames, procedimentos especializados, transporte e logística fragilizam os serviços que sustentam o

funcionamento de uma rede de saúde.

Junto aos problemas indicados pelos entrevistados, há também a proposição de alternativas como resposta ao cenário atual:

Uma equipe de SAD para duas regionais é muito pouco [...] o território Norte é extremamente vulnerável [...] precisamos de uma redistribuição equitativa. (P21).

Acho que é pensar, também, nessa questão de parâmetros [...] de cobertura, de acordo com o perfil de vulnerabilidade [...] duas equipes para uma Regional como o Barreiro é muito pouco. (P23)

A demanda está aumentando [...] a população está envelhecendo [...] a gestão tem que avaliar se o quantitativo atual de equipes está sendo suficiente. (P25)

Temos limites de profissionais, de número de carros, de equipamentos [...] isso afeta diretamente o cuidado ofertado. (P10)

A dimensão do município exige ampliação da equipe [...] e o horário de funcionamento também limita muito o atendimento. (P17)

A dificuldade maior é essa: equalizar recursos, estratégias e necessidades [...] ainda não encontramos soluções. (P22)

Falta carro, tem problemas com o contrato [...] chove, o tempo interfere [...] e ainda há limitações sociais nos domicílios. (P24)

A fragilidade crônica dos sistemas logísticos e a delegação do fardo da comunicação para a família não são meras falhas operacionais. Elas são o reflexo direto de um modelo de gestão e de um arranjo de poder que serão aprofundados na discussão sobre a governança da rede a seguir.

6.5 A governança da Rede e os desafios do SAD-BH

Esta categoria explora as dificuldades e obstáculos percebidos pelos entrevistados em relação ao SAD-BH e sua operação no contexto da RAS. A identificação desses desafios é importante para propor soluções e aprimoramentos.

Sabe-se que, tanto a gestão em saúde pública, quanto a integração do SAD e os demais serviços da RAS ainda são desafios (Mendes, 2012; Brasil 2012b). Assim, esta categoria aprofunda esses pontos, capturando a visão dos participantes acerca dos desafios internos, das barreiras na articulação com os demais serviços da RAS e as limitações de recursos, gestão e processos.

A governança paradoxal, conceito que emerge das análises contemporâneas da gestão pública em contextos complexos, refere-se à necessidade de o gestor exercer simultaneamente autoridade estratégica e abertura à cogestão, conciliando

distanciamento institucional com proximidade relacional e responsiva (Hunter, 2009; Lotta, 2018). Navegar por esse paradoxo exige mais do que competências gerenciais tradicionais: demanda conhecimentos aprofundados sobre sistemas complexos, redes de governança e micropolítica organizacional; habilidades interpessoais e técnicas como a liderança em estruturas matriciais, a negociação intersetorial e a comunicação multiescalar; além de atitudes alinhadas ao pensamento sistêmico, à tolerância à ambiguidade e a uma postura colaborativa de escuta e aprendizagem com os profissionais da linha de frente.

Essa governança, por sua própria natureza, é marcada por tensões estruturais: entre o controle e a autonomia, entre a padronização e a adaptação local, entre a estratégia central e as práticas cotidianas. A falta de preparo para lidar com esses dilemas, frequentemente, leva a gestões que oscilam entre a centralização excessiva e a percepção de abandono por parte das equipes – fenômeno observado especialmente em serviços descentralizados, como o SAD, cuja efetividade depende da articulação entre múltiplos Nós da Rede de Atenção à Saúde.

Com base no conceito de “sistema de governança” apresentado por Mendes (2012), esta categoria examina os arranjos organizacionais e os desafios de gestão que impactam a atuação do SAD-BH. A análise aprofunda-se na dificuldade da “gestão à distância” das equipes distribuídas no território, a falta de padronização dos processos, a alocação de recursos (humanos e financeiros) e a necessidade de arranjos de governança mais robustos para superar a fragmentação sistêmica e fortalecer o papel do SAD-BH.

O desafio mais proeminente na governança do SAD-BH, segundo os entrevistados, é o modelo de “gestão à distância”. Essa distância geográfica e operacional cria uma fratura no sistema de governança proposto por Mendes (2011), desconectando a gestão macro da realidade micropolítica do cuidado. As percepções a seguir revelam como essa lacuna é sentida pelas equipes no território:

A gestão à distância dos profissionais é o principal desafio. [...] Por mais que haja ferramentas, a vivência presencial ainda faz falta (P4).

A gestão à distância é um desafio. A coordenação central gerencia 21 equipes espalhadas pelas 9 regionais. Isso exige ferramentas e cogestão com UPAs e hospitais (P5).

São equipes que estão dentro do território, mas a gestão dela não é territorial [...] talvez o desafio seja fazer essa gestão ser compartilhada (P15)

A equipe do SAD fica em pontos estratégicos [...] mas a gestão está distante [...] manter a linha de pensamento e a fluidez do trabalho é um desafio. (P16).

As equipes do SAD são pouco gerenciadas [...] a gestão tem pouca perna [...] não conseguimos abraçar todas as equipes (P20).

A equipe do SAD trabalha muito solta [...] não conseguimos acompanhar de perto o trabalho deles [...] impressão que poderiam fazer mais. (P24)

Neste ponto da análise, a percepção dos entrevistados sobre a “gestão à distância” reverbera. A tensão entre a necessidade de diretrizes do nível central e a autonomia da ponta é um desafio revelado na prática. Essa dupla-pertença não invalida a crítica dos participantes; pelo contrário, a reforça, confirmando que se trata de uma fragilidade estrutural do modelo de governança, e não apenas de uma percepção isolada.

A governança de uma RAS é o arranjo organizativo que permite a gestão integrada de todos os seus componentes (Mendes, 2011). O modelo de “gestão à distância” descrito revela uma fragilidade nesse arranjo, que pode ser analisada sob a ótica da micropolítica do trabalho em saúde.

O gestor central, ao tentar controlar o trabalho por meio de normas e metas (trabalho morto), se desconecta da realidade dos encontros e das soluções criadas no território (trabalho vivo em ato), gerando a sensação de abandono e falta de apoio (Merhy *et al.*, 2019). As características anteriormente mencionadas podem estar vinculadas às limitações do número de profissionais que integram a coordenação, representadas pela expressão: “a gestão tem pouca perna, não conseguimos acompanhar todas as equipes.”

A percepção de que a gestão não é territorial e de que o nível regional se sente “deslocado” aponta para uma falha na articulação entre os diferentes níveis de governança do SUS, especialmente nas instâncias regionais, que deveriam ser o espaço privilegiado para a pactuação e o acompanhamento das ações (Brasil, 2014b).

Ao analisar a fala de P24 “a equipe do SAD trabalha muito solta”, há a possibilidade inferir que trata-se de uma simples crítica à falta de gestão. No entanto, numa análise mais ampla, merece refletir sobre a angústia de um sistema que carece de ferramentas de cogestão territorial. A percepção de “soltura” reflete a falha do modelo de gestão (à distância) em prover os pactos de autonomia e corresponsabilidade necessários, e não necessariamente uma falha da equipe assistencial.

Como consequência direta desse modelo de gestão, emerge a dificuldade de padronizar os processos de trabalho, o que resulta em heterogeneidade na atuação das equipes e na falta de diretrizes claras. As falas dos entrevistados explicitam essa constatação:

Há uma organização de uma gestão municipal diretamente com as equipes [...] mas a interlocução com as regionais precisa melhorar (P2).

O serviço não consegue ter documentos internos que comuniquem com toda a rede [...] e isso dificulta o processo de trabalho da equipe do SAD (P7).

A gestão à distância é possível, mas precisa de presença efetiva na ponta [...] falta mapeamento dos processos, cada equipe atua de forma distinta. Há centralização excessiva na gestão [...] mudanças simples poderiam ser resolvidas na ponta [...] mas tudo precisa ser validado no nível central (P13).

Precisamos de diretrizes bem estabelecidas e documentadas. Faltam comissões, regimentos internos, diretrizes por categoria (P5).

A padronização de processos clínicos e gerenciais é uma função essencial da governança, pois busca reduzir a variabilidade inadequada da prática e garantir a equidade e a qualidade do cuidado (Mendes, 2011). A demanda dos gestores por “diretrizes bem estabelecidas” é um chamado para que o sistema cumpra seu papel organizador.

A oposição de uma gestão que é ao mesmo tempo “distante” e “centralizadora” revela um modelo ineficiente. Essa dinâmica pode ser interpretada como um desalinhamento de competências: a falta de processos padronizados e de conhecimento sobre a operação local (um *gap* de competências) leva o nível central a reter o poder decisório, dificultando a autonomia e a agilidade das equipes na resolução de problemas cotidianos (Moreira; Rodrigues, 2023).

Quando P13 critica a “centralização excessiva, onde tudo precisa ser validado no nível central”, a interpretação superficial seria a de um estilo de gestão autoritário. Todavia, é possível que seja realizada uma leitura contraintuitiva. Muitas vezes, a centralização não é um sintoma de excesso de poder, mas pode ser resultante da desconfiança nos próprios sistemas da gestão.

Acredita-se que o nível central retenha o poder decisório não porque deseja microgerenciar, mas porque os processos na ponta não estão padronizados e que as informações que recebe são pouco confiáveis. A centralização emerge como um mecanismo de defesa da própria gestão contra circunstâncias que ela mesma não

consegue ordenar. É um sintoma da fragilidade do “trabalho morto”, que impede o empoderamento e a autonomia da ponta (Merhy *et al.*, 2019; Almeida; Merhy, 2020).

Além dos desafios operacionais e processuais discutidos, a governança do SAD-BH confronta-se com um obstáculo estratégico premente: a adequação da alocação de recursos e a exigência de uma liderança com perfil visionário, essencial para navegar a complexidade e a demanda crescente do serviço.

A gestão é compartilhada com UPAs e hospitais. [...] Os registros ainda são feitos em papel, o que consome tempo da equipe. Precisamos informatizar e melhorar os registros. Temos que fazer gestão à distância, com desafios em RH, insumos, escala, avaliação. [...] Ainda não conseguimos estratificar produção por profissional no e-SUS. (P3)

O primeiro é financiamento [...] nenhum serviço se paga [...] e depois a própria descentralização das equipes [...] torna a gestão mais difícil (P14).

Gerir essa alta demanda com RH tão escasso [...] ainda com especialidades [...] impacta no cuidado na assistência (P21).

Falta uma liderança dentro das equipes locais para fazer a ponte com a gestão [...] isso dificulta o alinhamento e retarda decisões simples (P17).

A capacidade de planejar e alocar recursos de forma equitativa é atribuição central da governança em saúde. As dificuldades de financiamento e a percepção de um quadro de pessoal insuficiente são sintomas crônicos do SUS (Rajão, Martins, 2020). Mas, indicam uma governança que pode operar de forma mais reativa do que proativa, com dificuldades para antecipar as necessidades decorrentes das mudanças demográficas e epidemiológicas (Mendes, 2011).

A ausência de uma liderança fortalecida no nível local, capaz de atuar como ponte entre as equipes e a gestão central, como apontado pelos participantes, parece agravar a fragmentação e retardar a tomada de decisões. Assim, a necessidade de gestores com uma visão estratégica vai além do domínio técnico-administrativo; ela engloba a habilidade de integrar conhecimentos financeiros, de recursos humanos e de gestão de redes para assegurar a sustentabilidade e a excelência do cuidado, profissionalizando os cargos de comando e fomentando um ambiente de apoio e proatividade (Moreira; Rodrigues, 2023).

Agregado a isso, há destaque para a concorrência de mercado no tocante a contratação e/ou manutenção de profissionais nas equipes:

Às vezes a gente tem a vaga autorizada, mas não consegue compor

o quadro [...] competitividade de mercado [...] questão salarial (P12).

Frente aos desafios “internos” vivenciados pela SAD-BH, um dos entrevistados frisou aspectos relacionado à atuação da gestão do serviço:

A coordenação do SAD é muito articulada [...] preocupa-se com capacitação, diretrizes assistenciais, fornecimento de materiais (P10).

Essa fala indica que há esforços da coordenação do SAD-BH para enfrentar as dificuldades existentes e aprimorar o trabalho desenvolvido. Os aspectos destacados por P10 ressaltam investimentos nas perspectivas micro e macro, nas ações focadas no Serviço e também na organização da rede.

No tocante ao monitoramento e aos indicadores do SAD-BH, os entrevistados enaltecem o trabalho realizado e sinalizam especificidades e a importância do processo. As falas a seguir ilustram essa perspectiva:

O SAD avançou muito nos últimos anos na qualificação dos indicadores de acompanhamento, monitoramento e qualidade (P2).

O SAD protagonizou o uso de *dashboards* e painéis [...] cada serviço sabe seu desempenho, *ranking*, perfil dos usuários, adesão à desospitalização (P9).

Monitoramos indicadores como origem dos usuários, desfecho na atenção primária, perfil epidemiológico, tempo de permanência e óbitos. Utilizamos e-SUS, planilhas e painéis interativos (P3).

Indicadores são apresentados em painel [...] todos os profissionais acompanham [...] isso é muito importante (P22).

Entretanto, há um indicativo que evidencia a existência de um dispositivo com potencial de melhor utilização, conforme descrito por P13: “O SAD tem uma lousa interativa com muitos indicadores [...] mas não há dados sobre tempos de resposta, recusa por critérios ou interconsultas [...] isso impacta o desempenho.” Diante disso, pode-se inferir que a não utilização dos recursos disponíveis é um fator que limita a atuação da gestão do SAD-BH, sendo necessário rever o processo de trabalho para otimizar o uso dos recursos e qualificar o trabalho.

Em contraste, outros entrevistados relatam falta de acesso ou desconhecimento sobre os indicadores de monitoramento do SAD-BH. Essa lacuna de informação é expressa nas seguintes declarações:

Acredito que tenha, mas eu desconheço quais são (P6).

Não sei o que dizer, não tenho conhecimento sobre isso (P8). Imagino que sim, mas não sei te dizer (P10).

Desconheço se o SAD tem indicadores específicos [...] é uma

infinidade de equipes e programas e não damos conta de acompanhar todos (P11).

Não conheço esses indicadores do serviço de atenção domiciliar (P12).

Sei da desupalização, número de pacientes assistidos, tempo de acompanhamento [...] mas não tenho domínio completo dos indicadores (P17).

Não sei [...] se nem no prontuário eletrônico eles estão [...] difícil será mensurar (P21).

O único indicador que nos é apresentado é o de desupalização [...] fora esse indicador a gente não tem acesso (P20).

Não conheço. [...] nunca fui apresentada a esses indicadores (P23).

Com certeza eles têm indicadores [...] de alta, de cura, de acompanhamento [...] mas eu, como gerente, não tenho acesso (P25).

A ausência de informações pode limitar a capacidade do SAD-BH de operar de forma eficiente e de se articular efetivamente com a Rede. Identificar essa lacuna pode ser o primeiro passo para propor melhorias na organização e nos processos do próprio serviço, visando a uma gestão mais transparente e baseada em dados.

A análise das entrevistas também revela desafios significativos relacionados às limitações de recursos, gestão e processos. A falta de dados sobre a operação interna e o desempenho das equipes é um problema recorrente:

Não sabemos o número de pacientes, adesão, funcionamento interno da equipe [...] isso não é apresentado. (P20)

Não tenho planilha, nem sei quantos pacientes do Centro de Saúde estão no SAD [...] falta de dados atrapalha o planejamento [...]. (P25)

A ausência de informações precisas dificulta a tomada de decisões estratégicas e o planejamento das ações. Além disso, a necessidade de um monitoramento mais aprofundado dos casos é evidente:

Monitorar os casos [...] entender se os critérios de permanência e saída estão adequados [...] pensar a resolutividade do serviço. (P6)

A padronização dos processos também se mostra um ponto crítico, gerando inconsistências e impactando a eficiência da comunicação. Essa fragmentação nos processos de trabalho pode comprometer a fluidez e a segurança do cuidado:

Falta padronização [...] cada regional funciona de uma forma [...] às vezes recebo resposta por malote, outras por e-mail (P19).

Os entrevistados apontam ainda para desafios relacionados a equipamentos,

insumos e outros aspectos operacionais que afetam diretamente a qualidade e a agilidade do atendimento do SAD-BH:

Eles devem enfrentar desafios com equipamentos, como oxigênio [...] e com profissionais não sob seu guarda-chuva direto. (P16)

Não sei como funciona a gestão de insumos [...] de frota [...] como o paciente é priorizado [...] há várias dúvidas operacionais. (P14)

A urgencialização do cuidado compromete a agenda da equipe [...] falta de estrutura na APS, subfinanciamento e sobrecarga. (P9)

Temos dificuldades de agenda, transporte, logística de visita compartilhada [...] não conseguimos equalizar tempo de assistência com reuniões. (P11)

A governança do SAD-BH, na percepção dos gestores, opera sob uma incongruência que desafia os modelos tradicionais de gestão. A coexistência de uma gestão percebida como “distante” e, simultaneamente, “centralizadora” aponta para uma crise no modelo de governança proposto por Mendes (2011).

A tentativa de exercer o controle por meio da centralização de decisões (uma característica do poder macropolítico) se mostra ineficaz. Tal fato ocorre, justamente, devido à distância que impede a compreensão das necessidades e processos locais (a realidade micropolítica) (Merhy *et al.*, 2019; Almeida; Merhy, 2020).

O resultado, como aponta Merhy e outros autores (2019), é um vácuo de poder: o nível central não consegue governar efetivamente a prática, e as equipes da ponta não se sentem empoderadas para autogerir suas rotinas. Essa “governança paradoxal” sugere a necessidade de um novo arranjo.

Os resultados revelam que a coexistência de uma gestão “distante” (geograficamente) e “centralizadora” (no poder decisório) cria um vácuo de governança. Esse paradoxo se torna um mecanismo que gera ineficiência e desarticulação, tornando-se uma barreira estrutural à integração da rede. Implementar uma governança territorializada e matricial, que não se baseie na dicotomia entre centralizar e descentralizar, mas na construção de pactos de autonomia e corresponsabilidade, pode ser uma estratégia fortalecedora para o serviço.

A experiência do SAD-BH, expande a discussão sobre governança em redes. Ela revela que o desafio não é apenas desenhar o organograma correto, mas construir novas relações de poder e confiança que sejam, ao mesmo tempo, horizontalizadas na prática e coordenadas na estratégia.

6.6 O SAD-BH e seus impactos na rede e na qualidade do cuidado

Tendo como referência a premissa de Mendes (2011), de que as RAS devem “gerar valor para a sua população”, esta categoria avalia os resultados e as consequências da atuação do SAD-BH. A análise sintetiza as percepções dos participantes sobre o impacto positivo do serviço, como a redução de custos, a otimização de leitos hospitalares e a humanização do cuidado. Além do impacto negativo, quando as falhas na rede e a fragmentação prejudicam o usuário.

O conceito de “valor condicional”, um dos achados deste estudo, ganha uma explicação teórica robusta por meio do princípio da Ressonância Funcional, oriundo da Engenharia de Resiliência (Jatobá; Carvalho, 2024). Segundo essa perspectiva, em um sistema sociotécnico complexo como a RAS, os resultados bem-sucedidos ou os fracassos não são eventos lineares, mas propriedades emergentes. Portanto, a qualidade final do cuidado não é a soma das performances isoladas de cada serviço, mas o produto da interação e da ressonância entre as múltiplas variabilidades do sistema como um todo.

No caso do SAD-BH, isso significa que o seu desempenho exemplar (uma variabilidade positiva) pode ser anulado pela ressonância com variabilidades negativas em outros Nós da rede. Um atraso na comunicação da UPA, a indisponibilidade de um insumo na farmácia ou a dificuldade de agendamento na Atenção Primária são variabilidades que se combinam e amplificam podendo levar ao colapso de todo o plano terapêutico.

Esta compreensão sistêmica impõe uma crítica direta aos modelos de gestão tradicionais, focados em medir indicadores de desempenho de serviços de forma isolada. Se a qualidade do cuidado é uma propriedade das interações, avaliar apenas os Nós da rede é insuficiente. Torna-se imperativo, como sugere a abordagem da resiliência, deslocar o foco da gestão da performance das partes para a saúde das conexões e dos acoplamentos entre elas (Mendes, 2012; Jatobá; Carvalho, 2024).

Tendo como referência os aspectos supramencionados, explorou-se à visão dos participantes sobre as consequências e os resultados da atuação do SAD-BH, tanto para os usuários do sistema de saúde quanto para a gestão municipal como um todo. Avaliar o impacto percebido é fundamental para justificar a existência e o investimento no serviço, além de identificar suas contribuições mais significativas. A literatura destaca a AD como uma alternativa viável e eficaz que promove o cuidado no ambiente domiciliar e resulta em inúmeros benefícios (Mendes, 2012; Brasil 2012b).

A percepção dos entrevistados acerca da contribuição do SAD-BH para os objetivos e desafios da gestão do sistema de saúde de Belo Horizonte é um fator relevante. O entendimento sobre o valor estratégico do Serviço para a organização e a sustentabilidade da RAS revelam quais os investimentos podem ser realizados para melhorar o impacto do SAD-BH na rede:

Investir no SAD é estratégico para a gestão da rede. Evita internações desnecessárias, reduz custos e melhora a resolutividade. (P1)

O SAD ocupa um lugar próprio, que não pode ser substituído [...] tem legitimidade, promove cuidado a quem não pode buscar assistência fora do domicílio. (P6)

O serviço trouxe economia de R\$ 4 milhões para um hospital em BH [...] é pauta comum nas agendas do nível central como solução estruturante da rede. (P9)

O serviço melhora o giro de leito, otimiza o uso de AIHs, reduz pressão sobre as portas [...] contribui com sustentabilidade. (P17)

O SAD é uma engrenagem dentro da estratégia maior do município [...] contribui na tomada de decisão [...] na alocação de recursos e propostas orçamentárias. (P22)

A gestão precisa ter interesse para que o serviço seja aprimorado [...] vejo na coordenação uma busca constante por isso. (P18)

A questão social impacta diretamente nas internações [...] e a gestão ainda não compreende isso plenamente [...] precisamos evidenciar em números esse impacto. (P19)

Ações estratégicas divergentes entre os gestores não potencializam o SAD [...] falta planejamento coletivo. (P20)

A fragmentação na gestão municipal [...] é refletida no nível distrital [...] por estar vinculado à gerência de urgência, a gente fica distante [...] essa questão da gestão ser fragmentada. (P23)

Para os entrevistados, a atuação do SAD-BH gera um valor mensurável para o sistema de saúde, principalmente por meio da otimização de recursos e da racionalização do uso de leitos nas UPAs e hospitais.

Desospitalizamos mais de 5 mil pacientes em 2024, com impacto direto na liberação de leitos e economia para o sistema. Acompanhamos 47 pacientes em ventilação mecânica, no domicílio. Isso representa 47 leitos de UTI liberados. (P3)

O SAD evita superlotação na urgência, dá vazão para internações e promove giro de leitos. É central para a gestão estrutural e financeira da rede. (P5)

Hoje temos filas grandes para leitos [...] o SAD nos ajuda a otimizar recurso, garantir giro de leitos e liberar vaga para quem realmente precisa. (P14)

A capacidade do SAD-BH de otimizar recursos e gerar economia valida um dos principais argumentos para a implementação das RAS: a busca pela sustentabilidade do sistema (Mendes, 2011). A percepção dos entrevistados é corroborada por evidências científicas e experiências nacionais ao comprovar os impactos positivos na utilização dos recursos da rede e na redução dos custos em saúde (Brasil, 2014b; Nishimura; Carrara; Freitas, 2019).

O valor do SAD-BH transcende a economia de recursos. Na perspectiva do usuário, o serviço agrega valor ao funcionar como um facilitador do acesso a outros pontos da rede, como exames e consultas especializadas, superando barreiras que são frequentes no SUS (Silva *et al.*, 2017).

Uma pesquisa nacional com usuários do Programa Melhor em Casa (PMeC) revelou que mais de 90% estavam satisfeitos. Essa satisfação estava diretamente ligada à performance do serviço, como agilidade no atendimento e garantia de acesso, reforçando seu papel como um Nó de alta resolutividade (Silva *et al.*, 2022).

Além do impacto sistêmico, os participantes reconhecem o valor gerado diretamente para o usuário, traduzido em maior segurança, conforto e humanização do cuidado.

Quanto mais integração, mais o usuário é beneficiado [...] a fragmentação ou a resistência profissional impactam negativamente a recuperação. (P10)

A integração de um profissional da APS com esse que já tem experiência no atendimento [...] vai fazer com que esse profissional seja formado [...] e isso tem impacto direto na saúde do usuário. (P12)

Quanto mais tempo o paciente fica no hospital, maior o risco de infecção [...] se você tem uma equipe que consegue continuar o cuidado em casa, isso é fundamental. (P14)

Um paciente que fica hospitalizado desnecessariamente pode adquirir uma infecção [...] desospitalizar com agilidade impacta positivamente na recuperação. (P16)

O SAD evita internações desnecessárias [...] melhora o conforto e a segurança do usuário [...] ele tem impacto direto na recuperação do paciente. (P17)

O valor gerado para o usuário alinha-se aos princípios fundamentais do SUS, como a humanização e a integralidade. A redução do risco de infecções hospitalares é um ganho de segurança direto, percepção compartilhada por usuários, que veem o domicílio como um ambiente mais seguro (Silva *et al.*, 2017).

A afirmação de P14 de que “a desospitalização é fundamental para evitar

infecções” é um fato clínico bem estabelecido. Um olhar externo o registraria como um benefício padrão da atenção domiciliar. O valor da desospitalização, neste caso, existe dentro de uma janela de oportunidade clínica e logística (Brasil, 2020).

Os resultados revelam que a partir do momento em que um paciente tem indicação de alta para o domicílio, cada dia que ele permanece no hospital por entraves burocráticos ou falta de articulação da rede não é um dia neutro. É um dia em que o valor potencial da desospitalização diminui e o risco aumenta. Portanto, o valor condicional é também um “valor temporal”: ele só existe se a rede inteira operar com a agilidade necessária para aproveitá-lo. A lentidão da rede não apenas atrasa o benefício; ela pode ativamente destruí-lo.

O cuidado no lar tende a promover maior conforto, autonomia e bem-estar, fortalece os vínculos familiares e sociais, o que é essencial para o processo de recuperação (Brasil, 2016b). Esse valor é especialmente visível nos cuidados paliativos, onde a equipe de AD apoia a família no processo do luto e possibilita uma morte digna, em casa (Brasil, 2014b).

Em contraponto, os entrevistados advertem que o valor gerado pelo SAD-BH é condicional à integridade da rede. Assim, a fragmentação do sistema impõe um alto custo diretamente ao paciente.

A desintegração prejudica o cuidado do usuário [...] a família sente uma ruptura, há perda de informações importantes. (P11)

Se a gente não funciona em rede, o usuário é o mais penalizado [...] ele fica, de fato, fragmentado [...] paciente fica solto, sem dar notícias. (P15)

Tudo impacta no cuidado [...] desde o administrativo até quem atende na ponta [...] se os serviços não se falam, o paciente sofre. (P24)

Essas falas ilustram um conceito central da teoria das RAS: o desempenho de qualquer ponto de atenção isolado é insuficiente se o restante da rede não funcionar de forma integrada, sendo a qualidade final do cuidado uma propriedade emergente do sistema como um todo (Mendes, 2011; Coelho, 2024).

Quando a rede é fragmentada, a continuidade do cuidado é rompida e o valor construído pelo SAD-BH pode ser perdido. Assim, a penalização do usuário é o resultado direto da falha do sistema em garantir a coordenação, atributo essencial de uma RAS funcional (Coelho, 2024; Belga; Jorge; Silva, 2022). Essa fragmentação impõe ao usuário um modelo de cuidado que restringe sua autonomia e potência de vida, ao submetê-lo a uma lógica de serviços desconectados e focados apenas na

doença (Merhy *et al.*, 2019).

A análise realizada ilumina o que pode ser denominado de “valor condicional” na Atenção Domiciliar. Por um lado, o serviço materializa a premissa de Mendes (2011) de que uma rede bem estruturada gera valor: os impactos positivos na otimização de recursos e na qualidade do cuidado são evidentes e reconhecidos pela gestão. Esse valor é criado no bom encontro que potencializa a vida do usuário em seu domicílio, como propõe Merhy e outros autores (2019).

Por outro lado, os dados revelam fragilidade desse valor. Ele não é um atributo intrínseco e permanente do SAD-BH, mas uma propriedade sistêmica e condicional, que depende da performance de todos os outros Nós da rede. A fala de P15, “se a gente não funciona em rede, o usuário é o mais penalizado”, é emblemática, isso desafia a noção de que a qualidade pode ser medida de forma isolada em um único serviço.

O valor construído no nível micro (no domicílio) pode ser esfacelado pela falha da estrutura macro (a desarticulação da rede). Isso tensiona o conceito de geração de valor de Mendes (2011), sugerindo que ele precisa ser compreendido não como o resultado de um serviço isolado. Mas como o produto dinâmico e interdependente de toda a teia de relações da RAS, sem a garantia da continuidade, o valor gerado pelo SAD-BH corre o risco de se tornar um “oásis de cuidado” em um deserto de fragmentação.

A constatação de que o valor gerado pelo SAD-BH é “condicional” e dependente da integridade da rede impõe a questão fundamental: como, então, fortalecer as estruturas e a cultura de colaboração para proteger e potencializar esse valor? As recomendações apresentadas pelos próprios partícipes, a seguir, apontam caminhos para essa construção.

Uma estratégia potencial para transformar o “valor condicional” do SAD-BH em um valor sistêmico e robusto é a gestão passar a monitorar ativamente as ligações e as variabilidades em toda a rede. Isso implica identificar as transições críticas de cuidado (da UPA/Hospital para o SAD, do SAD para a APS), compreender as fontes de variabilidade em cada etapa (logística, comunicação, agenda) e desenvolver mecanismos de governança que deem suporte às adaptações necessárias.

Os achados deste estudo, permitem presumir que a gestão, sob essa nova ótica, exerça seu potencial e passe a atuar como uma engenheira da resiliência da própria rede. As melhorias na condução favorecerão o fortalecimento entre as

conexões que sustentam o cuidado contínuo.

6.7 Recomendações para o fortalecimento da Rede e da cultura de integração

Esta categoria agrupa as propostas voltadas para o aprimoramento dos componentes formais da estrutura operacional da RAS, conforme o modelo de Mendes (2011). As sugestões dos entrevistados visam fortalecer o “Sistema de Governança” e os “Sistemas Logísticos” que conectam o SAD-BH aos demais Nós da rede.

A tensão entre a necessidade de padronização, clamada pelos participantes para garantir equidade e segurança, e a flexibilidade, essencial para a adaptação no complexo cenário da prática, representa uma dialética central na gestão de redes de saúde. A superação dessa aparente contradição não reside em encontrar um frágil equilíbrio, mas em redefinir o próprio objeto da padronização, à luz da Engenharia de Resiliência. A solução para uma rede que seja, simultaneamente, robusta e adaptativa, está em padronizar os propósitos e os princípios, enquanto se fomenta a flexibilidade na execução (Mendes, 2012; Jatobá; Carvalho, 2024).

A padronização, nesta perspectiva, afasta-se do microgerenciamento de tarefas e concentra-se nos fins, ou seja, no Trabalho como Imaginado (WAI), focado em resultados essenciais e fronteiras de segurança. Padroniza-se o “quê”: o princípio de que todo paciente elegível deve ter um Projeto Terapêutico Singular (PTS); a meta de que a comunicação na transição do cuidado com a Atenção Primária à Saúde (APS) seja sempre garantida; a diretriz de que a segurança do paciente no domicílio é inegociável. Esses são os pilares não-flexíveis que dão coerência e propósito à rede (Jatobá; Carvalho, 2024).

Contudo, uma vez que os fins estão claramente pactuados, a gestão deve deliberadamente confiar na expertise das equipes da ponta para definir o “como”. A flexibilidade na execução reconhece que o Trabalho como Feito (WAD) é o verdadeiro motor da resiliência do sistema. Permitir que a equipe decida a melhor forma de contatar a APS (*e-mail*, visita, telefonema), como adaptar o cuidado a um domicílio com estrutura precária ou como reorganizar a agenda diante de um imprevisto, não é uma falha de gestão, mas o reconhecimento da variabilidade como condição inerente ao cuidado (Jatobá; Carvalho, 2024).

Portanto, o papel da governança não é o de eliminar a variabilidade com mais protocolos, mas o de construir “envelopes de segurança” (padrões de propósito) que

permitam às equipes adaptar suas práticas de forma segura e inteligente, transformando a tensão entre padronização e flexibilidade em uma sinergia produtiva.

As propostas de um grupo de entrevistados enfatizam o aprimoramento da governança, focam em redesenhar a estrutura de gestão para aproximá-la do território e em fortalecer a capacidade de planejamento estratégico, enaltecem a importância do “trabalho morto”.

É necessário avançar nos instrumentos de gestão, colocar metas, plano de ação claro. [...] Levar para as regionais um profissional que possa acompanhar as equipes mais de perto, fazer visitas *in loco*. (P2)

Criar uma referência do SAD em cada regional. [...] Estreitar o vínculo com as GAERES e diretores regionais. (P3)

Levar referências técnicas para rodar pelas equipes. Isso estreita os laços com a ponta e melhora a gestão. (P4)

A questão da comunicação entre diretorias [...] quem vai ser beneficiado será o usuário. (P8)

As sugestões para a governança são uma resposta direta ao desafio da “gestão à distância”. A proposta de criar uma “referência do SAD em cada regional” emerge de uma tentativa de construir uma camada de gestão intermediária, alinhada ao papel das instâncias regionais na articulação territorial da rede, conforme preconizam as diretrizes para implantação das RAS (Brasil, 2014b). A busca por uma liderança com competências de gestão reflete a complexidade da administração em rede e a necessidade de profissionalização para enfrentar os desafios do SUS, como o subfinanciamento crônico e a sustentabilidade organizacional (Moreira; Rodrigues, 2023).

A fala de P22, “As cadeiras precisam ser ocupadas por gestores [...] não basta ser um bom assistencial [...] é preciso entender do financeiro, RH, estratégia”, sinaliza algo de grande valor para a organização e sustentabilidade do sistema de saúde: as competências dos gestores. O posicionamento apresentado traz à tona um problema real do SUS. A multicausalidade envolvida pode dificultar a adoção de medidas padronizadas para enfrentar este problema que afeta a estrutura do sistema e que se espalha por todo o território nacional (Araújo; Araújo, 2022).

Neste universo, as alterações/opções políticas-partidárias, a escolha de gestores permeada pela pessoalidade em detrimento às competências profissionais e a desvalorização profissional são aspectos que, além de fragilizar a organização, carregam a marca de processos que seguem caminhos divergentes ao que a política

pública preconiza e a população necessita.

Uma alternativa para enfrentar o problema implícito na fala de P22 seria o olhar mais cuidadoso das instituições no que tange a organização e transparência nos processos de escolha/seleção de gestores, a (re)estruturação da cultura/imagem institucional; a materialização de iniciativas que visem, priorizem e valorizem a qualificação profissional e a efetivação de investimentos para assegurar a permanência dos gestores – como estabelecimento de plano de carreira.

Uma das demandas é a padronização de processos, visando a reduzir a heterogeneidade da prática e a garantir maior equidade e segurança.

Criar protocolos mais claros de elegibilidade. Normatizar visita com ou sem carro, reorganizar agendas e territórios. (P1)

Mapear e padronizar os processos [...] definir claramente o papel de cada profissional e as interfaces com os demais serviços. (P13)

Se temos visões diferentes, talvez não estejamos sendo claros [...] protocolos ajudam a reduzir subjetividades [...] o SAD precisa ter diretrizes mais objetivas. (P17)

A gente precisa melhorar nossos processos [...] para defender o que acreditamos [...] potencializar o serviço e realizar um cuidado de qualidade. (P19)

Direcionaria esforços para criar diretrizes legais, regimentos internos e comissões por categoria. Isso fortalece a gestão de longo prazo. (P5)

Centralizar a regulação para o acesso ao SAD. [...] Ter uma equipe específica para discutir casos e avaliar a elegibilidade. (P3)

A padronização de processos é uma função essencial da governança (Mendes, 2011). A demanda por protocolos claros é um chamado para que o sistema cumpra seu papel organizador.

Existem experiências exitosas nesse campo, como a criação de Procedimentos Operacionais Padrão no Grupo Hospitalar Conceição, que uniformizaram a assistência e geraram economia de tempo e materiais (Brasil, 2014b). O manual de Segurança do Paciente no Domicílio também oferece um vasto conjunto de protocolos para atividades como administração de medicamentos e prevenção de quedas (Brasil, 2016b).

A recomendação para “centralizar a regulação do acesso” é particularmente estratégica, pois a regulação assistencial é a principal ferramenta de governança para organizar os fluxos na rede (Araújo; Araújo, 2022). Essa é uma iniciativa relevante adotada em sistemas de saúde que buscam otimizar a utilização de seus recursos. O

sucesso dessa prática pode contribuir para o equilíbrio entre as normativas institucionais (trabalho morto) e as adequações oriundas da realidade local (trabalho vivo).

Por outro lado, P13 afirma que “é uma equipe muito competente [...] mas que precisa se abrir para essas melhorias [...] o conhecimento está lá, mas é preciso “flexibilizar processos para crescer.” Tal consideração, que sugere a flexibilização de processos, vai de encontro às considerações anteriores que evidenciaram a necessidade de um “padrão” claro e de conhecimento comum para melhoria no trabalho realizado.

Os entrevistados apontam para a necessidade de fortalecer os sistemas logísticos, com foco na padronização de ferramentas de comunicação e sistemas de informação compartilhados.

Implementar ferramentas de comunicação padronizadas. (P1)

Retomar visibilidade dos dados do SAD [...] fortalecer ações de formação, qualificação e inclusão do SAD nos protocolos da rede. (P9)

Ter acesso aos dados, saber quais são os principais casos [...] pensar ações de prevenção [...] ter planilha compartilhada [...]. (P25)

As propostas para os sistemas logísticos são uma tentativa de superar a fragmentação da informação. A literatura aponta que a ausência de um prontuário eletrônico integrado é uma das maiores barreiras para a continuidade do cuidado (Mendes, 2011). Enquanto um sistema totalmente integrado não é implementado, existem alternativas de baixo custo tecnológico que podem mitigar o problema, como o Cartão Domiciliar utilizado no Distrito Federal ou o Gráfico Individual de Itinerário Terapêutico (GRITE) de Angra dos Reis, que são ferramentas de comunicação e monitoramento que acompanham o paciente (Brasil, 2014b).

As recomendações de treinamentos e capacitações apresentam-se como uma estratégia relevante, incluindo a indicação para os profissionais do SAD-BH e os dos demais serviços da RAS também. Evidencia-se que o cerne seja o investimento em ações que cheguem até o “microsistema de saúde” e promovam os estímulos e mudanças necessárias.

Neste escopo, incluem-se: melhorias no processo de trabalho, desenvolvimento de ações de matriciamento, discussões de caso, maior engajamento das equipes, mobilização e envolvimento dos profissionais e abordagem de pautas que respondam aos desafios atuais: transição tecnológica, emergências em saúde

pública. As falas a seguir demonstram, mais uma vez, a necessidade de um movimento simbiótico entre a micropolítica, o “trabalho morto” e o “trabalho vivo”.

Investir na formação dos profissionais sobre o SAD, nos cursos e nas grades curriculares. [...] Divulgar mais amplamente o serviço e seus fluxos. (P3)

O SAD não está materializado nos protocolos [...] é preciso desenhar diretrizes, investir na formação e qualificação permanente da rede. (P9)

Capacitação e desenvolvimento profissional, dentro e fora do SAD [...] precisamos comunicar melhor o que fazemos. (P19)

Educação permanente precisa ser constante [...] visitas aos centros de saúde são importantes [...] precisamos de aproximação. (P21)

O SAD-BH é um serviço importante na RAS e com grande capacidade de contribuição nas respostas às necessidades de saúde da população, devido ao seu caráter inovador (cuidado seguro e de qualidade no domicílio) e a característica transitória e transversal de atuação. Ao analisar este conjunto de falas, que enfatizam recomendações para ampliação de equipes, acredita-se que essa possibilidade favorecerá a efetivação do cuidado e permitirá o cumprimento dos princípios do SUS e do PMeC.

Ao ampliar o número de equipes, junto às adequações no processo de trabalho, tem-se o potencial de fortalecer a atuação do Serviço e exercer o cuidado centrado na pessoa. A atenção domiciliar especializada prestada pelo SAD-BH propicia melhores condições aos usuários assistidos pelo Serviço e também contribui para que os outros serviços atuem conforme suas especificidades/atribuições.

Trabalhar com estudo de viabilidade para ampliação das equipes e retomar estratégias de divulgação em reuniões regionais. (P5)

Ampliar pessoas mais especializadas em determinadas condições [...] que não conseguem chegar na rede especializada [...] e que a APS sozinha não dá conta. (P21)

O modelo de governança adotado pelo SUS é um exemplo a ser seguido. Trata-se de uma perspectiva de trabalho que visa a colaboração em prol de um objetivo comum: o usuário. Porém, ainda existem muitos desafios a serem enfrentados para alcançarmos os resultados almejados (Mendes, 2011).

As falas a seguir apresentam sugestões dos entrevistados, com foco na melhoria da “gestão”. Promover ações direcionadas à qualificação dos processos de trabalho, investimento na incorporação de tecnologias e na otimização dos recursos

são fundamentais para (re)organização do Serviço. O olhar estratégico da gestão deve contemplar a promoção de temáticas como: saúde pública, educação em saúde, gestão de recursos, vulnerabilidades sociais, cogestão, dentre outros.

É preciso trabalhar a gestão de custos. [...] Temos dados de RH, insumos, transporte e medicamentos compilados por centro de custo. (P3)

O olhar da gestão precisa ser mais estratégico [...] SAD bem estruturado contribui para melhor desempenho da rede. (P22)

Que as questões sociais sejam vistas como importantes [...] que haja abertura institucional para a construção coletiva. (P19)

As nuances da gestão integram-se por meio da definição de estratégias, do monitoramento de resultados, das relações pessoais/profissionais e das dinâmicas do trabalho. E, por isso, há destaque às ações que enalteçam e valorizem o “trabalho vivo”. A partir dos encontros e do compartilhamento de experiências a construção do conhecimento torna-se tangível. Assim, parece ser possível estabelecer novas formas de fazer e agir com/para o outro, reafirmando a perspectiva colaborativa com vistas à integração.

Há também recomendações para desenvolver a “ação cooperativa e interdependente” que define uma verdadeira RAS. As propostas visam superar a fragmentação não por meio de estruturas, mas pela construção de uma cultura de colaboração, centrada na visibilidade, na criação de espaços formais de colaboração e em um inovador papel pedagógico para o SAD-BH.

A recomendação mais enaltecida é a de que o SAD-BH precisa ser mais e melhor divulgado, para que todos os Nós da rede compreendam sua função, seus critérios e seus fluxos. Pois, desta forma será possível aumentar a visibilidade para construir conhecimentos compartilhados.

A comunicação deve ser fortalecida. Maior clareza nos papéis dos serviços e na transição de cuidado. (P1)

É essencial divulgar o serviço, os critérios de elegibilidade e as formas de acesso. [...] Ampliar o conhecimento na rede. (P5)

Buscar espaços para que esse serviço seja conhecido pela rede [...] desenvolver ações para que ele seja mais visto. (P7)

Começaria com um projeto piloto de aproximação com os outros setores da secretaria [...] boletins informativos curtos, perguntas diretas: você conhece o SAD? (P16)

Precisa apresentar melhor o serviço em cada unidade [...] e investir em estratégias locais de replantação onde o desempenho está

abaixo. (P17)

Seria importante uma ferramenta de divulgação do SAD para a rede [...] algo amplamente divulgado [...] com ponderação e envolvimento de todos. (P18)

Ter acesso a essas informações dos casos acompanhados [...] alta de forma mais sistematizada [...] planilhas, relatórios [...] hoje a gente precisa fazer isso por *e-mail*. (P23)

A construção de uma base de conhecimento compartilhado é o pré-requisito para que a “ação cooperativa e interdependente”, cerne do conceito de RAS, possa ocorrer (Mendes, 2011). As recomendações dos gestores para “ampliar o conhecimento na rede” são uma resposta direta à barreira do “desconhecimento” e uma estratégia de micropolítica para a construção de um projeto comum entre os diferentes atores e serviços (Merhy *et al.*, 2019).

Agregado à divulgação de informações, os entrevistados apontam a necessidade de criar espaços e rotinas que promovam a interação e a construção de laços de confiança entre as equipes.

Devem ser retomadas as rodas de conversa com as regionais [...] essa aproximação facilita o trabalho das equipes e beneficia o usuário. (P10)

Uma estratégia seria a organização de um fórum integrativo, assistencial [...] para movimentar uma reunião de equipe [...]. (P15)

Participação nos *huddles* diários da UPA [...] capacitação periódica dos profissionais [...] apresentar a equipe aos colegas da unidade. Envolver mais a equipe do SAD nas reuniões do distrito, no conselho de saúde [...] mostrar o trabalho [...] dar visibilidade. (P24)

Precisa estar mais dentro do centro de saúde, mais junto dos especialistas [...] para que o profissional conheça a cara do profissional [...]. (P12)

Ter reuniões periódicas com as equipes e com a gestão [...] conhecer mais o trabalho, divulgar os dados [...] ter fóruns e encontros on-line. (P25)

Se as estruturas formais são o *hardware* de uma rede, os espaços de colaboração e as relações de confiança são o seu *software* (Merhy *et al.*, 2019). A criação de fóruns e reuniões conjuntas visam construir a “cola” relacional que une os Nós da rede. A partir das análises, nota-se relação entre os anseios dos entrevistados e os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) – “trocas de saberes, construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos (Grupo de Trabalho em Humanização; Rodas; Colegiados de Gestão, etc.)” (Brasil, 2010).

A recomendação para que o funcionário “conheça a cara do profissional”

sintetiza a compreensão de que a cooperação efetiva nasce da proximidade e da confiança mútua, transformando um aglomerado de serviços em uma verdadeira comunidade de prática, essencial para a continuidade do cuidado (Mendes, 2011; Belga; Jorge; Silva, 2022). Experiências como a “sala de situação” de São Bernardo do Campo, são exemplos concretos de como esses espaços podem ser institucionalizados (Brasil, 2014b).

Adicionalmente, há a reafirmação da concepção de trabalho vivo e do conhecimento construído a partir das interações por Almeida e Merhy (2020). Ou seja, é perceptível o potencial dos encontros na (re)construção das relações e, conseqüentemente, para o bom desenvolvimento do trabalho e do cuidado.

De forma inovadora, as recomendações transcendem as simples articulações e apontam para um papel proativo do SAD-BH na qualificação dos profissionais da rede. As propostas sugerem que ele assuma uma função de apoio pedagógico e matricial, apresentando-se como um Nó educador que qualifica a rede.

Avançar numa lógica de apoio matricial [...] SAD pode contribuir com a APS, inclusive com formação e capacitação, por exemplo, em quadros respiratórios. (P11)

Poderia pensar na atuação do SAD como apoio técnico-pedagógico [...] formação das equipes [...] abordagem de cuidado prolongado [...] seria uma oportunidade. (P23)

A proposta de um “apoio técnico-pedagógico” representa a estratégia de integração mais sofisticada identificada no estudo. Ela posiciona o SAD-BH não apenas como um prestador de serviços, mas como um agente qualificador da rede, em um modelo similar ao Matriciamento Pediátrico do Distrito Federal (Brasil, 2014b).

Ao compartilhar conhecimento especializado com a APS, o SAD-BH fortalece o componente que é designado como o centro de comunicação e coordenador do cuidado na RAS (Mendes, 2011). Essa lógica de apoio matricial tensiona positivamente os núcleos de saber de cada profissão, produzindo novas respostas a partir da complexidade dos problemas dos usuários e aumentando a capacidade resolutiva de toda a rede no cuidado às condições crônicas (Merhy *et al.*, 2019).

A análise das recomendações propostas pelos entrevistados oferece uma janela privilegiada para a principal tensão teórica que atravessa este estudo. De forma notável, os entrevistados, em sua sabedoria prática, diagnosticam e propõem soluções que espelham perfeitamente a dialética entre “trabalho morto” e “trabalho vivo” de Merhy e outros autores (2019).

As sugestões para “criar protocolos mais claros”, “mapear processos” e “centralizar a regulação” são um claro apelo por um “trabalho morto” mais robusto e confiável, que ofereça segurança e previsibilidade à rede. Acredita-se que tais medidas respaldem, normatizem e direcionem as condutas exercidas pelos profissionais do serviço.

Em paralelo, e com igual ênfase, as propostas para “retomar as rodas de conversa”, “conhecer a cara do profissional” e “participar dos *huddles*” representam um investimento direto na potência do “trabalho vivo”. Essa perspectiva reconhece que nenhuma estrutura formal funciona sem relações de confiança e colaboração.

O conjunto das recomendações não privilegia um polo em detrimento do outro. Pelo contrário, ele revela a compreensão intuitiva de que o fortalecimento da RAS não virá de uma única solução, mas do equilíbrio dinâmico e da sinergia entre essas duas dimensões do trabalho. A superação da fragmentação, na visão dos próprios atores da rede, passa por uma gestão que saiba, simultaneamente, estruturar e dar vida, normatizar e fomentar encontros, controlar e confiar.

Além das recomendações estruturais e culturais para a melhoria do serviço, o próprio processo investigativo revelou um resultado imprevisto, de natureza micropolítica. A próxima seção desta discussão se debruça sobre este meta-achado: o impacto do ato de pesquisar como um catalisador para a reflexão dos próprios gestores, um fenômeno que aponta para novas formas de (re)construir a Rede.

6.8 Reflexão sobre a prática para a (re)construção da Rede

Ao se aproximar do encerramento da análise, emerge uma categoria singular que se desloca do objeto de estudo (o SAD-BH e suas relações) para focar no impacto do próprio processo investigativo sobre os participantes. As falas que compõem esta seção revelam que a entrevista operou como um encontro na acepção de Merhy e outros autores (2019): um espaço micropolítico que catalisou a reflexão, a autocrítica e a geração de novos sentidos sobre a prática cotidiana da gestão.

Este subcapítulo da discussão debruça-se sobre esse fenômeno meta-reflexivo, analisando como o ato de pesquisar pode, em si, se tornar uma potente ferramenta para a (re)construção da rede que se propõe a estudar.

A pesquisa nos faz refletir sobre o nosso papel [...] qual a mea-culpa que fazemos para que o serviço não ocorra sem que a gente possa contribuir [...] as perguntas nos movimentam. (P15)

Me trouxe a reflexão de ver mais o SAD como parceiro [...] a gente não conversa com o EMAD [...] isso veio agora na minha cabeça. (P16)

A gente pensa muito mais no desafio do que em como resolver o desafio [...] isso me fez refletir [...] sobre como contemplar isso de forma efetiva. (P18)

Durante a entrevista eu comecei a pensar em um monte de coisa [...] vi que temos muitas deficiências de conhecimento [...] sem aproximação, cada um faz o seu, e aí o trabalho não avança. (P25)

Os achados apresentados nesta categoria transcendem a análise do objeto de estudo para refletir sobre a própria natureza do processo de pesquisa. As falas dos participantes, como a de P15, “A pesquisa nos faz refletir sobre o nosso papel”, demonstram que a entrevista não foi um instrumento neutro de coleta de dados, mas um encontro, no sentido mais profundo do termo de Merhy e outros autores (2019). Foi um ato de trabalho vivo que afetou e produziu novos sentidos tanto para o pesquisador quanto para os pesquisados.

Essa constatação tem uma implicação poderosa, ou seja, a própria metodologia da pesquisa acabou por modelar, em pequena escala, a solução que o estudo aponta como necessária para a rede, a criação de espaços de diálogo e reflexão (Brasil, 2010). Ao convidar os entrevistados para uma escuta qualificada sobre sua prática, a pesquisa atuou como um dispositivo micropolítico que, momentaneamente, rompeu com a lógica fragmentada e reativa do cotidiano, gerando potência de agir e pensamento crítico (Merhy *et al.*, 2019).

Isso reforça a tese de que a transformação da cultura de uma rede de saúde não se dá apenas por decretos ou protocolos. Mas pela multiplicação de espaços onde a palavra pode circular e o pensamento pode ser coproduzido (Merhy *et al.*, 2019; Almeida; Merhy, 2020).

A análise das percepções revela um paradoxo, qual seja, enquanto há um consenso sobre o valor estratégico e a importância do SAD-BH, emerge uma crítica contundente e majoritária à sua operacionalização. Com destaque para a governança, a articulação sistêmica e aos sistemas logísticos, percebidos como os principais gargalos para a efetivação de seu potencial.

É oportuno enfatizar que a reflexividade metodológica foi uma das referências fundamentais desta pesquisa. Inúmeras medidas foram adotadas para garantir a profundidade, a ética e a validade do conhecimento produzido, tornando o pesquisador um agente crítico e consciente dentro do processo científico.

Todo o processo foi estruturado rigorosamente, desde a escolha da metodologia, até os instrumentos utilizados para organização, análise e apresentação dos dados. O material foi minuciosamente estruturado para que o presente capítulo representasse, com maior riqueza de detalhes, o produto proveniente dessa construção.

Acredita-se que este produto tem grande potencial de contribuição e reverberará positivamente, no estímulo a reflexões e propostas de melhorias, tanto para o SAD-BH, quanto para os demais serviços e equipamentos da rede. Assim, será possível fazer desta pesquisa um elemento adicional ao processo de qualificação do SAD-BH. Nota-se que a força dos achados tem significativa importância no cenário da pesquisa, pois, os pontos de convergência reafirmam percepções empíricas, como a relevância do serviço para a RAS.

Já os pontos de divergência são responsáveis por ampliar o olhar para aspectos que, provavelmente, ainda não foram explorados e que também poderão contribuir com o desenvolvimento e consolidação do SAD-BH como Nó cada vez mais consistente na rede. Embora o conceito de Nó de Mendes (2010) seja útil para localizar o SAD-BH na estrutura da RAS, as percepções sobre sua capacidade de promover o giro de leito e, principalmente, a recomendação de que atue como “apoio técnico-pedagógico” o posicionam como um “nó-articulador estratégico”.

Salienta-se que a robustez dos achados deste estudo deve ser ponderada à luz de suas delimitações metodológicas, que, ao mesmo tempo em que definem suas fronteiras, abrem caminhos para futuras investigações. A principal limitação reside na natureza de estudo de caso único, centrado na realidade do Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte.

Embora esta abordagem tenha permitido uma análise profunda e contextualizada, a generalização direta dos achados para outros municípios deve ser feita com cautela, visto que diferentes arranjos de gestão e culturas organizacionais podem produzir dinâmicas distintas. Adicionalmente, o estudo privilegiou a perspectiva de profissionais em posições de gestão, oferecendo um olhar valioso sobre a rede.

A percepção de profissionais da assistência direta, de usuários e de seus cuidadores, embora tangenciada, não foi o foco central, e sua inclusão em futuros trabalhos poderia enriquecer e até mesmo tensionar as conclusões aqui apresentadas. Por fim, como uma pesquisa qualitativa, o estudo aprofunda o “como”

e o “porquê” dos fenômenos, gerando hipóteses e conceitos, mas não mensura sua prevalência ou correlação estatística.

Essas limitações, contudo, iluminam um campo fértil para a continuidade da pesquisa. Como diretrizes futuras, sugere-se:

- I) a realização de estudos quantitativos desenhados para testar os conceitos aqui desenvolvidos, como a criação de um índice de integração da rede para medir seu impacto no “Valor Condicional” do SAD-BH (expresso em taxas de reinternação e custos);
- II) o desenvolvimento de pesquisas etnográficas, que permitam uma imersão no cotidiano dos serviços para observar em detalhes como a “rede invisível” opera e como as adaptações do dia a dia (o WAD) são negociadas;
- III) a condução de estudos comparativos entre o modelo de governança do SAD-BH e o de outros grandes centros, para identificar fatores críticos de sucesso em diferentes contextos; e, de forma mais promissora,
- IV) o desenho de projetos de pesquisa-ação, nos quais o pesquisador atue como facilitador na implementação e avaliação de algumas das recomendações aqui propostas, como a criação de fóruns integrativos ou de um programa de desenvolvimento de competências de liderança matricial, medindo seu impacto real na cultura de colaboração da rede.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se dizer que este trabalho responde aos objetivos propostos. As análises revelaram que o SAD-BH opera como um “nó de transição tecnológica” de alto potencial, mas seu valor é ameaçado por uma fragmentação sistêmica.

A fratura supramencionada pode ser oriunda da falta de informações, de micropolíticas ativas de poder e/ou por uma sobrecarga de trabalho estrutural que impede a materialização do cuidado integrado. O modelo atual, embora sustentado por ilhas de excelência e pelo esforço adaptativo dos profissionais, opera sob uma lógica de fragilidade sistêmica que precisa ser superada.

A justificativa para essa transformação reside nos paradoxos identificados ao longo da análise. Constatou-se a existência de um “Valor Condicional”, no qual o cuidado prestado pelo SAD-BH pode ser neutralizado pela fragmentação e pelas falhas de comunicação da rede.

Evidenciou-se uma “Governança Paradoxal”, ao mesmo tempo distante e centralizadora, que inibe a autonomia e a agilidade necessárias na ponta. Por fim, revelou-se a dependência de uma “rede invisível”, um sistema de adaptações informais (o Trabalho como Feito – WAD) que, embora potente, é uma resposta insustentável a uma estrutura formal (o Trabalho como Imaginado – WAI) desconectada da prática, gerando sobrecarga e iniquidades no cuidado.

A superação desses desafios não ocorrerá com meros ajustes, mas com uma mudança de paradigma na forma de conceber a segurança e a gestão. O modelo atual reflete uma mentalidade de Safety-I, focada em evitar erros, controlar a variabilidade e reagir a falhas.

“Engenheirar” a resiliência, por outro lado, significa adotar uma perspectiva de Safety-II, que consiste em compreender como e por que as coisas dão certo na maior parte do tempo, apesar das complexidades. Significa enxergar a capacidade adaptativa dos trabalhadores não como um risco a ser contido, mas como o principal recurso para a segurança e a qualidade do cuidado.

Na prática, essa mudança de paradigma se materializa no desenvolvimento de quatro habilidades sistêmicas essenciais, conforme propõem os estudos em resiliência. Portanto, a gestão da RAS de Belo Horizonte pode/deve focar em fortalecer sua capacidade de:

- **Aprender:** Superar o “desconhecimento institucional” por meio da criação de mecanismos formais para aprender com as adaptações bem-sucedidas que hoje ocorrem na informalidade do WAD. A experiência e a criatividade dos profissionais devem ser fontes de aprendizado organizacional contínuo, e não recursos invisíveis e esgotáveis.
- **Monitorar:** Ir além da medição de indicadores de desempenho de serviços isolados. Para proteger o “Valor Condicional” do SAD-BH, é preciso monitorar a saúde dos acoplamentos e das interações entre os diferentes Nós da rede, identificando as fontes de variabilidade que geram ressonância negativa e ameaçam a continuidade do cuidado.
- **Antecipar:** Abandonar a postura puramente reativa e desenvolver a capacidade de antecipar desafios. Isso envolve analisar tendências, projetar cenários e, fundamentalmente, planejar os serviços com flexibilidade, reconhecendo a variabilidade como uma característica inerente e não como uma falha do sistema.
- **Responder:** Fortalecer a capacidade de resposta da rede, não por meio de mais controle, mas garantindo que as equipes na ponta tenham a autonomia, os recursos e as informações necessárias para se adaptarem de forma eficaz e segura às demandas dinâmicas do território.

Em suma, conclui-se que a resiliência da RAS de Belo Horizonte é, mais um produto da vanguarda cotidiana de seus profissionais do que de um desenho institucional intencional. O caminho para o cuidado integrado, seguro e equânime passa por transformar essa resiliência em uma propriedade sistêmica, planejada e cultivada. Somente assim o valor gerado em cada ponto de atenção poderá, de fato, se converter em saúde e bem-estar para o usuário do SUS.

Por fim, para elaboração dos produtos técnicos deste trabalho foram selecionados dois aspectos que emergiram das entrevistas: o desconhecimento sobre o SAD-BH por usuários e profissionais e a necessidade de fortalecimento e qualificação da governança. Assim, foram criados:

- Um *e-book* sobre o SAD-BH para a população;
- Um *e-book* sobre o SAD-BH para profissionais de saúde; e

- Instrumento de gestão – Matriz de Análise SWOT/FOFA (adaptada).

À luz da Política Nacional de Humanização (PNH) vislumbrou-se (re)criar dispositivos que respondessem aos “desafios da saúde”. Torna-se importante dizer que, embora os achados desta pesquisa sejam atuais e tenham se voltado ao SAD-BH e a sua relação com os demais serviços da RAS, alguns dos desafios identificados são discutidos e enfrentados pelo SUS há décadas.

Assim como descrito na PNH, acredita-se que o processo de produção de saúde é amplo, dinâmico e exige corresponsabilização. Por isso a importância de implementar mecanismos de comunicação e informação que envolvam usuários, trabalhadores e gestores, e promovam a autonomia e protagonismo dessa tríade.

Destaca-se que os instrumentos criados não foram validados junto à SMSA-BH. Mas este não era o objetivo da pesquisa, neste momento. Entretanto, há o interesse do pesquisador em apresentar o trabalho e seus produtos à referida instituição e aos demais interessados, considerando o potencial de contribuição para o SAD-BH e a RAS do município.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Patty Fidelis de *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Em Debate*, v. 42, n. esp.1, p. 244-260, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/#>. Acesso em: 15 abr. 2024.
- ALMEIDA, Simone Alves de; MERHY, Emerson Elias. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: Composição por uma ética antimanicomial em ato. *Psicologia Política*, v. 20, n. 47, p. 65-75, 2020. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v20n47/v20n47a06.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2025.
- ARAÚJO, Rafael Sousa; ARAÚJO, Naielle Karen de. Gestão em saúde pública. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 8, n. 9, p. 294–306, 2022. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v8i9.6726>. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/6726>. Acesso em: 11 jun. 2024.
- BELEI, Renata Aparecida; GIMENIZ-PASCHOAL, Sandra Regina; NASCIMENTO, Edinalva Neves; MATSUMONO, Patrícia Helena Vivan Ribeiro. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. *Cadernos de Educação*, n. 30, p. 187-199, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/caduc/article/view/1770>. Acesso em: 2 dez. 23.
- BELGA, Stephanie Marques Moura Franco; JORGE, Alzira de Oliveira; SILVA, Kênia Lara. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. *Saúde Em Debate*, v. 46, n. 133, p. 551-570, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zDrYHM4dtZdPqx3kGBWBWrr/?lang=pt#>. Acesso em: 1 jun. 2024.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. *Guia de Diretrizes da Atenção Domiciliar*. Belo Horizonte: PBH, 2023. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/guia-diretrizes-atencao-domiciliar-sad-21-07-23.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2024.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão 2024*. Belo Horizonte: PBH, 2025. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2025/29-4-25-smsa-rag2024.pdf>. Acesso em: 10 maio 2025.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão da Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Integração do Cuidado (DAPS) – 2023*. (2024). Acesso em: 15 maio 2024.
- BESERRA, Ingrid Karla da Nóbrega. Os desafios de implementação da intersetorialidade no enfrentamento às emergências em saúde pública no Brasil. *Desafios – Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*, v. 11, n. 6, dez. 2024.
- BORGES, Marina Miranda *et al.* Custo direto de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos. *Ciência & Saúde*

Coletiva, v. 28, n. 1, p. 231-242. 2023. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.08392022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/97LpXcVCCNwFdZyCLMDPXGd/#>. Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 12 dez. 2012a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2023.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). *Regimento Interno do Núcleo Interno de Regulação*. Mato Grosso do Sul: [s. n.], 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh-intensifica-assistencia-a-distancia-como-estrategia-de-combate-a-cov/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/aceso-a-informacao/pops-protocolos-e-processos/gad/reg-nir-001-nucleo-interno-de-regulacao-v-3.pdf>. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 1 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde *Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção* Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. (Série Técnica NavegadorSUS, n. 9). Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf. Acesso em: 2 de out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024 que Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 162, n. 4, p. 56-59, 5 jan. 2024. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3005_05_01_2024.html. Acesso em 5 jun. 2024.

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. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n.78, p. 33-38, 26 abr. 2016a. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 22 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. v. 1. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em: 2 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. *Segurança do Paciente no Domicílio*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_domicilio.pdf. Acesso

em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 25 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. *Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf. Acesso em: 15 maio 2024.

BUSS, Paulo Marchiori *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020. Disponível em <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n12/4723-4735/#>. Acesso em: 2 jun. 2024.

CARDOSO, Francisca Maria Carvalho. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação [Resenha]. *Serviço Social & Saúde*, Campinas, v. 20, e021013, 2021. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8668180>. Acesso em: 13 jun. 2025.

CARVALHO, Raema Neves Cotrim *et al.* Gestão em saúde em um município da região nordeste brasileira: um olhar para a intersetorialidade. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 7, n. 15, 2024. Doi: <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1461>. Acesso em: 5 jul. 2024.

CAVALCANTE, Maria Eduarda Pires Lima *et al.* Melhor em casa: caracterização dos serviços de atenção domiciliar. *Escola Anna Nery*, v. 26, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/QwgZ57nPfYZLqSxdfTCg4rM/?lang=pt#>. Acesso em: 10 jun. 2024.

CHAGAS, Magda de Souza. Micropolítica da gestão e trabalho em saúde em um curso de Educação a Distância para gerentes da Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 6, p. 161-170, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe6/161-170/pt>. Acesso em: 13 jun. 2025.

COELHO, Amanda Neves Cruz. *Rede de Reabilitação do SUS de Belo Horizonte: visão dos profissionais de saúde sobre a gestão do trabalho para a prestação do serviço*. 2024. Trabalho de Conclusão (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços

- de Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/items/34eb64af-9cc7-48be-8627-4019bdcf67ea>. Acesso em: 20 jun. 2025.
- DIAS, Mariana Borges *et al.* Princípios e pressupostos da Atenção Domiciliar. *In: SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro et al. (ed.). Tratado de Atenção Domiciliar.* Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2023.
- FECHNER, Karen Lili; GUMBOWSKY, Argos. Educação, saúde e assistência social: o papel da intersetorialidade na promoção de políticas públicas. *Revista Educação e Saber – RedeS*, v. 2, n. anais, p. 481-489, 2025. Doi: <https://doi.org/10.24302/redes.v2ianais.5861>. Acesso em: 7 maio 2025.
- FIGUEIREDO, Zilanda da Silveira Barbosa. Melhor em casa: a não adesão pelos municípios ao programa: um problema da administração pública? *Revista Científica Semana Acadêmica*. Fortaleza, edição 217, v. 10, 2022. Disponível em: <https://semanaacademica.org.br/artigo/melhor-em-casa-nao-adesao-pelos-municipio-s-a-programa-um-problema-da-administracao-publica-0>. Acesso em: 13 jun. 2024.
- FLICK, Uwe. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. *Análise de conteúdo*. Brasília, DF: Líber Livro, 2008.
- FREIRE, Ana. Atenção Domiciliar: Programa Melhor em Casa completa 13 anos com mais de 2 mil equipes atuando no Brasil. *In: GOV.BR [site]*, nov. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/novembro/programa-melhor-em-casa-completa-13-anos-com-mais-de-2-mil-equipes-atuando-no-brasil>. Acesso em: 2 maio 2025.
- FREITAS, Wesley R. S.; JABBOUR, Charbel J. C. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. *Revista Estudo & Debate*, v. 18, n. 2, 2011. Disponível em: <https://www.univates.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/view/560>. Acesso em: 28 maio 2024.
- GABARDO, Jhony Marcelo Bogado *et al.* SUS Homecare in Brazil, the impact of the “Best at Home” program. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 6, e36711629177, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i6.29177. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29177>. Acesso em: 15 jun. 2024.
- GOMES, Ana Karolina Pereira *et al.* Gestão de Pessoas por competência e escolha de gestores para cargos de confiança: um estudo no instituto federal do sertão pernambucano. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, v. 26, n. 83. Doi: <http://dx.doi.org/10.12660/cgpc.v26n83.80106>. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/cgpc/article/view/80106/78857>. Acesso em: 12 jun. 2024.
- GOMES, Romeu. *Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.
- HUNTER, David J. *The Health Debate*. Bristol: Policy Press, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades e Estados: Belo Horizonte*. *In: IBGE [site]*, [2025]. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html>. Acesso em: 20 maio 2025.

JATOBÁ, Alessandro; CARVALHO, Paulo Victor Rodrigues de. *A Resiliência na Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Cebes, 2024. E-book. DOI: 10.5935/978-65-87037-10-3.B0001. Disponível em: <https://resilisuus.fiocruz.br/resiliencia-na-saude-publica/>. Acesso em: 7 jul. 2025.

LANDERS, Steven *et al.* The Future of Home Health Care: A Strategic framework for Optimizing Value. *Home Health Care Management & Practice*, Thogomusand Oaks, v. 28, n. 4, p. 262-278, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27746670/>. Acesso em: 17 maio 2024.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; SILVA, Yure Rodrigues; GUIMARÃES, Jacileide. Tecendo redes: discussões sobre intersectorialidade e articulação territorial de serviços de saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 47, n. 4, p. 66-80. 2023. Doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2024.v47.n4.a3939>. Acesso em: 3 maio 2025.

LOPES, Ruth Gelehrter da Costa *et al.* Pandemia COVID-19: Perfil de um grupo de pessoas idosas brasileiras participantes de uma pesquisa abrangendo América Latina e Caribe. *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 23, p. 309-331, 2020. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/51483>>. Acesso em: 3 ago. 2025.

LOTTA, Gabriela S. Burocracia, redes sociais e interação: uma análise da atuação da implementação de políticas públicas. *Revista de Sociologia e Política*, v. 26, n. 66, p. 145-173, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/ffJG3WhWqRWFnmNKRn63Kp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 jun. 2025.

MARTINELLI, Nereide Lúcia *et al.* Regionalização e Rede de Atenção à Saúde em Mato Grosso. *Saúde E Sociedade*, v. 31, n. 4, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/tJpT8gS99tQdWgTg4f9gFZm/?lang=pt#>. Acesso em: 9 jun. 2024.

MARTINS, Ariana Siqueira Rossi. *A intersectorialidade das políticas de saúde e de assistência social no sistema de atenção domiciliar em Franca/SP*. 2015. Tese (Doutorado em Serviço Social] – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, São Paulo, 2015.

MARTINS, Emanuelle Ribeiro Lisboa Presto *et al.* Desafios da intersectorialidade na implementação de políticas de promoção da saúde: uma análise da saúde coletiva. *Revista Aracê*, v. 7, n. 4, p. 19898-19906, 2025. Doi: <https://doi.org/10.56238/arev7n4-244>. Acesso em: 4 mar. 2025.

MARTINS, Heloisa Helena T. de Souza. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, maio/ago. 2004. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022004000200007>. Acesso em: 2 ago. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 11 maio 24.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 dez. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 2 jun. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Os desafios do SUS*. Brasília, DF: CONASS, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2025.

MERHY, Emerson Elias *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde Em Debate*, v. 43, n. esp. 6, p. 70-83, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RXfnPp73B9Dpcz5pqcVnBdf/?lang=pt#>. Acesso em: 17 jun. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 31 maio 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. Reflexividade como étnos da pesquisa qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DgfNdVrZzZbN7rKTSQ8v4qR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2025.

MOREIRA, Daiany Alves Araújo; RODRIGUES, Delei Moreira. A Gestão por Competências como Ferramenta Estratégica para Manter a Sustentabilidade Organizacional. *Revista de Gestão Social e Ambiental*, São Paulo, v. 9, p. e04033, 2023. Doi: 10.24857/rgsa.v17n9-022. Disponível em: <https://rgsa.openaccesspublications.org/rgsa/article/view/4033>. Acesso em: 17 jun. 2024.

NAKATA, Liliane Cristina *et al.* Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. *Escola Anna Nery*, v. 24, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/WY3CygZqKVQF5Y87v9dzH3L/?lang=pt#>. Acesso em: 13 jun. 2024.

NISHIMURA, Fábio; CARRARA, Aniela Fagundes; FREITAS, Carlos Eduardo. Effect of the Melhor em Casa program on hospital costs. *Revista De Saúde Pública*, v. 53, n. 104, 2019. Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000859>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/zLnzmvq7yTfDybqkcf9QGqP/?lang=pt#>. Acesso em: 12 jun. 2024.

OLIVEIRA, Fernanda Rodrigues. *Um novo sistema e-Health para monitoramento remoto de pacientes em atenção domiciliar*. 2023. 109 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Computação) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2023. <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2023.8048>. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/37907/1/NovoSistemaEhealth.pdf>. Acesso em: 20 maio 2024.

OLIVEIRA, Natália Lúcia Lima *et al.* Indicadores de qualidade de um serviço de atenção domiciliar no Nordeste do Brasil: estudo transversal. *Contribuciones a las ciencias sociales*, v. 16, n. 10, p. 19816-19829, 2023. Doi: 10.55905/revconv.16n.10-069. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/2038>. Acesso em: 14 jun. 2024.

PAIM, Jairnilson *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Acesso em: 23 maio 2024.

PARKER, Charlie; SCOTT, Sam; GEDDES, Alistair. Snowball sampling. *SAGE research methods foundations*, 2019. Disponível em: <https://eprints.glos.ac.uk/6781/>>. Acesso em: 3 ago. 2025.

PINHEIRO, Leandro Rogério; COLOMBO, Enzo. Reflexividade e Pesquisa Social: a produção dialógica da realidade. *Educação*, Santa Maria, v. 46, 2021. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/edufsm/v46/1984-6444-edufsm-46-e67093.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2025.

RAJÃO, Fabiana Lima; MARTINS, Mônica. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1863-1877, maio 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wqxNqstXftvkTvLxzHz3gJn/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2024.

RANGEL, Maria Lara Salviano Vital. Processo de desospitalização e atenção domiciliar no Brasil e seus fatores associados. *Research, Society and Development*. V. 12, n. 4, e0612440793, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40793>. Acesso em: 11 jun. 2024.

ROCHA, Simone de Fatima Soares da; PEREIRA, Fernando Batista. Políticas públicas e envelhecimento: perspectiva da intersectorialidade. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, v. 5, n. 4, 2024. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.09642019>. Acesso em: 4 jun. 2025.

RODRIGUES, Gabryella Vencionek Barbosa *et al.* Processo de educação permanente sob a micropolítica do trabalho vivo em ato de Emerson Merhy: reflexão teórica. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, e17610111514, 2021. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11514>. Acesso em: 6 maio 2025.

RODRIGUES, Tatiana Daby de Fatima Faria; OLIVEIRA, Guilherme Saramago de; SANTOS, Josely Alves dos. As pesquisas qualitativas e quantitativas. *Revista Prisma*, v. 2, n. 1, p. 27-43, 2021.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro *et al.* (ed.). *Tratado de Atenção Domiciliar*.

Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2023.

SILVA, Geovânio Cadete da *et al.* Intersectorialidade em saúde e os desafios da Atenção Primária. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 7, n. 15, 2024. Doi: <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1572>. Acesso em: 23 fev. 2025.

SILVA, Kênia Lara *et al.* Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare Enfermagem*, v. 22, n. 4, e49660, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4836/483654880001/html/>. Acesso em: 11 jun. 2025.

SILVA, Natália Romana Gomes da *et al.* Satisfação dos cuidadores e dos idosos usuários do Programa Melhor em Casa. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, n. 34, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/k7RjxRHmV9VFgx9Yr4qBYkM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2025.

SODER, Rafael Marcelo *et al.* Práticas de enfermeiros na gestão do cuidado na atenção básica. *Revista Cubana de Enfermería*, v. 36, n. 1, mar. 2020. Disponível em: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2815/531>. Acesso em: 17 jun. 2024.

SOUZA, Denise Valadão da Silveira; SOARES, Caroline Schilling; ARAÚJO, Edmundo Gustavo Cipriano de; OLIVEIRA, Moisés Gonçalves de. As estratégias para ampliação do acesso ao Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte: fortalecimento e integração da Rede de Atenção à Saúde com ênfase no cuidado. *In: SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE*, 4, 2024, Belo Horizonte. *Anais [...]*. Belo Horizonte: UFMG, 2024. p. 1-15.

STAKE, Robert E. *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso, 2011.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira *et al.* A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Saúde e Sociedade*, v. 32, n. 1, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2023.v32n1/e220122pt/#> Acesso em: 3 jun. 2024.

VÁSQUEZ, Consuelo *et al.* Uma metodologia reflexiva para desocidentalizar o subcampo da Comunicação Organizacional Latino-Americana. *Intercom, Revista Brasileira de Ciências da Comunicação*, São Paulo, v. 45, e2022110, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/interc/a/XHFvVXz7BF7jr6rQm8sc6Zy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2025.

VERGARA, Sylvia Constant. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas Editora, 2000.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014. Disponível em: <https://econtents.sbu.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 4 maio 2024.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre:

Bookman, 2005.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZIMBROFF, Robert M.; ORNSTEIN, Katherine A.; SHEEHAN, Orla C. Home-Based Primary Care: A Systematic Review of the Literature, 2010-2020. *Journal of the American Geriatric Society*, v. 69, n. 10, p. 2963-2972, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.17365>. Acesso em: 13 mar. 2024.

ZOLIN, Kassandhra Pereira; MACHADO, Marcelo Pedra Martins; NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do. O trabalho das equipes de consultório na rua na perspectiva da intersectorialidade. *Contribuciones a las ciencias sociales*, v. 17, n. 9, p. 1-25, 2024. Doi: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.9-065>. Acesso em: 17 maio 2025.

APÊNDICE A – Roteiro semiestruturado de entrevista

PESQUISA: “**Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte**: um estudo de caso sobre a percepção de profissionais atuantes na gestão”.

Dados do Entrevistado	
Nome Completo:	
Sexo:	Raça:
Formação:	Cargo:
Tempo de atuação no cargo atual:	

PERGUNTAS:

Visão Geral sobre o SAD-BH

1. Como você me explicaria o funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar?
2. Qual o papel do SAD na Rede de Saúde de Belo Horizonte?
3. Como é a relação do SAD com os serviços que você atua e se relaciona?
4. E a relação com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde em Belo Horizonte? Como se dá essa articulação?
5. Na sua opinião, quais são os principais desafios enfrentados pelo SAD em termos de gestão?
6. Quais os principais desafios, que você percebe, relacionados à integração com os demais serviços da RAS?

Atuação do SAD-BH

1. Como são definidas as estratégias de atuação do SAD em Belo Horizonte?
2. Como é realizada a coordenação das equipes do SAD com os demais serviços da RAS durante a prestação de cuidados domiciliares?
3. Existem indicadores para avaliar o desempenho do serviço? Quais são eles? Como você os avalia?

Relação do SAD-BH com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde

1. Como ocorre a transição do cuidado entre o SAD e os demais serviços da RAS em Belo Horizonte?
2. Quais são os pontos e as ferramentas de integração e comunicação entre o SAD e os outros serviços da RAS?
3. Quais são os desafios percebidos na relação entre o SAD e os demais serviços da RAS?

Impacto e Resultados esperados

1. Você percebe que as questões relativas à integração dos serviços da rede, de

alguma forma, podem interferir no estado de saúde dos usuários? Poderia exemplificar?

2. Como você entende a relação do SAD para a gestão de serviços de saúde em Belo Horizonte?
3. Se você pudesse fazer alguma modificação, qual(is) seria(m)?
4. Alguma sugestão ou recomendação para um melhor desempenho do SAD e sua relação com os demais serviços da RAS em Belo Horizonte?

Considerações Finais

1. Deseja acrescentar algo?

Data de aplicação da entrevista: ____/____/____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “**Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte**: um estudo de caso sobre a percepção de profissionais atuantes na gestão”, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O objetivo geral desta pesquisa é avaliar o Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte (SAD-BH) e sua relação com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), na percepção de profissionais que atuam na gestão, em nível estratégico, na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH).

Se concordar em participar deste estudo você participará de uma **entrevista**, presencial ou *on-line*, estima-se uma duração média aproximada de 60 minutos. O conteúdo desta entrevista será gravado pelo pesquisador, para posterior transcrição de trechos e análise do conteúdo. As entrevistas serão realizadas fora da jornada de trabalho dos participantes e do pesquisador, em horário previamente agendado, individualmente, de acordo com as respectivas disponibilidades. Tem-se como objetivo não gerar prejuízos ao trabalho realizado pelo participante e à instituição a que ele está vinculado.

As entrevistas serão realizadas, preferencialmente, de forma presencial. Sendo responsabilidade do pesquisador o deslocamento até o local definido com o participante. Entretanto, caso exista alguma impossibilidade, propõe-se a realização *on-line* por meio da plataforma Google Meet. O pesquisador tem assinatura de um plano que permite a gravação das entrevistas e não há limitação de tempo das videochamadas na referida plataforma.

Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados em um dispositivo eletrônico local com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução nº 466/12; nº 441/11 e a Portaria nº 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Seu nome, ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(a) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação resultante deste estudo.

Para participar desta pesquisa o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O(a) Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou se recusar a participar a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária, e a recusa ou desistência em participar não acarretará qualquer prejuízo ou penalização ao(à) Sr.(a) ou à instituição. Caso ocorra algum dano decorrente da sua participação, caberá indenização conforme as leis vigentes no país. No caso de dúvidas, a qualquer momento, o(a) senhor(a) poderá ser esclarecido(a) diretamente com o pesquisador responsável ou entrando em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (conforme informações disponíveis ao final deste Termo). De acordo com a Resolução 510, de 2016, do CNS, essa pesquisa fica graduada em risco mínimo, sendo os potenciais riscos apresentados pelo pesquisador: desconforto com a presença do pesquisador no cenário; medo ante o uso das informações coletadas; constrangimento em responder às perguntas; cansaço ante

o tempo despendido para responder às perguntas e risco de reações psicológicas. Mas, informamos que diante dos objetivos desta pesquisa e a garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas, estes riscos serão minimizados neste estudo.

Se concordar em participar, peço que assine este documento em duas vias, sendo que uma ficará com o(a) Sr.(a) e a outra será arquivada juntamente com os demais dados da pesquisa.

Rubrica do(a) participante	Rubrica do pesquisador responsável	Rubrica do pesquisador discente
----------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “**Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte**: um estudo de caso sobre a percepção de profissionais atuantes na gestão”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Assim, declaro que concordo em participar como voluntário(a) desta pesquisa.

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

Nome completo do participante

Assinatura do participante

Em caso de dúvidas gerais e sobre esta pesquisa, você poderá consultar:

Karla Rona da Silva (responsável pela pesquisa)
Av. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia – CEP: 30130-100 – Belo Horizonte – MG/Brasil
Escola de Enfermagem – Campus Saúde UFMG – Telefone: (31) 3409-8024
E-mail: karlarona0801@gmail.com

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo (mestrando)
Av. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia – CEP: 30130-100 – Belo Horizonte – MG/Brasil
Escola de Enfermagem – Campus Saúde UFMG – Telefone: (31) 99155-1034
E-mail: edmundogusttavo@gmail.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP-UFMG – Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de

Minas Gerais.

Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005.

Campus Pampulha. CEP: 31270-901. Belo Horizonte, MG – Brasil.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br. – Telefone: (31) 3409-4592.

CEP-SMSA/PBH – Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

R. Frederico Bracher Junior, 103 – 3º andar/sala 2 – Padre Eustáquio – CEP:

30.720-000. Belo Horizonte, MG – Brasil.

E-mail: coep@pbh.gov.br – Telefone: (31) 3277-5309.

APÊNDICE C – PRODUTOS TÉCNICOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo

**PRODUTOS TÉCNICOS RESULTANTES DO TRABALHO “SERVIÇO DE
ATENÇÃO DOMICILIAR DE BELO HORIZONTE: um estudo de caso sobre a
percepção de profissionais atuantes na gestão”**

Belo Horizonte

2025

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo

PRODUTOS TÉCNICOS RESULTANTES DO TRABALHO “SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE BELO HORIZONTE: um estudo de caso sobre a percepção de profissionais atuantes na gestão”

Produtos técnicos resultantes do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Tecnologias Gerenciais em Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dra. Karla Rona da Silva

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Patrícia Lourdes Silva

Belo Horizonte

2025

Para definição de qual(is) seria(m) o(s) produto(s) técnico(s) que comporia(m) este trabalho, adotou-se como referência à Política Nacional de Humanização (PNH), pelo entendimento de sua importância para o SUS e por enaltecer o significado e representação da tríade: usuários, trabalhadores e gestores.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são: autonomia e protagonismo dos sujeitos, co-responsabilidade entre eles, estabelecimento de vínculos solidários, construção de redes de cooperação e participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2010. p. 8).

A partir da PNH e da análise dos achados desta pesquisa, com o intuito de contribuir com a atuação do Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte (SAD-BH) e a sua relação com os demais serviços da RAS, foram elaborados três produtos técnicos:

- *E-book* sobre o SAD-BH para população;
- *E-book* sobre o SAD-BH para profissionais de saúde; e
- Instrumento de gestão – Matriz de Análise SWOT/FOFA (adaptada).

Espera-se que estas produções respondam aos problemas sinalizados pelos entrevistados, pois elas visam fomentar processos de cogestão, valorizando e incentivando a inclusão dos trabalhadores e usuários em todo processo de produção de saúde. Agregado a isso almeja-se qualificar o trabalho realizado pelas equipes do SAD-BH, divulgar informações sobre o SAD-BH, estabelecer novos canais de comunicação e fortalecer as estratégias de gestão do Serviço.

A seguir foram apresentados cada um dos produtos técnicos produzidos e suas respectivas descrições. Desta forma, será possível entender os elementos que permearam as escolhas e os detalhes envolvidos em cada um deles.

Produto Técnico – 1: *E-book* sobre o SAD-BH para a população

Este *e-book* foi desenvolvido com o objetivo de promover a capilarização de informações sobre o SAD-BH, entre a população de Belo Horizonte. O material produzido é uma iniciativa que pode contribuir para mitigar o desconhecimento sobre o SAD-BH e promover a cogestão e a corresponsabilidade.

O processo de criação foi baseado nos seguintes elementos:

Público-Alvo: Tem-se como foco a população de Belo Horizonte e demais serviços/políticas do município, devido ao interesse em democratizar as informações sobre o SAD-BH.

Formato: O formato digital foi escolhido pelos seguintes motivos: contribuição com a sustentabilidade ambiental, comportamento da população, redução de custos com impressões, maior facilidade de acesso, consulta e o alto potencial de disseminação.

Canal de divulgação: O material foi elaborado com características específicas para divulgação por meio de dispositivos móveis e redes sociais – desde o tamanho/fonte/cor das letras, o menor volume de texto, o uso de imagens e o fornecimento de outros meios para obtenção de informações adicionais. Escolha que se adequa ao cenário atual, com maior possibilidade de assertividade e alcance.

Layout: As cores, a logo, os ícones e as imagens utilizados seguiram o padrão disposto no site do Ministério da Saúde, com o intuito de fortalecer a imagem institucional e a caracterização do Programa Melhor em Casa (PMeC) – houve a solicitação e a permissão para uso da identidade visual (imagens, logo, ícones etc.) pelos representantes do ente Federal. O SAD-BH também utiliza a logomarca do PMeC como referência, o que consolida esse investimento.

Conteúdo: as informações contidas no *e-book* foram extraídas de fontes confiáveis e atualizadas. Foram utilizadas referências nacionais e municipais sobre o PMeC e a Atenção Domiciliar. As customizações foram realizadas conforme as especificidades do município de Belo Horizonte.

Impacto esperado: Espera-se que o *e-book* alcance o maior número de pessoas e amplie o conhecimento sobre o SAD-BH entre a população, serviços/políticas do município.




SAD

Serviço de Atenção Domiciliar
de Belo Horizonte

INFORMAÇÕES BÁSICAS DE ACESSO AO SERVIÇO

↓

 **BELO HORIZONTE**
PREFEITURA
trabalho energia coração

 **SUS**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO



SAD

Serviço de Atenção Domiciliar
de Belo Horizonte

VOCÊ SABE O QUE É O SAD?

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) integra o Programa Melhor em Casa (PMeC), do Governo Federal. Ele faz parte da Rede de Atenção à Saúde do SUS e é dedicado ao cuidado multiprofissional em saúde, pelo tratamento de doenças, prevenção de sequelas, cuidados paliativos e reabilitação.

O SAD é uma alternativa importante para garantir um cuidado seguro e de qualidade aos cidadãos, no conforto de seus lares. Isso ajuda na recuperação do paciente e evita internações desnecessárias ou longas demais. O serviço atua de forma complementar aos cuidados realizados pelo Centro de Saúde ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

É importante lembrar que o SAD pode substituir ou complementar a internação hospitalar.



O cuidado ofertado pelo SAD é realizado pelas **Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD)** e **Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)**.



EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE ATENÇÃO DOMICILIAR (EMAD)

Responsáveis por fornecer cuidados médicos, de enfermagem e outros serviços essenciais diretamente na residência do paciente.

EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE APOIO (EMAP)

Oferecem suporte adicional às EMAD, visando garantir que as necessidades do paciente sejam atendidas de forma integrada e eficiente.

PARA QUEM É O SAD?

O SAD é para pessoas que estejam com problemas de saúde e necessitam de maior frequência de cuidado. Mas, estas pessoas devem estar em **condição clínica estável** para receber o tratamento em casa.



QUEM PODE PARTICIPAR?

Pessoas de todas as idades e com diferentes problemas de saúde, com necessidade de cuidados em casa, frequentes ou diários, para restabelecimento de sua saúde.

Alguns exemplos comuns são:

Pessoas que tiveram AVC, com dificuldades para suas atividades de rotina, e precisam de tratamento diário da equipe especializada.



Indivíduos que passaram por cirurgias e precisam de cuidados após o procedimento.



Pessoas que necessitam de cuidados frequentes para cuidar de sintomas e melhorar sua qualidade de vida.



Pacientes que requerem curativos extensos ou medicação venosa diariamente, como antibióticos.



Pessoas em fase final de vida, que desejam falecer em seu lar com indicação de suporte da equipe especializada.



IMPORTANTE: Para ser atendido pelo SAD, o paciente deve ser capaz de cuidar de si ou ter um cuidador responsável (familiar ou não) presente no domicílio.



BENEFÍCIOS PARA A POPULAÇÃO



Conforto e bem-estar

Receber cuidados em casa traz conforto e tranquilidade, tanto para o paciente quanto para a família.



Acompanhamento personalizado

Equipes de saúde acompanham de perto a evolução do paciente, ajustando o tratamento conforme necessário.



Redução de riscos

Menor exposição à infecções hospitalares e outras complicações associadas a internações prolongadas.



Apoio contínuo

As equipes do Serviço de Atenção Domiciliar oferecem suporte constante, orientando e auxiliando os familiares no cuidado com o paciente.



COMO TER ACESSO AOS ATENDIMENTOS DO SAD?

A inclusão de pacientes no SAD deverá estar em conformidade com as diretrizes do Programa Melhor em Casa (PMeC).

As solicitações podem ser realizadas por Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centros de Saúde ou qualquer outro serviço da rede de saúde.

A EMAD de referência do paciente receberá as solicitações e procederá com os trâmites estabelecidos.



COMO FUNCIONA

01 Solicitação

O Serviço precisa ser indicado por outra equipe da Rede de Atenção à Saúde, seja do hospital, da Atenção Primária à Saúde ou da Urgência.

02 Avaliação

Uma equipe de Atenção Domiciliar avalia o paciente para determinar se ele se encaixa no perfil do Serviço. E, caso se enquadre nos critérios, a admissão é realizada.

03 Plano de Cuidados

Um plano de cuidados personalizado é criado, detalhando o tipo de atendimento, os profissionais envolvidos e a periodicidade necessária.

04 Assistência Domiciliar

Profissionais de saúde da equipe de Atenção Domiciliar visitam o paciente regularmente para fornecer o tratamento adequado.

05 Monitoramento

A saúde do paciente é monitorada constantemente e o plano de cuidados é ajustado conforme necessário.

06 Transição do Cuidado

Momento caracterizado pelo processo de alta do SAD e manutenção dos cuidados pelo Centro de Saúde.



PERGUNTAS E RESPOSTAS SOBRE O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Qualquer pessoa que não pode sair de casa tem direito de ser atendida pelo SAD? **MITO**

O serviço é para casos que necessitam de cuidados mais frequentes, como uma alternativa à internação hospitalar, e não apenas para quem tem dificuldade de locomoção. O acompanhamento de rotina é feito pela equipe do Centro de Saúde.

O SAD é um “serviço de cuidador 24 horas”? **MITO**

O SAD oferece visitas programadas da equipe de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros profissionais) para realizar os cuidados necessários. A responsabilidade pela execução das atividades diárias (higiene, alimentação, medicação nos horários), quando o paciente tem dificuldades, é do familiar ou cuidador.

Os atendimentos pelo SAD são “para sempre”? **MITO**

Assim como uma internação hospitalar, a internação domiciliar é temporária. Quando o paciente melhora e não precisa mais de cuidados tão frequentes, ele recebe “alta” do SAD e volta a ser acompanhado pela equipe do seu Centro de Saúde.

Quando o paciente recebe alta do SAD, ele permanece sendo acompanhado pelo Centro de Saúde? **VERDADE**

O SAD cuida do paciente durante o período que pede cuidados mais frequentes. Após a melhora, ele segue acompanhado pelo Centro de Saúde.





PARA OBTER MAIS INFORMAÇÕES, VOCÊ PODE:

- Ir até sua Unidade de Saúde de referência;
- Conversar com a equipe responsável pelo cuidado do paciente, no serviço em que ele estiver sendo atendido;
- Entrar em contato pelo e-mail: sad.bh@pbh.gov.br ou pelo telefone: (31) 3246-5027.

BELO HORIZONTE
PREFEITURA
trabalho *energia* coração

SUS+

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

PRODUTO TÉCNICO: Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde - UFMG.



AUTORES

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo, Karla Rona da Silva, Patrícia Lourdes Silva.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Diretrizes da Atenção Domiciliar**. Belo Horizonte. 2023. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/guia-diretrizes-atencao-domiciliar-sad-21-07-23.pdf>. Acesso em 09 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada. **Programa Melhor em Casa**. Brasília. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/melhor-em-casa>. Acesso em 09 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. 1. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em 9 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 2. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em 10 jul. 2025.

SAVASSI, L. C. M. et al. **Tratado de Atenção Domiciliar**. 1. ed. - Santana de Parnaíba [SP] : Manole, 2022. ISBN 9786555767513. Edição 2023.

Produto Técnico – 2: *E-book* sobre o SAD-BH para profissionais de saúde

Este *e-book* foi desenvolvido com o objetivo de promover a capilarização de informações sobre o SAD-BH, entre os profissionais de saúde de todos os serviços da RAS. O material produzido é uma iniciativa que pode contribuir para mitigar o desconhecimento sobre o SAD-BH e promover a cogestão e a corresponsabilidade.

O processo de criação foi baseado nos seguintes elementos:

Público-Alvo: Foram eleitos todos os profissionais de saúde da RAS, tendo em vista o interesse em democratizar as informações sobre o SAD-BH em todos os níveis e serviços da RAS.

Formato: O formato digital foi escolhido pelos seguintes motivos: contribuição com a sustentabilidade ambiental, comportamento da população, redução de custos com impressões, maior facilidade de acesso, consulta e o alto potencial de disseminação.

Canal de divulgação: O material foi elaborado com características específicas para divulgação por meio de dispositivos móveis e redes sociais – desde o tamanho/fonte/cor das letras, o menor volume de texto, o uso de imagens e o fornecimento de outros meios para obtenção de informações adicionais. Escolha que se adequa ao cenário atual, com maior possibilidade de assertividade e alcance.

Layout: As cores, a logo, os ícones e as imagens utilizados seguiram o padrão disposto no site do Ministério da Saúde, com o intuito de fortalecer a imagem institucional e a caracterização do Programa Melhor em Casa (PMeC) – houve a solicitação e a permissão para uso da identidade visual (imagens, logo, ícones etc.) pelos representantes do ente Federal. O SAD-BH também utiliza a logo do PMeC como referência, o que consolida esse investimento.

Conteúdo: as informações contidas no material foram extraídas de fontes confiáveis e atualizadas. Foram utilizadas referências nacionais e municipais sobre o PMeC e a Atenção Domiciliar. As customizações foram realizadas conforme as especificidades do município de Belo Horizonte.

Impacto esperado: Espera-se que o *e-book* alcance o maior número de profissionais de saúde e amplie o conhecimento sobre o SAD-BH entre esse público.





SAD

Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte

Seja bem-vindo(a) a este guia, uma ferramenta pensada para você, que está na linha de frente do cuidado e é uma peça-chave na construção de uma Rede de Atenção à Saúde mais integrada e eficiente em Belo Horizonte.

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações de prevenção, promoção à saúde, tratamento de doenças, reabilitação e palição, realizadas no domicílio do usuário. Ela se estrutura sobre os princípios fundamentais do SUS, como a equidade do acesso, a humanização e a integralidade da assistência. A AD é organizada em 3 modalidades definidas a partir da caracterização do paciente atendido, do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado dos mesmos.

Este documento tem como objetivo apresentar o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Belo Horizonte e demonstrar seu papel estratégico. O SAD funciona como um serviço complementar aos cuidados ofertados pela Atenção Primária ou pelos serviços de urgência. Ele é uma alternativa substitutiva ou complementar à internação hospitalar.





Ao acionar o SAD, tendo como referência os critérios de elegibilidade, você oferece ao seu paciente a oportunidade de ser cuidado em seu próprio domicílio. Além disso, contribui para a otimização dos recursos da Rede, como evidenciado pelas **5.252 desospitalizações e 1.675 “desupalizações”** (altas de UPAs para o domicílio) realizadas pelo serviço em 2024. Essa atuação permite maior rotatividade de leitos e reduz os riscos inerentes à assistência hospitalar.

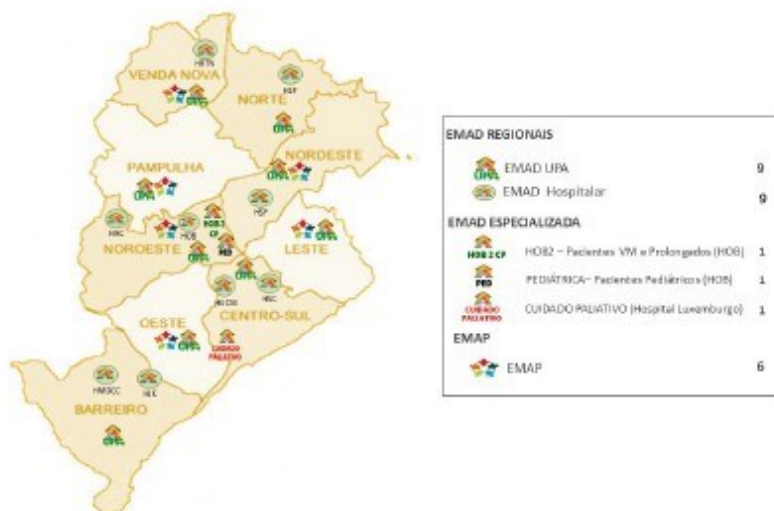
JUNTOS PODEMOS FORTALECER A CONTINUIDADE DO CUIDADO E GARANTIR QUE CADA PACIENTE RECEBA A ATENÇÃO CERTA, NO LUGAR CERTO E NO MOMENTO CERTO.

O PROGRAMA MELHOR EM CASA (PMcC) EM BELO HORIZONTE

A história da Atenção Domiciliar no SUS-BH é marcada por uma evolução contínua. As atividades foram iniciadas em 2002, com uma equipe multidisciplinar no Hospital Metropolitano Odilon Behrens focada em usuários com internação prolongada e tratamento de feridas. Ao longo dos anos, o programa expandiu, ganhando um impulso decisivo em 2011 com a instituição do Programa Melhor em Casa, que consolidou o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no município.



Hoje, o SAD de Belo Horizonte é um serviço robusto, responsável pelo gerenciamento e operacionalização de **21 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e 6 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)**, que atuam de forma regionalizada em todo o território.



Princípios Norteadores do SAD em BH

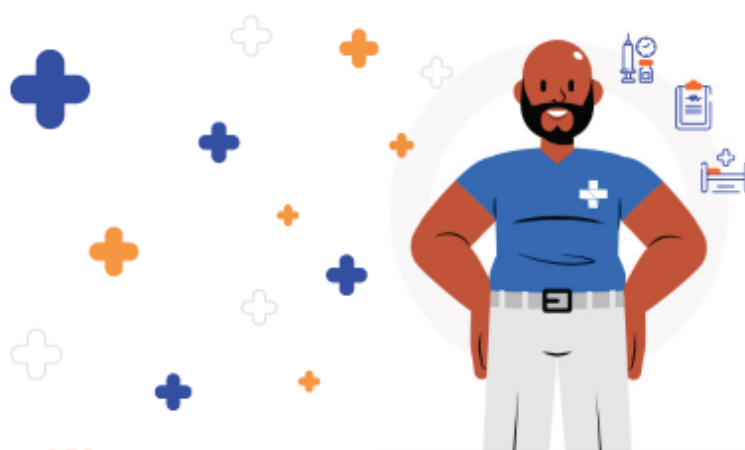
O SAD fundamenta-se nos princípios do SUS, com ênfase em:

- Ampliação e equidade do acesso.
- Humanização e integralidade da assistência.

As Modalidades de Atenção Domiciliar (AD1, AD2 e AD3)

A definição da modalidade de cuidado é sempre estabelecida a partir da **condição clínica do paciente** e da complexidade da assistência que ele necessita. A equipe de saúde que está prestando o cuidado (seja na Atenção Primária ou no SAD) é quem realiza essa avaliação. Em casos de dúvida, é sempre possível a discussão do caso com outras equipes para uma definição conjunta.



**AD1****CUIDADO REALIZADO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EQUIPE DE SAÚDE BUCAL, EMULTI).**

Indicada para usuários com limitação funcional e/ou doenças graves, restritos ao leito ou ao domicílio, ou ainda usuários/famílias em condição de vulnerabilidade, mas que demandam cuidados de menor frequência e complexidade.

AD2**CUIDADO REALIZADO PELO SAD (EMAD/EMAP).**

Indicada para usuários com quadro agudo ou crônico agudizado, que necessitam de cuidados mais intensivos e sequenciais, com visitas de, no mínimo, uma vez por semana. Inclui pacientes em reabilitação, tratamentos parenterais, cuidados paliativos ou egressos hospitalares complexos.

AD3**CUIDADO REALIZADO PELO SAD (EMAD/EMAP).**

Voltado para usuários com perfil semelhante à AD2, mas que necessitam de tecnologias e equipamentos especiais, como ventilação mecânica.





Objetivos do Serviço

Alinhado à sua missão de otimizar os recursos da Rede, os objetivos do SAD são:

- Reduzir a demanda por atendimento hospitalar e o período de permanência de usuários internados.
- Promover a desospitalização e a "desupalização", aumentando a disponibilidade de vagas e mitigando riscos como infecções hospitalares.
- Oferecer assistência humanizada e integral, que amplia a autonomia dos usuários, cuidadores e familiares.
- Contribuir para a otimização dos custos e estruturas da Rede de Atenção à Saúde, por meio da desinstitucionalização do paciente.

ESTRUTURA E EQUIPES DO SAD

Para ofertar um cuidado domiciliar resolutivo e de qualidade, o SAD é composto por equipes multiprofissionais que atuam de forma regionalizada e integrada. Conhecer a estrutura dessas equipes e como se comunicar com elas é o primeiro passo para uma transição de cuidado bem-sucedida.

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO:
TODOS OS DIAS DA SEMANA, DAS 7 ÀS 19 HORAS



As Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD)



A EMAD é a equipe principal responsável pela assistência direta e pelo gerenciamento do cuidado dos usuários em Atenção Domiciliar (AD) nas modalidades AD2 e AD3. No SUS-BH, as EMADs têm suas bases de trabalho em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou em hospitais públicos parceiros da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA). Cada EMAD é referência para um conjunto específico de Centros de Saúde de uma mesma Regional do município.

Composição:

As EMAD podem ser compostas por enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistente social e/ou fisioterapeuta.

As Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)



A EMAP oferece suporte técnico especializado às EMADs, atuando de forma integrada para ampliar o escopo do cuidado. Seu foco é a avaliação, reabilitação e capacitação do usuário e do cuidador durante a internação domiciliar, atendendo a indicações clínicas específicas dos usuários acompanhados pela EMAD.

Composição:

As EMAP podem ser compostas por profissionais da fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.



COMO ARTICULAR O CUIDADO COM O SAD?

A comunicação eficiente entre os profissionais da rede é o que garante a continuidade e a segurança do cuidado.

PARA DISCUTIR UM CASO OU SOLICITAR UMA AVALIAÇÃO PELA EMAD:

O fluxo recomendado é o contato direto com a EMAD de referência. O contato pode ser feito a qualquer momento dentro do horário de funcionamento do Serviço, qualquer membro da equipe poderá prestar os auxílios e orientações iniciais.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E MODALIDADES DE CUIDADO

Entender quem é o usuário com perfil para a AD e como o cuidado é organizado é fundamental para que o encaminhamento seja feito de forma correta e que o paciente receba a assistência adequada à sua necessidade.

Crériterios de elegibilidade para o SAD (modalidades AD2 e AD3)



Para que um usuário seja admitido pelo SAD, a EMAD realiza uma avaliação dos critérios clínicos e administrativos.

Crériterios Clínicos:

- Apresentar afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais.
- Possuir estabilidade hemodinâmica.
- Ter diagnóstico e terapêutica já definidos.



**Critérios Administrativos:**

- Residir em Belo Horizonte ou município que possui SAD e possuir um domicílio de referência.
- Ter um cuidador capaz e responsável pela integralidade do cuidado, ou ser o próprio usuário o agente de seu autocuidado.
- Haver o consentimento do usuário (ou de seu responsável) por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Apresentar ambiência domiciliar com condições mínimas para a assistência, incluindo acesso à água potável, energia elétrica e espaço físico adequado, especialmente se houver necessidade de equipamentos.

Critérios de inelegibilidade para o SAD

O usuário não será elegível para o acompanhamento pelo SAD se apresentar pelo menos uma das seguintes situações, que indicam a necessidade de cuidado em ambiente hospitalar:

- Necessidade de monitorização contínua.
- Assistência frequente de enfermagem.
- Situações de urgência que necessitem de propedêutica complementar.
- Tratamento cirúrgico em caráter de urgência.





Perfil de acompanhamento na modalidade AD3 (Equipes Especializadas)

O SAD-BH possui equipes especializadas para o atendimento a usuários classificados como AD3.

O perfil para cada uma delas é:

- **EMAD Pediátrica:** Acompanha crianças que necessitam de suporte ventilatório invasivo e não invasivo. Excepcionalmente, esta equipe também atende crianças classificadas na modalidade AD2.
- **EMAD Cuidados Prolongados:** Acompanha usuários que necessitam de suporte ventilatório invasivo ou não invasivo.
- **EMAD Cuidados Paliativos:** Admite usuários em processo ativo de morte, encaminhados pelas EMADs regionais.

O FLUXO DE ENCAMINHAMENTO: DA SOLICITAÇÃO À ADMISSÃO

O encaminhamento do usuário para o SAD segue um fluxo estruturado para garantir que a transição do cuidado seja segura e eficiente. Conhecer este passo a passo é essencial para todos os profissionais da Rede.



O PASSO A PASSO DO ENCAMINHAMENTO

O processo, desde a identificação do paciente até sua admissão, pode ser dividido em 4 etapas principais:



01 A solicitação e avaliação de elegibilidade

Tudo começa com a identificação de um paciente com perfil para a AD. O primeiro passo é entrar em contato com a EMAD de referência. Nesta conversa inicial, o caso é discutido para uma avaliação preliminar de elegibilidade. Se o perfil for compatível, a EMAD orientará o envio da documentação necessária.

NOTA PARA O PROFISSIONAL

Para agilizar o processo, é fundamental que o "Formulário de Encaminhamento para Atenção Domiciliar" seja preenchido de forma completa e legível. A clareza e a completude de todas as informações são fundamentais para uma avaliação rápida e assertiva.

02 A visita de admissão

Após o recebimento da documentação, a EMAD agenda a visita de admissão, que deve ocorrer em até 48 horas (2 dias úteis) após a alta.



03 Documentação necessária

Atrasos na admissão podem ocorrer por problemas variados na documentação. Garanta que os seguintes itens sejam enviados à EMAD para evitar atrasos:

- Relatório médico e de outros profissionais (se aplicável), detalhando o quadro clínico e a propedêutica.
- Prescrição médica e de enfermagem legível e completa.
- Formulário de Encaminhamento para Atenção Domiciliar preenchido.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinado pelo usuário ou seu responsável.

04 Articulação com o Centro de Saúde

Após a admissão, a EMAD comunica o Centro de Saúde (CS) de referência sobre o início do acompanhamento. O CS, por sua vez, deve agendar uma visita domiciliar em até 10 dias úteis para se integrar ao cuidado.

REALIDADE DO CUIDADO COMPARTILHADO:

Idealmente, essa visita deve ocorrer de forma conjunta entre a equipe do CS e a EMAD para fortalecer o plano terapêutico.

A comunicação e o esforço de ambas as equipes são fundamentais para que este cuidado compartilhado se efetive.



A TRANSIÇÃO DO CUIDADO E O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Uma vez que o usuário é admitido no SAD, inicia-se a fase de transição do cuidado. Esse processo visa garantir a continuidade e a segurança da assistência. O sucesso desta etapa depende de 3 pilares: um planejamento terapêutico bem definido, a capacitação do cuidador e a comunicação eficiente entre todos os profissionais da rede envolvidos no caso.



O Projeto Terapêutico Singular (PTS) como bússola do cuidado

O PTS é a principal ferramenta de gestão do cuidado na Atenção Domiciliar. Trata-se de um conjunto de condutas e ações, tanto clínicas quanto sociais, construídas por uma equipe multiprofissional para atender às necessidades do usuário, especialmente em situações de maior complexidade. A construção do PTS deve contar com a participação de todos os envolvidos no cuidado ao usuário.



Capacitando o cuidador para a continuidade do cuidado

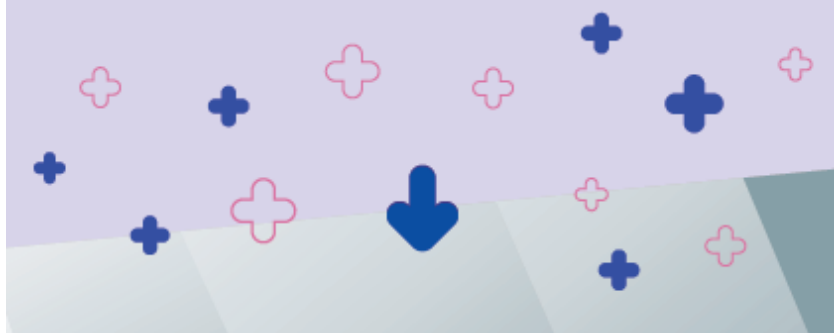
O cuidador é a peça central para a viabilidade do cuidado no domicílio e a sua capacitação deve iniciar, o quanto antes, na instituição de origem do paciente. A capacitação adequada do cuidador é uma das ações mais críticas na transição do cuidado.

A corresponsabilidade na Rede de Atenção à Saúde

A responsabilidade pelo usuário não termina no momento do encaminhamento. O fluxo de informações na Rede deve ser multidirecional e a ferramenta essencial para essa comunicação é o prontuário do paciente. Espera-se que todos os profissionais envolvidos – da unidade que encaminhou, do SAD e do Centro de Saúde de referência – utilizem o prontuário para registrar evoluções e condutas, garantindo que todos tenham uma visão integral e atualizada do caso.

Transições de cuidado de alto risco

Para usuários com necessidades clínicas mais complexas (dependentes de tecnologias, por exemplo), a transição do cuidado exige uma atenção redobrada. Para esses casos, a abordagem é definida caso a caso, por meio de avaliações e pactuações diretas entre a equipe do hospital/UPA e a equipe do SAD, garantindo um planejamento minucioso para uma transição segura.



A ALTA DO SAD E A CONTINUIDADE DO CUIDADO

O objetivo do SAD é ser um serviço de transição. A alta do SAD não significa o fim do cuidado, mas sim a sua reorganização dentro da Rede de Atenção à Saúde para que o usuário continue sendo assistido pelas equipes do Centro de Saúde.



A decisão e o processo de alta

A alta do SAD, na maioria das vezes, ocorre de forma planejada ("alta melhorada") quando os objetivos terapêuticos são alcançados. A decisão é tomada pela equipe da EMAD, que comunica o Centro de Saúde de referência para dar continuidade ao cuidado. Em algumas ocasiões, para casos mais complexos, há uma discussão conjunta entre as equipes para alinhar o processo de transição e continuidade do cuidado.



O desafio da transição para a AD1

A transição de um cuidado intensivo no SAD (AD2/AD3) para um acompanhamento pela equipe de Saúde da Família (AD1) é um momento crítico. Os principais desafios práticos são:

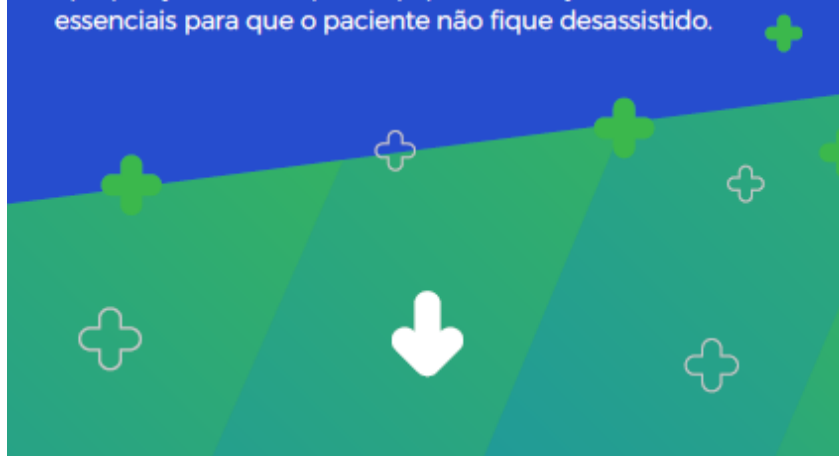
- Assegurar a transferência completa e clara das informações clínicas.
- Garantir a continuidade no fornecimento de medicamentos e insumos, que passam a ser gerenciados pelo Centro de Saúde.
- Agilizar o agendamento da primeira visita de acompanhamento pela eSF para evitar desassistência.

O sumário de alta como ferramenta de continuidade

Para mitigar os desafios da transição, o SAD emite um Sumário de Alta. Este documento é a principal ferramenta para a passagem segura do cuidado. Com o intuito de garantir a continuidade, o sumário também inclui recomendações e orientações práticas para a equipe do Centro de Saúde, como a sugestão de acompanhamento por profissionais da eMulti ou a necessidade de articulação com outros serviços da Rede.

A transferência integral da responsabilidade

É fundamental que o profissional da Rede compreenda que, após a efetivação da alta do SAD, o Centro de Saúde de referência assume integralmente a responsabilidade pelo cuidado do usuário. Por isso, a comunicação clara e a apropriação do caso pela equipe da Atenção Primária são essenciais para que o paciente não fique desassistido.



CONSIDERAÇÕES



Ao final deste guia, é fundamental reforçar a mensagem central que norteia a Atenção Domiciliar no SUS-BH: o usuário deve ser sempre o foco do nosso trabalho e o cuidado centrado na pessoa é a estratégia mais eficaz para a obtenção de melhores desfechos em saúde e qualidade de vida.

Para que isso se concretize, o envolvimento e o protagonismo dos diversos serviços da Rede e de seus respectivos profissionais são indispensáveis. A articulação entre a Atenção Primária, as UPAs, os hospitais e o SAD transforma o cuidado, tornando-o verdadeiramente contínuo e integral.

Esta iniciativa busca divulgar informações sobre o SAD, com o intuito de ampliar o acesso ao serviço, otimizar o uso dos recursos da Rede e, acima de tudo, oferecer mais segurança e conforto ao usuário no ambiente que lhe é mais familiar: o seu lar. Que este guia sirva como uma ferramenta de apoio em sua prática diária, fortalecendo o SUS-BH e o cuidado que é ofertado à população.





Para informações adicionais, como as equipes de referências e seus respectivos contatos, clique no botão abaixo.

GUIA: DIRETRIZES DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Contatos: sad.bh@pbh.gov.br | (31) 3246-5027



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PRODUTO TÉCNICO: Mestrado Profissional em
Gestão de Serviços de Saúde - UFMG.



AUTORES

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo, Karla Rona da Silva, Patrícia Lourdes Silva.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Diretrizes da Atenção Domiciliar**. Belo Horizonte. 2023. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/guia-diretrizes-atencao-domiciliar-sad-21-07-23.pdf>. Acesso em 09 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada. **Programa Melhor em Casa**. Brasília. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/melhor-em-casa>. Acesso em 09 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. 1. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em 9 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 2. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em 10 jul. 2025.

SAVASSI, L. C. M. et al. **Tratado de Atenção Domiciliar**. 1. ed. - Santana de Parnaíba [SP] : Manole, 2022. ISBN 9786555767513. Edição 2023.

Produto Técnico – 3: Matriz de Análise SWOT/FOFA (adaptada): SAD-BH

Um dos produtos técnicos desenvolvidos nesta dissertação foi um instrumento de gestão a partir da adaptação da Matriz de Análise SWOT/FOFA – acrônimo derivado das palavras: **S**trengths (**F**orças), **W**eaknesses (**F**raquezas), **O**pportunities (**O**portunidades) e **T**hreats (**A**meaças). A escolha por esta ferramenta de planejamento estratégico justifica-se por sua capacidade de sintetizar e organizar os achados da pesquisa qualitativa em um formato diagnóstico, pragmático e direcionado à tomada de decisão gerencial.

A construção de cada quadrante da matriz está ancorada nos resultados discutidos ao longo deste trabalho. Essa conexão busca estabelecer uma relação entre os achados da pesquisa e as recomendações provenientes das publicações referentes à temática.

As **Forças** identificadas, como a contribuição do SAD-BH para a redução de custos e otimização dos recursos da RAS, refletem o valor que os gestores atribuem ao serviço. Em contrapartida, as **Fraquezas** sistematizam os desafios que emergiram da pesquisa, com destaque para o modelo de “governança paradoxal” – ao mesmo tempo distante e centralizador – e a crítica infraestrutura de informação, marcada pela ausência de um prontuário eletrônico integrado.

No âmbito externo, a matriz explora as **Oportunidades**, como a transição demográfica e epidemiológica que posiciona a AD como um modelo de cuidado importante, incluindo a possibilidade de o SAD-BH assumir um papel pedagógico e de matriciamento na rede. Por fim, delinea as **Ameaças** que contextualizam a operação do serviço, como o “desconhecimento institucional” que fomenta a cultura de fragmentação e a precariedade estrutural devido ao subfinanciamento do SUS.

Ao converter a análise em um quadro visual e estruturado e ao propor ações para cada um dos pontos levantados, a Matriz SWOT/FOFA ultrapassa o diagnóstico para se firmar como uma ferramenta com potencial de subsidiar o planejamento, aprimorar a governança e fortalecer o papel do SAD-BH. O objetivo é oferecer aos gestores da SMSA-BH um recurso prático para capitalizar as forças, mitigar as fraquezas, aproveitar as oportunidades e neutralizar as ameaças, impulsionando a atuação do SAD-BH e a integração entre os serviços da RAS no município.

1/10

Matriz de Análise SWOT/FOFA (adaptada): SAD-BH

SWOT	ELEMENTO	DESCRIÇÃO	IMPACTO E IMPLICAÇÕES	AÇÕES ESTRATÉGICAS SUGERIDAS/MITIGAÇÕES
FORÇAS (Fatores Internos Positivos)	1. Contribuição Estratégica para Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Contribuição na Redução de Custos	O SAD-BH é percebido como um componente importante para a sustentabilidade da RAS. Sua capacidade de promover o "giro de leitos" hospitalares e de urgência, combinada a economia financeira, confere-lhe forte legitimidade gerencial. Isso posiciona o SAD-BH não apenas como uma alternativa, mas como um modelo de cuidado indispensável.	Esta força confere ao SAD-BH uma base sólida para pleitear recursos e expansão. É um argumento robusto para sua manutenção e ampliação, especialmente em um cenário de subfinanciamento do SUS. Sem essa força, seria difícil justificar a existência e o investimento no serviço. Interdependência: é uma força que permite ao SAD-BH enfrentar a Ameaça do Subfinanciamento Crônico do SUS.	Fortalecer a Comunicação de Resultados: Criar relatórios de impacto trimestrais detalhados (financeiro e assistencial) para apresentar a gestores, órgãos de controle e sociedade. Ações Estratégicas: Utilizar esses dados para articular com secretarias de planejamento e finanças, e com o Ministério da Saúde, a necessidade de maior investimento na atenção domiciliar.
	2. Expertise Técnica e Proatividade da Coordenação	A coordenação do SAD-BH demonstra competência técnica e capacidade de inovação e gestão proativa. Existência de uma cultura interna de monitoramento por indicadores, Censo Diário para análise em tempo real da capacidade assistencial e uso de painéis interativos (<i>dashboards</i>), que demonstram resultados positivos e servem como base para tomadas de decisões. Essas iniciativas revelam uma liderança interna capaz de criar "ilhas de excelência" baseadas em dados.	Essa <i>expertise</i> é um diferencial competitivo e um motor para a melhoria contínua do serviço. Uma coordenação proativa e baseada em dados é fundamental para a tomada de decisões ágeis e eficazes, mesmo em ambientes com recursos limitados. Permite que o SAD se adapte e evolua. Interdependência: esta força é essencial para capitalizar a Oportunidade da Transformação Digital na Saúde Pública e mitigar a Fraqueza da Infraestrutura de Informação Obsoleta.	Empoderamento da Coordenação: Conceder maior autonomia e recursos para que a coordenação possa testar e implementar novas metodologias e ferramentas. Criação de Banco de Boas Práticas: Sistematizar e disseminar as inovações desenvolvidas pela coordenação para outras áreas da SMSA-BH e do SUS. Formação de Novas Lideranças: Desenvolver um plano de sucessão e capacitação para garantir a continuidade dessa expertise.

2/10

Matriz de Análise SWOT/FOFA (adaptada): SAD-BH

SWOT	ELEMENTO	DESCRIÇÃO	IMPACTO E IMPLICAÇÕES	AÇÕES ESTRATÉGICAS SUGERIDAS/MITIGAÇÕES
FORÇAS (Fatores Internos Positivos)	3. Equipes Multiprofissionais Qualificadas e Abrangentes	As equipes do SAD-BH (EMAD e EMAP) são compostas por profissionais qualificados em diversas áreas, atuando em diferentes níveis de complexidade, e estão alinhadas às diretrizes nacionais do Programa Melhor em Casa (PMeC). Os profissionais demonstram capacidade de adaptação ("trabalho vivo em ato"), criando soluções informais para superar as falhas estruturais da rede.	Essa força é a base da qualidade do cuidado oferecido. Profissionais bem preparados garantem a segurança do paciente e a efetividade dos tratamentos. A abrangência multiprofissional é fundamental para a integralidade do cuidado domiciliar, que vai além do aspecto clínico. Interdependência: uma equipe qualificada é a essência para o Foco na Humanização e Segurança do Cuidado e é um recurso vital para explorar a Oportunidade de Formalização de um Papel Pedagógico e de Matriciamento.	Educação Permanente e Especialização: Investir em programas contínuos de capacitação e especialização para manter e aprimorar a expertise da equipe. Reconhecimento e Valorização: Criar programas de reconhecimento e incentivos (não apenas financeiros) para motivar e reter esses profissionais. Intercâmbio de Conhecimento: Fomentar a troca de experiências entre as equipes e com outros serviços da rede.
	4. Foco na Humanização e Segurança do Cuidado	Um dos atributos do SAD-BH é sua capacidade de deslocar o cuidado do ambiente hospitalar para o conforto e a segurança do domicílio do paciente. Isso promove a recuperação, fortalece vínculos familiares e alinha o serviço aos princípios de humanização do SUS, gerando satisfação para usuários e familiares. A redução de riscos de infecções hospitalares é um benefício direto.	Este foco gera satisfação do usuário, fortalece a legitimidade social do serviço e contribui para a imagem positiva do SUS e do próprio SAD-BH junto à população. Interdependência: uma força que ajuda a mitigar o impacto da Ameaça de Vulnerabilidade da Rede de Apoio Externa ao fortalecer o papel da família no cuidado.	Medição e Divulgação da Satisfação: Realizar pesquisas de satisfação periódicas e utilizar os resultados para aprimorar o serviço e para ações de comunicação. Treinamento para Cuidadores: Oferecer suporte e capacitação aos familiares/cuidadores para que participem ativamente do processo de cuidado, reforçando a segurança no domicílio. Integração de Dimensões Psicossociais: Ampliar a atuação dos profissionais de saúde mental para apoio aos pacientes e familiares.

3/10



Matriz de Análise SWOT/FOFA (adaptada): SAD-BH



SWOT	ELEMENTO	DESCRIÇÃO	IMPACTO E IMPLICAÇÕES	AÇÕES ESTRATÉGICAS SUGERIDAS/MITIGAÇÕES
FRAQUEZAS (Fatores Internos Negativos)	1. Modelo de Gestão à Distância e Fragmentado	A gestão do SAD-BH, embora centralizada em decisões, está fisicamente distante das equipes operacionais distribuídas no território. Isso cria um "vácuo de supervisão e apoio", com equipes sentindo-se isoladas e a coordenação com visão limitada dos desafios cotidianos.	Essa fraqueza impede a agilidade na resolução de problemas e a padronização efetiva de práticas, gerando ineficiência. Contribui para a baixa autonomia e o desconhecimento do serviço na rede, pois as equipes não se sentem plenamente respaldadas para articular. Interdependência: exacerba a Ameaça da Rotatividade de Pessoal na RAS e dificulta o aproveitamento da Força da Expertise Técnica e Proatividade da Coordenação.	Implementar Gestão Territorializada: Criar "referências regionais" que façam a ponte entre a coordenação central e as equipes na ponta, realizando visitas regulares e oferecendo suporte direto. Reuniões Periódicas Virtuais e Presenciais: Instituir um calendário de encontros sistemáticos entre a gestão e todas as equipes, tanto online quanto presencialmente. Capacitação para Líderes: Treinar gestores e coordenadores em ferramentas de gestão de equipes remotas e comunicação eficaz.
	2. Infraestrutura de Informação Obsoleta e Fragmentada	A dependência de prontuários manuais, registros em papel carbonado e a falta de acesso a sistemas eletrônicos unificados (como o SIGRAH) criam barreiras significativas à continuidade do cuidado e à gestão da informação.	Esta fraqueza é uma barreira que gera ineficiência, retrabalho e compromete diretamente a segurança do paciente e a continuidade do cuidado. É a causa raiz de muitas falhas de comunicação e impede a gestão baseada em dados em tempo real, limitando a capacidade estratégica do serviço. Interdependência: torna o SAD-BH vulnerável à Ameaça do Desconhecimento Institucional e Cultura Fragmentada e impede a exploração da Oportunidade de Transformação Digital na Saúde Pública.	Prioridade para Implementação de Prontuário Eletrônico: Garantir a integração das necessidades do SAD-BH ao SIGRAH. Soluções Digitais: Criar ou customizar ferramentas colaborativas e grupos de trabalho <i>on-line</i> para fluxo de informações. Treinamento em Ferramentas Digitais: Capacitar todas as equipes no uso de novas tecnologias de informação e comunicação. Qualificação na gestão de leitos: Treinamento sobre o SAD para os reguladores da "central de leitos", como forma ampliar o acesso ao Serviço e promover o melhor uso dos recursos da RAS.

4/10

Matriz de Análise SWOT/FOFA (adaptada): SAD-BH

SWOT	ELEMENTO	DESCRIÇÃO	IMPACTO E IMPLICAÇÕES	AÇÕES ESTRATÉGICAS SUGERIDAS/MITIGAÇÕES
FRAQUEZAS (Fatores Internos Negativos)	3. Fragilidade na Comunicação Intersetorial e Inter-equipes	A comunicação com outros serviços da RAS (especialmente APS) é burocrática, informal e fragmentada, levando a perdas de informação e retrabalho. Evidenciado pela baixa taxa de encaminhamentos provenientes dos Centros de Saúde, indicando uma falha de comunicação e de desenho do fluxo assistencial. Isso sobrecarrega as portas de urgência como principal fonte de pacientes e subutiliza o potencial do SAD-BH para o manejo de doenças crônicas agudizadas.	Essa desarticulação compromete a efetividade da RAS, pois a APS é o centro de comunicação e coordenadora do cuidado. Leva a fluxos assistenciais ineficientes, superlotação em outros níveis e impede o aproveitamento máximo do SAD-BH. A falta de comunicação gera lacunas no cuidado e descontinuidade. Interdependência: contraria a Oportunidade de Formalização de um Papel Pedagógico e de Matriciamento.	Criação de Protocolos de Encaminhamento Conjuntos: Elaborar e disseminar protocolos claros de encaminhamento e contrarreferência entre SAD-BH e APS, pactuados entre as gestões. Matriciamento Regular: Instituir sessões de matriciamento e discussão de casos complexos entre equipes do SAD-BH e da APS, visando capacitação e construção de vínculos. Campanhas de Sensibilização: Promover ações de sensibilização e educação para os profissionais da APS sobre o papel e os critérios de elegibilidade do SAD-BH.
	4. Desconhecimento Generalizado do Serviço na Rede	Muitos profissionais e gestores da própria rede, e até usuários, ainda desconhecem o papel, os critérios de elegibilidade e os fluxos do SAD-BH, limitando seu potencial de utilização.	Essa "invisibilidade institucional" é uma barreira significativa que dificulta a transição do cuidado entre os serviços, gera encaminhamentos inadequados, subutilização do serviço e limita seu potencial de expansão. É uma falha de comunicação que impede a plena integração do SAD-BH na RAS. Interdependência: é a causa raiz da Ameaça do Desconhecimento Institucional e Cultura Fragmentada.	Plano de Comunicação Estratégica: Desenvolver e implementar um plano de comunicação interna e externa, utilizando múltiplos canais (<i>workshops</i> , seminários, materiais informativos, mídias sociais). Inclusão Curricular: Propor a inclusão de módulos sobre Atenção Domiciliar nas grades curriculares dos cursos de saúde e em programas de educação permanente. "Embaixadores do SAD": Capacitar profissionais do SAD para atuarem como multiplicadores de informação em suas regionais e em contato com outros serviços.

5/10

Matriz de Análise SWOT/FOFA (adaptada): SAD-BH

SWOT	ELEMENTO	DESCRIÇÃO	IMPACTO E IMPLICAÇÕES	AÇÕES ESTRATÉGICAS SUGERIDAS/MITIGAÇÕES
OPORTUNIDADES (Fatores Externos Positivos)	1. Transição Demográfica e Epidemiológica	O envelhecimento da população brasileira e o aumento da prevalência de doenças crônicas complexas criam uma demanda crescente e sustentada por modelos de cuidado que transcendam o hospital, tornando a atenção domiciliar um modelo essencial e prioritário para o futuro do SUS.	Esta é uma macro-oportunidade que posiciona o SAD-BH como uma solução estratégica para os desafios de saúde pública. Representa um forte argumento para atrair investimentos e ganhar relevância política, justificando a expansão do serviço. Interdependência: permite alavancar a Força do Contribuição Estratégica para Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Custo-Efetividade Reconhecidos para enfrentar a Ameaça da Precariedade Estrutural e Subfinanciamento do SUS.	Planejamento de Expansão: Desenvolver um plano de expansão do SAD-BH que contemple o crescimento da demanda e a habilitação e implementação de equipes adicionais. Especialização em Cuidados Geriátricos/Paliativos: Investir na capacitação das equipes para atender às especificidades do cuidado a idosos e cuidados paliativos. Fortalecer Parcerias: Estabelecer ou fortalecer parcerias com instituições de pesquisa e ensino para desenvolver modelos de cuidado inovadores para essa população.
	2. Formalização de um Papel Pedagógico e de Matriciamento	A <i>expertise</i> acumulada pelo SAD-BH em cuidados complexos no domicílio é um ativo que pode ser "exportado" para os demais serviços da rede. Há uma clara oportunidade para o serviço formalizar um papel de educação permanente, oferecendo apoio matricial e capacitação para as equipes da APS.	Essa oportunidade não apenas qualificaria a rede, mas também combateria o Desconhecimento Generalizado do Serviço, transformando o SAD-BH em um agente de integração. Interdependência: alavanca a Força das Equipes Multiprofissionais Qualificadas para mitigar a Fraqueza da Fragilidade na Comunicação Intersetorial e Inter-equipes	Desenvolvimento de Programas de Matriciamento: Criar e institucionalizar programas de apoio matricial e capacitação em temas relevantes para equipes da APS, UPA e hospitais. Criação de Materiais Didáticos: Produzir guias informativos/educativos, manuais e/ou protocolos sobre o SAD-BH. Parcerias com Instituições de Ensino: Desenvolver programas de extensão universitária ou residências multiprofissionais com foco em atenção domiciliar.

6/10

Matriz de Análise SWOT/FOFA (adaptada): SAD-BH

SWOT	ELEMENTO	DESCRIÇÃO	IMPACTO E IMPLICAÇÕES	AÇÕES ESTRATÉGICAS SUGERIDAS/MITIGAÇÕES
OPORTUNIDADES (Fatores Externos Positivos)	3. Transformação Digital na Saúde Pública	A tendência global de digitalização e a potencial implementação de sistemas de saúde integrados (como o prontuário eletrônico SIGRAH em BH) representam a oportunidade mais concreta para superar as barreiras de comunicação e registro de forma mais eficiente.	<p>A integração tecnológica permitiria um salto qualitativo na comunicação, na coordenação do cuidado e na gestão baseada em dados, resolvendo o problema dos prontuários manuais e da comunicação fragmentada. Essencial para a eficiência e a segurança do paciente.</p> <p>Interdependência: permite mitigar a Fraqueza da Infraestrutura de Informação Obsoleta e Fragmentada e fortalecer a Força da Expertise Técnica e Proatividade da Coordenação.</p>	<p>Engajamento na Implementação: Participar do desenvolvimento e da implementação de novos sistemas digitais, garantindo que as necessidades do SAD-BH sejam contempladas.</p> <p>Investimento em Conectividade: Assegurar que as equipes tenham acesso a internet e dispositivos móveis para uso de ferramentas digitais em campo.</p> <p>Capacitação Digital: Oferecer treinamento contínuo para os profissionais no uso eficaz das novas tecnologias.</p> <p>Adequação do sistema: inserir a opção de encaminhamento para o SAD-BH, no sistema de informações da central de regulação de leitos hospitalares, como uma alternativa passível de indicação pelo "regulador".</p>
	4. Fortalecimento das Políticas Nacionais, Estaduais e Municipais sobre a Atenção Domiciliar	As diretrizes e o financiamento do Programa Melhor em Casa (PMeC) nos níveis federal e estadual oferecem base sólida para o desenvolvimento e expansão do SAD-BH, sendo um suporte legal e financeiro para o serviço.	<p>Este apoio garante a legitimidade e um fluxo contínuo de recursos para o SAD-BH. É uma oportunidade para alinhar o planejamento local com as diretrizes federais e estaduais e acessar programas de incentivo.</p> <p>Interdependência: é uma oportunidade fundamental para mitigar a Ameaça da Precariedade Estrutural e Subfinanciamento do SUS.</p>	<p>Acompanhamento das Normativas: Vigilância às atualizações sobre as portarias e diretrizes do PMeC e da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) para otimizar a captação de recursos e o cumprimento das metas.</p> <p>Participação em Fóruns Nacionais e Estaduais: Engajar-se em discussões e grupos de trabalho sobre a AD para influenciar políticas e compartilhar experiências.</p> <p>Desenvolvimento de Projetos Piloto: Utilizar o arcabouço do PMeC para testar e validar novos modelos de cuidado ou tecnologias.</p>

7/10

Matriz de Análise SWOT/FOFA (adaptada): SAD-BH

SWOT	ELEMENTO	DESCRIÇÃO	IMPACTO E IMPLICAÇÕES	AÇÕES ESTRATÉGICAS SUGERIDAS/MITIGAÇÕES
OPORTUNIDADES (Fatores Externos Positivos)	5. Ampliação da Intersetorialidade	O reconhecimento da intersectorialidade (com Sistema Único de Assistência Social - SUAS, Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, equipamentos do território) como pilar da integralidade do cuidado abre portas para parcerias e ações conjuntas que atendam aos determinantes sociais da saúde.	A intersectorialidade permite uma abordagem mais completa do paciente, considerando não apenas o aspecto clínico, mas também as condições sociais e psicológicas. Isso fortalece a integralidade do cuidado e a capacidade de resposta do SUS. Interdependência: permite ao SAD-BH fortalecer o Foco na Humanização e Segurança do Cuidado e mitigar a Ameaça de Vulnerabilidade da Rede de Apoio Externa.	Mapeamento de Parcerias: Identificar e formalizar parcerias com o SUAS, a RAPS e outras secretarias (educação, transporte) para criar fluxos integrados de atendimento e suporte social. Criação de Comitês Intersetoriais: Formar grupos de trabalho regulares com representantes dos setores parceiros para discutir casos complexos e planejar ações conjuntas. Capacitação em Determinantes Sociais: Treinar as equipes do SAD-BH para identificar e encaminhar adequadamente os determinantes sociais da saúde que afetam os pacientes.
	6. Controle Social e Engajamento da Comunidade	Potencial para fortalecer o controle social e a participação comunitária na gestão da saúde, ampliando o conhecimento sobre o SAD-BH.	O engajamento da comunidade e dos conselhos de saúde pode transformar o desconhecimento em apoio ativo, fortalecendo a legitimidade e a defesa do serviço em níveis políticos e sociais. Contribui para prestação de contas e a adequação do serviço às necessidades reais da população. Interdependência: é uma oportunidade direta para mitigar a Fraqueza do Desconhecimento Generalizado do Serviço na Rede.	Participação em Conselhos de Saúde: Assegurar a presença e a apresentação regular do SAD-BH em reuniões de conselhos municipais e locais de saúde. Rodas de Conversa com Usuários e Familiares: Criar espaços de diálogo para ouvir as demandas, coletar feedback e informar sobre o serviço. Criação de Materiais Informativos: Desenvolver e-books, vídeos e campanhas simples e claras para a população. Letramento em saúde: Promover o desenvolvimento de habilidades cognitivas e sociais que permitam as pessoas acessarem, compreenderem e usarem informações de saúde de forma eficaz

8/10

Matriz de Análise SWOT/FOFA (adaptada): SAD-BH

SWOT	ELEMENTO	DESCRIÇÃO	IMPACTO E IMPLICAÇÕES	AÇÕES ESTRATÉGICAS SUGERIDAS/MITIGAÇÕES
AMEAÇAS (Fatores Externos Negativos)	1. Desconhecimento Institucional e Cultura Fragmentada	O amplo desconhecimento sobre o papel, os fluxos e os critérios do SAD por parte de outros profissionais e gestores da rede é uma ameaça fundamental à sua integração e efetividade.	Essa ameaça sabota a integração, gerando encaminhamentos inadequados, subutilização e falta de apoio político e operacional. Compromete a efetividade da RAS e a continuidade do cuidado, pois o valor do SAD-BH se torna "condicional" à capacidade da rede de superar essa fragmentação. É um ato micropolítico. Interdependência: exacerbada pela Fraqueza do Desconhecimento Generalizado do Serviço na Rede e da Desarticulação Estrutural com a APS.	Estratégia de Integração: Promover "encontros" e fóruns intersetoriais regulares, focando na construção de confiança e corresponsabilidade, não apenas na troca de informações. Projetos de Integração Multissetorial: Desenvolver projetos piloto que exijam a colaboração obrigatória de múltiplos serviços para alcançar metas conjuntas. Mapeamento de "Guardiões": Identificar os atores-chave que podem influenciar positivamente a integração e engajá-los como defensores do SAD-BH.
	2. Precariedade Estrutural e Subfinanciamento do SUS	O SAD-BH opera dentro de um sistema cronicamente subfinanciado. Essa precariedade estrutural manifesta-se como uma ameaça constante à sua sustentabilidade, limitando a capacidade de expansão, a contratação de pessoal e a aquisição de recursos logísticos.	Essa ameaça compromete a capacidade operacional do SAD-BH, dificulta a resposta à crescente demanda e pode levar à sobrecarga e esgotamento das equipes. É um limitador externo que impede o pleno aproveitamento das Forças e Oportunidades. Interdependência: Impacta diretamente a Fraqueza da Infraestrutura de Informação Obsoleta e Fragmentada e a Instabilidade e Rotatividade de Pessoal.	Otimização de Recursos: Desenvolver um plano de gestão de custos e otimização de uso de equipamentos e insumos. Busca por Fontes Complementares: Explorar parcerias com o setor privado, fundações ou programas de financiamento específicos, dentro das diretrizes do SUS.

9/10

Matriz de Análise SWOT/FOFA (adaptada): SAD-BH

SWOT	ELEMENTO	DESCRIÇÃO	IMPACTO E IMPLICAÇÕES	AÇÕES ESTRATÉGICAS SUGERIDAS/MITIGAÇÕES
AMEAÇAS (Fatores Externos Negativos)	3. Instabilidade e Rotatividade de Pessoal na Rede de Saúde	A alta rotatividade de profissionais e gestores nos serviços de saúde representa uma ameaça contínua à construção de parcerias sólidas. Cada mudança de pessoal exige que o trabalho de articulação, divulgação e pactuação de fluxos seja refeito.	Essa ameaça torna a integração um esforço desgastante e reduz os ganhos permanentes, impactando a continuidade do cuidado e a eficiência dos fluxos. O "trabalho vivo" de construção de relações é constantemente desfeito, gerando ineficiência e frustração. Interdependência: exacerba a Fraqueza do Modelo de Gestão à Distância e Fragmentada e do Desconhecimento Generalizado do Serviço na Rede.	Programas de Onboarding e Capacitação Contínua: Desenvolver materiais de <i>onboarding</i> padronizados e programas de capacitação periódica sobre o SAD-BH para novos profissionais e gestores da rede. Manuais e Fluxo Simplificados: Criar manuais e fluxos de trabalho claros e de fácil consulta que minimizem a dependência de conhecimento tácito. Fortalecer Canais Formais: Reduzir a dependência de relações pessoais, formalizando os canais de comunicação e as pactuações interserviços.
	4. Vulnerabilidade da Rede de Apoio Externa	Limitações de serviços essenciais fora do SAD-BH (como acesso a insumos especializados, exames, transporte, apoio familiar) comprometem a efetividade do cuidado domiciliar. A dependência da família como "elo" de comunicação é um sintoma dessa vulnerabilidade.	Essa ameaça impacta diretamente a capacidade do SAD-BH de prover um cuidado integral, pois o sucesso do atendimento domiciliar muitas vezes depende dessas externalidades. Pode gerar frustração para as equipes e o paciente, comprometendo a satisfação e os desfechos. Interdependência: Mitigada pela Força do Foco na Humanização e Segurança do Cuidado (que engaja a família) e pela Oportunidade de Ampliação da Intersetorialidade.	Mapeamento de Lacunas: Mapear as principais lacunas na rede de apoio externa (ex: acesso a fisioterapia, fonoaudiologia, transporte sanitário especializado). Pactuações Formais: Estabelecer acordos e parcerias com instituições para garantir acesso a serviços e insumos. Políticas e Sistemas: Trabalhar em conjunto com o Sistema Único de Assistência Social e outras políticas para prover suporte e o cuidado necessário às pessoas. Redes de apoio: identificar, apoiar e potencializar as práticas de cuidado existentes no território como meio de transformação do cuidado da saúde e do social (Comunidades Compassivas).

10/10



Produto Técnico do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde (PPGGSS)

Referências

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Diretrizes da Atenção Domiciliar**. Belo Horizonte. 2023. Disponível em:

<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/guia-diretrizes-atencao-domiciliar-sad-21-07-23.pdf>. Acesso em 09 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada. **Programa Melhor em Casa**. Brasília. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/melhor-em-casa>. Acesso em 09 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. 1. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em 9 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 2. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em 10 jul. 2025.

SAVASSI, L. C. M. et al. **Tratado de Atenção Domiciliar**. 1. ed. - Santana de Parnaíba [SP] : Manole, 2022. ISBN 9786555767513. Edição 2023.



Autores: Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo, Karla Rona da Silva, Patrícia Lourdes Silva.



ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte: um estudo de caso sobre a percepção de profissionais atuantes na gestão estratégica

Pesquisador: Karla Rona da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81649924.1.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.222.343

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa com fins descritivos. O estudo de caso será utilizado como método, tendo como objeto de análise o SAD-BH. Serão realizadas entrevistas com os profissionais supramencionados, a partir de um roteiro semiestruturado. A seleção dos participantes ocorrerá em consonância com os preceitos da amostra não probabilística, com a técnica de bola de neve utilizada para alcance da população alvo e a saturação das informações adotada como critério para definição do número de partícipes. A análise dos dados será realizada por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Franco (2008). Definiu-se que os participantes iniciais (pessoas-chave) da pesquisa serão profissionais que atuam na gestão em nível estratégico na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, estes deverão estar em exercício efetivo das funções relacionadas ao cargo ocupado, com pelo menos 6 meses de atuação na função atual. Como critérios de exclusão serão considerados os profissionais em licenças por motivos de saúde ou férias.

As pessoas-chave indicadas para participação no momento inicial da pesquisa serão: Diretor(a) de Atenção às Urgências e Emergências, Diretor(a) de Atenção Primária à Saúde e Integração do Cuidado, Diretor(a) de Regulação de Média e Alta Complexidade em Saúde, Gerente ou Gerente Adjunto de Urgências e Emergências, Gerente ou Gerente Adjunto de Atenção Primária à Saúde, Gerente ou Gerente Adjunto de Regulação do Acesso Hospitalar e Coordenador(a) do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Ressalta-se que além dos diretores, gerentes e gerentes

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 7.222.343

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2385683.pdf	16/10/2024 19:04:02		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_assinado.pdf	16/10/2024 19:02:52	Karla Rona da Silva	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	16/10/2024 19:01:46	Karla Rona da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEN.pdf	16/10/2024 19:01:27	Karla Rona da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	16/10/2024 18:59:29	Karla Rona da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	18/07/2024 21:03:32	Karla Rona da Silva	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.pdf	17/07/2024 19:02:30	Karla Rona da Silva	Aceito
Outros	PARECER_DEP.pdf	17/07/2024 19:01:54	Karla Rona da Silva	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/07/2024 19:01:06	Karla Rona da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQ.pdf	17/07/2024 19:00:54	Karla Rona da Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/07/2024 19:00:37	Karla Rona da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 12 de Novembro de 2024

Assinado por:
Corinne Davis Rodrigues
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética da SMSA-BH

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -
SMS/BH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte: um estudo de caso sobre a percepção de profissionais atuantes na gestão estratégica

Pesquisador: Karla Rona da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81649924.1.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saude de Belo Horizonte

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.374.337

Apresentação do Projeto:

As informações que se seguem foram extraídas do documento INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO e projeto detalhado. Segundo o pesquisador trata-se de pesquisa de dissertação de mestrado Escola de Enfermagem da UFMG. A Atenção Domiciliar (AD) tem se destacado como uma modalidade assistencial inovadora e promissora no contexto da saúde pública brasileira. Essa estratégia visa proporcionar cuidados de saúde de forma humanizada e integral aos pacientes em seu próprio domicílio, reduzindo os custos hospitalares e evitando internações desnecessárias (Brasil, 2016; Mendes; 2012; Dias et al., 2023). No Brasil, a prática da AD ganhou força na década de 1990, culminando na criação da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) em 2011. A PNAD reforça as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade e equidade, oferecendo uma alternativa ao atendimento hospitalar tradicional, especialmente para pacientes crônicos, idosos e em situação de fragilidade clínica (Paim et al., 2011; Mendes, 2012; Cavalcante et al., 2022). Com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas, a demanda por serviços de saúde cresce continuamente (IBGE, 2018; Fausto et al., 2023; Buss et al., 2020). Nesse sentido, a AD surge como uma alternativa viável e eficaz, promovendo o cuidado no ambiente domiciliar, fortalecendo vínculos e resultando na redução de custos, minimizando riscos de infecções e reinternações, além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes (Brasil, 2016; Mendes, 2012; Zimbroff, Omstein, Sheehan, 2021; Cavalcante et al., 2022). Entretanto, para

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -
SMS/BH



Continuação do Parecer: 7.374.337

modificada e suas justificativas.

-Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

- Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

- Tendo em vista a legislação vigente, Resolução CNS 466/12, recomendamos aos Pesquisadores que sejam comunicadas toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, assim como informar qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da Pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2457149.pdf	20/12/2024 15:15:41		Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP_SMSA_PBH.pdf	20/12/2024 15:15:00	Karla Rona da Silva	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade_do_pesquisador.pdf	20/12/2024 15:13:59	Karla Rona da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MODIFICADO_Projeto_Completo.pdf	20/12/2024 15:12:53	Karla Rona da Silva	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_assinado.pdf	16/10/2024 19:02:52	Karla Rona da Silva	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	16/10/2024 19:01:46	Karla Rona da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEN.pdf	16/10/2024 19:01:27	Karla Rona da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	16/10/2024 18:59:29	Karla Rona da Silva	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.pdf	17/07/2024 19:02:30	Karla Rona da Silva	Aceito
Outros	PARECER_DEP.pdf	17/07/2024 19:01:54	Karla Rona da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.130-007
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -
SMS/BH



Continuação do Parecer: 7.374.337

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 11 de Fevereiro de 2025

Assinado por:

Sandra Cristina Paulucci Cavalcanti de Andrade
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.130-007
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br