

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

FABIANA RIBEIRO SILVA

**A GESTÃO DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO ENTRE O SERVIÇO
DE ATENÇÃO DOMICILIAR E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Belo Horizonte

2025

FABIANA RIBEIRO SILVA

A GESTÃO DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO ENTRE O SERVIÇO
DE ATENÇÃO DOMICILIAR E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Doane Martins da Silva

Coorientadora: Prof.^a Dra. Wanessa Debôrtoli de Miranda

Belo Horizonte

2025

Silva, Fabiana Ribeiro.

SI586g A gestão do processo de transição do cuidado entre o serviço de atenção domiciliar e a Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]. / Fabiana Ribeiro Silva. -- Belo Horizonte: 2025.

101f.: il.

Formato: PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Doane Martins da Silva.

Coorientador (a): Wanessa Debôrtoli de Miranda.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

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

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Alta do Paciente. 3. Continuidade da Assistência ao Paciente. 4. Cuidado Transicional. 5. Dissertação Acadêmica. I. Silva, Doane Martins da. II. Miranda, Wanessa Debôrtoli de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: W 84.6

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 120 (CENTO E VINTE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA FABIANA RIBEIRO SILVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 14 (catorze) dias do mês de janeiro de dois mil e vinte e cinco, às 14:00 (catorze horas), realizou-se, por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "A GESTÃO DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO ENTRE O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR E A ATENÇÃO

PRIMÁRIA À SAÚDE", da aluna *Fabiana Ribeiro Silva*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Política, Planejamento e Avaliação em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Doane Martins da Silva, Wanessa Debórtoli de Miranda, Sara de Souza Silva, Mariana Almeida Maia, 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 à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(X) APROVADA;

() APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS

NA FOLHA EM ANEXO; () REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Doane Martins da Silva, Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 14 de janeiro de 2025.

Profª. Drª. Doane Martins da Silva Membro Titular - Orientadora (UFMG)

Profª. Drª. Wanessa Debórtoli de Miranda Membro Titular - Coorientadora (UFMG)

Profª. Drª. Sara de Souza Silva Membro Titular (UNIFESSPA)

Profª. Drª. Mariana Almeida Maia Membro Titular (UFMG)



Documento assinado eletronicamente por **Doane Martins da Silva, Professora do Magistério Superior**, em 29/01/2025, às 08:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wanessa Debortoli de Miranda, Professora do Magistério Superior**, em 29/01/2025, às 16:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sara de Souza Silva, Usuária Externa**, em 04/02/2025, às 22:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Almeida Maia, Membro**, em 05/02/2025, às 21:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3920622** e o código CRC **CC352BDE**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Criador, pelo dom da vida e por tornar possível a realização deste sonho.

Agradeço aos meus pais, que sempre estiveram ao meu lado, pelos valores e ensinamentos ao longo da vida. Ao meu amor, José Geraldo, pela compreensão, parceria e respeito. À minha princesa Larissa, que me ensina a ser uma pessoa melhor a cada dia.

Agradeço à minha querida orientadora Dra. Doane Martins, pelo carinho, compreensão e apoio nos momentos mais difíceis desta caminhada e à Dra. Wanessa Debôrtoli, coorientadora, pela parceria e construção do conhecimento.

Agradeço aos colegas que gentilmente participaram desta pesquisa apontando os caminhos para a transformação da política de saúde mais acessível, equânime e resolutiva.

Aos amigos que, ao longo da caminhada, me incentivaram e compreenderam os momentos de ausência durante essa travessia.

RESUMO

A transição de cuidados é uma estratégia mundialmente adotada para evitar a fragmentação assistencial vivida por usuários em seu percurso na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Este estudo teve como objetivo geral: analisar a gestão do processo de Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e a Atenção Primária à Saúde (APS) e como objetivos específicos: identificar a compreensão de profissionais de saúde e gestores sobre Transição do Cuidado; conhecer estratégias e mecanismos de articulação na Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde; identificar fragilidades e potencialidades de profissionais de saúde e gestores na Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde e descrever estratégias para promover a Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde na perspectiva de profissionais de saúde e gestores. Realizou-se um estudo de caso único, de abordagem qualitativa, tendo como cenário a Regional de Saúde Barreiro, no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. O estudo teve 26 participantes, envolvendo profissionais de equipes de saúde da família, profissionais das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e gestores do nível local, central e regional de saúde no município. Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, entre os meses de abril a julho de 2024, submetidas à Análise de Conteúdo Temática e organizadas em quatro categorias de análise: “A transição do cuidado na perspectiva de profissionais de saúde e gestores”; “Estratégias para a transição do cuidado entre o SAD e a APS”; “Articulação entre EMAD e APS na transição do cuidado: potencialidades e desafios”; e “Perspectivas para transição do cuidado na rede de saúde: necessidade de efetivar e definir novas ações e estratégias”. Na primeira categoria, os participantes demonstraram clareza quanto ao conceito dos cuidados de transição, que foi correlacionado à colaboração, compartilhamento de saberes e conexão entre os serviços e profissionais para a oferta assistencial integral, segura e qualificada. A segunda categoria descreveu as estratégias utilizadas para a TC no cotidiano do trabalho de equipes EMAD e de eSF, incluindo envio de sumário de alta; a discussão de casos de maior complexidade assistencial; e, a realização de roda de conversa entre as equipes EMAD e de eSF. A terceira categoria expôs as potencialidades e desafios enfrentados pelas equipes nos cuidados de transição. A quarta categoria descreve as principais estratégias evidenciadas pelos profissionais para promover melhorias na Transição do Cuidado entre o SAD e a APS. Este estudo revelou desafios na organização e execução dos cuidados de transição entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde. Como produto técnico deste estudo, elaborou-se um relatório técnico a ser apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e à Regional de Saúde Barreiro.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Alta do Paciente. Continuidade da Assistência ao Paciente. Cuidado Transicional.

ABSTRACT

Care transition is a strategy adopted worldwide to avoid the fragmentation of care experienced by users during their journey through the Health Care Network (HCN). This study had the general objective of analyzing the management of the Care Transition process between the Home Care Service and Primary Health Care. The specific objectives of this study were: to identify the understanding of health professionals and managers about Care Transition; to identify strategies and mechanisms for articulation in the Care Transition between the Home Care Service and Primary Health Care; to identify the weaknesses and potentialities of health professionals and managers in carrying out the Care Transition between the Home Care Service (HCS) and Primary Health Care (PHC) and describe strategies to promote the Transition of Care between the Home Care Service and Primary Health Care from the perspective of health professionals and managers. A single case study with a qualitative approach was conducted. The setting was the Barreiro Health Region, in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais. The study had 26 participants, including professionals from family health teams, multidisciplinary home care team (MHCT) professionals and managers from local, central and regional health levels. Data were collected through semi-structured interviews between April and July 2024, submitted to Thematic Content Analysis and organized into four categories of analysis: "Transition of care from the perspective of health professionals and managers"; "Strategies for care transition between HCS and PHC"; "Articulation between HCS and PHC teams in care transition: potential and challenges"; and "Perspectives for care transition in the health network: need to implement and define new actions and strategies". In the first category, the participants demonstrated clarity regarding the concept of transition of care, which was correlated with collaboration, knowledge sharing, and connection between services and professionals to provide comprehensive, safe, and qualified care. The second category described the strategies used for care transition in the daily work of the MHCT and the FHS team, including sending discharge summaries; discussing cases of greater care complexity; and holding a conversation circle between the MHCT and the FHS team. The third category exposed the potential and challenges faced by teams in care transition. This study revealed gaps in the organization and implementation of care transition between the HCS and PHC. As a technical product of this study, a technical report was prepared to be presented to the Municipal Health Department of Belo Horizonte and the Barreiro Regional Health Department.

Keywords: Primary Health Care. Patient Discharge. Continuity of Patient Care. Transitional Care.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Divisão administrativa de Belo Horizonte	28
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Marcos legais da Atenção Domiciliar no Brasil	20
Quadro 2 - Tipologia de Atenção Domiciliar	22
Quadro 3 - Categorias de Análise	32
Quadro 4 - Caracterização dos participantes do estudo e os respectivos códigos empregados nas entrevistas. Belo Horizonte, MG, 2024	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DNCT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DRES-B	Diretoria Regional de Saúde Barreiro
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multidisciplinar de Apoio
eSF	Equipe de Saúde da Família
HMDCC	Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PTS	Plano Terapêutico Singular
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional de Atenção Domiciliar
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SMSA-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Transição do Cuidado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 Transição do cuidado	17
3.2 Atenção domiciliar	19
3.3 Atenção primária à saúde.....	23
4 METODOLOGIA	27
4.1 Tipo de estudo.....	27
4.2 Cenário de estudo	27
4.3 Participantes.....	29
4.4 Coleta e análise dos dados	30
4.5 Considerações éticas	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1 A transição do cuidado na perspectiva de profissionais de Saúde e gestores	34
5.2 Estratégias para a transição do cuidado entre o serviço de atenção domiciliar e a atenção primária à saúde	37
5.3 Articulação entre equipes do SAD e da APS na transição do cuidado: potencialidades e desafios.....	42
5.4 Perspectivas para transição do cuidado: necessidade de efetivar e definir novas ações e estratégias.....	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	71
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE EQUIPES DO SAD	72
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES	73

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	744
APÊNDICE E - PRODUTO TÉCNICO	777
ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL	86
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/UFMG	87
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/SMSA	92

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 2001 e optei em direcionar minha trajetória profissional na saúde pública. Inicialmente, como enfermeira de equipe de Saúde da Família, pude vivenciar a importância da APS enquanto ordenadora do cuidado em saúde bem como reconhecer o quão resolutivo é este ponto de atenção. Em 2010, direcionei minha carreira no Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto gestora e tive a oportunidade de experienciar os níveis de gestão local, distrital e central do município e os desafios para a implementação de políticas na área da saúde conforme os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública. Também exerci em alguns momentos à docência em Enfermagem e acredito que a formação dos trabalhadores de saúde, principalmente, para o SUS, contribui para as novas interrelações que favorecem os perfis profissionais necessários à atualidade.

Durante minha atuação no centro de saúde e na regional, tive pouca aproximação com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e apropriação incipiente dos fluxos para acesso a este ponto de atenção. Em 2020, na Secretaria de Saúde, tive a oportunidade de me aproximar deste serviço e ver sua potência na configuração de práticas em saúde para uma oferta inclusiva, equânime, oportuna e humanizada.

A partir do desejo de ampliar os conhecimentos no campo da gestão, ingressei no Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, em 2022, com o objetivo de analisar a gestão do processo de Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde em uma Regional de Saúde de Belo Horizonte.

1 INTRODUÇÃO

As mudanças nas necessidades de saúde da população têm apresentado desafios para o planejamento de ações e organização dos sistemas de saúde, que precisam encontrar respostas adequadas às distintas demandas. O SUS tem incorporado modalidades assistenciais e de gestão com vistas a atender aos problemas e necessidades de saúde da população através da reconfiguração de práticas sanitárias centradas no usuário e nas demandas de saúde contemporâneas (Brasil, 2020).

Neste cenário, a Atenção Domiciliar (AD) é incorporada ao rol de ofertas de cuidado no sistema de saúde (Silva *et al.*, 2019). Diante do envelhecimento populacional e consequente aumento dos atendimentos à população idosa, a transição epidemiológica e a alta prevalência de pessoas com doenças crônicas ou com sequelas provenientes de doenças ou acidentes somados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a AD se destaca como importante resposta do SUS e é a estratégia adotada mundialmente para a otimização dos leitos hospitalares, redução da pressão assistencial nas portas dos serviços de urgência, garantia de cuidado assistencial aos usuários acamados ou restritos ao domicílio, promovendo maior qualidade e humanização do cuidado e autonomia do indivíduo (Brasil, 2020).

No Brasil, destaca-se que o cuidado no domicílio é uma das atribuições das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), que é o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo como atribuições a coordenação do cuidado e ordenação do acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2017a). As equipes de saúde da família (eSF) executam atividades e ações na comunidade, na unidade básica de saúde e no domicílio (Savassi, 2016).

Segundo Giovanella e Mendonça (2012), a APS é a porta de entrada do sistema de saúde e se caracteriza por ser de fácil acesso ao usuário e capaz de resolver grande parte dos problemas em saúde.

A Portaria nº 2.029/2011 instituiu a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, estabelecendo as normas para cadastro e habilitação dos SAD (Brasil, 2011a). No mesmo ano, a Portaria nº 2.527 redefine a Atenção Domiciliar no SUS e qualifica o processo de negociação e de pactuação entre gestores na observância das necessidades de saúde dos usuários, especialmente do cuidado no domicílio (Brasil, 2011b).

No ano de 2013, a Portaria nº 963 reorienta a atenção domiciliar no âmbito do SUS. Nesta portaria, a AD é conceituada como um conjunto de ações de promoção à saúde, tratamento, prevenção de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às RAS. O SAD é considerado como serviço complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Dentre outras definições, essa Portaria dispõe sobre a organização das três modalidades de AD (Brasil, 2013).

Em 2016, a Portaria nº 825 incorpora a Atenção Domiciliar enquanto modalidade assistencial integrante da RAS e o SAD como serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar no âmbito do SUS (Brasil, 2016). No ano de 2017, a Portaria nº 5 fundamenta normas e ações para o atendimento e internação domiciliar pelas equipes do SAD no âmbito do SUS (Brasil, 2017b). Em 2021, a Portaria Nº 3.547 habilita EMAD e EMAP aos serviços de atenção especializada no SUS (Brasil, 2021).

Procópio *et al.* (2019) relatam que, apesar dos inúmeros avanços com a implementação e expansão do SAD e da sua importância para sustentabilidade econômica do sistema de saúde, existem desafios a serem superados, como a falta de entendimento do papel da AD na RAS, a fragmentação do cuidado, visto que cada vez mais os usuários são atendidos por diferentes profissionais em diversos serviços de saúde. Há dificuldades no compartilhamento do cuidado entre as equipes de AD, seja pela falta de entendimento da política de AD ou pela baixa efetividade na construção de estratégias coletivas de trabalho (Andrade *et al.*, 2013; Savassi, 2016).

Assim, a Transição do Cuidado (TC) se torna importante estratégia para garantir a continuidade do cuidado de usuários que necessitam de cuidados contínuos e persistentes (Lima *et al.*, 2018).

A TC é definida como uma estratégia capaz de garantir a coordenação segura e a continuidade do cuidado dos usuários com diversas necessidades de saúde que dependem de tecnologias e dispositivos para a manutenção dos cuidados em seus domicílios ou em outros pontos da RAS, necessitando da complementaridade de diferentes profissionais e serviços de saúde (Lima *et al.* 2018; Brasil, 2020). A TC tem impacto na redução de internações hospitalares e na diminuição das reinternações

causadas por complicações, redução do custo de serviços de saúde e aumento da qualidade de vida de pacientes, especialmente em um contexto de avanços terapêuticos e tecnológicos constantes (Lima *et al.*, 2018).

No processo de alta do Serviço de Atenção Domiciliar para a Atenção Primária à Saúde, destaca-se que a APS deve ter ciência do acompanhamento do usuário para a troca de informações e compartilhamento do plano de cuidados entre estas equipes. O cuidado transicional possibilita a continuidade assistencial do usuário pela APS com a organização prévia dos insumos e medicamentos necessários, bem como o planejamento dos atendimentos na agenda das equipes desse nível de atenção (Brasil, 2020).

Acosta *et al.* (2020) alertam para o risco de fragmentação dos cuidados quando os usuários transitam por vários serviços e são atendidos por diferentes profissionais sem integração entre os pontos da RAS. Usuários com doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) são mais vulneráveis quando há falta de integração e conectividade de cuidados entre os profissionais, já que transitam entre diversos serviços de saúde e necessitam de uma assistência continuada, dessa forma, transições de cuidado ineficientes podem acarretar lacunas de informação e falhas na segurança do paciente.

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria GM/MS nº 529/2013. Com o aumento de morbimortalidade ocasionada por eventos e incidentes associados ao cuidado em saúde, a Organização Mundial de Saúde criou a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial pela Segurança do Paciente) (Brasil, 2013).

No contexto da alta hospitalar, a TC é abordada na literatura nacional e internacional, entretanto observou-se carência de estudos sobre a TC entre as equipes do SAD e da APS.

Com base no exposto, emergiram os seguintes questionamentos: como ocorre a gestão do processo de Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde? Qual a compreensão de profissionais de saúde e gestores sobre Transição do Cuidado? Quais estratégias e mecanismos de articulação na Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde? Quais fragilidades e potencialidades de profissionais de saúde e gestores na Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde? Quais estratégias evidenciadas pelos profissionais para

promover melhorias na Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde?

Acredita-se que os resultados deste estudo contribuirão para a reflexão de profissionais e gestores sobre aspectos importantes da transição do cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde, oferecendo subsídios para a organização e planejamento de ações para melhor atuação em rede e continuidade do cuidado em saúde aos usuários. E ainda, a possibilidade de refletir como o modelo de transição do cuidado adotado no cotidiano dos serviços poderá oferecer a possibilidade de revisão de fluxos e aprimoramento dos mecanismos de articulação dos serviços para transição do cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a gestão do processo de Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a compreensão de profissionais de saúde e gestores sobre Transição do Cuidado;
- Conhecer estratégias e mecanismos de articulação na Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde;
- Identificar fragilidades e potencialidades de profissionais de saúde e gestores na Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde;
- Descrever estratégias para promover a Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde na perspectiva de profissionais de saúde e gestores.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Transição do cuidado

A TC é a estratégia adotada mundialmente para a mitigar a fragmentação assistencial e objetiva proporcionar segurança dos pacientes e a continuidade do cuidado dos usuários à medida em que transitam entre diferentes profissionais, serviços de saúde ou nível assistencial, de acordo com sua necessidade de saúde (Schumacher *et al.*, 2021; Nascimento *et al.*, 2022). Os usuários com múltiplas comorbidades e diversas necessidades de saúde e esquemas terapêuticos complexos se beneficiam da TC que, quando bem praticada, possibilita aumento na qualidade assistencial, proporciona maior satisfação dos usuários, reduz a ocorrência de eventos adversos, de custos institucionais, aumenta a resolutividade das terapêuticas propostas, além de evitar a reinternação hospitalar (Brasil, 2020; Costa *et al.*, 2020; Doty *et al.*, 2020).

No processo de transição de cuidados, ocorre a transferência de responsabilidade assistencial entre os profissionais de saúde para a continuidade da assistência do usuário em outro ponto de atenção ou domicílio (Nascimento *et al.*, 2022). Ao transitar por diferentes serviços de saúde, é crucial que haja integração entre os profissionais de saúde para o seguimento do cuidado ao longo do tempo e por isso a continuidade do cuidado é um desafio para sistemas de saúde em todo o mundo (Acosta *et al.*, 2020).

Com o objetivo de orientar a prática da atenção domiciliar pela atenção primária, o Ministério da Saúde publicou orientações sobre a TC entre: hospital e a equipe da APS; equipe da APS e hospital; SAD e APS (Brasil, 2020).

No que tange à TC entre hospital e a equipe da APS, esta é essencial para proporcionar alta segura para o usuário e qualificar o processo de desospitalização (Ghenó; Weis, 2021). Estratégias de planejamento da alta estruturada, educação do usuário, reconciliação medicamentosa e visitas de acompanhamento ou chamadas telefônicas pós-alta são ações que facilitam a transferência de informações para os profissionais da APS (Brasil, 2020).

No fluxo inverso, ou seja, na TC que ocorre entre a equipe da APS e o hospital, o fornecimento de informações pela APS como lista de problemas, dados relevantes do plano de cuidados, como, por exemplo, as medidas a serem evitadas em caso de

cuidados paliativos e medicamentos em uso devem ser disponibilizados para o local de internação, sendo indicado o contato telefônico entre o médico do hospital com o médico de referência da APS para discussão dos casos mais complexos (Brasil, 2020).

Para usuários atendidos pelo SAD, recomenda-se que a APS seja informada do acompanhamento do usuário. O compartilhamento do plano de cuidados e troca de informações entre equipes do SAD e APS devem ser realizados previamente para que os profissionais da APS possam programar os atendimentos, garantir o fornecimento de insumos e medicamentos para a continuidade dos cuidados ao usuário, fortalecendo as relações de vínculo entre usuários/familiares e profissionais (Brasil, 2020).

O deslocamento dos usuários entre os diversos cenários de cuidado pode apresentar riscos à continuidade da assistência e à qualidade da atenção (Coleman *et al.*, 2006; Nascimento *et al.*, 2022). Assim, há uma preocupação acerca da necessidade em melhorar a qualidade e gerenciar riscos durante as transferências de cuidados (Corral Gudino *et al.*, 2017; Schumacher *et al.*, 2021). Transições eficientes e seguras têm sido o foco de interesse de gestores e pesquisadores de saúde em todo o mundo (Weber *et al.*, 2017). Uma TC efetiva para o domicílio impacta na redução da ocorrência de eventos adversos evitáveis, quedas e infecções pós-operatórias especialmente em idosos, bem como com melhora na qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, redução na busca por serviços de emergência e custos para o sistema de saúde (Costa *et al.*, 2020; Acosta *et al.*, 2020).

Apesar do estabelecimento de estratégias para uma TC eficiente, os sistemas de saúde têm enfrentado desafios na coordenação e continuidade dos cuidados. Schumacher *et al.* (2021) referem dificuldades em otimizar as transições em um número crescente de americanos idosos com condições crônicas de saúde. Na Espanha, Corral Gudino *et al.* (2017) apontam a falta de articulação entre ambiente hospitalar e a atenção primária e a necessidade em investir em ações de prevenção e promoção da saúde e cuidado contínuo às condições crônicas. Médicos da APS da Austrália, Canadá, França, Alemanha, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Suécia, Suíça, Reino Unido e Estados Unidos da América destacam desafios como a falta de um sistema de referência, falta de interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde e o recebimento de informações inconsistentes na alta hospitalar para garantir a comunicação oportuna entre os serviços de saúde e dificuldades na

coordenação da atenção ao paciente (Doty *et al.*, 2020).

3.2 Atenção domiciliar

Segundo Procópio *et al.* (2019), a AD se caracteriza como uma atenção substitutiva ou complementar às existentes e deve atuar de forma integrada com todos os pontos de atenção à saúde com oferta de ações de tratamento, promoção, prevenção da saúde, reabilitação e palição no ambiente domiciliar. A principal característica da AD é a oferta do cuidado em saúde em espaços fora do ambiente hospitalar com a articulação da RAS, no acompanhamento e recuperação da saúde dos usuários (Rajão; Martins, 2020).

A AD tem se expandido progressivamente no mundo e no Brasil por possibilitar a articulação de vários pontos da RAS, por otimizar recursos hospitalares e reduzir a sobrecarga das portas de urgência (Brasil, 2020). Os cuidados domiciliares como modalidade de atenção ambulatorial já eram largamente utilizados na Europa no século XVIII (Silva *et al.*, 2005). No Brasil, os primeiros relatos de ações desenvolvidas no domicílio datam de 1893, com a organização do Serviço Sanitário e de Assistência Pública, a cargo da Diretoria de Higiene e Saúde Pública, através da polícia sanitária e comissários de higiene em busca da verificação das condições de higiene, com recomendações de desinfecção do domicílio, orientações sobre moléstias, catalogação das doenças e socorro às vítimas em caso de acidente ou na impossibilidade de tratá-las em casa (Oliveira; Kruse, 2016).

A partir de 1920, Carlos Chagas cria o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) para realizar a vigilância dos doentes com tuberculose com visitas aos domicílios realizadas por inspetores sanitários e enfermeiras, objetivando assegurar o isolamento do paciente, com conforto e condições favoráveis à cura. Nesta época, a AD estava diretamente associada à tuberculose e à ação das enfermeiras visitadoras (Oliveira; Kruse, 2016).

A expansão dos serviços de AD ocorre na década de 90, com a regulamentação e incorporação enquanto oferta assistencial no SUS (Silva *et al.*, 2010), com a inclusão do SAD na Lei nº 8.080 de 1990 enquanto oferta assistencial para promoção, proteção e recuperação da saúde (Ribeiro, 2020). Em uma perspectiva recente, em 2011, a Portaria nº 2.029, instituiu a AD no âmbito do SUS, também conhecido como Programa Melhor em Casa, estabelecendo normas, credenciamento e financiamento

do SAD (BRASIL, 2011a). A incorporação da AD enquanto caráter complementar e substitutivo à intervenção hospitalar de baixa e média complexidade aos cuidados iniciados pelos serviços de urgência e complementares à APS ocorre com a publicação da Portaria nº 963/2013 (BRASIL, 2013).

Os principais marcos legais para a expansão da Atenção Domiciliar no Brasil estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1 - Marcos legais da Atenção Domiciliar no Brasil.

Ano	Legislação	Descrição
1997	Portaria 1.892, de 18 de dezembro de 1997.	Incorporação da Internação Hospitalar no SUS.
1998	Portaria 2.416, de 23 de março de 1998.	Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais para a internação hospitalar.
2002	Lei 10.424, de 15 de abril de 2002.	Regulamenta a assistência domiciliar e internação domiciliar no SUS com acréscimo do capítulo VI e artigo 19-I à Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.
2006	RDC 11, de 26 de janeiro de 2006.	Regulamentação Técnica para o funcionamento dos serviços que prestam Atenção Domiciliar.
	Portaria 2.529, de 19 de outubro de 2006.	Institui a Internação Domiciliar (ID) no SUS e estabelece a composição dos Serviços de Internação Domiciliar.
2011	Portaria 1.600, de 07 de julho de 2011.	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Atenção Domiciliar como um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências no SUS.
	Portaria nº 2029, de 24 de agosto de 2011.	Instituiu a AD no âmbito do SUS com o estabelecimento de normas para cadastro, habilitação dos Serviços de Atenção Domiciliar, modalidades de atenção domiciliar e valores do incentivo para o funcionamento do SAD.
	Portaria 672, de 18 de outubro de 2011.	Estabelece normas para a inclusão das EMAD e EMAP na tabela do Sistema e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).
	Portaria 2.527, de 27 de outubro de 2011.	Reformula a Portaria 2.029 para readequação de normas e diretrizes para o credenciamento do SAD aos municípios, localizados em região metropolitana e com população igual ou superior a 40 mil habitantes e inferior a 100 mil habitantes, com base na população estimada pelo IBGE.
2012	Portaria 1.533, de 16 de julho de 2012.	Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde.
	Portaria 1.237, de 01 de novembro de 2012.	Inclui e altera, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS, os procedimentos relacionados à Atenção Domiciliar.
	Portaria 963, de 27 de maio de 2013.	Redefine a Atenção Domiciliar do SUS tendo como diretrizes a articulação com RAS, integrada ao sistema de regulação e inserida em linhas de cuidado para reduzir a fragmentação assistencial, primando pelo trabalho multidisciplinar e interdisciplinar.

2013	Portaria 1.026, de 03 de junho de 2013.	Revisa o valor de incentivo para o custeio das Equipes Multiprofissionais da Atenção Domiciliar.
	Portaria 1.208, de 18 de junho de 2013.	Integração do Programa Melhor em Casa com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências.
	Portaria 761, de 08 de julho de 2013.	Normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e atualiza o Tipo de Equipes do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), os tipos de equipes e compatibilidades com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).
	Portaria 1.505, de 27 de julho de 2013.	Fixa o valor de custeio para a implantação do SAD por tipo de EMAD e EMAP.
2015	Portaria 1.653, de 02 de outubro de 2015.	Acrescenta o artigo à Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, e institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) para garantir a transição entre o Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) e o SISAB.
2016	Portaria 825/2016, de 25 de abril de 2016.	Incorpora a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, enquanto integrante da RAS, e o SAD como serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, enquanto modalidade assistencial.
2017	Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017.	Alicerça as normas e ações para o atendimento e internação domiciliar pelas equipes do Serviço de Atenção Domiciliar.
2019	Portaria 3.654, de 17 de dezembro de 2019.	Habilita Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados e Municípios.*
2020	Portaria nº 3.462, de 16 de dezembro de 2020.	Habilita estabelecimento de saúde como Unidade de Atenção Especializada em Doença Renal Crônica (DRC).
2021	Portaria nº 4.466, de 21 de dezembro de 2022.	Habilita o estado, município ou distrito federal a receber recursos destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para estabelecimentos de saúde.

* Por questões de habilitação de EMAD e EMAP no custeio da Média e Alta Complexidade de estados e municípios, publicou-se portarias entre os anos de 2019 a 2022.

Fonte: elaborado pela autora (2024).

O SAD permite a redução do tempo de hospitalização e proporciona maior rotatividade de leitos e aumento da disponibilidade de vagas nas unidades de urgência e hospitais através das desospitalizações e desupalizações (Pereira *et al.*, 2022).

A AD é organizada em três categorias: a modalidade AD1, AD2 e AD3. No

Quadro 2, apresentam-se as tipologias de atenção domiciliar e suas respectivas definições.

Quadro 2 - Tipologia de Atenção Domiciliar.

	Perfil de usuário	Responsável
AD1	Usuários com condição crônica estável e restrição ao lar ou ao leito, com necessidade de cuidados da equipe de saúde com frequência espaçada e programada conforme seu Plano Terapêutico Singular (PTS).	Atenção Primária e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Centro de Saúde)
AD2	Usuários com condições agudas, crônicas agudizadas, pacientes em cuidados paliativos ou prematuridade com necessidade de ganho ponderal em que, tendo indicação de AD, necessitem de cuidados multiprofissionais, transitórios e intensificados, minimamente semanais.	EMAD (Serviço de Atenção Domiciliar)
AD3	Usuários com condições agudas, crônicas agudizadas ou cuidados paliativos que, tendo indicação de AD, necessite de cuidados multiprofissionais, transitórios e intensificados, minimamente semanais e que necessitam de procedimentos de maior complexidade.	EMAP (Serviço de Atenção Domiciliar)

Fonte: adaptado da Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 5, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017b); Pereira *et al.* (2022).

A EMAD é composta por: profissional(is) médico(s) com carga horária mínima de 40 horas semanais; profissional(is) enfermeiro(s) com carga horária mínima de 40 horas semanais; profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com carga horária mínima de 30 horas semanais e profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de carga horária de no mínimo 120 horas semanais. Uma equipe de EMAD deve atender a uma população adscrita de 100 mil habitantes, tendo como parâmetro o atendimento de 60 pacientes/mês. Já a EMAP tem composição mínima de três profissionais de nível superior, podendo ser: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional, cuja soma da carga horária de seus componentes será de, no mínimo, 90 horas de trabalho (Brasil, 2016).

Na perspectiva de reorganização assistencial da rede de cuidado, a AD tem potencial na articulação entre os serviços para a oferta de cuidado a perfis de usuários não alcançados por outros espaços e estimula gestores, trabalhadores, usuários e pesquisadores a repensarem o modelo de atenção, práticas e ofertas de cuidado com vistas ao cuidado integral. A AD tem protagonizado mudanças e reordenação técnico-assistencial com foco nas redes substitutivas e em novas práticas de cuidado ao considerar a complexidade e singularidade dos usuários, familiares e equipes (Procópio *et al.*, 2019).

Apesar dos avanços com a expansão da AD e sua importância para a sustentabilidade do sistema de saúde, alguns aspectos têm desafiado gestores, como a integração desse ponto de atenção com os outros pontos da RAS, a falta de entendimento do papel da AD e a interrupção do cuidado dos usuários após a alta do paciente da AD para a APS (Dias *et al.*, 2015; Procópio *et al.*, 2019).

Acrescenta-se ao entendimento insuficiente da política de AD, a ausência de formação adequada para a AD, bem como a incipiência na construção de estratégias coletivas de trabalho em articulação com a APS (Savassi, 2016). Acosta *et al.* (2020) afirmam que a evolução da AD pela APS e equipes do SAD traz à tona a necessidade de integração desses pontos de atenção com objetivo de evitar a fragmentação dos cuidados aos usuários.

3.3 Atenção primária à saúde

A partir da Declaração de Alma-Ata, em 1978, líderes mundiais firmaram o compromisso histórico para o alcance do direito à saúde universal que se consagrou como um guia fundamental para o desenvolvimento dos sistemas de saúde na maioria dos países do mundo (Molina, 2018). Da Conferência de Alma-Ata, nasceram os elementos essenciais da APS centrados na oferta de práticas assistenciais primárias, com acesso universal às famílias e indivíduos, o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham (Almeida *et al.*, 2018).

A Conferência Global de Atenção Primária à Saúde, ocorrida em Astana em 2018, reafirmou a importância do fortalecimento da APS para a sustentabilidade do sistema de saúde universal e para o alcance dos objetivos de Desenvolvimento Sustentável, relacionados à saúde, em busca da Saúde para todos (WHO, 2018).

O modelo da APS tem seu foco nas necessidades da população para a mudança das práticas e políticas públicas com a reformulação das práticas assistenciais contrapondo o modelo hospitalocêntrico (Giovannella; Mendonça, 2012). Evidências têm demonstrado que sistemas de saúde baseados na APS têm alcançado melhores resultados na saúde das populações (CONASS, 2011).

No Brasil, com a implantação do SUS em 1988, a APS é implementada como política de Estado (Almeida, *et al.*, 2018). A Portaria nº 2.436/2017 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017a).

A APS é uma forma de organização e integração dos serviços a partir da necessidade de saúde dos indivíduos e é definida como porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde, sendo o primeiro nível de assistência ambulatorial, de uma rede de saúde organizada com complexidade assistencial crescente (CONASS, 2011; Giovanella; Mendonça, 2012). Tem características únicas que a diferencia dos demais níveis de atenção que permitem a operacionalização das políticas, programas e serviços em busca da integração dos pontos assistenciais na perspectiva de atender às necessidades de saúde da população (CONASS, 2011).

Starfield (2002) definiu atributos para operacionalização de uma APS de qualidade: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Os primeiros 4 atributos são considerados essenciais e os 3 últimos são atributos derivados.

A atenção ao primeiro contato é a porta de entrada preferencial do usuário ao sistema, a cada nova necessidade de utilização do serviço para novos problemas ou acompanhamento regular da saúde da população e o referenciamento a outros níveis de atenção quando necessário. O cuidado longitudinal implica no vínculo profissional/equipe/usuário e na responsabilidade da oferta de assistência continuada ao longo da vida. A integralidade pressupõe a oferta de serviços de promoção, cura, prevenção, reabilitação e palição pela equipe de saúde mediante às necessidades da população, bem como ao reconhecimento das necessidades biopsicosociais do indivíduo (Starfield, 2002).

A coordenação significa a capacidade de garantir a continuidade assistencial aos problemas que demandam de seguimento e articulação com outros pontos assistenciais, sendo a APS o centro de comunicação da RAS (Mendes *et al.*, 2019). A centralidade na família implica o reconhecimento do contexto e dinâmica familiares para responder às necessidades de saúde dos seus membros (Giovanella; Mendonça, 2012).

Para a orientação comunitária, faz-se necessária a identificação das carências físicas, estruturais, econômicas e sociais das comunidades do território e a articulação intersetorial para enfrentamento de determinantes sociais da saúde. A competência cultural tem como premissa o respeito às singularidades culturais e preferências de famílias e indivíduos na relação estabelecida entre a equipe de saúde e a população (Mendes *et al.*, 2019).

Além de atender aos atributos, a APS enquanto organizadora do sistema de

atenção à saúde deve desempenhar as funções de resolutividade, comunicação e responsabilização. Quanto à função de resolutividade, os cuidados primários devem ser capazes de resolver cerca de 85% da necessidade de saúde da população adscrita. Quanto à comunicação, deve coordenar o percurso assistencial das pessoas entre os diferentes serviços que compõem a rede assistencial. A função de responsabilização sanitária diz respeito à prestação dos serviços e na atenção à saúde da população adscrita a esse nível de atenção (Mendes *et al.*, 2019).

A eSF foi definida como modelo de atenção para a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) no país em 2006 pela PNAB. Sua reformulação, em 2017, ampliou o escopo de equipes para além da eSF na atenção primária (Brasil, 2006, 2017b).

Para atender à gama de complexidade assistencial e impactar na situação de saúde da população, a PNAB pressupõe a atuação multiprofissional organizada e colaborativa, com desenvolvimento de ações efetivas que colaborem para a satisfação e segurança dos pacientes (Machado *et al.*, 2021). Dentre os tipos de equipes que atuam na AB, dispostas na PNAB de 2017, destaca-se a eSF reconhecida como a estratégia prioritária de atenção à saúde que visa à reorganização da AB, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. A integração entre as equipes de saúde da família e equipes do SAD é preconizada como uma estratégia para ampliar as ações e resolubilidade da atenção domiciliar (Brasil, 2017a).

As RAS objetivam a oferta de cuidado integral, de qualidade, resolutivo e oportuno ao usuário de acordo com a necessidade em saúde da população. É composta por um conjunto de serviços de saúde regionalizados em seus níveis de complexidade assistencial, com fluxos e contrafluxos coordenados pela APS que é o centro comunicador desta rede (Mendes *et al.*, 2019).

Segundo Savassi (2016), a atenção domiciliar tem sofrido ameaças que perpassam pela dificuldade em compartilhar o cuidado entre o SAD e APS, pelo conhecimento ainda insuficiente da PNAD, pelo déficit na formação dos profissionais para atendimento às demandas assistenciais nos cuidados domiciliares somados à alta demanda de cuidados que ultrapassa a capacidade de atendimento das eSF. Se por um lado a atenção primária possui pouco tempo para a assistência domiciliar com a frequência adequada para atender às necessidades de sua população, por outro, a

integração da AB com o SAD necessita de maior integração, sobretudo nos fluxos de referência e contrarreferência para a efetivação da rede da RASno SUS.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, delineada pela estratégia de pesquisa estudo de caso único. Os estudos qualitativos se expressam pela postura interpretativa a partir das experiências, percepção, compreensão humana, reforço pela singularidade, execução flexível e interativa e uso da triangulação para validação do método investigativo (Stake, 2011). O objeto de trabalho na abordagem qualitativa são os significados, motivações, crenças, valores, aspirações e atitudes (Minayo, 2014).

Na abordagem qualitativa, o estudo de caso objetiva aprofundar as impressões acerca da realidade, por ser considerada uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente (Triviños, 2010). O estudo de caso busca compreender um fenômeno contemporâneo em seu contexto sem manipulação dos acontecimentos, o que permite observar os fenômenos sociais, organizacionais e políticos, preservando as características do contexto de vida real onde o pesquisador possui pouco ou nenhum controle (Yin, 2015).

A escolha pelo estudo de caso qualitativo é adequada por permitir apreender profundamente uma realidade complexa e contemporânea em seu contexto real a partir do ponto de vista daqueles que a vivenciam, mostrando as contradições aparentes e ocultas (Yin, 2015).

4.2 Cenário de estudo

O estudo foi realizado na regional Barreiro, no município de Belo Horizonte-Minas Gerais (MG). A seleção da Regional foi intencional, devido à facilidade de acesso da pesquisadora.

O município de Belo Horizonte, capital do estado de MG, possui uma população estimada de 2.315.560 pessoas, ocupando a 6ª colocação entre as cidades mais populosas do país, o que implica em uma densidade demográfica de 6.988,18 habitantes/km² (IBGE, 2022). A cidade é dividida administrativamente em nove regionais de saúde sendo elas: Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (Figura 1).

Figura 1 - Divisão administrativa de Belo Horizonte.



Fonte: Geraes Imóveis - Belo Horizonte (2024).

A rede municipal de saúde de Belo Horizonte está distribuída territorialmente e é composta por 375 unidades de saúde para atendimento à população (Pereira *et al.*, 2022). A APS é composta por 152 Centros de Saúde que cobrem toda a cidade e contam com 596 equipes de Saúde da Família, 316 equipes de Saúde Bucal, 62 equipes de apoio em saúde bucal e 83 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, bem como 82 Academias da Cidade e nove Centros de Convivência (Belo Horizonte, 2024).

Belo Horizonte conta ainda com nove Unidades de Pronto Atendimento, unidades de Apoio Diagnóstico, unidades da Rede de Atenção Psicossocial, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, unidades de Apoio à Assistência, unidades de Serviços de Vigilância à Saúde, unidades especializadas e dois hospitais, o Hospital

Metropolitano Odilon Behrens e o Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro (Pereira *et al.*, 2022).

A oferta de serviços de atenção domiciliar no município esteve vinculada a instituições hospitalares filantrópicas e instituições públicas estaduais, federais e municipal até 2001 (Silva *et al.*, 2010). A Portaria nº003/2001 normatizou o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) nas unidades hospitalares do SUS de Belo Horizonte (Belo Horizonte, 2001).

O SAD do município é composto por 32 equipes distribuídas nas Unidades de Pronto Atendimento e hospitais da rede SUS-BH, sendo, 24 EMAD e 8 EMAP. Em 2019, iniciou-se as atividades do EMAD-Cuidados Paliativos com a inclusão dos usuários do Hospital Luxemburgo no processo de desospitalização, o que representa mais um avanço na oferta da AD do município aos usuários em processo de terminalidade no ambiente familiar, proporcionando um atendimento humanizado e individualizado (Belo Horizonte, 2018, 2019).

Neste contexto municipal, delimitou-se como cenário de estudo, as eSF e o SAD da Regional Barreiro, que abriga aproximadamente 300 mil habitantes e está localizado à sudoeste do município. Essa regional possui 88 equipes de saúde da família, distribuídas em 20 centros de saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), duas unidades de atenção especializada, dois equipamentos da rede de atenção psicossocial, um serviço de referência de saúde do trabalhador e o Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro (HMDCC). O SAD conta com duas EMAD e uma EMAP (Pereira *et al.*, 2022).

4.3 Participantes

Participaram deste estudo profissionais de nível médio e superior que compõem equipes de saúde da família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) de quatro centros de saúde da regional Barreiro e os integrantes das duas equipes EMAD da regional (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem). E, ainda, profissionais que ocupavam cargos de gestão no nível central e regional em diretorias e serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

A inclusão destes participantes foi fundamentada na atribuição de promover a transição do cuidado entre as equipes do SAD/EMAD e da APS e a gestão dos

serviços na RAS municipal. Como critérios de inclusão, entre os profissionais das eSF e EMAD se estabeleceram: profissionais de cada categoria que compõem a equipe de saúde da família e EMAD com atuação de, no mínimo, seis meses na função e que tiveram ao menos uma experiência de transição do cuidado. Para os profissionais que ocupavam cargos de gestão, considerou-se como critério de inclusão: estar em exercício das funções nos últimos seis meses. Os critérios de exclusão para todas as categorias de análise foram: profissionais que estavam afastados por motivo de licença médica ou em gozo de férias no período da coleta de dados.

Para a realização das entrevistas, inicialmente, realizou-se contato telefônico com o gestor de cada serviço e envio de e-mail com as informações sobre o estudo. O gestor agendou uma reunião presencial com os profissionais das eSF para a apresentação do tema da pesquisa, objetivos e procedimento de coleta de dados. Contatou-se as equipes EMAD e EMAP por meio contato telefônico e envio de e-mail com o projeto da pesquisa e posterior agendamento da coleta de dados. Inicialmente, foi proposta a realização de entrevistas com profissionais das duas modalidades de equipes do SAD, contudo, embora tenham sido feitas tentativas de agendamento, não foi possível a realização de entrevistas com a equipe EMAP da regional Barreiro.

O número participantes não foi definido *a priori*. A coleta de dados foi interrompida quando se identificou a saturação, situação em que as informações fornecidas pelos novos participantes pouco acrescentariam aos dados já obtidos, não mais contribuindo para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados coletados (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

4.4 Coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista presencial a partir de um roteiro semiestruturado e análise documental. A entrevista com o uso de roteiro semiestruturado concede ao entrevistador maior flexibilidade e elaboração de novas hipóteses à medida que os sujeitos vão respondendo às perguntas, além de permitir a obtenção de dados objetivos e subjetivos, bem como valores e opiniões, características essenciais para os estudos qualitativos (Belei *et al.*, 2008; Minayo, 2017).

As entrevistas foram realizadas em horário e local estabelecidos pelos participantes, sem comprometer o funcionamento dos serviços. A coleta de dados

ocorreu entre os meses de abril a julho de 2024, nas próprias unidades, em local reservado, permitindo a privacidade dos respondentes. A média de duração das entrevistas foi de 15 minutos.

Os participantes, de forma voluntária, consentiram o uso de gravador digital durante as entrevistas. A pesquisa contou com roteiros distintos para os participantes (Apêndices A, B e C). As entrevistas foram transcritas na íntegra na forma de texto do programa Word, verificando a exatidão das transcrições de acordo com as gravações de áudio. Para análise dos dados, houve o emprego de códigos, de acordo com a categoria do entrevistado, com o intuito de preservar a identidade dos participantes.

Objetivou-se, inicialmente, realizar coleta de dados em documentos e registros para proceder à análise destes documentos e, durante o trabalho de campo, foram solicitados aos participantes documentos sobre a gestão da TC entre as equipes de Saúde da Família e SAD. Contudo, alguns participantes mencionaram a existência do Guia de Diretrizes da Atenção Domiciliar do município de Belo Horizonte (Pereira *et al.*, 2022), disponível para acesso público, e, portanto, dispensando o uso de Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD).

Quanto à utilização de documentos na coleta de dados, Yin (2015) e Flick (2009) ressaltam que o uso de documentos nos estudos de caso reside no fato de fornecer outros detalhes específicos para corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes, como as entrevistas.

Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo temática. A análise de conteúdo é entendida como:

Análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem as inferências de conhecimentos relativos de condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2016, p. 41).

Observou-se as fases (pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação) apresentadas por Bardin (2016). A pré-análise é o momento de organizar as percepções iniciais da pesquisa com a reunião e organização dos documentos e materiais que foram coletados, seguido pela leitura flutuante que permite ao pesquisador o desenvolvimento de impressões e orientações sobre o objeto de análise. Na fase de exploração do material, ocorre a transformação dos dados brutos, por meio das operações de codificação, decomposição ou

enumeração conforme regras previamente determinadas em representação do conteúdo ou de sua expressão. Na fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, houve a interpretação e categorização dos achados. Os resultados obtidos nas etapas anteriores permitiram a descrição dos achados da pesquisa, expressos qualitativamente, com a categorização e interpretação dos dados (Bardin, 2016). Construiu-se quatro categorias de análise que estão descritas no Quadro 3.

Quadro 3 - Categorias de Análise.

Nomeação das Categorias de Análise	
1	A transição do cuidado na perspectiva de profissionais de saúde e gestores.
2	Estratégias para a transição do cuidado entre o SAD e a APS.
3	Articulação entre equipes do SAD e da APS na transição do cuidado: potencialidades e desafios.
4	Perspectivas para transição do cuidado na rede de saúde: necessidade de efetivar e definir novas ações e estratégias.

Fonte: elaborado pela autora (2024).

4.5 Considerações éticas

O estudo seguiu os princípios de ética em pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (CNS, 2012).

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Assembleia do Departamento de Gestão em Saúde da Escola de Enfermagem da UFMG e do Núcleo de Pesquisa, Diretoria de Educação em Saúde/Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, com obtenção do Termo de Anuência Institucional (Anexo A).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMG e ao CEP da SMSA de Belo Horizonte (instituição coparticipante). A coleta dos dados se iniciou após a aprovação do projeto pelos referidos Comitês por meio dos Pareceres: 6.589.929 (Anexo B) e 6.698.602 (Anexo C). Os participantes foram convidados a participar voluntariamente do estudo, com a garantia de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos.

Os participantes formalizaram a aceitação para participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D), em duas vias de mesmo conteúdo, sendo que uma ficou com o participante e a outra está arquivada juntamente com os demais documentos da pesquisa pela pesquisadora responsável por um período de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 26 profissionais com idade entre 27 e 70 anos, sendo 20 entrevistados do sexo feminino. O tempo de atuação variou entre um e 37 anos, sendo a média de sete anos na função. Entrevistou-se sete profissionais que ocupavam cargos de gestão no nível central em diretorias e serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Dentre os profissionais de eSF e do EMAD, foram entrevistados quatro médicos, seis enfermeiros, seis técnicos de enfermagem e três agentes comunitários de saúde.

Para garantir o anonimato dos participantes, optou-se pela adoção de siglas da categoria profissional do entrevistado: TENF – técnico de enfermagem; ENF - enfermeiro; MED - médico; ACS - Agente Comunitário de Saúde, seguidas do número referente à entrevista. Os ocupantes de cargos de gestão foram identificados com a sigla GES. O Quadro 4 apresenta as características dos participantes do estudo.

Quadro 4 - Caracterização dos participantes do estudo e os respectivos códigos empregados nas entrevistas. Belo Horizonte, MG, 2024.

Código	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Cargo	Tempo de serviço (anos)
TENF_1	feminino	64	Ensino Médio - Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem de eSF	21
TENF_2	feminino	57	Ensino Médio - Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem de eSF	37
ENF_1	feminino	46	Ensino Superior - Enfermagem	Enfermeira de eSF	5
MED_1	feminino	34	Ensino Superior - Medicina	Médica de eSF	7
ACS_1	masculino	70	Ensino Médio	ACS	23
ENF_2	feminino	44	Ensino Superior - Enfermagem	Enfermeiro de eSF	18
ENF_3	masculino	45	Ensino Superior – Enfermagem	Enfermeiro de eSF	13
ACS_2	feminino	43	Ensino Médio	ACS	19
TENF_3	feminino	53	Ensino Médio - Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem eSF	30
MED_2	masculino	49	Ensino Superior - Medicina	Médico de eSF	21
ACS_3	feminino	54	Ensino Médio	ACS	19
GES_1	feminino	43	Ensino Superior - Enfermagem	Gerente	3

GES_2	feminino	42	Ensino Superior - Assistente Social	Gerente	3
GES_3	feminino	39	Ensino Superior - Enfermagem	Gerente	4
GES_4	feminino	43	Ensino Superior - Psicologia	Gerente	1
GES_5	feminino	44	Ensino Superior - Enfermagem	Gerente	7
ENF_4	feminino	42	Ensino Superior - Enfermagem	Enfermeira de eSF	14
GES_6	feminino	37	Ensino Superior - Enfermagem	Gerente	2
TENF_4	feminino	36	Ensino Médio - Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem de eSF	7
ENF_1SAD	feminino	51	Ensino Superior - Enfermagem	Enfermeira SAD	2
MED_1SAD	masculino	27	Ensino Superior - Medicina	Médico SAD	1
TENF_1SAD	masculino	42	Ensino Médio - Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem SAD	2
MED_2SAD	feminino	33	Ensino Superior - Medicina	Médica SAD	2
ENF_2SAD	feminino	45	Ensino Superior - Enfermagem	Enfermeira SAD	12
TENF_2SAD	feminino	65	Ensino Médio - Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem SAD	4
GES-7	masculino	51	Ensino Superior - Enfermagem	Gerente	4

Fonte: elaborado pela autora (2024).

5.1 A transição do cuidado na perspectiva de profissionais de Saúde e gestores

Esta categoria trata da perspectiva dos participantes no que se refere à TC e de aspectos considerados como importantes para a segurança nos cuidados de transição. Os participantes correlacionaram os cuidados de transição à garantia assistencial dos pacientes ao transitarem por diferentes serviços e níveis assistenciais.

É o momento em que um outro nível do sistema, vem de um cuidado com o paciente e precisa repassar esse cuidado para outro nível. Funciona tanto quando nós da APS precisamos encaminhar para outro local quanto a gente recebe o paciente, para que não dependa só dele para chegar no serviço, para que não venha de forma abrupta (MED_2).

Transição do cuidado é uma perspectiva de continuidade da prestação da assistência, seja na cura ou na reabilitação e até mesmo prevenção [...] a gente vai ou receber do centro de saúde para dar continuidade dentro da

proposta, ou na maioria das vezes, a gente repassa o paciente para atenção básica para essa continuidade (ENF1_SAD).

É uma equipe, um serviço que acompanhou o paciente por um determinado período contra referenciando esse paciente para a equipe de origem, que vai continuar o cuidado, fazer o acompanhamento contínuo desse paciente (ENF_2).

É a passagem do paciente pela rede, ora ele está na atenção primária ou na atenção secundária, ora ele vai estar na atenção hospitalar ou na atenção domiciliar e depois vai retornar para atenção primária. Eu entendo esse cuidado transitório é a trajetória que ele passa na rede em algum momento, ele vai estar em um ponto de atenção (GES_2).

Mundstock *et al.* (2022) definem que o cuidado continuado é experimentado pelo paciente em seu deslocamento pelos serviços de saúde em seus distintos níveis de cuidados com manutenção da assistência. Benefícios como o aumento da qualidade do atendimento, maior resolutividade das terapêuticas propostas, maior satisfação dos usuários do sistema e redução dos eventos adversos são igualmente atribuídos à TC quando bem conduzidas entre as equipes assistenciais (Brasil, 2020).

O aumento da prevalência das condições crônicas, o envelhecimento populacional, a necessidade em reduzir os custos e aumentar a oferta de leitos hospitalares nos sistemas de saúde requerem estratégias para garantir a continuidade da prestação dos cuidados em saúde e superação da fragmentação assistencial aos pacientes (Weber *et al.*, 2017; Costa *et al.*, 2021). Nascimento *et al.* (2022) e Bernadino *et al.* (2022) destacam a importância da transferência de responsabilidade entre os profissionais para a continuidade do cuidado aos pacientes ao transitarem entre setores de um mesmo serviço ou em diferentes pontos assistenciais. Os participantes demonstraram clareza quanto à necessidade de colaboração e responsabilização dos profissionais no cuidado ao usuário por diferentes esferas assistenciais, a fim de evitar a interrupção de intervenções ou agravamento dos quadros de saúde.

Transição do cuidado é quando o paciente está sob responsabilidade de alguma equipe específica e ele transita dessa equipe para a equipe de saúde da família [...] transição é a passagem da responsabilidade no cuidado desse paciente (ENF_1).

É uma responsabilização pela atenção e cuidar de um paciente nas diversas esferas da rede, da atenção básica, para a atenção secundária ou terciária e vice-versa (ENF_3).

É a responsabilidade com o paciente e não deixar ele solto na rede, passar o caso que precisa de atendimento em outro serviço, outro ponto da rede, mas

sem abandonar o caso. Conseguir transmitir a demanda do paciente, o paciente ser atendido e da mesma forma ele voltar para o serviço de referência (GES_6).

Outro aspecto importante relatado pelos entrevistados versa sobre o cuidado integral a ser dispensado ao usuário em TC. A integralidade aqui se estende para além das questões clínicas do paciente, abrangendo a identificação e abordagem das vulnerabilidades sociais, relações sociais e familiares envolvidas no processo de cuidado. Bernardino *et al.* (2022) apontam a importância da oferta de cuidado com foco na pessoa, de acordo com as necessidades de cada indivíduo que se correlaciona com a qualidade, continuidade do cuidado e melhoria do acesso. Para Acosta *et al.* (2020), o cuidado integral é um dos elementos para a segurança do paciente e é uma ação preventiva às complicações clínicas e reinternações hospitalares.

Transição de cuidado é uma prevenção, uma forma de não deixar agravar o paciente para que ele tenha os cuidados necessários (ACS_3).

Pensar o usuário no seu cuidado integral, transitando na rede no ponto que ele necessita naquele momento e a transição do cuidado precisa considerar tanto a questão clínica que ele precisa naquele momento, quanto questões de cuidado familiar, presença familiar e de vulnerabilidade (GES_4).

Essa equipe está acompanhando por uma determinada doença ou comorbidade e chega o momento em que essa equipe precisa dar alta para o paciente e precisa transferir de forma responsável para que a equipe de saúde da família dê continuidade ao cuidado a esse paciente, o cuidado como algo integral da assistência (GES_5).

A TC também foi correlacionada ao compartilhamento de saberes e assistência compartilhada entre os profissionais, independente do ponto assistencial, demonstrando a característica complementar de equipes distintas em prol da assistência qualificada. Brasil (2020) endossa a relevância do cuidado compartilhado em contraposição ao modelo tradicional dos sistemas de saúde para superação das propostas pouco efetivas e fragmentadas.

Às vezes o período de internação domiciliar ou de assistência domiciliar pelo EMAD ou pelo SAD, acontece de uma maneira que não dá conta de contemplar todas as necessidades do paciente. Então a gente faz uma atenção compartilhada, teoricamente sem interferir muito na conduta de um e de outro, a gente entra como um apoio, na necessidade do paciente (ENF_3).

Muitos pacientes mesmo antes da alta formal do EMAD, a gente tem que acionar o atendimento compartilhado [...] boa parte do atendimento do EMAD, é compartilhado com a atenção primária [...] coisas de retaguarda o posto de saúde também tem que contribuir para continuidade [...] eu não vou trabalhar sozinha, vou precisar da retaguarda do centro de saúde para fornecer material para trocas secundárias [...] um insumo ou um transporte para poder retornar a um serviço até hospitalar [...] uma tentativa de não perder todas as propostas que já foram implementadas no paciente para a continuidade com o objetivo do bem-estar do paciente (ENF_1SAD).

A interação entre os serviços foi abordada pelos participantes descrevendo a TC como uma conexão entre os serviços, profissionais e usuários no contexto de alta, envolvendo diversos atores como pacientes, familiares e cuidadores diante de novas situações como a introdução de medicamentos, novos cuidados em saúde e frequentes dúvidas quanto à recuperação e apoio pós-alta no domicílio.

Uma ponte que precisa ser feita com o paciente, em diferentes momentos que o paciente vivencia [...] transição de cuidado, entendo como atuar nesses momentos em que o paciente precisa, onde o vínculo está mais fragilizado, surgem dúvidas, surgem problemas de saúde novos, diria que é uma conexão (MED_1SAD).

É o motivo pelo qual a gente admite um paciente que está com novo dispositivo, uma nova situação, um novo aspecto de vida, não era acamado e agora está acamado [...] antes de chegar na atenção primária. São orientações do cuidado para a própria família, para o paciente, todas as orientações [...] é aquele momento da alta hospitalar em que o paciente chegou em casa e a gente vai para sanar várias dúvidas (MED_2SAD).

O apoio ao usuário, cuidadores e familiares no momento de alta hospitalar tende a melhorar a qualidade de vida dos pacientes, evitar reinternações, promover maior satisfação dos usuários, proporcionar maior adesão ao tratamento, além de reduzir os custos dos sistemas de saúde (Brasil, 2020; Weber *et al.*, 2017).

5.2 Estratégias para a transição do cuidado entre o serviço de atenção domiciliar e a atenção primária à saúde

Esta categoria de análise discorre sobre as estratégias utilizadas no cotidiano do trabalho de equipes do SAD e de eSF no cuidado transicional.

Mauro, Cucolo e Perroca (2021) indicam que o prosseguimento do cuidado e eficácia do processo de alta domiciliar está diretamente relacionado com a capacidade de interlocução entre os distintos pontos assistenciais e, neste processo, algumas ferramentas são utilizadas para viabilizar a continuidade assistencial.

Os profissionais destacaram que o principal meio de comunicação utilizado entre as equipes do SAD e APS tem sido o e-mail institucional, sendo também mencionado o uso do telefone. Entretanto, vários foram os relatos de dificuldade quanto à utilização do telefone para a comunicação entre os serviços, seja pela rotina dos serviços, mas principalmente pela indisponibilidade do serviço telefônico naquele momento.

A comunicação entre os serviços ela é bem tranquila [...] tive necessidade de um determinado paciente com uso de sonda vesical de demora, com infecção por repetição e precisar de um acompanhamento mais específico via EMAD e conseguir resolver isso via e-mail e ser prontamente atendido e vice-versa, às vezes ligar e conseguir discutir o caso, para receber alguma informação mais específica, de avaliar a necessidade ou não do EMAD de acompanhar (ENF_3).

O e-mail eu acho facilitador, acho que facilito a vida do enfermeiro mandando a descrição atual do paciente com sumário de alta completinho a foto da lesão, acho interessante também, nem que seja se eu não tirar foto a descrição de como está a lesão agora, acho que são esses detalhes que ajudam e ele já consegue programar uma visita. [...] Às vezes é difícil conseguir contato telefônico no centro de saúde (MED_2SAD).

Essa questão do e-mail, essa troca de informação no meu olhar da gestão facilita muito porque hoje a questão do telefone está muito prejudicada então tem que criar outros meios que seja da instituição, algo oficial, que é por e-mail (GES_3).

Estratégias devem ser adotadas pelos membros da equipe assistencial para a transferência segura dos pacientes entre os serviços, a fim de garantir uma ação conjunta entre os profissionais com vistas a uma assistência qualificada. Dentre as estratégias efetivas, a existência de um sistema de informação que permita o compartilhamento de informações entre as equipes em diferentes pontos assistenciais, o planejamento da alta, o plano de cuidados impresso, material educativo escrito e folhetos com telefones dos serviços na comunidade são recomendados (Costa *et al.*, 2020). As estratégias de TC são essenciais principalmente para os portadores de doenças crônicas e pacientes com esquemas terapêuticos complexos que são assistidos em diferentes pontos assistenciais e que frequentam diferentes ambientes de saúde (Brasil, 2020).

Por ser um processo complexo que envolve profissionais de diferentes formações e habilidades, os cuidados transicionais devem incluir o paciente, cuidadores e familiares e requer comunicação ativa entre estes (Brasil, 2020; Weber *et al.*, 2017), além de envolver o compartilhamento de informações, a fim de

proporcionar a integralidade do cuidado, ampliar a resolutividade e possibilitar maior adesão ao tratamento (Pereira *et al.*, 2022).

O sumário de alta foi considerado pelos entrevistados como a principal ferramenta atualmente utilizada nos cuidados de transição entre os serviços. Segundo Nascimento *et al.* (2022), os meios de comunicação escritos e verbais durante a TC possibilitam a continuidade da assistência do paciente por propiciar a troca de informações sobre o estado geral dos pacientes, considerando os esforços anteriormente empregados e, assim, possibilitar o planejamento de ações para seguimento dos cuidados.

Um fator facilitador importante é o sumário de alta do EMAD, [...] lá tem um campo de recomendações, então eu consigo sugerir algumas coisas [...] consigo formalizar essa continuidade do cuidado [...] acho que é uma coisa que cria vínculo, estimula essa continuidade do cuidado (MED_1SAD).

O facilitador é que eles mandam por escrito [...] o que a gente tem que fazer [...] a continuidade [...] para esse paciente não ficar perdido (TENF_2).

Na verdade, é a evolução deles, vem explicando direitinho, a gente consegue fazer um atendimento de continuidade (TENF_1).

Temos recebido as necessidades de cuidado do ponto de vista de fono, fisio, curativo às vezes, por escrito no sumário de alta. A gente recebe via e-mail a comunicação e a família é orientada a trazer isso. No sumário de alta a gente consegue observar essas informações e as necessidades de atividade de cada profissional (ENF_3).

Entretanto, um relato específico de um participante considera que apenas o envio do sumário de alta é insuficiente para garantir a segurança assistencial do paciente em tratamento de lesões, por não descrever terapêuticas com evolução desfavorável anteriormente utilizadas durante o acompanhamento pelo serviço de atenção domiciliar.

O que conheço é a alta falando o que foi feito com o paciente, mas não sei se por exemplo, usou um determinado curativo que não foi bacana. Não foi realizado nenhuma visita da equipe junto com o EMAD para receber as orientações que são recebidas via e-mail, e na alta são poucas informações (TENF_4).

Brasil (2020) e Berghetti *et al.* (2023) descrevem que a continuidade de cuidados entre os serviços de atenção domiciliar requer a elaboração conjunta do plano de cuidados ou Plano Terapêutico Singular (PTS) com a definição das atribuições específicas complementares dos membros das equipes que realizam a atenção domiciliar. A elaboração do PTS é uma estratégia ainda pouco explorada

entre os serviços de atenção domiciliar, com potencialidades para facilitar o cuidado transicional e continuidade assistencial pelos cuidados primários.

Ferramentas específicas como o plano terapêutico singular precisa ser muito bem explorado, estudado entre as equipes, não é o meu plano, não é o plano da equipe saúde da família, ele tem que ser construído coletivamente, a partir da admissão do paciente, porque tem aspectos que a equipe sabe e a EMAD não tem propriedade e que facilita fazer inclusive o desligamento do paciente (GES_4).

As entrevistas revelaram dificuldade de comunicação entre profissionais dos serviços. A aproximação e discussão de casos, quando ocorre, fica restrita quando há situações de maior complexidade assistencial para a realização de troca de informações entre as equipes EMAD. Essa aproximação da equipe do SAD foi avaliada positivamente pelos profissionais e gestores da atenção primária.

Algumas vezes a gente vai e comunica essa alta no próprio centro de saúde porque por telefone fica muito difícil, então dependendo do caso, se é um caso mais delicado, a gente ainda vai no centro de saúde (MED_2SAD).

Acho que se no momento da alta eles quisessem vir conversar com a equipe, facilitaria, ou durante mesmo acompanhamento se eles acharem que precisa vir, dar um parecer para a equipe (ENF_2).

Está definido que nos casos complexos deve ocorrer a aproximação das equipes de forma presencial, aquele que requer uma assistência conjunta no primeiro momento, com a identificação do paciente, toda a rede deve ser envolvida, então já é feita a visita no centro de saúde para discussão, marca-se reuniões conjuntas, um matriciamento (GES_1).

Tenho experiência de 2 ferramentas por e-mail dando alta para aquele paciente e da visita do enfermeiro, do EMAD, para a gente poder discutir sobre a transição do cuidado de um paciente e foi muito bom, porque o acompanhamento foi bem longo pelo EMAD (ENF_1).

Melhorou bastante depois dessa instituição da comunicação por e-mail, mas acho que ainda alguma coisa fica perdida na rede, porque já aconteceu de a gente dar alta paciente, e a equipe ligar, olha, vocês não me comunicaram alta e aí a gente fala, nós mandamos um e-mail em tal data, a gente até reencaminha, mas infelizmente, a gente não consegue também ir ao centro de saúde e avisar pontualmente todos os pacientes que a gente dá alta. Porque a nossa demanda também é grande. Então eu procuro fazer essa visita para comunicar a alta nos pacientes mais complexos (ENF_2SAD).

Há uma dificuldade de comunicação, prevalece ainda o e-mail dizendo que está sendo transferido e às vezes um contato telefônico seria melhor, uma visita na própria unidade para uma discussão do caso, uma inserção do caso na discussão com a equipe de saúde da família. Organizada pelo fluxo, eu acho que está, mas falta uma proximidade (GES_4).

Para Nascimento *et al.* (2022), eventuais lacunas na comunicação entre os

serviços de saúde podem ser decisivas no prognóstico ou na sobrevivência do paciente, sendo reconhecidas como momento de vulnerabilidade assistencial.

Com o objetivo de propiciar uma maior aproximação e divulgação do serviço de atenção domiciliar com a APS, em 2023, um dos projetos estratégicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) foi a aproximação destas equipes através de rodas de conversa das equipes EMAD com as equipes dos centros de saúde, culminando com ampliação do acesso aos serviços de atenção domiciliar, melhora nas relações e práticas assistenciais mais colaborativas entre os serviços.

O encontro das equipes que ofertam AD potencializou os cuidados de transição entre os serviços, além de aumentar o referenciamento da APS de usuários elegíveis para a AD2 e AD3.

A partir dessa aproximação já observamos, além da facilidade do EMAD fazer a transição do cuidado para o território, para a continuidade da assistência [...] começamos a receber pacientes do centro de saúde com critérios de elegibilidade para o SAD [...] foi um aumento expressivo a partir do momento que acontecia a reunião, realmente a sementinha plantada [...] um resultado muito positivo [...] a própria equipe da atenção primária com a sua equipe de atenção domiciliar de referência faz-se o contato. Observamos um aumento em torno de 20% do número de pacientes encaminhados do centro de saúde demonstrando a efetividade dessa aproximação entre as equipes como um bom resultado na transição do cuidado (GES_1).

A TC melhorou bastante [...] existem falhas no processo de assistência e uma vez que a equipe está bem inteirada: a equipe do centro de saúde e a equipe da EMAD, acho que essas falhas podem ocorrer com menos frequência. Você entender qual é a linha de cuidado, o que eles já fizeram, a orientação, o segmento assistencial para a gente dar continuidade, eu acho que isso é muito válido (ENF_3).

Há um tempo, era muito complexo conseguir fazer esse contato. Ficava todo mundo muito perdido, inclusive eu e a equipe também, uma transição muito grande de profissionais, então a gente ficava meio sem saber, alguns nem sabiam do serviço. A minha equipe não conhecia a proposta do SAD, não conhecia nem que a gente tem a possibilidade de mandar para lá, estávamos acostumados a receber os casos. Foi feita uma visita para alinhamento, para eles apresentarem os serviços e facilitou muito a comunicação (GES_6).

A aproximação entre os membros da atenção domiciliar para discussão dos casos em acompanhamento é destacada por Silva *et al.* (2021) como uma importante ferramenta que favorece o cuidado compartilhado. Amorim *et al.* (2022) destacam a importância de ampliar a divulgação do SAD com os demais pontos rede para uma efetiva articulação e melhor compreensão da RAS.

5.3 Articulação entre equipes do SAD e da APS na transição do cuidado: potencialidades e desafios

A atenção domiciliar se caracteriza por um conjunto de ações preventivas, de tratamento, de promoção à saúde, de reabilitação e paliativas realizadas no espaço domiciliar e é uma modalidade assistencial integrada à RAS. A adoção da assistência domiciliar nos sistemas de saúde garante a ampliação do acesso, produção em saúde humanizada, acolhimento e redução das iniquidades (Savassi, 2016).

A organização e oferta dessa modalidade assistencial no município foi identificada como um significativo aspecto para a articulação entre as equipes que ofertam AD para a transição dos cuidados.

Temos 21 equipes multiprofissionais de atenção domiciliar, responsáveis pela assistência de 100% da população de Belo Horizonte. Isso só é possível pela distribuição geográfica, onde os 152 centros de saúde do município têm como referência uma equipe EMAD [...] em cada regional temos 2 EMADs: a EMAD que está na unidade de pronto atendimento e a EMAD hospitalar, o território é dividido em área de abrangência e isso é um facilitador (GES_1).

Um dos elementos principais para a implantação da AD pelos municípios é garantia de retaguarda das portas de urgência para atendimento dos usuários em casos de instabilidade clínica do paciente. Essa organização do município de Belo Horizonte foi destacada pelos entrevistados, que avaliaram positivamente a distribuição das unidades de pronto atendimento em cada regional da cidade e o suporte do transporte em saúde, sendo considerada como um facilitador pelas equipes do SAD.

Retaguarda das portas de urgência é muito importante. Deve ser muito difícil quem trabalha em SAD de interior, que não tem uma retaguarda próxima do domicílio, dos familiares dos pacientes deve ser difícil. Porque imagina uma intercorrência dessa num SAD na zona rural, quilômetros de transporte, a logística do transporte é mais difícil. Facilitadores também é essa rede que tem aqui em Belo Horizonte, facilita o transporte sanitário que você pode estar acionando uma ambulância no sanitário para poder levar um paciente até uma porta de urgência, se necessário (ENF_1SAD).

Para garantir o bom desempenho do SAD, é importante o mapeamento dos serviços que compõem a RAS e a definição dos fluxos assistenciais. Um dos pressupostos para a implantação e manutenção do serviço é a cobertura do SAMU no território e a referência de hospital ou UPA para a prestação dos cuidados aos

pacientes e solucionar eventuais intercorrências.

Outro aspecto identificado como facilitador pelos profissionais da EMAD foi a confecção do prontuário espelho que permanece no domicílio do usuário enquanto está em acompanhamento pelo SAD. Esse dispositivo permite que outros pontos da rede de saúde identifiquem que o paciente está sob os cuidados do SAD e saibam as propostas de cuidado em curso.

A gente vai na casa do paciente e deixa uma cópia do espelho do prontuário. Esse documento é um facilitador, porque pelo menos em Belo Horizonte, os profissionais já conseguem identificar na casa que é paciente do EMAD, vê a proposta que está em segmento. É uma identificação, até para quando chega o SAMU, numa UPA, porque quando chega na porta de urgência, numa intercorrência já tem uma prioridade de atendimento [...] tem uma condição prioritária, a equipe não fica segurando muito em urgência, ainda mais os paliativos que já sabem que já está no acompanhamento, então é uma coisa rápida, paciente não fica muito parado em ponto de urgência, é visita bem pontual (ENF_1SAD).

O prontuário domiciliar é apontado como instrumento de integração entre os profissionais e serviços que estão assistindo o paciente por uma proposta terapêutica em curso. Durante a assistência domiciliar, o prontuário é confeccionado em duas vias: uma permanece no domicílio e a outra via fica com a equipe. Neste instrumento, são registradas todas as avaliações e procedimentos realizados pelos profissionais que tenham contato com o paciente para o registro das condutas adotadas (Brasil, 2012).

A participação da família e a corresponsabilização no acompanhamento do paciente contribuem no processo de restabelecimento da saúde, sendo aspectos informados pelos participantes. A efetivação da AD está correlacionada à participação ativa da família, do paciente e dos profissionais de saúde com o envolvimento e pactuação de responsabilidades entre os envolvidos, tendo a família papel crucial no cuidado pois pode determinar a evolução do cuidado e qualidade de vida do paciente (Brasil, 2012). O envolvimento do familiar/cuidador no processo de cuidado proporciona maior segurança e sucesso na recuperação da saúde.

Fica mais fácil quando a família está entendendo melhor [...] tem conhecimento da realidade do paciente. Quando o paciente também está adequado para fazer uma transição não precoce é muito mais fácil quando a família está bem ciente para não fazer a transição e o paciente voltar para o hospital e voltar para o EMAD, vai virar um círculo vicioso. A facilidade é essa, a família tendo a orientação da situação e até o mesmo paciente, fica muito

mais fácil e a equipe do centro de saúde consegue dar continuidade com mais facilidade (TENF_1SAD).

Os cuidados domiciliares proporcionam à família e cuidadores um misto de sentimentos relacionados ao cuidado que podem melhorar as relações de afeto e confiança com o paciente, entretanto, o esgotamento físico e emocional, a falta de apoio e insegurança também perpassam nesta relação de cuidado, com sobrecarga do cuidador (Procópio *et al.*, 2019).

A preparação de cuidadores e pacientes é apontada como uma das responsabilidades dos profissionais, inclusive nas decisões para a elaboração do plano de cuidados (Costa *et al.*, 2020). Neste sentido, a equipe de atenção domiciliar tem como escopo de suas atribuições o apoio à família e cuidadores nas mudanças de rotinas e contextos domiciliares bem como a orientação dos cuidados a serem dispensados diariamente ao paciente (Brasil, 2012).

Um dos relatos traz a necessidade de, na rotina dos profissionais, ser ofertada a capacitação do cuidador para a segurança do paciente.

Às vezes o cuidador não está muito orientado, e a gente sempre orienta todo o dia o cuidador está vendo a gente fazer o curativo, às vezes o cuidado não está bem orientado a lesão vai piorando (MED_2SAD).

Um dos princípios norteadores da APS é o vínculo entre o serviço de saúde e usuário. A relação de confiança e responsabilização pelo cuidado é construída no acompanhamento longitudinal entre equipe de saúde e o usuário (Giovanella; Mendonça, 2012). Os entrevistados apontaram que os cuidados de transição são facilitados quando há vínculo da população com as equipes de saúde da família que conhecem e acompanham as famílias do seu território.

Só pelo fato do paciente ser cadastrado na área contemplada pelo PSF já é um facilitador (ENF_1SAD).

Tem equipes bem presentes que acompanham o paciente, ficam sabendo [...] pelo menos a ACS de como as coisas estão, se está com EMAD, se está precisando de alguma coisa (MED_1SAD).

A equipe está lá no centro de saúde sempre disposta a discutir o caso, eles sempre conhecem o paciente, principalmente quando é de lesão que necessita mais uma transição de cuidado mais acertada (MED_2SAD).

O que facilita bastante é quando o familiar, cuidador, já tem uma interação boa com ACS da equipe, às vezes o ACS até vai quando a gente está lá em visita, a gente já fala dessa programação de alta (ENF_2SAD).

A TC envolve uma gama de ações que promovem a transferência oportuna e segura dos pacientes e inclui estratégias desde a admissão, alta hospitalar e seguimento pós-alta (Costa *et al.*, 2020). A APS deve ter ciência do acompanhamento do paciente que está sob os cuidados do SAD, pois o usuário pertence ao território de atuação da atenção básica que tem informações relevantes para contribuir na elaboração do plano de cuidados como da rede social de apoio, as relações familiares e condição clínica prévia do usuário (Brasil, 2020). Uma das estratégias centrais para a adequada transição do cuidado é a notificação para a equipe da APS sobre a admissão do paciente pelo SAD e, apesar de estar previsto institucionalmente (Pereira *et al.*, 2022), percebe-se fragilidades neste aspecto.

Falta informação, muitas vezes a gente não sabe que o EMAD está acompanhando o paciente do nosso território e muitas vezes esse paciente tem alta do EMAD e a gente não fica sabendo quais profissionais que acolheram esse paciente [...] um paciente que estava com uma sonda e a família não sabia que sonda que era e aí a gente teve que ir, tirar foto, pedir o ACS para fazer visita (ENF_1).

Tenho uma paciente que está sob o cuidado da EMAD. Eu sei que ela está com o cuidado da EMAD, porque a gente vai lá, o ACS deu retorno que ela tinha saído do hospital, estava em alta hospitalar. A gente foi numa visita e lá ficamos sabendo através do familiar que ela já estava sendo acompanhada pela EMAD (TENF_3).

A integração e conectividade dos cuidados é um desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo quando os pacientes transitam em diferentes esferas assistenciais e, por isso, estão suscetíveis à fragmentação dos cuidados (Acosta *et al.*, 2020).

Durante as entrevistas, elencou-se desafios vivenciados pelo SAD e pela eSF no compartilhamento de cuidado. Um dos aspectos destacados foi a falta de continuidade na assistência domiciliar pela APS. Esta fragilidade tem característica multicausal, envolvendo questões relacionadas ao conhecimento da PNAD pelos profissionais de saúde, necessidade de interlocução e integração dos pontos assistenciais, estrutura e capacidade operacional das equipes para desempenho de suas atividades, bem como o estabelecimento de fluxos e contrafluxos institucionais para a adequada assistência domiciliar.

Os entrevistados revelaram que ainda há um entendimento insuficiente da PNAD, o que pode ocasionar lacunas assistenciais para os usuários ou falsas expectativas de cuidado para o paciente e familiares. Amorim *et al.* (2022) corroboram

a necessidade de maior divulgação das modalidades de atenção domiciliar, sua organização e a inserção dos usuários no serviço para uma melhor articulação do EMAD junto à RAS com o objetivo real de humanização da assistência e evitar internações hospitalares.

Eles não têm noção do que é o EMAD, não só o centro de saúde, o próprio hospital com o fluxo de residente um atrás do outro, não consegue suprir as informações para todos, então eles estão com uma visão totalmente equivocada do EMAD, acha que o EMAD vai abraçar, vai assumir o paciente e infelizmente não é assim, passam para o paciente que fica com aquela expectativa, só que quando sai a realidade é outra [...] às vezes o médico não tem de noção nenhuma do EMAD e fala para o paciente que vai ter uma equipe que vai lá todo dia na sua casa, e a família fica empolgada, muito bom, um *homecare* da prefeitura, só que infelizmente não tem como (TENF_1SAD).

Acho que hoje a gente faz alguns encaminhamentos para UPA, muito no sentido para que o paciente chegue ao serviço hospitalar de alguma forma, sendo que se a gente realmente raciocinar, ele não era caso de UPA. Ele poderia ser um caso de atenção domiciliar com um nível maior de complexidade (MED_2).

Temos algumas questões que ainda dificultam o acesso, as vezes falta de clareza dos critérios, do que está no escopo da atenção domiciliar, o desconhecimento da equipe (GES_3).

Ainda que a maioria dos entrevistados reconhecesse os critérios de elegibilidade e o perfil de acompanhamento para a EMAD, alguns profissionais da APS acreditam que o papel principal SAD é de apoiar a eSF quando não conseguem ofertar assistência no domicílio.

A gente entende que para além da responsabilidade que gente tem, tem uma equipe que pode nos apoiar nos momentos de necessidade (ENF_3).

O EMAD com esse trabalho específico de atender o paciente em domicílio, pode nos auxiliar e muito (ENF_1).

Percebe ainda uma tentativa de encaminhamento para atenção domiciliar para suprir as deficiências da atenção primária [...] então não é porque eu não tenho médico, não é porque esse paciente mora muito longe, não é porque eu não tenho carro que ele é da atenção domiciliar. Ainda existe desconhecimento do serviço, uma vez que o profissional da atenção primária vai receber esse paciente do SAD e não entende qual é o papel do serviço de atenção domiciliar, muitas vezes ele constrói alguns bloqueios assistenciais, não esse paciente ainda é seu, esse paciente não é nosso, como se fosse um não entendendo o que é de responsabilidade do outro (GES_1).

Em 2022, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte publicou um importante instrumento com o objetivo nortear e fortalecer a assistência domiciliar na

rede SUS-BH. Neste material, descreveu-se as atividades desenvolvidas por profissionais e equipes de atenção primária e equipes do Serviço de Atenção Domiciliar, critérios de elegibilidade para o SAD, procedimentos mais comuns na AD e fluxos para o fornecimento de insumos aos usuários que estão sob os cuidados domiciliares (Pereira *et al.*, 2022).

Chamou atenção que, muitos profissionais, quando indagados sobre o conhecimento do Guia de Diretrizes da Atenção Domiciliar do município de Belo Horizonte, desconhecem esta ferramenta institucional, o que revela a necessidade de ampliar a divulgação do material.

Eu utilizo muito pouco. Eu sei que existe, mas é um desses guias que vieram e estão aí e a gente precisava usar mais e não tem essa lembrança de usar [...] isso é um problema nosso mesmo enquanto APS de receber toda essa informação e se apropriar pouco dela [...] estão disponíveis, de fácil acesso, mas talvez até pelo volume a gente acaba acionando pouco no dia a dia (MED_2).

Olha, sinceramente, eu nunca parei para ler, sinceramente (MED_1SAD).

O conhecimento do fluxo que o centro de saúde pode encaminhar direto para a EMAD sem ter que levar o usuário para a UPA dificulta porque esses profissionais não têm essa clareza (GES_5).

A falta de interlocução e interação entre as equipes pode comprometer o prosseguimento dos cuidados, colaborar para descompensação das condições de saúde e aumento das reinternações precoces (Mauro; Cucolo; Perroca, 2021). Os profissionais revelaram que há falta de interação entre o SAD e a APS, apesar dos esforços já empreendidos no município para uma maior integração entre as equipes. Aponta-se que a rotatividade de profissionais é também um dificultador para que as equipes tenham a interação necessária para a continuidade assistencial.

Eu não conheço nenhum dos outros profissionais do EMAD, não tenho contato nenhum, não acho que tenha uma transição (MED_1).

Sinceramente, não tem interação nenhuma, porque não tem contato com eles, particularmente eu, técnico de enfermagem [...] a gente não tem esse contato, não tem como ter esse contato. Eu acho que deveria, mas não tem (TENF_1SAD).

Há muita rotatividade, a equipe que eu tinha visitado há 2 anos atrás, quando voltei, já era outra. Todo serviço tem essa rotatividade (ENF_2SAD).

Tem muita rotatividade, então às vezes você vai lá e aquela pessoa que mais se interessou não está mais no PSF, é lógico que ele vai levar o conhecimento para onde que ele for, mas às vezes ali o vínculo já fica mais precário (ENF_1SAD).

Um dos desafios apontados pelos entrevistados diz respeito à falta de comunicação entre as equipes do SAD e da APS, que repercute desde a admissão do paciente pela EMAD até o retorno à APS, no momento da alta do SAD. Os profissionais da eSF relataram que não são informados sobre a admissão do paciente para os cuidados do SAD, tendo ciência após a alta deste serviço, o que pode comprometer a continuidade da assistência até o agendamento da visita domiciliar ou agendamento de consulta no centro de saúde. Outras vezes, a eSF fica ciente da alta do SAD através da procura do familiar com o sumário de alta para a continuidade dos cuidados na APS.

Não existe essa comunicação de acompanhamento do paciente pelo EMAD [...] acho que é importante até para a transição do cuidado acontecer de forma bem coerente lá na frente a gente ser comunicado ou por e-mail oficial, ou com algum papel que peça para a família entregar para a equipe de saúde da família (ENF_1).

A gente está com uma paciente, mas eles (EMAD) não avisaram para a gente que iam fazer essa visita tanto que eu já tinha marcado a visita do médico. A família também tinha pedido e depois falou que o EMAD ia e não precisava de ir mais, mas nós não fomos comunicados, porque assim que chega (o paciente) do hospital a gente já se atenta em fazer a visita (ACS_3).

Ao analisar as falas dos entrevistados, percebe-se a falta de comunicação efetiva entre os profissionais do SAD e da APS. Weykamp *et al.* (2019) apontam para a necessidade da interrelação do SAD com os serviços da RAS, ao considerar seu potencial para a reordenação interna da rede de saúde. Entretanto, na prática, observa-se serviços de saúde ainda fragmentados e que se constituem como pontos isolados.

Silva *et al.* (2021) corroboram sobre a importância do cuidado compartilhado entre as equipes que executam atenção domiciliar, já que, ao atuarem isoladamente, podem incorrer na duplicidade assistencial ou negligenciar ações de cuidado, o que suscita instrumentos e fluxos assistenciais que promovam o compartilhamento de cuidados entre as equipes de cuidados domiciliares.

As entrevistas com as equipes do SAD da regional apontaram dificuldade quanto ao fornecimento de insumos e medicamentos para os usuários que estão sob seus cuidados. A fragilidade na interlocução dos profissionais da EMAD e eSF tem gerado incompreensão entre os serviços e a falta de cuidado colaborativo. E, ainda, foi revelada uma lacuna gerencial da gestão locorregional para mediar e solucionar as

dificuldades encontradas pelas equipes do SAD.

Para Berghetti *et al.* (2023), a necessidade de comunicação e interação das equipes se faz importante tanto para a discussão dos casos em acompanhamento quanto para o fornecimento de insumos necessários para a manutenção dos cuidados no ambiente domiciliar.

Existe uma variabilidade de cada posto de saúde se dispõe ou consegue fazer. Tem posto de saúde que é ótimo fornecedor de material para o curativo. Tem posto de saúde que não fornece e eu não sei, se é uma diferença na distribuição desses materiais ou se é uma decisão mesmo, se é um desconhecimento, porque a gente oferece a assistência de troca de curativo, assistência a dispositivo sondas, mas a gente mesmo não tem esses insumos [...] para dar para o paciente [...] a gente até às vezes faz receituário para o paciente retirar no posto de saúde esses insumos mais básicos, insumo para curativo [...] o material descartável para o paciente, que têm direito a receber pelo posto de saúde, muitas vezes eles não conseguem. Eu não sei até que ponto não está disponível, ou não querem fornecer não vou afirmar nada disso [...] muitas vezes o posto de saúde quer que nós sejamos os responsáveis por fazer o curativo, mas ele mesmo não quer oferecer insumo, é difícil (MED_1SAD).

A gente não sabe, falam que o centro de saúde não dá com o relatório da médica, quando o paciente está internado no EMAD e precisa de insumos. O posto de saúde não deu porque falou que não dá, como não dá? tem protocolo para isso, mas acontece que tem ainda os maus informados que falam para o paciente que não dá e o paciente volta, infelizmente ainda acontece muita negação (TENF_2SAD).

Ainda escuto muito assim, ah, quando o SAD está atendendo, o centro de saúde não pode atender ou não vamos poder dispensar material de curativo, porque o SAD tem que dispensar, aí a gente tem que fazer novamente os contatos, tentar orientar de novo, o atendimento da EMAD é temporário, sempre com o paciente, o paciente nunca deixa de ser da atenção primária. A gente pode fazer ali um cuidado compartilhado. Sempre tem essa dificuldade e a gente tem que resolver dessa forma (ENF_2SAD). Muita dificuldade para os pacientes obterem medicamento parece que tem muito posto de saúde, que existe uma separação, o paciente está com o EMAD? então tem que receber remédio pelo EMAD, tem que receber os insumos do EMAD [...] quase todos os nossos pacientes, são idosos acamados, com lesão e tem tido recusa nesse fornecimento de medicação. Toda vez que eu vou prescrever eu coloco o CID, faço relatório e tem posto que consegue e tem posto que não consegue. A impressão que a gente tem, conversando com os familiares, é que eles dão quando querem dar, e quando dão, é a quantidade que quer dar também. Isto me parece que existe uma informalidade muito grande [...] a gente não sabe se é arbitrariedade ou se é falta de insumo mesmo e eles têm que segurar a mão, não posso afirmar isso. Mas eu diria que essa questão de fornecimento de medicação e fornecimento de insumo para o curativo é um limitante (MED_1SAD).

Fragilidades na comunicação entre as equipes também permeiam o processo de alta do serviço de atenção domiciliar. A alta é uma transição vivenciada pelo paciente e familiares e deve ser bem conduzida a fim de manter uma assistência de

qualidade e sem interrupções (Mauro; Cucolo; Perroca, 2021). As entrevistas revelaram que não há uma rotina de comunicação com a APS sobre a programação de alta pelo SAD, o que tem comprometido a continuidade e programação dos atendimentos pelos profissionais das eSF.

Tenho percebido que muitas vezes esse processo de alta chega com um cuidador [...] e às vezes é o paciente que vem no acolhimento com a sumário de alta e isso me chama um pouco atenção, porque a gente tem que se programar enquanto atenção primária [...] então às vezes o paciente fica com uma lacuna entre a alta, por mais que a equipe do SAD tenha orientado, a gente tinha que fazer uma visita no que poderia talvez chamar de tempo ouro [...]o tempo ouro vai depender da complexidade de cada caso. Mas no meu ponto de vista, se o EMAD, o SAD está indo 2 vezes por semana a gente teria que se programar para fazer essa transferência nesse intervalo [...] e que a família inclusive já soubesse quando a visita da equipe de saúde da família vai acontecer para se sentirem mais seguros (ENF_4).

Quando têm alta, eles costumam comunicar pelo e-mail ou a gente fica sabendo nas visitas para que possamos estar tomando as providências aqui no posto das nossas visitas de acompanhamento (ACS_2).

Quando o SAD faz uma desospitalização ou uma desupalização precisa comunicar a equipe de saúde da família que esse usuário está indo para casa e que o SAD está acompanhando, até para não ser uma coisa muito em cima da hora esse acompanhamento, é uma organização do processo de trabalho, avisar no momento que ele vai ser acompanhado e um tempo antes da alta para que a equipe possa se organizar (GES_5).

O enfrentamento da dificuldade de comunicação entre as equipes é abordado por Mauro, Cucolo e Perroca (2021), que apontam para a importância do uso da tecnologia de informação pelos profissionais de saúde através de prontuários que possibilitam o compartilhamento do histórico clínico e plano de alta dos pacientes além de facilitar a continuidade do cuidado nos pontos da RAS.

Neste sentido, alguns profissionais de saúde estão na expectativa do compartilhamento de informações dos usuários com a implantação do novo sistema de informação pela Secretaria Municipal de Saúde, que promete a interlocução de todos os serviços municipais e disponibilidade de informação para o profissional de saúde em todo o percurso do usuário na rede SUS/BH.

A questão do SIGRAH está sendo um grande desafio para fazer essa contra referência, mas é uma estratégia do município, quando isso chega para o centro de saúde, tem um olhar específico, o profissional que recebe esse paciente descreve, como que foi a evolução e o encaminhamento do profissional, isso facilita muito e o sumário de alta também é importante, o plano terapêutico singular elaborado pela APS que compartilha com outros

pontos da rede, são instrumentos que vêm para fortalecer e reforçar esse cuidado diante da rede SUS-BH (GES_3).

Eu acho que isso não estar incluído dentro do nosso prontuário eletrônico não estar incluído dentro daquilo que a gente faz é um problema. O encaminhamento poderia acontecer dentro do cenário do prontuário e não depender do e-mail, o retorno também poderia aparecer lá no prontuário. Eu não sei se com o SIGRAH isso vai evoluir, mas acho que isso seria importante (MED_2).

Uma preocupação relatada pelas equipes EMAD e gestores está relacionada à sensação de falta de compreensão das equipes de APS quanto à coordenação de cuidado dos usuários adscritos, que mesmo estando sob os cuidados de outro ponto assistencial, permanecem sob sua responsabilidade sanitária. Essa fragilidade apontada diz respeito ao atributo da coordenação de cuidado da APS. Segundo Giovanella e Mendonça (2012), para a garantia de oferta de atenção integral, os serviços primários devem assumir a responsabilidade pela coordenação das ações e serviços empregados ao usuário a fim de resolver os problemas de saúde e garantir a ininterrupção das intervenções assistenciais no interior das redes de serviços.

Então, quando o EMAD assume a questão desse cuidado domiciliar, a equipe se recua e quando o EMAD está dando alta, a equipe se aproxima de novo, eu tenho uma descontinuidade, então isso para mim, esse é um ponto desafiador [...] essa falta de estar junto, de sentir pertencimento que o paciente pode deslocar na nossa rede, mas sempre vinculado à APS, a gente não pode deixar isso se perder [...] essa lacuna do cuidado é um problema para a gestão (GES_3).

A equipe entende que estando com SAD é uma responsabilidade a menos e aí a gente sabe que não é, porque aquele caso vai voltar para o território, porque o SAD é de todo o território e a equipe tem um território bastante adscrito, então a gente está trabalhando o entendimento de que aquele usuário precisa do acompanhamento da APS, porque quando ele tiver alta do SAD não vai ter dificuldade de manejar os cuidados que aquele usuário necessita (GES_7).

O problema é que o centro de saúde, eles acham que o paciente vai ser do EMAD para sempre, ninguém mais quer estes pacientes porque são complexos. Compartilhamento de cuidado é uma coisa que eles põem muita dificuldade (ENF_1SAD).

Ribeiro e Cavalcanti (2020) discorrem sobre os desafios nos sistemas de saúde para uma efetiva coordenação do cuidado pela APS. A oferta incipiente de atendimentos especializados, a fragmentação assistencial, a fragilidade de comunicação interserviços, o desconhecimento do papel da APS por outros serviços, somados à baixa qualificação profissional, são apontados como fatores que contribuem para o enfraquecimento de ações coordenadoras de cuidado pela eSF.

A necessidade de continuidade assistencial pela APS é um motivo de preocupação para a eSF por entender a fragilidade vivenciada pelo usuário, familiares e cuidadores no contexto de estabilização e recuperação da saúde. Os entrevistados relataram dificuldades vivenciadas no cotidiano do trabalho dos cuidados primários que comprometem o planejamento e execução da assistência domiciliar, como o elevado adensamento populacional das equipes, pressão assistencial, sazonalidade das doenças transmissíveis e insuficiência de apoio logístico para a atenção domiciliar.

Castro, Pozzoli e Caldas (2022) apontam que a sobrecarga dos serviços da APS tem inviabilizado a execução da assistência domiciliar sistemática aos usuários elegíveis para tal modalidade de atenção, pois são responsáveis pela saúde de uma grande população que apresentam diferentes demandas de saúde para o serviço.

Dificultador é justamente a programação da equipe de saúde da família que está totalmente prejudicada, a agenda de trabalho da equipe de saúde da família que fica muito voltada para o atendimento do agudo e pouco horário protegido para as visitas domiciliares, a pressão assistencial do agudo é algo que dificulta a transição do cuidado. O número de população por equipe sobrecarrega essa equipe para conseguir de fato fazer o acompanhamento e a transição do cuidado (GES_5).

A deficiência de apoio logístico para o deslocamento dos profissionais interfere no processo assistencial com limitação do cuidado ofertado pela APS e prejudica a oferta da assistência domiciliar por este nível de atenção (Silva *et al.*, 2021).

Às vezes pela dificuldade do carro, pela distância daquela residência, por mais que seja referência daquele território isso acaba sendo um dificultador para que essa transição ocorra da forma efetiva com qual a gente visa, dentro do que é mais indicado para este momento por ter esses gaps, tanto da ausência do profissional e ausência de uma logística (GES_1).

A pressão assistencial vivenciada pela APS foi evidenciada nas entrevistas, sobretudo dos profissionais das eSF e gestores. A crescente demanda para o atendimento às demandas espontâneas ocupam grande parte da carga horária das equipes em detrimento da demanda programada. Acrescenta-se a ocorrência das doenças sazonais e a pandemia da COVID-19, que impactaram na prestação dos cuidados programados da APS.

O que me incomoda, na prefeitura de Belo Horizonte, é a demanda espontânea, se deixar, ela sufoca todas os outros ciclos de vida que a gente tem responsabilidade [...] às vezes o paciente fica com uma lacuna entre a

alta, por mais que a equipe do SAD tenha orientado, a gente tinha que fazer uma visita no que poderia talvez chamar de tempo ouro, que seria o período para que a família por não saber ou por não ter sido acompanhada, não cometer pequenos erros que vá prejudicar a melhora do paciente [...] a gente teria que se programar para fazer essa transferência nesse intervalo [...] que a família inclusive já soubesse quando a que a visita da equipe de saúde da família vai acontecer para se sentirem mais seguros (ENF_4).

A alta demanda hoje que as equipes vivem é difícil conseguir priorizar tantas ações, é um acúmulo de atividades, demanda programada, com a demanda aguda, com as reuniões de equipe, com a supervisão, com o matriciamento, vejo que é um dificultador (GES_2).

A pandemia trouxe um impacto muito grande na atenção primária, como também no serviço de atenção domiciliar, mas principalmente na atenção primária, porque de fato as visitas domiciliares realizadas pelas equipes de saúde da família ficaram totalmente prejudicadas devido à demanda assistencial no centro de saúde, principalmente por casos agudos, demandava demais essa assistência na unidade [...] atenção primária sempre muito sobrecarregada e agora com a epidemia de dengue, essa visita também ficou muito prejudicada, então essa organização precisa ser retomada, ficou muito frágil (GES_5).

Se por um lado as equipes da APS sentem-se insatisfeitas com a atenção domiciliar desempenhada, as entrevistas também revelaram a sensação de insegurança na continuidade do cuidado e a angústia das equipes do EMAD, já que não tem certeza do seguimento assistencial pela eSF o que, por vezes, culmina com a readmissão do paciente ao SAD.

Compartilhamento de cuidado é uma coisa que eles põem muita dificuldade, não tem carro para ir uma vez por semana e talvez seja real [...] às vezes não dá mesmo e por isso que às vezes a gente até prolonga um pouquinho o paciente no EMAD, a gente sabe que está tendo benefício, pelo menos alguns profissionais estão visitando uma vez por semana. Porque depois que vai para atenção básica, a gente fica na dúvida, será quando que o médico vai ter condições de ir ou renovar a receita (ENF_1SAD).

Às vezes a gente fica agoniado aqui, quando a gente dá alta, achando que o cuidado vai ser contínuo, nem que seja uma vez por semana, 2 vezes é complicado mesmo [...] sempre tem essa questão do carro, não é fácil a gente entende (MED_2SAD).

O EMAD quer fazer uma transição segura, mas infelizmente chega lá e eles não conseguem manter, alinhar aquele ciclo e às vezes até chega o paciente voltando [...] o tempo que o centro de saúde leva para fazer a visita, é um tempo maior devido à demanda e naquele intervalo, infelizmente, acontece o paciente intercorrer e a família é carente, não tem conhecimento, desinformação e transporte, é complexo (TENF_1SAD).

Algumas dificuldades, a gente deu a alta e o centro de saúde falou que ia acompanhar, e passando 2 a 3 meses o paciente volta para a gente e fala o centro de saúde não conseguiu acompanhar, foi lá uma vez só (MED_2SAD). A transição do cuidado entre EMAD e o centro de saúde pode melhorar, acho que esse atendimento tem que ter uma continuidade para que o retorno seja

mais rápido. Não pode deixar o paciente solto, paciente solto faz besteira [...] porque às vezes, quando volta, volta muito pior (TENF_2SAD).

Castro, Pozzoli e Caldas (2022) e Dias *et al.* (2015) apontam que o adensamento populacional das eSF e a sobrecarga de trabalho têm inviabilizado a realização das visitas domiciliares com a frequência necessária e impactam na integração entre as equipes EMAD e APS, ocasionando um exercício incompleto de referência e contrarreferência.

A rotatividade da força de trabalho na saúde é um desafio para os sistemas de saúde e compromete, sobretudo, a continuidade dos cuidados e qualidade assistencial. As entrevistas revelaram essa fragilidade na rede SUS-BH.

A questão do turnover, do absenteísmo e das vagas em aberto. Quando a gente tem centro de saúde com a ausência do profissional e o que a gente vivencia, na sua grande maioria é o profissional médico, há dificuldade em receber e dar continuidade neste cuidado, até mesmo na realização do plano conjunto [...] da mesma forma quando nós do serviço de atenção domiciliar estamos com desfalque de algum profissional [...] a gente tem impactos significativos nas definições de alguma propedêutica ou nas relações pela sobrecarga desses profissionais (GES_1).

A intenção é que o centro de saúde dê continuidade naquele atendimento, naquele tratamento, o que infelizmente nem sempre acontece, às vezes o paciente relata para a gente que não teve a continuidade do atendimento. Eles falam que às vezes não tem carro, não tem médico, não tem funcionários, que a equipe está faltando pessoas, a demanda do centro de saúde é grande e não tem como fazer aquelas visitas (TENF_2SAD).

A rotatividade de profissional é algo que dificulta, porque profissional novo você tem que treinar novamente, explicar os fluxos novamente, essa rotatividade é um dificultador e a falta de vínculo e conhecimento desses fluxos e protocolos (GES_5).

A vacância de profissionais, tanto das equipes SAD quanto da APS, compromete a prestação dos cuidados, com implicações importantes na continuidade da assistência e na construção de projetos terapêuticos, acarretando sobrecarga para os profissionais destas equipes.

As entrevistas revelaram dificuldades relacionadas à gestão das equipes EMAD na regional. Destaca-se que, na estrutura atual, a coordenação do SAD está centralizada na Diretoria de Urgência e Emergência, na sede da Secretaria Municipal de Saúde.

As estruturas de gestão regional têm a função de coordenar a implementação e execução das ações assistenciais ofertadas pelo SUS-BH, nas unidades e serviços

de saúde do território. Conforme as entrevistas, a gestão do território acompanha a prestação de cuidados ofertados pelas equipes de saúde da família e dos núcleos ampliados de saúde da família, com a organização de infraestrutura e insumos para a AD1. Por outro lado, há lacunas para o envolvimento, acompanhamento e inclusão dos processos relacionados à oferta e prestação da AD2 e AD3 pela gestão regional.

Tenho muita dificuldade de localizar a gestão da equipe. A coordenação do serviço domiciliar das equipes EMAD e EMAP, fica no nível central e acho que eles têm pouca articulação com o distrito no que diz respeito a essa gestão, de definir com a gestão qual é a característica desse território, qual a característica dessa equipe, como que a gente vai definir o cuidado nesse território, isso não passa pela diretoria e acho que é uma falha grande. Vejo também que a coordenação tem uma incidência muito grande de gestão e o próprio gestor da UPA tem uma dificuldade de entrar nessa equipe e pactuar coisas de gestão do serviço (GES_4).

Eu percebo que o distrito, a regional de saúde, não é envolvida nas questões do EMAD, não sabe nem por onde passa e principalmente porque não tem atribuição dentro da regional de uma referência técnica que cuide desse processo da transferência de cuidado, no monitoramento, não tem isso no nível regional, não se discute isso no nível regional, fica muito no território (GES_5).

Falta articulação junto com a GAERE, porque é um ponto muito estratégico, é o meio da secretaria junto ao centro de saúde e não debruça qual é o papel dela, se ela tem um papel nessa questão do cuidado é de monitorar junto com a equipe [...] há desconhecimento também da equipe da GAERE, enquanto essa prestação de serviço, esse monitoramento do cuidado, acho que isso também querendo ou não fragiliza muito esse processo (GES_3).

A coordenação do SAD no município está localizada na sede da Secretaria Municipal de Saúde e o processo de trabalho está centralizado, não havendo envolvimento da gestão regional no acompanhamento da oferta de AD2 e AD3 no território. Os gestores percebem essa lacuna gerencial e consideram como um aspecto que fragiliza a cooperação e interação do SAD e APS e RAS.

As entrevistas revelaram que a gestão locorregional é acionada esporadicamente diante de intercorrências na articulação das equipes de saúde da família e EMAD na transição de cuidados, ou quando há alguma dificuldade no referenciamento dos usuários que estão em AD1, sendo naquele momento elegíveis para o acompanhamento pela EMAD e por algum motivo teve acesso negado para assistência pelo SAD.

A GAERE é acionada pelo SAD quando tem alguma intercorrência, quando o EMAD não consegue falar com o centro de saúde por qualquer outro motivo ou porque a equipe não deu retorno por e-mail, nesses casos a GAERE é

acionada para reestabelecer o vínculo [...] o centro de saúde chega a ligar para a GAERE, quando está com dificuldade de fazer um encaminhamento pela questão do critério e eu [...] ligo para a coordenação da atenção domiciliar na secretaria, discuto o caso e depois ela me dá o retorno [...] eu não discuto nem a entrada do paciente com o EMAD, eu discuto com a secretaria que fala que é possível, e a gente coloca ele para dentro do programa (GES_3).

Não sei dizer hoje quantos pacientes no Barreiro são atendidos pela equipe EMAD, não tem um relatório, não tem uma transparência nessa relação de gestão com as equipes, a organização do horário, quantas visitas realizadas nas unidades, quantas transferências de cuidado foram feitas, esse relatório não chega para a DRES e isso é um ponto de dificuldade do ponto de vista da gestão [...] acho que tem que ter essa interlocução bem mais próxima, que é um movimento eu preciso fazer também não estou dizendo que é só da coordenação, precisa ter isso bem estabelecido, com reuniões frequentes, enfim, relatórios compartilhados, acompanhamento de planilha (GES_4).

A gestão local e regional, ao conhecerem as características do território e da população em que atuam, podem contribuir para a definição de práticas para o cuidado domiciliar no território. O distanciamento da gestão territorial no acompanhamento da oferta de AD2 e AD3 fragiliza a integração entre os serviços e equipes assistenciais para a continuidade do cuidado e qualificação da assistência e compromete o trabalho em rede.

Também foi revelada falta de clareza do fluxo a ser seguido quando há dificuldades na interlocução entre as equipes de saúde da família e EMAD.

O que eu senti é que alguns aspectos que a equipe, quando vem para a reunião, e não consegue dar um encaminhamento é pela questão da política mesmo, não sei como seria para encaminhar via Secretaria (GES_2).

Lanzoni *et al.* (2023) apontam a importância no investimento da gestão para os processos organizativos do trabalho em saúde com vistas à garantia da qualidade assistencial na transição do cuidado dos usuários entre os diferentes serviços em consideração ao risco de fragmentação da assistência e por isso demanda especial atenção dos gestores e profissionais.

5.4 Perspectivas para transição do cuidado: necessidade de efetivar e definir novas ações e estratégias

Nas entrevistas, os participantes descreveram estratégias para aprimorar o cuidado transicional, como: a interação e interlocução entre as equipes de assistência domiciliar e demais serviços da RAS; a incorporação da gestão regional no planejamento, monitoramento e avaliação da AD no território, e dimensionamento de recursos para melhorar a continuidade de cuidados.

Os profissionais revelaram a necessidade de se melhorar a interação entre as equipes através de rodas de conversa e matriciamentos. Silva *et al.* (2021) apontam que a instituição de espaços para a discussão de casos entre as equipes favorece a participação e interação entre os profissionais e o cuidado colaborativo.

Castro, Pozzoli e Caldas (2022) descrevem que pacientes acompanhados pelo SAD e com necessidades complexas exigem o planejamento de espaços de diálogo entre os serviços juntamente com as instâncias de gestão locorregional para favorecer o cuidado compartilhado, a capacitação dos profissionais envolvidos, organização e disponibilidade dos recursos para a assistência.

Acho que a gente precisa se fortalecer, o serviço de atenção domiciliar é um serviço muito potente [...] e deve estar mais parceiro do centro de saúde, o centro de saúde se reconhecer nesse lugar do cuidado, se aproximar, fazer intervenções em conjunto em prol do paciente. Quando a gente articula a rede favorece um bem-estar. Acho que aproximar cada vez mais os nossos serviços e os nossos profissionais para conhecer a rede (GES_3).

Podia ter uma interação maior, até no sentido de discussão de casos, outro espaço para discutir coisas. Esse espaço estabelecido de uma forma um pouco mais clara acho que ajudaria a definir situações, se aquele caso deveria ou não ter algum tipo de acompanhamento com o EMAD (MED_2).

Acho que para casos mais complexos a gente poderia tentar fazer esse compartilhamento às vezes no domicílio ou, hoje em dia, depois da pandemia, a gente aprendeu que dá muito certo é reunião online e tem que ser breve, tem que ter objetiva (ENF_4).

Penso que se os médicos da atenção básica, soubessem de um canal mais estreito para que consiga conversar com um médico de EMAD, trocaria mais ideias, até proposta de tratamento pela experiência dos médicos do EMAD, mas não vejo isso como uma rotina (ENF_1SAD).

Então o matriciamento [...] é uma ferramenta muito utilizada no Barreiro e a EMAD talvez não tenha se apropriado para poder participar [...] às vezes fez a transição do cuidado pelo e-mail mas ele poderia ter sido pautado uma reunião de NIR porque não vai envolver aspectos só da saúde, então antes de fazer a transição para a equipe, eu preciso fazer a transição com todos os atores que podem intervir naquela família [...] não estou falando de

negligência, estou dizendo da transição do cuidado, que se ela fosse feita, articulada, estou saindo mas eu estou entrando junto com você na discussão do caso, na entrada da assistência, eu acho que a gente teria um desdobramento mais positivo (GES_4).

Eu gostaria às vezes, de um CRAS junto com atenção primária para a gente tentar articular, umas coisas mais pontuais, casos mais complexos (ENF_1SAD).

A acho que muitas vezes essa dificuldade de obter insumo, seja medicamentos, seja material, às vezes é fruto de falta de informação [...] acho que isso a gente só vai vencer com a informação, então eu acho que de repente orientar um pouco melhor, dar mais informação para o pessoal que atua na dispensação eu acho muito bom (MED_1SAD).

A necessidade de acompanhamento pela gestão locorregional dos cuidados da AD foi também sugerida pelos entrevistados, revelando a importância da gestão para a oferta de cuidado domiciliar e integração com a RAS do território.

Na minha prática, eu acho que deveria existir encontros, pelo menos dentro das regionais. Eu acho que assim eu conhecer quem está no distrito, estreitar os laços com essas pessoas [...] acho que deveria ter momento com esses outros organismos da prefeitura (ENF_1SAD).

Às vezes uma referência [...] um profissional dentro do distrito que fosse um mediador para casos mais complexos, que precisa às vezes alinhar mais o papel de EMAD e atenção primária para fazer essa liga, talvez uma referência de ser articulador para quando tiver essas dificuldades, seria uma coisa bem interessante [...] ele não vai prestar assistência, mas essa articulação ninguém tem tempo para ela [...] esse articulador para fazer essa ponte entre profissional, eu queria tanto discutir, estou dando alta e queria tanto conversar com um médico específico desse paciente sobre algum detalhe, seria legal, e criar critérios, porque nem todos os casos talvez necessitaria disso mas aqueles casos mais complexos que tem alguma peculiaridade (ENF_1SAD).

O envolvimento das regionais do ponto de vista da gestão regional no monitoramento desses casos, nesse momento da transferência do cuidado, mais do que isso para que possa aumentar a desospitalização e desupalização de forma responsável e que essa transferência seja feita de uma forma também mais efetiva (GES_5).

As dificuldades, deficiências, os desafios, eles precisam ser identificados e trabalhados principalmente a nível de gestão, mas que o profissional assistencial tanto da equipe EMAD quanto a estratégia de saúde da família, tenha este olhar voltado para a transição de cuidado nessa necessidade integral do paciente porque a gente consegue de forma conjunta avaliar possibilidades e discutir a forma desejável para que aconteça o cuidado e entendendo o papel de cada um e as possibilidades (GES_1).

Silva *et al.* (2021) destacaram a importância de estabelecimento de rotinas e fluxos, como momentos de discussão de casos, e a comunicação entre equipes para o acompanhamento assistencial com a melhor oferta do cuidado domiciliar. Assim, a efetiva integração dos serviços da RAS e instâncias de gestão locorregioais prescinde

do planejamento de ações em saúde e promoção de espaços de diálogo entre a atenção primária, urgência e emergência (para casos agudos) e serviços sociais (Castro; Pozzoli; Caldas, 2022).

A incorporação de instrumentos e compartilhamento de informações e dos pacientes em acompanhamento pelo SAD com equipes da APS e gestores foi uma estratégia revelada como necessária para a melhoria dos processos de trabalho das equipes.

Algumas ferramentas de gestão, para que o gestor, a equipe de saúde da família tenha uma ferramenta que comunica, no drive em tempo real, quais pacientes que estão sendo acompanhados pela equipe do EMAD, seria interessante para a melhoria do processo de trabalho (GES_5).

É uma coisa que hoje eu não consigo mensurar, porque não tenho uma planilha de acompanhamento, mas são poucos casos que recebo, não posso falar que nem é um por mês [...] pensando aqui como o EMAD encaminha para o e-mail de unidade e pode encaminhar para o e-mail da equipe, pode ser que isso também fique perdido, porque pode ser que eu também não esteja recebendo todos os e-mails. Quando eu recebo encaminhamento para a equipe, mas se for direto para a equipe também não sei se a equipe conseguiu ter um olhar (GES_2).

A equipe do EMAD tem muitos indicadores, monitora muito, mas a nível central da Secretaria, não tem esse elo e interface a nível regional para que isso seja monitorado (GES_5).

Segundo Brasil (2012), a oferta de atenção domiciliar prescinde de planejamento, elaboração de instrumentos e compartilhamento de informações entre equipes, usuários e gestores. Alguns indicadores sobre a qualidade do atendimento, pacientes assistidos por equipe, índices de reinternação ou internações hospitalares, dentre outras, são acompanhados pelo SAD. E, ainda, ferramentas de monitoramento e avaliação devem estar conectadas com as necessidades reais do território para a identificação de aspectos que precisam e podem ser alterados e fazem parte da rotina gerencial e assistencial (Brasil, 2020).

Os profissionais apontaram a necessidade melhorar a comunicação entre as equipes, sendo sugerido que a APS seja informada pela equipe do SAD quando da admissão do paciente, de forma a possibilitar a atenção primária possa se programar para a continuidade dos cuidados.

Isso podia acontecer, o paciente provavelmente vai ter alta um dia, ele vai vir. Então às vezes seria interessante no momento da admissão, entrar em contato com a com a equipe de saúde da família, olha, estou com o paciente nestas condições, a proposta de alta é desse jeito (MED_1).

O que facilitaria seria esse recebimento antes da alta [...] receber essa orientação antes da alta, antes de ter finalizado o cuidado do SAD, isso facilitaria para a organização da equipe [...] uma visita compartilhada com SAD próximo a alta (TENF_4).

Acho que se talvez no momento da alta eles quisessem vir conversar com a equipe, facilitaria, ou durante mesmo acompanhamento se eles acharem que precisa vir, dar um parecer para a equipe estou fazendo isso, mas já vou dar alta daqui a pouco (ENF_3).

A equipe do SAD poderia ter uma comunicação no momento que ela vai começar o acompanhamento que ela fez a desospitalização ou a desupalização (GES_5).

A integração entre os serviços de saúde é necessária para reduzir a fragmentação das ações que compromete a continuidade da atenção em saúde, a qualidade e resolutividade assistencial (Silva *et al.*, 2021). Durante o atendimento do SAD, a participação de outros pontos da RAS no planejamento da alta é uma estratégia que previne a descontinuidade da assistência domiciliar e melhora a contrarreferência entre os serviços (Amorim *et al.*, 2022).

Proporcionar momentos de divulgação do SAD foi apontada como necessária pelos entrevistados, sendo sugerida a elaboração de material digital sobre a atenção domiciliar para profissionais e demais pontos de atenção na RAS, em busca de um cuidado integral e do estabelecimento de relações cooperativas de trabalho.

Eu percebi, por exemplo, a gente ia para apresentar para o pessoal do posto. A gente ficava uma hora falando no ar, sem um horário reservado para essas pessoas, enchendo de pacientes, o pessoal sofrendo pressão. Então assim, às vezes, elaborar um material digital, seja um vídeo, seja um folheto, uma coisa mais objetiva (MED_1SAD).

Acho que a gente precisa se fortalecer, o serviço de atenção domiciliar é um serviço muito potente [...] e deve estar mais parceiro do centro de saúde, o centro de saúde se reconhecer nesse lugar do cuidado, se aproximar, fazer intervenções em conjunto em prol do paciente. Quando a gente articula a rede favorece um bem-estar. Acho que aproximar cada vez mais os nossos serviços e os nossos profissionais para conhecer a rede (GES_3).

O desenvolvimento de estratégias que promovam a divulgação dos fluxos de atendimento e critérios de elegibilidade do SAD para os diferentes pontos da RAS é necessário para potencializar o trabalho colaborativo e em rede, com vistas a ofertar ao paciente o acesso e acolhimento de acordo com sua real necessidade (Silva *et al.*, 2021).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou que, na perspectiva de profissionais de saúde e gestores, a TC é um elemento primordial para a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados ao paciente durante seu percurso na RAS. A articulação entre diferentes serviços visa a oferta de cuidado integral, que envolve não apenas as questões clínicas, mas também vulnerabilidades sociais, relações familiares e contexto domiciliar que afetam a saúde dos usuários.

A interação entre as equipes assistenciais foi elencada pelos participantes como necessária para uma TC segura e eficaz. As estratégias utilizadas no cuidado transicional entre as equipes do Serviço de Atenção Domiciliar e da Atenção Primária à Saúde evidenciam a necessidade de mecanismos de comunicação eficaz e de relações colaborativas entre os profissionais envolvidos. As dificuldades relatadas na comunicação, especialmente pelo uso do telefone, ressaltam a necessidade de implementar ferramentas que garantam a comunicação interserviços.

A troca de informações sobre casos, não somente nos de maior complexidade é crucial para a segurança e o prognóstico dos pacientes, portanto, faz-se necessário que os serviços de saúde adotem estratégias que promovam a comunicação ativa e o compartilhamento de informações, visando a integralidade do cuidado para a elaboração de PTS para os casos complexos, recurso pouco explorado entre os serviços de atenção domiciliar, com potencialidade para facilitar o cuidado transicional e continuidade assistencial na APS.

A demora na retomada dos cuidados domiciliares pela APS foi relacionada a fatores multicausais como o elevado adensamento populacional das equipes, pressão assistencial, sazonalidade das doenças transmissíveis e insuficiência de apoio logístico para a atenção domiciliar.

As entrevistas ressaltaram a importância das intervenções proativas na articulação entre o SAD e as eSF's, sugerindo a necessidade do fortalecimento da gestão locorregional no acompanhamento e inclusão dos processos relacionados à oferta e prestação da AD2 e AD3 para a oferta de cuidado domiciliar e integração com a RAS do território.

Adicionalmente, é importante que a gestão reforce o apoio logístico para a ampliação da oferta de AD pela APS e promova espaços de diálogo sistematizado entre os serviços. A elaboração e incorporação de ferramentas para compartilhamento

dos casos em acompanhamento pelo SAD com equipes da APS e gestores são uma aposta para melhoria dos processos de trabalho das equipes.

Os profissionais apontaram novas estratégias para aprimorar o cuidado transicional, a colaboração entre as equipes de assistência domiciliar e os serviços da RAS e reafirmam o compromisso com uma saúde mais integrada, onde cada ponto da rede desempenha um papel vital na jornada do cuidado aos usuários.

Este estudo, embora desenvolvido em um contexto específico, o que se configura como limite, amplia os horizontes de possibilidade para fomentar novas investigações que possam colaborar para a transição efetiva do cuidado na atenção domiciliar. Estudos futuros poderiam incluir a perspectiva de usuários, gestores e profissionais de outros serviços da RAS.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Aline M.; LIMA, Maria Alice Dias da S.; PINTO, Ione Carvalho; WEBER, Luciana Andressa F. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, n. esp, e20190155, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rngenf/a/Q4yp6NjqY3N3DwDTqG8MqRk/?lang=en>.

Acesso em 27 fev. 2023.

ALMEIDA, Erika Rodrigues de; SOUSA, Allan Nuno A. de; BRANDÃO, Celmário C.; CARVALHO, Fabio Fortunato B. de; TAVARES, Graziela; SILVA, Kimielle C. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, p. 180, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>. Disponível em:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49559>.

Acesso em 24 mar. 2023.

AMORIM, Milena Dalariva; MARCHETTI, Maria Angélica; CHRISTINELLI, Heloá Costa B.; SATO, Daniela Miyuki; SANTOS, Mayara Goes dos; TESTON, Elen F. Desafios para realização da alta na atenção domiciliar. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 12, p. 4707, 29 dez. 2022. DOI:

<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v12i0.4707>. Disponível em:

<http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4707>. Acesso em 02 abr. 2024.

ANDRADE, Angélica M.; BRITO, Maria José M.; SILVA, Kênia L.; MONTENEGRO, Lívia C.; CAÇADOR, Beatriz S.; FREITAS, Letícia Fernanda de C. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 111-117, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472013000200014>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rngenf/a/QxFn7gtHmYYLzbZBh6Pv8WP/?lang=pt#elo.br/>.

Acesso em 24 mar. 2023.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BELEI, Renata A.; GIMENIZ-PASCHOAL, Sandra R.; NASCIMENTO, Edinalva N.; MATSUMONO, Patrícia Helena V. R. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de educação**, Pelotas, n. 30, p. 187-199, 2008. Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/caduc/article/view/1770>. Acesso em: 10 fev. 2024.

BELO HORIZONTE. Portaria SMSA/SUS-BH n° 03/2001, de 03 de abril de 2001. Normatiza a Atenção/Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) nas unidades hospitalares do SUS em Belo Horizonte. **Diário Oficial do Município**: poder Executivo, Belo Horizonte, MG. 06 abr. 2001. Disponível em:

<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=884874>.

Acesso em 23 fev. 2023.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório detalhado do quadrimestre anterior: 1º RDQA/2024 - Janeiro a Abril**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2024. Disponível em:

https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2024/1_rdqa_2024_final.pdf. Acesso em 15 nov. 2024.

BERGHETTI, Larissa; DANIELLE, Márcia Baiocchi Amaral; WINTER, Vanessa Dalsasso Batista; PETERSEN, Ane Gabriele Poli; LORENZINI, Elisiane; KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat. Transición del cuidado de pacientes con enfermedades crónicas y su relación con las características clínicas y sociodemográficas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, e4015, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.6594.4013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/JS9TYgwDxPbKhhtLP9KK8g/>. Acesso em 02 abr. 2024.

BERNARDINO, Elizabeth; SOUSA, Solange M. de; NASCIMENTO, Jaqueline D. de; LACERDA, Maria R.; TORRES, Danelia G.; GONÇALVES, Luciana S. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, e20200435, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/jrPCm5ktvgDrkf3cKhFkH7R/?lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf. Acesso em: 22 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2011a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html. Acesso em: 24 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2527, de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011_comp.html. Acesso em: 24 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 24 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 825, de 25 de abril de 2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0825_01_12_2011.html. Acesso em: 24 fev. 2023.

BRASIL. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS n. 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 24 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/SM n. 3547, de 13 de dezembro de 2021**. Habilita Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC a estados e municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3547_27_12_2021.html. Acesso em: 14 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Domiciliar**. v. 2. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 24 mar. 2023.

CASTRO, E. A. B.; POZZOLI, S. M. L.; CALDAS, C. P. O cuidado na atenção domiciliar em saúde. *In*: LACERDA; M. R. (coord.). **Atenção domiciliar em saúde: perspectivas teóricas e práticas**. Porto Alegre: Moriá, 2022. p. 29-70.

COLEMAN, Eric A.; PARRY, Carla; CHALMERS, Sandra; MIN, Sung-joon. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. **Archives of internal medicine**, v. 166, n. 17, p. 1822-1828, set. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.17.1822>. Acesso em: 12 mar. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e**

Promoção da Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-32189>. Acesso em 03 maio 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 09 mar. 2023.

CORRAL GUDINO, L.; GENGOTITA-BENGOA, M.; SÁNCHEZ, R. J. J.; APARICIO, G. El paciente y su travesía entre la atención primaria y la hospitalaria. Revisión sistemática de ensayos clínicos para la implementación de herramientas para la integración en España. **Anales Sis San Navarra**, Navarra, v. 40, n. 3, p. 443-459, 2017. DOI: <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0119>. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000300443. Acesso em: 27 fev. 2023.

COSTA, Maria Fernanda B. N. A.; SICHIERI, Karina; POVEDA, Vanessa B.; BAPTISTA, Ceide M. V.; AGUADO, Priscila C. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, Suppl 3, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/H9bww7BXV7kTdj4zSyM7CVn/?lang=en>. Acesso em: 26 fev. 2023.

DIAS, Mariana B.; SAVASSI, Leonardo C. M.; NUNES, Mônica R. M. T. P.; ZACHI, Mara L. R. A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios, e a valorização necessária da Atenção Primária a Saúde. **Journal of Management & Primary Health Care**, Uberlandia, v. 6, n. 1, p. 1-7, 2015. DOI: 10.14295/jmphc.v6i1.239. Disponível em: <https://jmphc.emnuvens.com.br/jmphc/article/view/239>. Acesso em: 2 fev. 2023.

DOTY, M. M.; TIKKANEN, R.; SHAH, A.; SCHNEIDER, E. C. Primary care physicians' role in coordinating medical and health-related social needs in eleven countries. **Global Health Policy**, v. 39, n. 1, p. 115–123. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01088>. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2019.01088>. Acesso em: 20 abr. 2023.

FONTANELLA, Bruno J. B.; RICAS, Janete; TURATO, Egberto R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1. p. 17-27, jan. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVvkymVByhrN/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2023.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GHENO, Jocielle; WEIS, Alísia H. Care transition in hospital discharge for adult patients: integrative literature review. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 30, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/dv94cDSg3T9BFMBfTBf4Tpj/?lang=en>. Acesso em: 24 mar. 2023.

GERAES IMOVÉIS. **Barreiro [mapa]**. Belo Horizonte, 2024. Disponível em: <https://geraesimoveis.wordpress.com/busca-de-imoveis/belo-horizonte/barreiro/>. Acesso em: 11 set. 2024.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C. CARVALHO, A. I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, p. 493-547. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2>. Acesso em: 7 mar. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Belo Horizonte**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>. Acesso em: 24 nov. 2024.

LANZONI, Gabriela Marcellino de M.; GOULARTE, Aliny Fernandes; MIOTELLO, Marina; CECHINEL-PEITER, Caroline; KOERICH, Cintia; WACHHOLZ, Laísa F. Transição do cuidado da pessoa com doença crônica na alta hospitalar: perspectiva de enfermeiros. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 37, p. 47257, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v37.47254>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/47254/33723>. Acesso em 02 set. 2024.

LIMA, Maria Alice D. S.; MAGALHÃES, Ana Maria M.; OELKE, Nelly D.; MARQUES, Giselda Q.; LORENZINI, Elisiane; WEBER, Luciana A. F.; FAN, Iris. Care transition strategies in latin american countries: an integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/sKhXDFVJpRQKZmpQDCMXtvc/?lang=en>. Acesso em: 27 fev. 2023.

MACHADO, Maria de Fátima A. S.; XAVIER, Samyra P. L.; RODRIGUES, Andreza L.; LIMA, Thiago F.; SILVA, Lielma C. C.; MOITA, Marina P.; DIAS, Maria S. A. Trabalho em equipes multiprofissionais na atenção primária no Ceará: porosidade entre avanços e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 987-997, 2021. DOI: [10.1590/0103-1104202113104](https://doi.org/10.1590/0103-1104202113104). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YhNHLwb7DwF7RWKN867GhRz/?format=pdf>. Acesso em: 27 fev. 2023.

MAURO, Adriéli Donati; CUCOLO, Danielle Fabiana; PERROCA, Marcia Galan. Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 55, p. 20210145, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0145>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9QjGLJNkH45RLNBbC3NCRH/>.

Acesso em 02 abr. 2024.

MENDES, Eugênio V.; MATOS, Marco A. B.; EVANGELISTA, Maria José O.; BARRA, Rúbia P. **A construção social da atenção primária à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: CONASS, 2019. 192 p.

MINAYO, Maria Cecília S. 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> . Acesso em: 5 abr. 2023.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2014.

MOLINA, Joaquín. Saúde universal com equidade, sem deixar ninguém para trás. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 42. p. p. 1-2, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.173>. Disponível em <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49556>. Acesso em: 25 maio 2023.

MUNDSTOCK, Ivania; SILVA, Luiz Anildo A. da; SODER, Rafael M.; SARTURI, Fernanda; HIGASHI, Giovana Dornelles C. Transição do cuidado entre os diferentes níveis de complexidade na enfermagem e saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 5, n. 1, p. 3005-3021, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv5n1-264>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/44200>. Acesso em 02 abr. 2024.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do; NUNES, Judite Martins; LANZONI, Gabriela Marcellino de M.; CECHINEL-PEITER, Caroline; PROVENSI, Carine; WACHHOLZ, Laísa F. Elaboração e validação de instrumento para transição do cuidado do paciente de emergência. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 13, e202250, 2022. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202250>. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/elaboracao-e-validacao-de-instrumento-para-transicao-do-cuidado-do-paciente-de-emergencia/>. Acesso em: 03 mar. 2023.

OLIVEIRA, Stefanie G.; KURSE, Maria H. L. Gênese da atenção domiciliária no Brasil no início do século XX. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58553>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/PQfZfvrydtbqqLktB5NxvYH/?lang=pt>. Acesso em 24 fev. 2023.

PEREIRA, Adriana Ferreira; MASCARENHAS, Buna; VIANA, Daniela Pereira; SOUZA, Denise Valadão da Silveira; ARÁUJO, Edmundo Gustavo Cipriano de *et al.* **Guia Diretrizes da Atenção Domiciliar**. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2022.

PROCÓPIO, Laiane Claudia Rodrigues; SEIXAS, Clarissa Terenzi; AVELLAR, Raquel Souza; SILVA, Kênia Lara da; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 592-604, abr.

2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912123. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yz6YQWK9z67wqgrssVY7LBk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 set. 2023.

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**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1863-1877, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wqxNqstXftvkTvLxzHz3gJn/?lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2023.

RIBEIRO, Andréia D. **Melhor em Casa**: o desafio de cuidar. 2020. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/images/MELHOR_EM_CASA_-_O_DESAFIO_DE_CUIDAR.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

RIBEIRO, Sabinly Pedreira; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1799-1808, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VJ9syfhhdCSqVHH4TbyxTJh/?lang=pt>. Acesso em: 30 nov. 2024.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-12, 17 ago. 2016. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1259>. Acesso em: 10 set. 2023.

SCHUMACHER, Jessica R.; LUTZ, Barbara J.; HALL, Allyson G.; HARMAN, Jeffrey S.; TURNER, Kristen; BRUMBACK, Babette A.; HENDRY, Phyllis; CARDEN, Donna L. Impact of an emergency department-to-home transitional care intervention on health service use in medicare beneficiaries. **Medical Care**, Hagerstown, v. 59, n. 1, p. 29-37, 10 dez. 2020. DOI: 10.1097/MLR.0000000000001452. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33298706/>. Acesso em: 4 abr. 2023.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de; SEIXAS, Clarissa Terenzi; FEUERWERKER, Laura Camargo M.; MERHY, Emerson E. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, fev. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102010000100018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SKnVLNn6TtQn8Y9SQ4NYnSK/?lang=pt>. Acesso em: 4 abr. 2023.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni; LEITE, Juliana Carvalho Araújo; SEIXAS, Clarissa Terenzi; GONÇALVES, Alda Martins. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 391-397, jun. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vbyTzXy4t4SfJmnMpNfBH7s/>. Acesso em: 20 fev. 2023.

SILVA, Kênia Lara; CASTRO, Edna Aparecida Barbosa; TOLEDO, Sandra Trindade; RIBEIRO, Jurema Luiz; RIBEIRO, Andréia Devislane. Trajetória política da atenção domiciliar em Minas Gerais. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, e1155, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190002>. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remede/article/view/49817>. Acesso em: 20 fev. 2023.

SILVA, Joice Lourenço da; TESTON, Elen Ferraz; MARCON, Sonia Silva; ARRUDA, Bianca Cristina Ciccone Giacon; RAMOS, Adriana Roese; BATISTON, Adriane Pires. Perception of health professionals about shared care between primary care and home care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, e20200410, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200410>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/fbGKvptcpgngvsxTKcmft3C/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2023.

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

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

WEBER, Luciana Andressa Feil; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ACOSTA, Aline Marques; MARQUES, Giselda Quintana. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 3, e47615, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4836/483655346004/html/>. Acesso em: 20 fev. 2023.

WEYKAMP, Juliana Marques; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de; CECAGNO, Diana; MEDEIROS, Adriane Calvetti de; PAULA, Saul Ferraz de; PEDROSO, Vanessa Soares Mendes. Home Care Service and Health Care Networks / Serviço de Atenção Domiciliar e as Redes de Atenção à Saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 5, p. 1117-1121, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1117-1121>. Acesso em 10 abr. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Declaration of Astana**. Astana: WHO; UNICEF, 2018.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dados do participante e orientações

Nome do entrevistado(a): _____

Nome do pesquisador(a): _____

Data da entrevista _____

Local da entrevista: _____

Contato inicial:

- Agradecer a disponibilidade em receber o(a) pesquisador(a).
- Apresentar, de forma breve, os objetivos da pesquisa.
- Explicar as informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Reforçar a importância do armazenamento de uma cópia do documento.

Procedimentos iniciais:

- Solicitar permissão para gravação.
- Iniciar a gravação.

Características socioeconômicas dos entrevistados:

- Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____ anos
- Formação profissional: _____
- Cargo/função na Instituição: _____
- Tempo de atuação na função: _____ Local de trabalho: _____

Questões para entrevista

1. Gostaria que você me falasse o que entende por transição de cuidado.
2. Gostaria que você me falasse sobre a transição do cuidado do SAD para a sua equipe de Saúde da Família.
3. Quais as estratégias e ferramentas que você utiliza nesse processo.
4. Gostaria que você me falasse sobre aspectos facilitadores vivenciados no processo de recebimento de pacientes egressos do SAD.
5. Gostaria que você me falasse sobre aspectos dificultadores vivenciados no processo de recebimento de pacientes egressos do SAD.
6. Como você percebe a transição de cuidados entre o SAD e a ESF?
7. Como você descreve as interações interprofissionais e articulações interserviços (SAD E APS) para a transição do cuidado?
8. Você conhece o Guia de Diretrizes da Atenção Domiciliar do SUS-BH? *Em caso afirmativo, perguntar*
9. Como ele tem contribuído para a sua prática?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE EQUIPES DO SAD

Dados do participante e orientações

Nome do entrevistado(a): _____

Nome do pesquisador(a): _____

Data da entrevista _____

Local da entrevista: _____

Contato inicial:

- Agradecer a disponibilidade em receber o(a) pesquisador(a).
- Apresentar, de forma breve, os objetivos da pesquisa.
- Explicar as informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Reforçar a importância do armazenamento de uma cópia do documento.

Procedimentos iniciais:

- Solicitar permissão para gravação.
- Iniciar a gravação.

Características socioeconômicas dos entrevistados:

- Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____ anos
- Formação profissional: _____
- Cargo/função na Instituição: _____
- Tempo de atuação na função: _____ Local de trabalho: _____

Questões para entrevista

1. Gostaria que você me falasse o que entende por transição de cuidado.
2. Gostaria que você me falasse sobre a transição do cuidado do SAD para a equipe de Saúde da Família.
3. Quais as estratégias e ferramentas que você utiliza nesse processo.
4. Gostaria que você me falasse sobre aspectos facilitadores vivenciados no processo de alta do paciente do SAD para a Esf.
5. Gostaria que você me falasse sobre aspectos dificultadores vivenciados no processo de alta do paciente do SAD para a Esf.
6. Como você percebe a transição de cuidados entre o SAD e a ESF?
7. Como você descreve as interações interprofissionais e articulações interserviços (SAD e APS) para a transição do cuidado?
8. Você conhece o Guia de Diretrizes da Atenção Domiciliar do SUS-BH? Em caso afirmativo, perguntar
9. Como ele tem contribuído para a sua prática?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES

Dados do participante e orientações

Nome do entrevistado(a): _____

Nome do pesquisador(a): _____

Data da entrevista _____

Local da entrevista: _____

▪ **Contato inicial:**

- Agradecer a disponibilidade em receber o(a) pesquisador(a).
- Apresentar, de forma breve, os objetivos da pesquisa.
- Explicar as informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Reforçar a importância do armazenamento de uma cópia do documento.

Procedimentos iniciais:

- Solicitar permissão para gravação.
- Iniciar a gravação.

Características socioeconômicas dos entrevistados:

- Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____ anos
- Formação profissional: _____
- Cargo/função na Instituição: _____

Tempo de atuação na função: _____ Local de trabalho: _____

Questões para entrevista

1. Gostaria que você me descrevesse sobre os fluxos e documentos institucionais sobre a AD e transição do cuidado.
2. Gostaria que você me falasse o que entende por transição de cuidado
3. Gostaria que você me falasse como está organizada transição do cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a equipe de Saúde da Família no município.
4. Gostaria que você me falasse sobre aspectos facilitadores na gestão das equipes para a transição do cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a equipe de Saúde da Família.
5. Gostaria que você me falasse sobre aspectos dificultadores na gestão das equipes para a transição do cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a equipe de Saúde da Família.
6. Como você descreve as interações interprofissionais e articulações interserviços (SAD E APS) para a transição do cuidado?
7. O município possui programas, políticas, estratégias ou ferramentas específicas voltados para a transição de cuidados entre diferentes serviços na rede municipal de saúde? *Em caso afirmativo, perguntar:*
8. Quais? Comente.

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Participante,

O (A) Sr (a). está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, da pesquisa “A gestão do processo de Transição do cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde, em desenvolvimento no Curso de Mestrado Profissional de Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Essa pesquisa será realizada pela pesquisadora mestranda Fabiana Ribeiro Silva, orientada pela Profa. Dra. Doane Martins da Silva e coorientada pela Profa. Dra. Wanessa Debórtoli de Miranda. Esse termo de consentimento será apresentado e explicado pela pesquisadora ao Sr (a)., de maneira individual e em ambiente reservado. O (A) Sr (a). deve lê-lo, assiná-lo (em duas vias), também em maneira individual e em ambiente reservado. Caso declare não saber ler, os pesquisadores irão lê-lo e explicá-lo na íntegra. Nesse caso, deverá haver uma terceira pessoa presente durante a apresentação do termo de consentimento. Esta pessoa deverá assinar ou rubricar o termo. O termo assinado deverá ser entregue para o pesquisador e uma via será oferecida ao Sr (a).

OBJETIVO DA PESQUISA

Analisar a gestão do processo de Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde.

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

O (A) Sr (a). será abordado uma única vez pela pesquisadora mestranda Fabiana Ribeiro Silva, para entrevista em local/sala reservado, tranquilo da própria unidade de saúde que atua e que assegure a confidencialidade das informações fornecidas pelo (a) Sr (a). O tempo gasto para a entrevista será de aproximadamente 40 (quarenta) minutos. A entrevista seguirá um roteiro de questões e as respostas serão gravadas para aproveitar ao máximo todas as falas na análise dos dados e construção dos resultados, preservando a confidencialidade total das respostas. O (A) Sr (a). poderá deixar de responder as questões caso não deseje. Além disto, a abordagem também poderá ser interrompida em qualquer momento que o (a) Sr (a). quiser e sua continuação será remarcada para outro dia e horário, se assim desejar. Cabe mencionar que o (a) Sr (a). tem o direito de desistir da abordagem mesmo depois do início, sem que isto te traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. Caso aceite participar da pesquisa, esse termo de consentimento deve ser assinado em duas vias. As pesquisadoras estarão disponíveis em qualquer momento da pesquisa para esclarecimentos e acompanhamento relacionado à pesquisa.

PARTICIPAÇÃO, CONFIDENCIALIDADE E USO DOS DADOS

A abordagem para a entrevista será feita individualmente na presença da pesquisadora e em local reservado. Sua participação é absolutamente voluntária, sem nenhum tipo de remuneração financeira e não terá nenhuma despesa. Caso sejam identificados e comprovados danos provenientes do estudo, será assegurado ao Sr(a) o direito à indenização. É garantido ao (a) Sr (a). o anonimato e sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. As respostas permanecerão confidenciais e seu nome não será associado a elas. Os dados serão tratados com todo o cuidado e sigilo, sendo garantida a preservação deles, sua confidencialidade e o anonimato de todos os participantes. As falas (áudios) gravadas serão armazenadas por 05 anos, em dispositivos digitais na Escola de Enfermagem - Campus Saúde UFMG, sendo o acesso feito apenas pelas pesquisadoras responsáveis pela pesquisa, professora Dra. Doane Martins da Silva (coordenadora), professora Dra. Wanessa Debórtoli de Miranda (coorientadora) e Fabiana Ribeiro Silva

(mestranda). Após o prazo previsto do armazenamento dos dados da pesquisa (05 anos) ter passado, o material será deletado.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

É importante esclarecer que a pesquisa oferece o risco mínimo de desconforto no momento que o Sr (a). for responder às questões propostas, no entanto, todas as questões são relacionadas à sua profissão/atuação, serão tratadas com todo o cuidado, profissionalismo, ética e sigilo sendo garantida a privacidade de seus dados registrados. Esse termo de consentimento segue o que é definido na Resolução 466/2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, assegurando assim a preservação dos dados, sua confidencialidade e o anonimato dos participantes. O Sr (a) poderá se sentir, constrangido, desconfortável ou incomodado durante a entrevista, e caso isso ocorra, poderá interromper sua participação a qualquer momento. Esse risco será minimizado mediante esclarecimentos sobre a pesquisa e dúvidas que possam existir. Os dados da pesquisa serão tratados de forma agregada para resguardar o seu anonimato. Você não será remunerado e não terá gastos financeiros com a pesquisa. Os benefícios dessa pesquisa estão relacionados a autorreflexão da sua prática cotidiana de trabalho, o que poderá suscitar novas práticas e oportunidades de melhorias na Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde. Os resultados desta pesquisa serão utilizados em trabalhos científicos publicados ou apresentados em congressos e palestras sem revelar sua identidade preservando sempre a confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes da pesquisa. Os resultados desse estudo não serão usados em hipótese nenhuma para outros fins não citados nesse termo de consentimento.

LIBERDADE DE RECUSA E DE DESISTÊNCIA EM QUALQUER MOMENTO DA PESQUISA; DIREITO DE RECUSA

O (A) Sr (a)., como voluntário (a), pode recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo junto às instituições relacionadas com esse estudo.

Esse termo de consentimento é composto de duas vias originais, uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Escola de Enfermagem - Campus Saúde UFMG, e a outra será fornecida ao Sr. (a).

DÚVIDAS / CONTATOS

Qualquer dúvida pode ser tirada no momento da entrevista, com as pesquisadoras. Caso sua dúvida persista, demande maiores esclarecimentos ou confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, você poderá fazer contato pelos seguintes meios:

DOANE MARTINS DA SILVA (orientadora)

Av. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia - CEP: 30130-100 - Belo Horizonte - MG/Brasil
Escola de Enfermagem - Campus Saúde UFMG Fone: (31) 3409-8024

E-mail: doane.ef@gmail.com

WANESSA DEBÔRTOLI DE MIRANDA (coorientadora)

Av. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia - CEP: 30130-100 - Belo Horizonte - MG/Brasil
Escola de Enfermagem - Campus Saúde UFMG Fone: (31) 3409-8024

E-mail: wanessa.debortoli@hotmail.com

FABIANA RIBEIRO SILVA (mestranda)

Av. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia - CEP: 30130-100 - Belo Horizonte - MG/Brasil

Escola de Enfermagem - Campus Saúde UFMG Fone: (31) 3409-8024 E- mail: ffaribbeiro@gmail.com

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901. E-mail: coep@prpq.ufmg.br. - Tel: 3409-4592

CEP -Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - SMSA de Belo Horizonte – Rua Frederico Bracher Júnior, 103 -3º andar - Padre Eustáquio-BH/MG. Telefone: 3277-5309/ Email: coep@pbh.gov.br

CONSENTIMENTO

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito da pesquisa. Sei também que a minha participação é voluntária e que posso desistir de participar da pesquisa mesmo depois do início, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. A minha participação não terá qualquer consequência para mim nas instituições envolvidas na pesquisa. Confirmando que fui orientado(a) a armazenar em meus arquivos uma cópia desse documento. Por tudo isso, declaro que li esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordo em participar da pesquisa.

Local: Data: ____/____/2023

Assinatura do (a) participante: _____ Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE E - PRODUTO TÉCNICO

**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**

Fabiana Ribeiro Silva

**Relatório técnico resultante do trabalho: A gestão do processo de
transição de cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção
Primária à Saúde**

**Belo Horizonte
2025**

FABIANA RIBEIRO SILVA

A GESTÃO DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO ENTRE O SERVIÇO
DE ATENÇÃO DOMICILIAR E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Produto Técnico resultante do trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Doane Martins da Silva

Coorientadora: Prof.^a Dra. Wanessa Debôrtoli de Miranda

1 INTRODUÇÃO

Este relatório técnico é parte integrante da dissertação de Fabiana Ribeiro Silva, do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços da Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. A autora tem como linha de pesquisa Política, Planejamento e Avaliação em Saúde e foi orientada pela professora doutora Doane Martins da Silva e coorientada pela professora doutora Wanessa Debôrtoli de Miranda.

As mudanças nas necessidades de saúde dos diversos grupos etários da população tem apresentado desafios para o planejamento de ações e organização dos sistemas de saúde, que precisam encontrar respostas adequadas às distintas demandas. A incorporação de modalidades assistenciais no SUS visa a atender aos problemas e necessidades de saúde da população. Neste cenário a AD é uma importante estratégia adotada para a otimização dos leitos hospitalares, redução da pressão assistencial nas portas dos serviços de urgência e garantia de cuidado aos usuários acamados ou restritos ao domicílio (Brasil, 2020).

Procópio *et al.* (2019) relatam que, apesar dos inúmeros avanços com a implementação e expansão do SAD e da sua importância para sustentabilidade econômica do sistema de saúde, existem desafios a serem superados como a falta de entendimento do papel da AD na RAS, a fragmentação do cuidado, visto que cada vez mais os usuários são atendidos por diferentes profissionais em diversos serviços de saúde. Há dificuldades no compartilhamento do cuidado entre as equipes de AD, seja pela falta de entendimento da política de AD (Savassi, 2016) ou pela baixa efetividade na construção de estratégias coletivas de trabalho (Andrade *et al.*, 2013).

A transição de cuidados é uma estratégia mundialmente adotada para contrapor a fragmentação assistencial vivenciada por usuários que necessitam de cuidados continuados e prolongados ao transitar pelos serviços de saúde (Lima *et al.*, 2018).

Assim, a dissertação teve como objetivo geral: analisar a gestão do processo de Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde e, como objetivos específicos: : identificar a compreensão de profissionais de saúde e gestores sobre Transição do Cuidado; conhecer estratégias e mecanismos de articulação na Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde; identificar fragilidades e potencialidades de

profissionais de saúde e gestores na Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde; descrever estratégias para promover a Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde na perspectiva de profissionais de saúde e gestores.

2 OBJETIVO

O relatório técnico tem o propósito de apresentar os resultados da pesquisa aos representantes da SMSA e da gestão loco regional, em Belo Horizonte, responsáveis pela gestão do processo de transição do cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde, de forma a suscitar discussões acerca das possibilidades e desafios na transição dos cuidados entre as equipes que prestam cuidado domiciliar e ampliar os conhecimentos sobre a temática considerando a crescente demanda de utilização dessa modalidade assistencial, o que requer e estabelecimento de uma AD de qualidade.

3 RESULTADOS

O estudo teve 26 participantes, envolvendo profissionais de equipes de saúde da família, profissionais da EMAD e gestores do nível local, central e regional de saúde municipal. Os resultados revelam a compreensão dos mesmos acerca dos aspectos importantes na transição do cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde, oferecendo subsídios para a organização e planejamento de ações para melhor atuação em rede e continuidade do cuidado em saúde aos usuários. E ainda, a análise de como a TC se revela no cotidiano dos serviços poderá oferecer a possibilidade de revisão de fluxos e aprimoramento nos mecanismos de articulação entre os serviços.

a. A transição do cuidado na perspectiva de profissionais de saúde e gestores

Esta categoria analisou a perspectiva dos participantes no que se refere à TC e na identificação de aspectos relevantes para a segurança nos cuidados de transição. Os participantes demonstraram clareza quanto ao conceito dos cuidados de transição

para a garantia assistencial dos pacientes ao transitar por diferentes serviços e níveis assistenciais. A TC foi correlacionada à colaboração e responsabilização dos profissionais no cuidado ao usuário que transita por diferentes esferas assistenciais, a fim de evitar a interrupção de intervenções ou agravamento dos quadros de saúde. O compartilhamento de saberes interprofissionais revela o aspecto complementar das diferentes equipes para uma assistência integral, segura e qualificada. A interação entre os serviços da RAS também foi destacada pelos profissionais que descreveram a TC como uma conexão entre os serviços e profissionais além de envolver pacientes, familiares e cuidadores no apoio pós alta no domicílio.

b. Estratégias para a transição do cuidado entre o SAD e a APS

A continuidade dos cuidados domiciliares se correlaciona com a adoção de estratégias nos diferentes esferas assistenciais para uma interlocução entre os profissionais e serviços.

No cenário analisado as estratégias utilizadas para a TC no cotidiano do trabalho de equipes do SAD e de eSF foram:

- O envio do email do SAD para a eSF com o sumário de alta para conhecimento da APS e programação de continuidade assistencial;
- A aproximação e discussão em casos de maior complexidade assistencial para a realização de troca de informações entre as equipes EMAD e eSF;
- Roda de conversa ocorrida em 2023 entre as equipes EMAD com as equipes dos centros de saúde para apresentação do SAD, que culminaram com o aumento do encaminhamento da APS de usuários elegíveis para AD2 e AD3 e melhora nas relações e práticas assistenciais entre os serviços.

c. Articulação entre equipes do SAD e da APS na transição do cuidado: potencialidades e desafios

O estudo evidenciou potencialidades na articulação entre as equipes:

- A organização e distribuição das equipes do SAD, com encaminhamento para

cada centro de saúde do município;

- Retaguarda das portas de urgência, para atendimento dos usuários em casos sob os cuidados das equipes EMAD e EMAP em casos de instabilidade clínica do paciente;
- Identificação do paciente que está sob os cuidados da EMAD pela RAS através do prontuário espelho que permanece no domicílio do usuário, que descreve as propostas terapêuticas em curso;
- A participação e corresponsabilização da tríade família-cuidador-paciente e no acompanhamento do paciente por proporcionar maior segurança assistencial e sucesso na recuperação da saúde;
- O vínculo e a relação de confiança dos usuários adscritos com suas respectivas eSF que conhecem e acompanham as famílias do seu território.

Com relação aos desafios, foram destacados:

- Entendimento insuficiente da PNAD por profissionais na RAS o que pode ocasionar lacunas assistenciais para os usuários ou falsas expectativas de cuidado para o paciente e familiares;
- Falta de entendimento pela APS do atributo de coordenação do cuidado, quando usuários de seu território, mesmo estando sob os cuidados de outro ponto assistencial, permanecem sob sua responsabilidade sanitária;
- Falta de ciência da APS na admissão e acompanhamento do paciente que está sob os cuidados do SAD;
- Falta de interação entre o SAD e a APS, apesar dos esforços já empreendidos, que se agrava com o turnover profissional nos serviços;
- Problemas no fornecimento de insumos e medicamentos, necessários para a manutenção dos cuidados no ambiente domiciliar, por falta de interação entre as equipes e de espaços de discussão dos casos em acompanhamento pela EMAD;
- Lacuna da gestão loco-regional no acompanhamento dos processos relacionados à oferta e prestação da AD2 e AD3 no território;
- Falta de continuidade na assistência domiciliar pela APS sendo apontado como causas: adensamento populacional das eSF, a pressão assistencial, sazonalidade das doenças transmissíveis e insuficiente oferta logística para o

exercício da AD1 frente à necessidade dos usuários adscritos.

d. Perspectivas para transição do cuidado na rede de saúde: necessidade de efetivar e definir novas ações e estratégias.

No contexto analisado, foram apontadas sugestões para aprimorar o cuidado transicional entre o SAD e a APS, destacando-se:

- Acompanhamento pela gestão loco-regional dos cuidados da AD2 e AD3 por considerar a importância deste ponto gerencial para a oferta de cuidado domiciliar e integração com a RAS do território;
- A incorporação de ferramentas para compartilhamento dos casos em acompanhamento pelo SAD com equipes da APS e gestores locais e loco regional;
- A elaboração de material digital para maior divulgação da atenção domiciliar para profissionais e demais pontos de atenção na RAS, em busca de um cuidado integral e do estabelecimento de relações cooperativas de trabalho;
- A instituição de espaços de diálogo sistematizados, como rodas de conversa e matriciamentos entre os serviços que ofertam atenção domiciliar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde é um tema ainda pouco explorado. Assim, é relevante que o conteúdo seja explorado por gestores e profissionais de saúde a fim de identificar aspectos relevantes para a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados ao paciente durante seu percurso na RAS.

Os resultados encontrados visam fomentar novas articulações entre os serviços, potencializando os aspectos positivos para resolução dos problemas de forma a contribuir com proposições capazes de auxiliar na identificação, encaminhamentos e acompanhamento dos casos.

A partir dos resultados encontrados, propõe-se espaços de diálogo sistematizados, como rodas de conversa e matriciamentos entre os serviços como

estratégias capazes de fortalecer o cuidado compartilhado e melhorar as relações e práticas assistenciais. A troca de informações sobre os casos é crucial para a integralidade do cuidado e elaboração conjunta do PTS para os casos complexos, ainda pouco explorado entre os serviços de atenção domiciliar, com potencialidades para facilitar o cuidado transicional e continuidade assistencial na APS.

Destaca-se ainda, a necessidade de fortalecer o gestão loco-regional no acompanhamento e inclusão dos processos relacionados à oferta e prestação da AD2 e AD3 e integração com a RAS do território, bem como a ampliação do apoio logístico para a ampliação da oferta de AD pela APS. E ainda, a elaboração e incorporação de ferramentas para compartilhamento dos casos em acompanhamento pelo SAD com equipes da APS e gestores para melhoria dos processos de trabalho das equipes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf. Acesso em: 22 fev. 2023.

ANDRADE, Angélica M.; BRITO, Maria José M.; SILVA, Kênia L.; MONTENEGRO, Lívia C.; CAÇADOR, Beatriz S.; FREITAS, Letícia Fernanda de C. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 111-117, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472013000200014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/QxFn7gtHmYYLzbZBh6Pv8WP/?lang=pt#elo.br/>. Acesso em 24 mar. 2023.

LIMA, Maria Alice D. S.; MAGALHÃES, Ana Maria M.; OELKE, Nelly D.; MARQUES, Giselda Q.; LORENZINI, Elisiane; WEBER, Luciana A. F.; FAN, Iris. Care transition strategies in latin american countries: an integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/sKhXDFVJpRQKZmpQDCMXtvc/?lang=en>. Acesso em: 27 fev. 2023.

PROCÓPIO, Laiane Claudia Rodrigues; SEIXAS, Clarissa Terenzi; AVELLAR, Raquel Souza; SILVA, Kênia Lara da; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 592-604, abr. 2019. DOI: [10.1590/0103-1104201912123](https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yz6YQWK9z67wqgrssVY7LBk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 set. 2023.

SAVASSI, Leonardo Caçado Monteiro. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-12, 17 ago. 2016. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1259>. Acesso em: 10 set. 2023.

ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa “A GESTÃO DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO ENTRE O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, sob a responsabilidade da pesquisadora Doane Martins da Silva, CPF n° 084.691.256-21, cujo objetivo é analisar a gestão do processo de transição do cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde, e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA/BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada a Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 04 de setembro de 2023


Edmundo Gustavo C. de Araújo
BM 106.972-X
Gerência de Integração do Cuidado à Saúde
DIAS/SUASA/SMSA/PEH

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo
Gerência de Integração do Cuidado à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde /SMSA

Documento assinado digitalmente
 TATIANE CAETANO
Data: 25/09/2023 10:40:59-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Tatiane Caetano – BM 97893-4
Assessoria de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A GESTÃO DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO ENTRE O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Doane Martins da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74883323.6.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.589.929

Apresentação do Projeto:

De acordo com os pesquisadores: "Será realizado estudo de caso único, de abordagem qualitativa, tendo como cenário a Regional de Saúde do Barreiro, no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Os participantes serão organizados em três grupos: grupo 1: profissionais de saúde de equipe de Saúde da Família; grupo 2: profissionais de saúde das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e da Equipe Multiprofissional de Apoio e, grupo 3: gestores do nível central e regional de saúde do município. Como critérios de inclusão, para o grupo 1 foram estabelecidos: pertencer a equipe de saúde da família dos Centros de Saúde selecionados, com atuação de, no mínimo, seis meses na função e que tenham tido ao menos uma experiência de transição do cuidado; para o grupo 2: pertencer às equipes do Serviço de Atenção Domiciliar selecionados, com atuação de, no mínimo, seis meses na função e que tenham tido ao menos uma experiência de transição do cuidado; e, para o grupo 3: estar em exercício das funções nos últimos 6 meses. Como critérios de exclusão para os 3 grupos de participantes foram estabelecidos: aqueles que estiverem em férias ou em licença, e, ainda os que não se dispuseram a participar da pesquisa. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista presencial, a partir de um roteiro semiestruturado, e, análise documental. Os dados serão submetidos à análise de conteúdo temática."

Pensando na hipótese de que há fragilidades na transição do cuidado entre o SAD e a APS, os seguintes questionamentos foram elaborados pelos pesquisadores: Como ocorre a gestão do

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: 6.589.929

processo de Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde? Qual a compreensão de profissionais de saúde e gestores sobre Transição do Cuidado? Quais as atividades desenvolvidas pelos profissionais durante a Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde? Quais estratégias e mecanismos de articulação interprofissionais e interserviços são utilizados no processo de Transição do Cuidado? Quais as fragilidades e potencialidades de profissionais de saúde e gestores em realizar a Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde?

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com os autores: "OBJETIVO GERAL: Analisar a gestão do processo de Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a compreensão de profissionais de saúde e gestores sobre Transição do Cuidado.
- Conhecer as estratégias e mecanismos de articulação interprofissionais e interserviços utilizadas durante a Transição do Cuidado.
- Identificar fragilidades e potencialidades de profissionais de saúde e gestores em realizar a Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os autores: "Os riscos identificados que poderão surgir ao longo do estudo são o tempo dispensado para a realização da entrevista e o desconforto ou constrangimento para responder às questões propostas. A pesquisadora buscará mitigar tais riscos com o esclarecimento dos objetivos do estudo e orientação desde o início sobre a previsão de tempo gasto para a entrevista de acordo com a data e horário disponibilizado pelo participante. Quanto ao receio de compartilhamento das informações compartilhadas, será garantido o anonimato e privacidade dos respondentes, bem como o direito de não responder ou participar da entrevista, podendo deixar de participar do estudo a qualquer momento. Será esclarecido que todas as respostas declaradas na entrevista seriam utilizadas apenas para fins acadêmicos e produção científica.

Benefícios: Quanto aos benefícios, o estudo permitirá a produção de conhecimentos sobre a temática da Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde, oferecendo subsídios para a organização e o planejamento de ações que possibilitem melhor atuação em rede e a continuidade do cuidado em saúde aos usuários."

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: 6.589.929

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa vinculado ao Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas. Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde. Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde. A temática é relevante para a área de investigação, apresenta referencial teórico bem estruturado, problema de pesquisa e objetivos claros, bem como percurso metodológico. Prevê a realização de entrevistas semiestruturadas e análise documental. Cronograma exequível e orçamento descrito com financiamento próprio.

As observações relacionadas ao TCLE e TCUD encontram-se apresentadas no tópico de recomendações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos para análise e emissão do presente parecer:

1. Informações básicas do projeto (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2221953.pdf);
2. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE11_10_23.pdf);
3. Parecer da Assembleia departamental (aprovacao_parecer.pdf);
4. Brochura do projeto (ProjetoPlataformaBrasil05_10.pdf);
5. Termo de anuência institucional (ProjetoPlataformaBrasil05_10.pdf)
6. Termo de compromisso de utilização de dados (TCUD.pdf)
7. Folha de rosto assinada (FolhaRosto.pdf)

Recomendações:

Recomendações de ajustes referentes ao TCLE de profissionais de saúde e gestores:

- Explicitar a quantidade de perguntas do roteiro e o conteúdo das mesmas.
- Informar sobre as estratégias de descarte dos dados coletados
- Substituir o termo cópia por via

O TCUD deve conter as assinaturas dos responsáveis locais dos órgãos responsáveis pelas informações coletadas. A ausência das assinaturas não implica em pendência documental do CEP, estando a coleta de dados condicionada às aprovações locais.

- Ajustar formatação de maneira a inserir assinatura do participante e pesquisador ao final de cada página
- Inserir numeração de páginas
- Mencionar que dúvidas relacionadas à execução da pesquisa devem ser respondidas pelos

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: 6.589.929

pesquisadores

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, S.M.J dos membros deste Comitê, sou favorável à aprovação da pesquisa, desde que realizadas as alterações sugeridas nas recomendações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2221953.pdf	11/10/2023 09:41:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE11_10_23.pdf	11/10/2023 09:40:16	FABIANA RIBEIRO SILVA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2221953.pdf	09/10/2023 13:52:42		Aceito
Outros	aprovacao_parecer.pdf	09/10/2023 13:52:01	Doane Martins da Silva	Aceito
Outros	aprovacao_parecer.pdf	09/10/2023 13:52:01	Doane Martins da Silva	Postado
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaBrasil05_10.pdf	05/10/2023 08:21:01	FABIANA RIBEIRO SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaBrasil05_10.pdf	05/10/2023 08:21:01	FABIANA RIBEIRO SILVA	Postado
Outros	Parecer_departamental.pdf	05/10/2023 08:16:26	FABIANA RIBEIRO SILVA	Aceito
Outros	Parecer_departamental.pdf	05/10/2023 08:16:26	FABIANA RIBEIRO SILVA	Postado
Outros	TAI.pdf	05/10/2023 08:13:27	FABIANA RIBEIRO SILVA	Aceito

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: 6.589.929

Outros	TAI.pdf	05/10/2023 08:13:27	FABIANA RIBEIRO SILVA	Postado
Outros	TCUD.pdf	05/10/2023 08:10:14	FABIANA RIBEIRO SILVA	Aceito
Outros	TCUD.pdf	05/10/2023 08:10:14	FABIANA RIBEIRO SILVA	Postado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/10/2023 08:09:44	FABIANA RIBEIRO SILVA	Postado
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	04/10/2023 20:55:00	FABIANA RIBEIRO SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	04/10/2023 20:55:00	FABIANA RIBEIRO SILVA	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

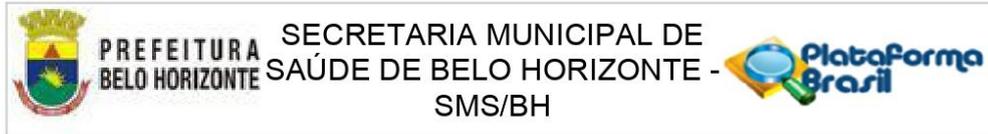
Não

BELO HORIZONTE, 18 de Dezembro de 2023

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 C - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/SMSA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A GESTÃO DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO ENTRE O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Doane Martins da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 74883323.6.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

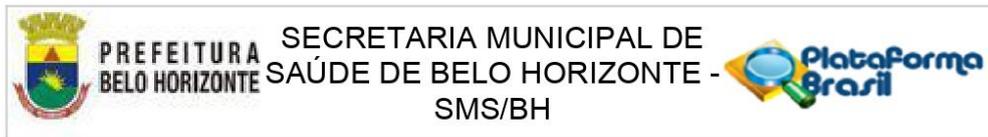
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.698.602

Apresentação do Projeto:

As informações que se seguem foram extraídas do documento INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO. Trata-se de pesquisa, dissertação do Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas. As mudanças nas necessidades de saúde dos diversos grupos etários e população tem representado desafios para o planejamento de ações e organização dos sistemas de saúde, que precisam encontrar respostas adequadas a estas diferentes necessidades. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem incorporado modalidades assistenciais e de gestão com vistas a atender aos problemas e necessidades de saúde da população através da reconfiguração de práticas sanitárias centradas no usuário e nas necessidades de saúde contemporâneas (BRASIL, 2020). Neste cenário, a Atenção Domiciliar (AD) é incorporada ao rol de ofertas de cuidado no sistema de saúde (SILVA et al., 2019). Diante do envelhecimento populacional, somado à transição epidemiológica, com aumento dos atendimentos a população idosa, as pessoas com doenças crônicas ou com sequelas provenientes de doenças ou acidentes, somada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a AD destaca-se como importante resposta do SUS. A AD é a estratégia adotada mundialmente para a otimização dos leitos hospitalares, redução da pressão assistencial nas portas dos serviços de urgência, garantia de cuidado assistencial aos usuários acamados ou restritos ao domicílio, promovendo maior qualidade e humanização do cuidado e autonomia do indivíduo

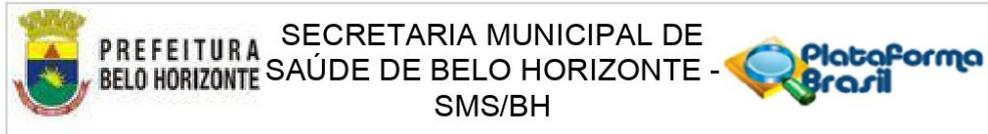
Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 6.698.602

(BRASIL, 2020). No Brasil, destaca-se que o cuidado no domicílio é uma das atribuições das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), no reconhecimento da APS como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2017a). As Equipes de Saúde da Família (eSF), desde sua regulamentação, têm entre suas atribuições executar ações de assistência na unidade básica de saúde, no domicílio e na comunidade (SAVASSI, 2016). Contudo, a AD está no escopo de outros serviços. A Portaria nº 2.029/2011 instituiu a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo as normas para cadastro e habilitação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2011a). No mesmo ano, a Portaria nº 2.527 redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde sendo definido o processo de negociação e de pactuação entre gestores na observância das necessidades de saúde dos usuários, especialmente do cuidado no domicílio (BRASIL, 2011b). No ano de 2013, a Portaria nº 963, reorienta a atenção domiciliar no âmbito do SUS. Nesta portaria a AD é caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às RAS. E ainda, o SAD é caracterizado como serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Dentre outras definições, essa Portaria dispõe sobre a organização das três modalidades de AD (BRASIL, 2013). Em 2016, a Portaria nº 825 redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. No ano de 2017, a Portaria Nº 5 redefine a AD no âmbito do SUS (BRASIL, 2017b). Em 2021, a Portaria Nº 3.547 habilita EMAD e EMAP aos serviços de atenção especializada no SUS (BRASIL, 2021). Procópio et al. (2019) relatam que, apesar dos inúmeros avanços com a implementação e expansão do SAD e da sua importância para sustentabilidade econômica do sistema de saúde, existem desafios a serem superados como a falta de entendimento do papel da AD na RAS, a fragmentação do cuidado, visto que cada vez mais os usuários são atendidos por diferentes profissionais em diversos serviços da RAS. Há dificuldades no compartilhamento do cuidado entre as equipes de AD, seja pela falta de entendimento da política de AD (SAVASSI, 2016) ou pela baixa efetividade na construção de estratégias coletivas de trabalho (ANDRADE et al., 2013). Assim, a Transição do Cuidado (TC) torna-se importante estratégia para garantir a continuidade do cuidado de usuários que necessitam de cuidados contínuos e persistentes (LIMA et al. 2018). O cuidado transicional possibilita a continuidade assistencial do usuário pela

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



Continuação do Parecer: 6.698.602

APS com a organização prévia dos insumos e medicamentos necessários, bem como o planejamento dos atendimentos na agenda das equipes (BRASIL, 2020). Entretanto, Acosta et al. (2020) alertam para o risco de fragmentação dos cuidados para a resolução dos problemas de saúde quando os usuários transitam por vários serviços, atendidos por diferentes profissionais sem integração entre os pontos da RAS. A falta de integração e conectividade de cuidados entre os profissionais é mais preocupante para usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que transitam entre os diversos serviços de saúde e necessitam de uma assistência continuada (ACOSTA et al., 2020). Com base no exposto, definiu-se a gestão do processo de Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde transição como objeto deste estudo.

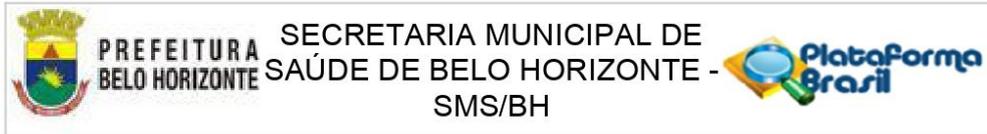
Metodologia Proposta:

Esse estudo será desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa, delineada pela estratégia de pesquisa estudo de caso único. A escolha pelo estudo de caso qualitativo apresenta-se adequado por permitir apreender profundamente uma realidade complexa e contemporânea em seu contexto real a partir do ponto de vista daqueles que a vivenciam, mostrando as contradições aparentes e ocultas (YIN, 2015). O estudo será realizado na Regional Barreiro no município de Belo Horizonte - Minas Gerais. A seleção da Regional foi intencional, devido à facilidade de acesso da pesquisadora. Os participantes do estudo serão organizados em três grupos: profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar, profissionais das equipes de Saúde da Família e gestores do nível central e regional de saúde. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista presencial a partir de um roteiro semiestruturado e análise documental.

Critério de Inclusão: A inclusão dos participantes fundamenta-se na atribuição de promover a Transição do Cuidado entre as equipes do SAD e da APS e a gestão dos serviços na RAS municipal. Grupo 1 de participantes: profissionais de saúde de equipe de Saúde da Família. Os critérios de inclusão para os profissionais de saúde de equipes de Saúde da Família serão: pertencer a uma equipe de saúde da família dos Centros de Saúde selecionados e atuação de, no mínimo, seis meses na função e que tenham tido ao menos 1 experiência de transição do cuidado. Como critérios de exclusão foram estabelecidos: aqueles que estiverem em férias ou em licença, e, ainda os que não se dispuseram a participar da pesquisa. Grupo 2 de participantes:

profissionais de saúde de EMAD e EMAP. Os critérios de inclusão para os profissionais do SAD

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



Continuação do Parecer: 6.698.602

serão: pertencer a equipe do EMAD e EMAP selecionados e atuação de, no mínimo, seis meses na função e que tenham tido ao menos 1 experiência de transição do cuidado. Como critérios de exclusão foram estabelecidos: aqueles que estiverem em férias ou em licença, e, ainda os que não se dispuseram a participar da pesquisa. Grupo 3 de participantes: Gestores do nível central e regional de saúde. Critério de inclusão: estar em exercício das funções nos últimos 6 meses. Critério de Exclusão: Como critérios de exclusão foram estabelecidos: profissionais que estiverem em férias ou em licença, e, ainda os que não se dispuseram a participar da pesquisa.

Os dados coletados serão submetidos à análise de conteúdo temática conforme Bardin (2016).

Hipótese do estudo: acredita-se que há fragilidades na transição do cuidado entre o SAD e a APS e como desfecho primário: identificar as fragilidades na transição do cuidado entre o SAD e a APS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Analisar a gestão do processo de Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde.

Objetivo Secundário:

Identificar a compreensão de profissionais de saúde e gestores sobre Transição do Cuidado. Descrever as atividades desenvolvidas pelos profissionais durante a Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde.

Conhecer as estratégias e mecanismos de articulação interprofissionais e interserviços utilizadas durante a Transição do Cuidado.

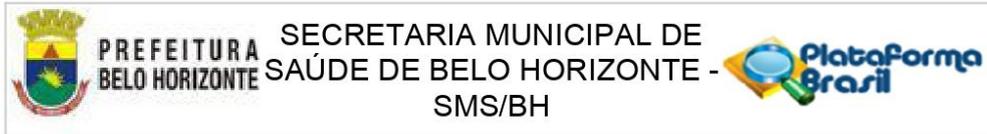
Identificar fragilidades e potencialidades de profissionais de saúde e gestores em realizar a Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos (e/ou desconfortos) envolvidos nesse estudo são o tempo dispensado para a realização da entrevista e o desconforto ou constrangimento para responder às questões propostas. A pesquisadora buscará mitigar tais riscos com o esclarecimento dos objetivos do estudo e orientação desde o início sobre a previsão de tempo gasto para a entrevista de acordo com a data e horário disponibilizado pelo participante. Quanto ao receio de compartilhamento das informações compartilhadas, será garantido o anonimato e privacidade dos respondentes,

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



Continuação do Parecer: 6.698.602

bem como o direito de não responder ou participar da entrevista, podendo deixar de participar do estudo a qualquer momento. Será esclarecido que todas as respostas declaradas na entrevista serão utilizadas apenas para fins acadêmicos e produção científica.

Benefícios:

Os resultados dessa pesquisa permitirão a produção de conhecimentos sobre a temática da Transição do Cuidado entre o Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Primária à Saúde, oferecendo subsídios para a organização e o planejamento de ações que possibilitem melhor atuação em rede e a continuidade do cuidado em saúde aos usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante frente ao envelhecimento populacional e à carga tripla de doenças que configuram condições crônicas impactando na rede SUS que no cuidado necessitam das redes de atenção, e sobretudo do Cuidado na transição para a AD/APS ponto importante dessa mesma rede.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram devidamente apresentados.

- Folha de rosto assinada e datada em 08/08/2023,
- O Termo de Anuência da Prefeitura de Belo Horizonte foi assinado em 04/09/2023
- Informações Básicas do projeto
- Brochura/Projeto com informações detalhadas
- TCUD
- Termo de Responsabilidade da pesquisadora assinado em 30/03/23.
- TCLE
- Cronograma

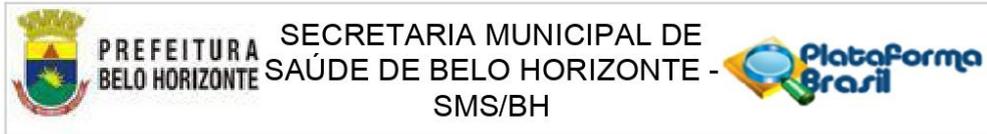
Recomendações:

Nada digno de nota.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, verificando que o projeto cumpriu integralmente os requisitos da Resolução CNS 466/12 e 580/18, RESOLVE considerar o projeto **APROVADO**.

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

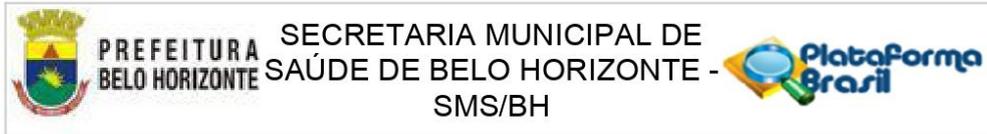


Continuação do Parecer: 6.698.602

status da Lista de pendências em resposta ao Parecer de nº 6.641.730:

1. TCUD: Realizar a assinatura de todas as pesquisadoras. ζ Pendência atendida
 2. Cronograma a ser atualizado, página 4 das Informações Básicas do Projeto e página 28 da brochura. ζ Pendência atendida
 3. Esclarecer como na ζRegional Barreiro, campo intencionalζ se chegará aos potenciais participantes da pesquisa: Unidades de saúde, profissionais e usuários. Como terá acesso a esses dados dos potenciais sujeitos da pesquisa e proteção desses dados segundo a LGPD. ζ Pendência atendida
 4. Esclarecer como os pesquisadores pretendem organizar a coleta de dados conforme as implicações da Resolução 580/18, CAPÍTULO II, Dos aspectos éticos das pesquisas com seres humanos em instituições do SUS com destaque para: Art. 2º As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde. ζ Pendência atendida
- Art. 3º A utilização para fins de pesquisa de acervo e/ou material biológico humano resultante das atividades de atenção à saúde só poderá ser realizada com a devida apreciação e aprovação ética do Sistema CEP/CONEP.
- Art. 4º É dever do pesquisador responsável, ou pessoa por ele delegada da equipe de pesquisa, explicitar, no processo de obtenção do consentimento, ao participante da pesquisa recrutado em serviço de saúde vinculado ao SUS (usuário do serviço de saúde), a diferença entre o procedimento da pesquisa e o atendimento de rotina do serviço.
- Parágrafo único. O atendimento ao usuário não deverá ser prejudicado, independentemente de sua decisão de participar ou não da pesquisa, devendo essa garantia estar explícita no processo de consentimento e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) quando for o caso.
- Art. 5º Os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição.
- Art. 6º A pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição.
- Art. 7º A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

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



Continuação do Parecer: 6.698.602

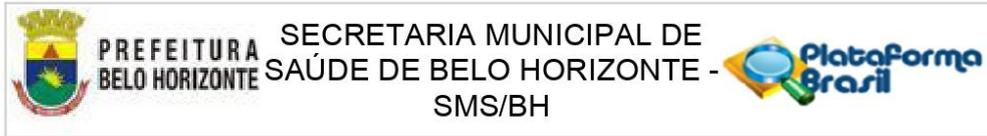
Considerações Finais a critério do CEP:

- Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser 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_2266934.pdf	20/02/2024 14:30:53		Aceito
Outros	20_02_TCUD.pdf	20/02/2024 14:29:36	Doane Martins da Silva	Aceito
Outros	20_02_CARTA_RESPOSTA_CEP_SMS_A_BH_assinado.pdf	20/02/2024 14:24:51	Doane Martins da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE11_10_23.pdf	11/10/2023 09:40:16	FABIANA RIBEIRO SILVA	Aceito
Outros	aprovacao_parecer.pdf	09/10/2023	Doane Martins da	Aceito

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



Continuação do Parecer: 6.698.602

Outros	aprovacao_parecer.pdf	13:52:01	Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaBrasil05_10.pdf	05/10/2023 08:21:01	FABIANA RIBEIRO SILVA	Aceito
Outros	Parecer_departamental.pdf	05/10/2023 08:16:26	FABIANA RIBEIRO SILVA	Aceito
Outros	TAI.pdf	05/10/2023 08:13:27	FABIANA RIBEIRO SILVA	Aceito
Outros	TCUD.pdf	05/10/2023 08:10:14	FABIANA RIBEIRO SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 12 de Março de 2024

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