

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional**

**ANÁLISE DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DA  
REABILITAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/ BELO  
HORIZONTE (SUS/BH) A PARTIR DE CASOS TRAÇADORES**

**Júlia Baldoni Grossi**

**Belo Horizonte**  
**2016**

**Júlia Baldoni Grossi**

**ANÁLISE DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DA  
REABILITAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/ BELO  
HORIZONTE (SUS/BH) A PARTIR DE CASOS TRAÇADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Fisioterapia.

Área de concentração: Estudo do Desempenho Motor e Funcional Humano.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosana Ferreira Sampaio, UFMG.

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado, UFMG.

**Belo Horizonte**

**2016**

G878a Grossi, Júlia Baldoni  
2016 Análise da atenção domiciliar no âmbito da reabilitação no Sistema Único de Saúde/ Belo Horizonte (SUS/BH) a partir de casos traçadores. [manuscrito] / Júlia Baldoni Grossi – 2016.  
117 f., enc.: il.

Orientadora: Rosana Ferreira Sampaio  
Co-orientador: Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.  
Bibliografia: f. 97-100

1. Serviços de saúde pública - Teses. 2. Sistema Único Saúde - Teses. 3. Promoção da Saúde - Teses. 4. Assistência domiciliar – Teses. I. Sampaio, Rosana Ferreira. II. Furtado, Sheyla Rossana Cavalcanti. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. IV. Título.

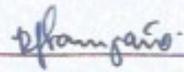
CDU: 615.8

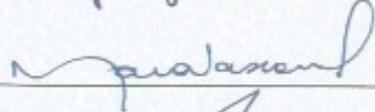
**Ficha catalográfica elaborada pela equipe de bibliotecários da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.**

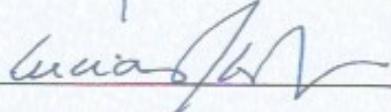
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO  
 DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL  
 SITE: [www.eeffto.ufmg.br/mreab](http://www.eeffto.ufmg.br/mreab) E-MAIL: [mreab@eeffto.ufmg.br](mailto:mreab@eeffto.ufmg.br) FONE/FAX: (31) 3409-4781/7395

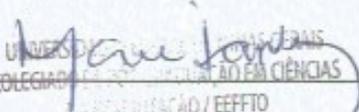
ATA DE NÚMERO 238 (DUZENTOS E TRINTA E OITO) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DE DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA **JÚLIA BALDONI GROSSI** DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO. -----

Aos 10 (dez) dias do mês de março do ano de dois mil e dezesseis, realizou-se na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "**Análise da Atenção Domiciliar no Âmbito da Reabilitação no SUS/BH a partir de Casos Traçadores**". A banca examinadora foi constituída pelas seguintes Professoras Doutoras: Rosana Ferreira Sampaio, Mara Vasconcelos e Luciana Assis Costa, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 09h00min com apresentação oral da candidata, seguida de arguição dos membros da Comissão Examinadora. **Após avaliação, os examinadores consideraram a candidata aprovada e apta a receber o título de Mestre, após a entrega da versão definitiva da dissertação.** Nada mais havendo a tratar, eu, Marilane Soares, secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação dos Departamentos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 10 de março de 2016. -----

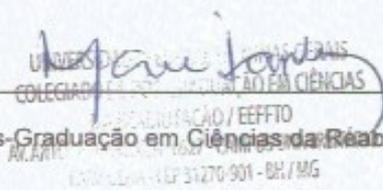
Professora Dra. Rosana Ferreira Sampaio 

Professora Dra. Mara Vasconcelos 

Professora Dra. Luciana Assis Costa 

Marilane Soares 084190 

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação



COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO  
 DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL  
 SITE: [www.eeffto.ufmg.br/mreab](http://www.eeffto.ufmg.br/mreab) E-MAIL: [mreab@eeffto.ufmg.br](mailto:mreab@eeffto.ufmg.br)  
 FONE/FAX: (31) 3409-4781

PARECER

Considerando que a dissertação de mestrado de JÚLIA BALDONI GROSSI intitulada “Análise da Atenção Domiciliar no Âmbito da Reabilitação no SUS/BH a partir de Casos Traçadores”, defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, nível mestrado, cumpriu sua função didática, atendendo a todos os critérios científicos, a Comissão Examinadora **APROVOU** a defesa de dissertação, conferindo-lhe as seguintes indicações:

Nome dos Professores/Banca	Aprovação	Assinatura
Rosana Ferreira Sampaio	Aprovada	<i>Rosana Sampaio</i>
Mara Vasconcelos	Aprovada	<i>Mara Vasconcelos</i>
Luciana Assis Costa	Aprovada	<i>Luciana Assis Costa</i>

Belo Horizonte, 10 de março de 2016.

Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação/EEFFTO/UFMG  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
 COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO/EEFFTO  
 AV. ANTÔNIO CARLOS, 6627 - PAMPULHA - 31287-900 - B.H. - MG

A minha mãe,  
pelo amor incondicional.

Ao meu pai,  
pelo carinho e dedicação.

Ao meu amor,  
pelo companheirismo, bom humor  
e delicadeza.

Às famílias e profissionais  
acompanhados neste estudo,  
que me propiciaram vivências emocionantes.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente à minha orientadora e professora, Rosana Ferreira Sampaio, por acolher com entusiasmo o tema proposto, por exaltar minhas capacidades e competências e por ser perseverante, não desistir de me estimular nos momentos de dificuldades.

À minha coorientadora, Professora Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado, pela dedicação, e à Fabiane Ferreira, pelo apoio e entusiasmo.

À Mariana Angélica Peixoto de Souza, por me acolher desde o início da vontade em fazer parte do programa, em todo o desenvolvimento do mestrado e em outros momentos de vida.

Aos professores que estiveram presentes em algum momento desta jornada e que me apresentaram visões diversificadas e leituras interessantíssimas. Em especial, à Professora Marcella Guimarães Assis, que me proporcionou momentos incríveis de descoberta em suas aulas de metodologia qualitativa.

À professora Marisa Mancini, primeiramente por sua dedicação aos alunos e por retificar a importância de compreendermos e traçarmos de forma impecável nossa metodologia. Em um segundo momento, por ter chegado de mansinho e se envolvido de maneira tão espontânea com o desenvolvimento deste trabalho.

Às minhas queridas companheiras mestrandas e doutorandas, que tanto me apoiaram, nas angústias e conquistas, e que vi deslançarem nesse processo de crescimento pessoal e profissional.

Aos profissionais da Atenção Básica e famílias, que me receberam de braços abertos em momentos de tumulto e que compartilharam suas histórias e modos e ver e viver a vida.

Obrigada, Romilda Araújo, Luciana Assis, Janete Coimbra, Eliane Sena, Sílvia Guimarães, Maria, Flávia Lanna, Romilda, Luciana e Juliana Maciel, por me acolherem e facilitarem minha passagem nos serviços de saúde.

Obrigada aos profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), pelos momentos compartilhados.

À Secretaria da Pós-Graduação, em especial à Marilane, pela atenção, disponibilidade e comprometimento.

À Jane, Amanda, Polly e Emerson pelo apoio.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida.

Às minhas queridas amigas, companheiras de anos, das quais senti muita saudade. Não citarei nomes aqui porque, apesar de não me esquecer de alguma, independentemente de utilizar o processo mais sistemático para ordenar os nomes, geraria ciúmes.

À minha amada e presente família. Obrigada pelo carinho, pela compreensão e pelos maravilhosos momentos juntos.

Aos meus pacientes, por compreenderem minha ausência e torcerem por minhas conquistas.

Enfim, a todos com quem, em algum momento desta jornada, me encontrei.

“A confiança na realidade da vida [...] depende quase exclusivamente da intensidade com que ela é experimentada, do impacto que ela se faz sentir”.

Hannah Arendt.

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar a organização da atenção domiciliar (AD) no âmbito da reabilitação e o acesso do usuário a essa prática e à rede de saúde, a partir do ato de cuidar. Visando alcançar esse propósito, foi realizado um estudo qualitativo que utilizou a metodologia de casos traçadores para investigar o percurso de cinco usuários pela rede de saúde, a partir da demanda por AD na atenção básica. Essa metodologia envolveu casos retrospectivos e prospectivos que permitiram conhecer as maneiras como se concretizam na prática processos de trabalho complexos como o da AD. A coleta de dados ocorreu em três centros de saúde do distrito nordeste de Belo Horizonte-Minas Gerais, e envolveu análise documental, observação participativa e entrevistas com gestores, profissionais, usuários, cuidadores e outros envolvidos no cuidado do usuário. Na análise dos dados, as descrições dos casos e as categorias que surgiram durante a coleta de dados deixaram de ser o foco e tornaram-se um emaranhado de relações. Esse contexto, provocado pela reunião das fontes secundárias, narrativas e vivências, permitiu reconstruir o objetivo do estudo, exaltando a singularidade das vivências e trajetórias dos casos traçadores. Os resultados possibilitaram refletir sobre conceitos, estruturas e dinâmicas que compõem a rede de atenção. Existem entraves que dificultam o trabalho de cuidadores e profissionais, principalmente quando o foco das ações está voltado para a infraestrutura disponibilizada pelos serviços. Frequentemente esses entraves geram a sensação de frustração e impotência em todos os envolvidos, impossibilita o acesso verdadeiro do usuário à rede de cuidados e a continuidade do cuidado. Por outro lado, observa-se que esses protagonistas da construção de um sistema de saúde, mais especificamente o Sistema Único de Saúde (SUS), estão motivados a cooperar e auxiliar na melhoria desse sistema e, apesar das dificuldades encontradas para se exercer uma boa prática em saúde, a AD envolve de maneira imprevisível a mobilização de diversos setores e atores da comunidade. A AD consolida-se como uma potente ativadora de redes. Na busca de soluções para os problemas encontrados, a AD motiva o desejo e empenho dos envolvidos, possibilitando a construção de redes formais e informais para além do cuidado direto ao usuário. Os resultados sugerem que uma verdadeira mudança está vinculada ao entendimento de que quem propicia a mobilização da rede são as inter-relações criadas pelo usuário e suas necessidades concretas. A definição de um centro coordenador na rede pode não ser suficiente para romper com a fragmentação do cuidado e propiciar um fluxo contínuo e integral. O ritmo das transformações políticas é diferente do das transformações epidemiológicas, demográficas e tecnológicas; dessa forma, seria exagero focar apenas a melhoria das políticas em saúde. A reabilitação e a AD são relativamente novas nesse processo, portanto, há necessidade de mais estudos e reflexões que auxiliem na organização do sistema, sem gerar artifícios e políticas que o engessem, mas que possibilitem novos modos de fazer.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Assistência Domiciliar. Reabilitação. Pessoas com deficiência.

## ABSTRACT

The objective of the present study is to analyze the organization of Homecare Assistance (HA) within rehabilitation and users' access to this type of practice as well as to the Healthcare network system, from the act of caring. With this purpose, a qualitative study using tracer methodology was conducted to investigate the paths of five users through the health system based on the demand of the HA in primary care. This methodology concerns retrospective and prospective cases that allowed the knowledge of the ways in which work processes such as HA materialize in practice. Data collection occurred in three healthcare centers of the Northeast District in Belo Horizonte- Minas Gerais, and included documentary analysis, participant observation and interviews with centers' managers, physiotherapists, health care users, caregivers and others involved in users' care. In data analyses, case descriptions and the categories that came up during data collection were no longer the focus and became an entanglement of relations. This context, instigated by the joining of secondary sources, narratives and experiences, allowed the rebuilding of the subject of study, enhancing the singularity of tracer cases' experiences and paths. The results allowed reflection about concepts, structures and dynamics that constitute the care system. There are obstacles that make the work of caretakers and professionals harder, especially when the focus of actions is turned to the infrastructure available. These obstructions frequently generate a feeling of shared frustration and impotence in all those involved, preventing users' access to the care system and the continuity of care. On the other hand, it is noticeable that these protagonists of the development of the Healthcare network System, specifically Brazil's Unified Public Health System (SUS), are motivated to cooperate and assist on its enhancing. Despite the difficulties to exercise good healthcare practice, HA unpredictably concerns the recruitment of various sectors and actors of the community. HA solidifies itself as a powerful network activator. In the search of solutions for the identified problems, HA generates the desire and effort of those involved, allowing the construction of formal and informal networks, beyond patient care. Results suggest that real change is related to the understanding that interrelations created by users and their needs are what allow network recruitment. The appointment of a coordinating center in the network might not be enough to put an end to fragmentation of care and to allow a continuous and integral flux. The pace of political transformations is different from those of epidemiologic, demographic and technologic transformations; therefore, it would be an exaggeration to focus only in the enhancement on health policies. Rehabilitation and HA are relatively new in this process, thus more studies are needed to contribute to the system's organization without generating artifice and policies that stifle it, but that allow new forms of practice.

**Keywords:** Access to healthcare services. Homecare Assistance. Rehabilitation. Persons with disabilities.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AE	Atenção Especializada
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AIVD	Atividade instrumental de vida diária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Assistente Social
AVC	Acidente vascular cerebral
AVD	Atividade de vida diária
AVE	Acidente vascular encefálica
BH	Belo Horizonte
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comissão de Ética Pública
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de saúde
CREAB	Centro de Reabilitação da Unidade de Referência Secundária
CS	Centro de Saúde
CTR	Centro de Treinamento e Referência
DIP	Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FES	Estimulação Elétrica Funcional
HC	Hospital das Clínicas
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HOB	Hospital Odilon Behrens

HPT	Hospital Paulo de Tarso
ILPI	Instituição de Longa Permanência do Idoso
MIE	Membro inferior direito
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NE	Nordeste
OC	Ondas Curtas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAD	Programa de Atenção Domiciliar
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PID	Programa de Internação Domiciliar
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARMU	Secretaria de Administração Regional Municipal
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SNE	Sonda nasoentérica
SUS	Sistema Único de Saúde
TENS	Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea
TO	Terapeuta ocupacional
U	Usuário
UBS	Unidade Básica de Saúde
UE	Urgência e Emergência
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
US	Ultrassom
VD	Visita domiciliar

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

FIGURA 1. Seleção amostral e composição das equipes.....	31
FIGURA 1. Seleção amostral e composição das equipes (Artigo).....	73
FIGURA 2. Itinerário dos Casos Traçadores.....	59
FIGURA 2. Itinerário dos Casos Traçadores(Artigo).....	82
QUADRO 1. Características dos Casos Traçadores.....	34
QUADRO 1. Características dos Casos Traçadores(Artigo).....	75

# SUMÁRIO<sup>1</sup>

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Contextualização do objeto de pesquisa e justificativa do estudo.....	17
2 OBJETIVOS.....	27
2.1 Objetivo geral.....	27
2.2 Objetivos específicos.....	27
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	28
4 CONHECENDO PESSOAS, DESVENDANDO TERRITÓRIOS, TRAÇANDO O CUIDADO: RESULTADOS E REFLEXÕES.....	37
4.1 As famílias, o domicílio e o ato cuidar.....	37
4.2 Organização da atenção domiciliar.....	41
4.3 Formação e experiências do profissional e do cuidador: quem são esses atores?.....	51
4.4 Acesso e construção das redes de cuidado.....	56
5 A ATENÇÃO DOMICILIAR PELAS LENTES DA REABILITAÇÃO: UMA ANALISE A PARTIR DE CASOS TRAÇADORES – ARTIGO.....	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.....	97
APÊNDICES E ANEXO.....	101

---

<sup>1</sup> Este trabalho foi revisado de acordo com as novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009. E foi formatado de acordo com a ABNT NBR 14724 de 17.04.2014.

## 1 INTRODUÇÃO

A atenção domiciliar (AD) não constitui parte integrante do projeto original do Sistema Único de Saúde (SUS), e sim um componente complementar ao sistema<sup>1</sup>, incorporado para suprir as necessidades de uma população insatisfeita com os serviços de saúde, devido ao descompasso entre os mesmos e as mudanças epidemiológicas, demográficas e tecnológicas ocorridas no Brasil<sup>2,3</sup>. Geralmente, as iniciativas de assistência no domicílio estão associadas à ideia de (des)hospitalização, com redução de custos e liberação de leitos hospitalares; prevenção de riscos e de complicações advindas de internação prolongada; redução dos índices de internações recorrentes de pacientes crônicos e humanização da assistência<sup>1,4,5,6</sup>. Nesse contexto, essa modalidade de cuidado traz a expectativa de suprir a necessidade de acesso à saúde para sujeitos restritos às suas casas, devido à incapacidade temporária ou definitiva, seja de locomoção ou psicossocial.

A Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, redefiniu a AD no âmbito do SUS como:

Uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde<sup>7</sup>.

No entanto, em que pesem avanços no marco regulatório, é possível constatar que essa modalidade de atenção à saúde vem recebendo diferentes denominações: internação domiciliar, visita domiciliar, *home care*, assistência domiciliar e atenção domiciliar. Existe uma sobreposição de conceitos e nomenclaturas, e o que delimita cada uma dessas modalidades, em geral, são aspectos associados à complexidade das demandas do usuário e do cuidado necessário para atender a essas demandas<sup>3,4,8</sup>. Nesse sentido, alguns pontos merecem destaque como diferenças importantes em relação à população-alvo: a abrangência das ações e a organização do cuidado.

**Programa de Internação Domiciliar (PID).** Neste programa são atendidos os indivíduos com quadros agudos ou crônico agudizados, que necessitam de monitoramento do cuidado contínuo, muitas vezes intensivo e, apesar de se ancorar na mesma base conceitual dos outros programas, seu foco ainda são a doença, a incapacidade e a morte. As ações desenvolvidas no PID são dirigidas para a recuperação, controle de agravos e conforto ou preparação para a morte. A complexidade do processo de trabalho em domicílio apresenta-se diferente dos ambientes de internação hospitalar e não substitui essa modalidade. Esse programa também é indicado em momentos de (des)hospitalização, na busca por uma transição mais adequada do hospital para a Atenção Básica (AB), embora, muito provavelmente considerável número de casos necessitará de uma nova internação se não receberem suporte intensivo. As equipes do programa não realizam a busca ativa por pacientes, recebendo usuários encaminhados por hospitais, policlínicas, unidades de pronto-atendimento (UPAs) ou por outros programas<sup>9,10</sup>. Essa prática é ofertada tanto pelo SUS quanto pelo setor suplementar (convênios e setor privado).

**Visita domiciliar (VD).** Geralmente remete à AB por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), apesar de ser um recurso que pode ser utilizado por qualquer estabelecimento de saúde. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) oferece suporte às Equipes de Saúde da Família e tem a VD como um de seus principais focos de atenção, prevista no eixo 1 de atividades, referente à assistência ao usuário<sup>11,12</sup>. Essa prática é vista como instrumento para a operacionalização da atenção, que possibilita uma conciliação dos cuidados em saúde com o ambiente e o contexto familiar, indo além de ações imediatas<sup>3</sup>. Dessa forma, favorece a implementação de planos e ações pertinentes ao cenário vivenciado e o alcance do cuidado a usuários com dificuldades de acesso aos centros de saúde (CS), devido à impossibilidade de locomoção ou recusa da atenção<sup>13</sup>. As atividades da VD incluem, entre outras: identificar a dinâmica da estrutura familiar e os fatores de risco individuais e da família; executar ações de prevenção e promoção de saúde relacionadas ou não ao quadro clínico inicial do indivíduo; propiciar participação ativa no processo saúde-doença; estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família<sup>14</sup>.

**Home care.** Na Europa, visa a satisfazer as necessidades sociais e de saúde, como assistência domiciliar com a prestação de cuidados adequados e de alta qualidade, por cuidadores formais e informais e com a utilização de tecnologias apropriadas, dentro de um *continuum* equilibrado e acessível<sup>2</sup>. No Brasil, o termo *home care* é comumente utilizado para se referir aos cuidados ofertados pela rede privada e pelos planos/seguros de saúde, sendo desenvolvidos nos níveis de atenção especializada e hospitalar<sup>15</sup>.

**Assistência domiciliar.** Geralmente refere-se a serviços de maior abrangência, atendendo a demandas e necessidades de usuários que já receberam atendimento prévio (diagnóstico e tratamento) e que necessitam de continuidade dos cuidados com enfoque na promoção e prevenção, assim como indivíduos que necessitam de um período maior de acompanhamento ou intervenção, por apresentarem um quadro crônico debilitante. Suas ações são dirigidas a pacientes clinicamente estáveis, compondo um leque que vai desde uma simples orientação até ações mais complexas, como suporte ventilatório<sup>8</sup>.

**Atenção domiciliar.** Este conceito é referido pelas redes de atenção básica (AB) e Hospitalar e de Urgência e Emergência, englobando toda e qualquer ação praticada em domicílios pelas Esquipes de Saúde da Família, NASF, pelo Programa de Atenção Domiciliar do SUS (PAD), hoje denominado Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte, o SAD compreende ações de saúde para usuários com necessidades de cuidados de intensidade intermediária entre hospital e centros de saúde<sup>16</sup>. Para o Ministério de Saúde (MS), o SAD é um serviço vinculado a uma unidade de urgência ou hospitalar, substitutivo ou complementar à internação ou ao atendimento ambulatorial. Esse serviço possui Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)<sup>7</sup>. Além disso, o SAD é visto como uma resposta social, que consiste na prestação de cuidados e serviços a pessoas e famílias no ambiente de seus domicílios, devido à situação de dependência física e/ou psíquica, ou seja, pessoas que não podem realizar

atividades de vida diária (AVD)<sup>a</sup> ou atividades instrumentais de vida diária (AIVD)<sup>b17</sup>. A prestação desses cuidados pode envolver, além da atenção direta ao usuário, a higiene e o conforto pessoal; a higiene habitacional necessária à natureza dos cuidados prestados; fornecimento de nutrição; e ainda atividades de animação e socialização (lazer, cultura, acesso a comunidade)<sup>17,18</sup>.

Segundo a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, a AD é um dos componentes da rede de atenção às urgências e será estruturada na perspectiva de redes de atenção à saúde, tendo a AB como ordenadora do cuidado e da ação territorial e incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda<sup>7</sup>.

Há consenso na literatura de que a prática de saúde no ambiente domiciliar visa à assistência integral, contextualizada, humanizada e resolutiva. O domicílio pode proporcionar, além dos cuidados diretos ao indivíduo, a identificação de barreiras ambientais e relacionais que comprometem a saúde, a avaliação do desempenho de atividades em situação real, o entendimento do contexto em que o usuário está inserido, a compreensão do papel da família para a saúde do indivíduo e a construção de vínculos e afetividades, fortalecendo a relação usuário-família-profissional. Este agregado de fatores favorece a adesão, a continuidade e o acompanhamento do tratamento<sup>5,19</sup>.

Neste estudo, a AD se refere a toda prática de atenção à saúde realizada no ambiente do domicílio; portanto, o termo adotado engloba conceitos pertinentes a todas as denominações discriminadas anteriormente. Apesar de não constituir parte integrante do projeto original do SUS, a AD vem recebendo destaque como uma nova estratégia de prática e pesquisa, compartilhando os ideais e princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade. Este estudo compreende que, assim como outros programas que nasceram com o SUS, a AD também favorece e visa a uma nova dinâmica dos serviços de saúde e do ato de

---

<sup>a</sup> AVDs são tarefas de cuidado básico como: higiene pessoal, alimentar-se, vestir-se,

<sup>b</sup> AIVDs são relacionadas à habilidade para administrar o ambiente e inclui a realização de tarefas domésticas, compras, utilização de meios de transporte e de comunicação, tomar medicações.

cuidar<sup>19</sup>, com possibilidades de induzir mudanças no modelo tecnoassistencial<sup>1,4,5,6</sup>.

Assim, importa compreender não só a organização da AD, mas principalmente como se dá o acesso do usuário do SUS a essa prática e como essa atividade se articula com os demais serviços de saúde. Sem esse entendimento, “corre-se o risco de mudar somente o local ou o nome do serviço de assistência sem alterar a lógica que o sustenta”<sup>3</sup>.

### **1.1 Contextualização do objeto de pesquisa e justificativa do estudo**

Políticas públicas de saúde são aqui definidas como um conjunto de medidas incluindo normas, diretrizes e programas refletidos em ações, orientações e investimentos, de responsabilidade do Estado, para fazer frente às demandas de saúde apresentadas pela população<sup>12,20</sup>.

A necessidade de mudanças no SUS tem sido uma constante nos estudos e projetos dedicados a promover a qualidade da assistência à população, mas a formulação de novas políticas e a implantação de estratégias alternativas devem resultar, em primeira instância, da identificação dos problemas e das reais necessidades das comunidades envolvidas<sup>1</sup>.

Um sistema de saúde que tem como características o predomínio de práticas individualizadas e assistência fragmentada e que desconsidera os valores socioculturais das comunidades atendidas acaba refletindo resultados que demonstram ineficiência para atender às necessidades e demandas apresentadas pela sociedade, produzindo relações deficitárias entre usuário, profissional e serviço. Esse quadro gera insatisfação entre quem presta e quem recebe a assistência<sup>1,4,19</sup>.

Diante dos graves problemas de saúde enfrentados pelos municípios, em 2006, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) elaborou uma nota técnica propondo a implementação de uma Política Nacional de Internação

Domiciliar. Tendo em conta a crescente demanda por novas modalidades de cuidado no domicílio, a proposta do CONASS foi ampliada com o projeto de implantação de uma Política Nacional de Atenção Domiciliar, que propunha a criação de serviços sob a responsabilidade do gestor municipal, com definições na formatação das equipes e nas formas de financiamento específico para as atividades<sup>21</sup>. Dando continuidade a esse processo, em 2011 o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2029, instituiu a Política Nacional de Atenção Domiciliar, envolvendo a participação do gestor federal no financiamento desses serviços<sup>22</sup>.

Mais recentemente, em 2013, foi publicada a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, que acrescentou distinções e especificidades importantes nas atividades previstas para as classificações do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde no domicílio<sup>7</sup>. Dito de outra forma, com esta portaria a AD passou a ser organizada em três modalidades em todos os municípios do país: atenção domiciliar tipo 1 (AD1); atenção domiciliar tipo 2 (AD2) e atenção domiciliar tipo 3 (AD3).

A modalidade **AD1** destina-se àquelas pessoas com problemas de saúde controlados ou compensados, geralmente pacientes com condições crônicas, restritos ao leito ou ao domicílio, que apresentam dificuldade ou impossibilidade de locomover-se até a Unidade Básica de Saúde (UBS)<sup>16</sup>. O enfoque dessa modalidade é a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. A assistência é prestada pelas equipes de atenção básica apoiadas pelo NASF, ambulatórios de especialidades e de reabilitação<sup>7,23</sup>. Os materiais permanentes e de consumo e os prontuários dos seus usuários ficam instalados e armazenados na própria UBS<sup>7,16</sup>. Está prescrito que os usuários dessa modalidade necessitam de cuidados com menos frequência e menos aporte de recursos dos serviços de saúde<sup>7,16,23</sup>.

A modalidade **AD2** destina-se a pessoas que apresentam problemas de saúde que exigem cuidados mais frequentes e complexos do que os indicados na AD1. Esses usuários demandam recursos e acompanhamento contínuos e de diferentes serviços da rede de atenção à saúde (RAS)<sup>1,7,16</sup>. Nessa modalidade

está inserida a reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, até apresentarem condições de frequentar outros serviços da rede de reabilitação. As equipes responsáveis são as EMAD e EMAP, vinculadas ao SAD<sup>7</sup>.

A modalidade **AD3** atende aquelas pessoas com problemas de saúde que necessitam de mais frequência de cuidado, mais recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo partir de diferentes serviços da RAS. Essa modalidade também é de responsabilidade das equipes EMAD e EMAP<sup>7</sup>.

Apesar dos avanços legais, alguns estudos têm evidenciado que persistem lacunas quanto às fontes de suprimento financeiro e pouca clareza na definição dos serviços prestados pela AD. Problemas no sistema de financiamento, restrições e conflitos quanto às responsabilidades dos níveis de governo (municipal, estadual e federal) contribuem para reduzir o potencial positivo da atenção domiciliar, assim como ocorre em outras esferas do cuidado<sup>24</sup>.

Estudo que investigou serviços que ofertam a AD em Belo Horizonte revelou dificuldades no levantamento de dados sobre investimento, custeio e financiamento dos programas desenvolvidos no domicílio. Um dos fatores que justificam as dificuldades encontradas foi a realização das operações financeiras fora do âmbito da coordenação do programa de AD. A movimentação financeira era realizada por estruturas centrais da SMSA, da própria prefeitura e da Secretaria Estadual, de forma direta ou por intermédio de fundações. Isso denota ausência de autonomia financeira do serviço de AD, que depende de outras instâncias de decisão. Os autores constataram que os mecanismos de financiamento propostos pela Portaria nº 03/2001 da SMSA/BH não se efetivaram nas unidades do município. Os programas eram realizados com os recursos do orçamento das secretarias de saúde e de hospitais, com exceção de alguns dos SADs do município, que recebem de forma direta via Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS)<sup>1</sup>.

Em análise comparativa entre uma proposta de AD no âmbito da AB do sistema de saúde brasileiro e o modelo canadense, os autores observaram que, no modelo canadense, assim como no Brasil, a lei que regulamenta a AD não faz parte do projeto original do sistema de saúde. Além desse fato em comum, os autores evidenciaram discrepâncias entre o que está prescrito na lei e o que é desempenhado pelos modelos<sup>4</sup>.

Como mencionado anteriormente, propostas alternativas para o modelo de saúde visam a configurar outras formas de organização dessa assistência e empregar novos saberes e práticas em saúde. Estudo revelou que, no Brasil, ao menos dois tipos de estratégia vinham sendo implementados para construir a integralidade, considerada pelos autores um conceito-chave que pode ser traduzido pelo compromisso de garantir a atenção a todas as necessidades de saúde de cada brasileiro<sup>6</sup>.

A primeira estratégia propõe a transformação do modelo técnico-assistencial e encontra barreiras na fragmentação do cuidado por níveis de atenção e nas tensões causadas pela disparidade entre a oferta programada de saúde e a demanda espontânea. Esses fatores condicionam a descontinuidade da atenção, dificuldade de adesão por parte dos usuários, impacto limitado, significativa restrição do acesso à atenção especializada e aos métodos diagnósticos, além da dificuldade em se efetivar o trabalho em equipe. A segunda estratégia diz respeito a uma mudança na organização dos serviços e na forma de prestar a assistência, com linhas de cuidado que atravessem todos os níveis de atenção, assegurando o acesso e a continuidade das ações. Nesse caso, a barreira é substancialmente financeira e, em um sistema de recursos escassos, a implementação dessa estratégia torna-se mais complexa<sup>6</sup>.

Para analisar o modelo assistencial<sup>c</sup> deve-se compreender os mecanismos de acesso aos diferentes níveis de complexidade e a resolubilidade das ações. Nesse processo torna-se necessário discutir a “linha de cuidado” e o percurso do

---

<sup>c</sup> Modelo Assistencial é a organização de ações individuais e coletivas no processo saúde-doença, em todos ou em um dos níveis da rede de serviços (primário, secundário e terciário), articulando recursos físicos, tecnológicos e humanos para enfrentar e resolver os problemas de saúde<sup>25</sup>.

usuário em relação aos níveis de atenção que ele recebe do sistema. A “linha de cuidado” parte da premissa da produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes formais, macro e micro institucionais, em processos dinâmicos, aos quais está associada a imagem de uma “linha de produção” voltada para o fluxo de assistência ao usuário, centrada em seu campo de necessidades<sup>25</sup>. Refere-se à integralidade do cuidado, que só pode ser obtida em rede e na existência de transversalidade em todo o sistema<sup>26</sup>.

Para melhor compreensão da organização das redes de saúde, pesquisadores e gestores utilizam o desenho de um fluxo ideal, que partiu inicialmente da figura de uma pirâmide, visto posteriormente como um círculo e, mais adiante, como redes policêntricas horizontais<sup>27,28,29</sup>. No entanto, na prática, o que se observa é que os serviços não são estruturados para atender adequadamente às demandas espontâneas: existe sobrecarga em todos os níveis de atenção, encaminhamentos inadequados do usuário dentro desse sistema e sobreposição de ações; além disso, não é estabelecido com esse usuário um vínculo que garanta o atendimento regular necessário ou um direcionamento eficaz<sup>24,27</sup>. Na tentativa de enfrentamento desses problemas, cresce o número de estratégias no sentido de cobrir as lacunas no ato de cuidar causadas pela independência entre esses setores e de priorizar níveis de prevenção. Nesse sentido, a AD é considerada uma estratégia importante.

A operacionalização do ato de cuidar e o repertório de tecnologias são diferenciados, assim como os projetos terapêuticos, que devem ser compartilhados entre usuário, família e profissionais. Nas diretrizes prescritas para a AD está presente o estímulo à participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário e de seu cuidador, que devem assumir a responsabilidade pelo cuidado. Dessa forma, visa-se ampliar a autonomia das famílias perante o ato de cuidar<sup>6,7</sup>.

O cuidado domiciliar ofertado pelas redes municipais, hospitais e operadoras de saúde envolve muitas dimensões, desde uma visita domiciliar a pacientes crônicos até a hospitalização domiciliar, com complexidade de cuidados semelhante à do ambiente hospitalar<sup>18</sup>. O processo se desenvolve num ambiente

que favorece a coleta de informações, capaz de proporcionar, além da promoção e recuperação da saúde, efetiva melhora na adaptação à realidade vivenciada, redução do isolamento social e melhora dos padrões de qualidade de vida<sup>5,19</sup>.

No entanto, a literatura também registra fatores dificultadores da continuidade e sistematização da atenção domiciliar<sup>19</sup> descritos, cuja variável *continuidade do cuidado* foi analisada. Nesse estudo, identificou-se que no PAD do Hospital Odilon Behrens (HOB), em Belo Horizonte, “a continuidade do cuidado pela rede básica encontra-se comprometida devido à falta de profissionais em algumas unidades, meio de transporte ineficiente para visitas domiciliares e falta de capacitação de alguns profissionais”<sup>1</sup>. Nessa mesma direção, outro estudo evidenciou as dificuldades enfrentadas pelo sistema com o número insuficiente de profissionais e a demora entre as visitas (frequência)<sup>5</sup>. É possível afirmar que, mesmo encontrando pontos em comum nos estudos quanto às definições de atenção domiciliar, formação de equipes, operacionalização das ações e tecnologias utilizadas, observa-se que, em cada município, as equipes apresentam uma dinâmica própria de funcionamento. Essa dinâmica pode ser alterada pela demanda, pelo tipo de caso, pela composição das equipes, pela capacitação dos profissionais, enfim, pelo contexto no qual ela for realizada<sup>19</sup>.

As demandas para a AD no SUS são de usuários impossibilitados de se deslocarem até as unidades de saúde devido sua condição de saúde e/ou a presença de barreiras geográficas. São usuários que se encontram com dificuldade de locomoção ou com alterações funcionais que limitam suas atividades e que necessitam de atenção em reabilitação. A reabilitação está presente no leque de ações desenvolvidas pela AD e é ofertada pelas equipes multiprofissionais que compõem o serviço. Neste sentido, essa discussão também é importante para ajudar a entender a reabilitação<sup>d</sup> no contexto da rede mais ampla de saúde<sup>11,30</sup>.

---

<sup>d</sup> Reabilitação é um processo contínuo que envolve a identificação dos problemas e necessidades dos sujeitos, a definição de metas, o planejamento e a execução das intervenções propostas a partir desses pontos anteriores. Relacionar fatores estruturais do indivíduo, do ambiente e o contexto no qual esses fatores estão inseridos também faz parte do processo de reabilitação e é importante realizar frequentes reavaliações de todo ele e dos desfechos relevantes. Alguns autores propõem um sistema de gerenciamento para a reabilitação a partir da perspectiva biopsicossocial, centrada no sujeito e em suas necessidades, tornando-os parte desse processo

Estudo investigou o sistema de saúde da Austrália e analisou fatores importantes sobre a conexão entre o cuidado agudo (hospitalar), a reabilitação e o setor comunitário. Os autores descrevem o setor de reabilitação separadamente do sistema de cuidado agudo, com pouco foco no fluxo do paciente durante sua entrada e todo o processo de reabilitação e, ainda, destacam o pouco investimento nas estratégias de prevenção secundária e terciária que a reabilitação pode oferecer<sup>24</sup>.

No estudo referido, a reabilitação é vista como “cola” entre o cuidado agudo e os setores da comunidade. No entanto, os serviços de reabilitação não são adotados precocemente (como se deveria) em hospitais e cuidados agudos para auxiliar na prevenção de declínio funcional e complicações advindas de uma internação prolongada. Os autores questionam se é apropriado prover serviços de reabilitação isolados do apoio de um centro de cuidado agudo, pois essa independência entre os setores gera mais atrasos no encaminhamento e propicia a descontinuidade do cuidado e a duplicação de serviços similares<sup>24</sup>. Trazendo esses resultados para o contexto brasileiro e pensando na potencialização das ações de reabilitação propostas e previstas para as equipes de saúde da família e para o NASF, é de extrema importância a interlocução entre os núcleos de atenção básica, especializada e hospitalar do SUS<sup>11</sup>.

A reabilitação desempenha papel fundamental na independência funcional do paciente, que requer diferentes níveis de cuidado e em diferentes momentos de sua jornada no sistema de saúde. Sendo assim, os serviços de reabilitação não podem ser vistos como peça isolada dessa rede de cuidado e devem ser considerados quando se estabelece o fluxo dos pacientes<sup>27</sup>. Importa lembrar que o enfoque principal da AD é na integralidade e na continuidade do cuidado, para a reabilitação é de fundamental importância que as modalidades de AD, previstas na lei, sejam complementares e que não possuam como definição a densidade tecnológica, a frequência do cuidado, como é rigorosamente preconizado na Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.

---

de gestão. O *Reab-CYCLE* ilustra as fases desse gerenciamento e se inicia no levantamento dos problemas e necessidades do sujeito. Nesse processo é necessário um ambiente onde haja trocas de informação e saberes entre todos os envolvidos na gestão da reabilitação<sup>31</sup>.

A organização da AD, principalmente na reabilitação, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes e responsabilidade mútua, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos. O estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e o atendimento conjunto melhoram o ato de cuidar e potencializam os resultados esperados na reabilitação<sup>11,22</sup>.

Além disso, esse trabalho em equipe favorece a identificação das necessidades de determinada população e, assim, a AD na modalidade reabilitação, por meio do NASF e das equipes de saúde da família, deveria prestar assistência aos usuários da área de abrangência em todos os ciclos da vida, priorizando grupos e focos de interesse na saúde da criança, do adolescente e do jovem; adultos; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; saúde mental; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares<sup>11,32</sup>.

No entanto, entre essas áreas estratégicas específicas, os estudos não deixam claro o papel da AD especificamente na reabilitação, com esclarecimentos em relação à organização do trabalho (fluxos, abrangência, frequências, tecnologias e resultados)<sup>6,13,14,16</sup>. Profissionais discutem se a AD realmente exerce função reabilitadora quando se analisa a articulação do serviço com a RAS e a frequência com que ela é realizada, quase sempre aquém do que se poderia esperar de um programa de reabilitação<sup>5</sup>.

Os estudos voltados para a reabilitação mostram vantagens da AD como intervenção, como em uma revisão sistemática que analisou a efetividade da AD em grupos de adultos com doenças crônicas. Esse estudo comparou os resultados favoráveis e desfavoráveis em relação à não intervenção, à terapia realizada por um especialista e, ainda, realizou uma comparação entre as diversas abordagens de AD. Em grande parte dos estudos os resultados foram favoráveis para a AD. A ocorrência de resultados desfavoráveis geralmente foi associada às diferenças nas características do estudo quanto às atividades desempenhadas e ao foco de atenção, mais centrado na estrutura corporal

(doença), desconsiderando o sujeito como componente ativo e responsável pelo cuidado<sup>33</sup>.

O estudo ainda discute que, se a AD apresentou resultados favoráveis em relação à terapia realizada por um especialista, há potencial redução de custos para o sistema de saúde com mão de obra, infraestrutura e gerenciamento. Além disso, os autores citam como ponto importante o impacto positivo na adesão aos exercícios prescritos em um ambiente familiar para o usuário, quando comparada à prática realizada por um especialista<sup>33</sup>.

Por outro lado, na reabilitação, pesquisas informam as fragilidades ainda presentes na inserção da AD relacionadas ao fornecimento de recursos (materiais e humanos) e à demanda espontânea. Além disso, a prática da AD pode provocar desconforto nos profissionais, por serem colocados diante de realidades “difíceis” e que exigem seu preparo para lidar com diferentes e inusitadas situações, com a necessidade de ações imediatas e criativas<sup>5,6,34</sup>. Dito de outra forma, participar do planejamento e desenvolvimento das ações de reabilitação exigirá dos profissionais inseridos no NASF mais que adequada formação técnico-científica. Requer, em primeira mão, o conhecimento das políticas públicas de saúde e suas diretrizes na atenção primária à saúde (APS) e o engajamento pessoal, comunicação e integração com diferentes atores sociais, além de capacidade para estabelecer prioridades e definir estratégias<sup>11</sup>.

Nesse contato contínuo, torna-se necessária a negociação explícita entre a equipe, o cuidador e o paciente. Nesse momento de transferência de saber para o cuidador e para a família, podem surgir conflitos e embates entre familiares/cuidadores e profissionais, devido à disputa de “autoridade” em relação ao cuidado e ao paciente, erroneamente confundida com a promoção de autonomia<sup>5,6,34</sup>.

Também na reabilitação a AD aparece como uma tentativa de fazer despertar um olhar diferenciado do profissional, um novo entendimento do processo saúde-doença, de forma a levar em conta os vetores de influência social e desenvolver ações no plano coletivo, integrando, assim, os modelos clínico e social.

A reabilitação deve repercutir diretamente na atenção integral ao sujeito, de sua família e comunidade, rompendo com a prática clínica individualista. Mais do que isso, os profissionais de saúde devem contribuir para que sujeitos, famílias e comunidade assumam o protagonismo no desenvolvimento das ações.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

Analisar a organização da atenção domiciliar (AD) no âmbito dos serviços públicos de reabilitação em Belo Horizonte e o acesso do usuário a essa prática e à rede de saúde, a partir do ato de cuidar.

### 2.2 Objetivos específicos



### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, abordagem indispensável para a compreensão de fenômenos complexos, sendo a observação, a narrativa e suas interpretações capazes de apreender aspectos particulares, permitindo a busca de significados em suas múltiplas dimensões: factuais, temporais, conflitivas, consensuais<sup>35</sup>.

A estratégia adotada nesta investigação para alcançar os objetivos propostos foi o acompanhamento de casos traçadores, que recebe essa denominação devido à sua principal característica, que é: traçar, encontrar e localizar um grupo de indivíduos de interesse da linha de pesquisa<sup>36,37</sup>. Os estudos que utilizam essa estratégia podem ser prospectivos ou retrospectivos, concentrando no que os sujeitos estão fazendo no presente, tanto quanto em distintos momentos do passado<sup>1,38</sup>. Essa metodologia é conduzida em um intervalo de tempo em que os sujeitos estão envolvidos no processo observado e promove evidências de significativas mudanças para o grupo selecionado ao longo do tempo, sendo geralmente empregada em estudos que analisam processos de cuidado e processos de mudança, fatores presentes neste estudo<sup>36,37</sup>.

O uso de “traçadores” foi introduzido por Kessner e incorporado ao programa de qualificação implementado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pelo Ministério da Saúde no monitoramento da ESF<sup>11</sup>. A metodologia tem como premissa a identificação de problemas específicos para a análise da prestação de serviços e da interação entre prestadores, usuários e o ambiente. Este estudo analisa as trajetórias referidas por beneficiários/usuários dos serviços da saúde suplementar e se utiliza de marcadores que facilitam a obtenção de informações relacionadas às experiências e vivências dos sujeitos em seus itinerários pela rede de serviços<sup>39</sup>.

Dependendo do marcador, é possível observar a diversidade dos modos de atuação da equipe, das configurações de relação entre os profissionais, usuários, família e rede de atenção e os diferentes repertórios tecnológicos e arranjos organizacionais. Essas observações ocorrem numa perspectiva ampla, que vai além da situação imediata, e podem prover valiosas informações sobre os sujeitos envolvidos no ato de cuidar ofertado pela AD e, em uma abordagem mais profunda, para além dos muros do serviço, permite investigar as articulações com a rede de saúde e identificar a construção de redes alternativas<sup>36,37</sup>. Por último, o processo de rastreamento oferece uma visão de comunicação em todo o *continuum* de cuidados e permite influenciar a tomada de decisão ou formulação de políticas a partir de *feedbacks* empiricamente orientados<sup>36</sup>.

A metodologia de traçador desenvolvida pelo Instituto de Medicina diferencia-se de esforços anteriores em relação ao modo como os marcadores foram selecionados e combinados em conjuntos, à especificação dos critérios para o cuidado e na aplicação, avaliação simultânea do profissional de saúde, da comunidade que ele serve e das pessoas para as quais ele fornece os serviços ou cuidados. Para avaliar as funções de um sistema de saúde, os marcadores necessários são distintos independentemente de a hipótese permanecer a mesma: "como um profissional ou uma equipe de saúde administra rotineiramente o cuidado a doenças comuns será o indicador da qualidade geral dos cuidados e a eficácia do sistema fornecendo esses cuidados". Cada um desses marcadores esclarece sobre como cada parte do sistema se organiza, não de forma isolada, mas um em relação ao outro<sup>40</sup>.

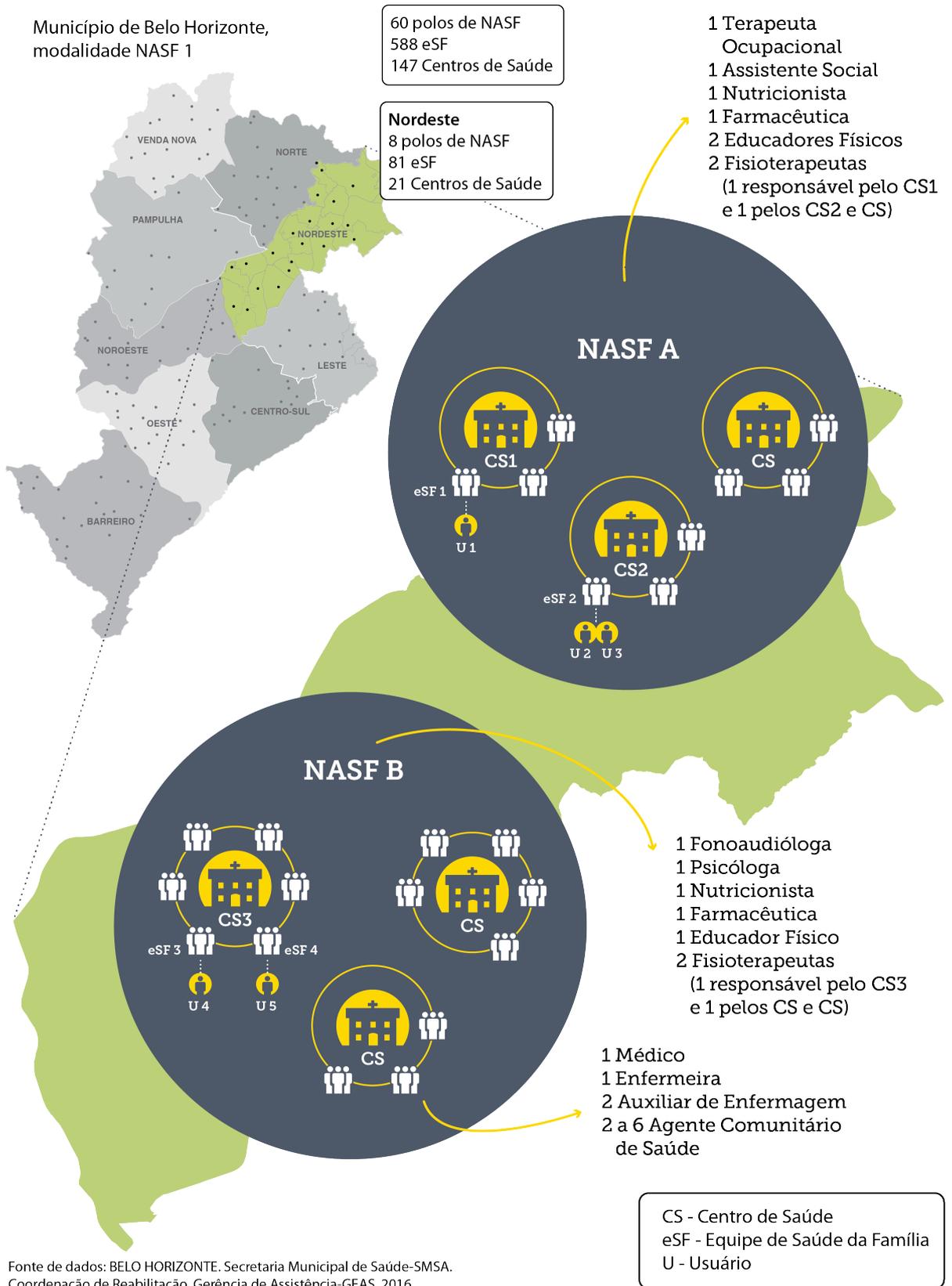
Um caso traçador pode ser construído em torno das áreas de foco prioritárias, considerando-se que todo método de rastreamento parte de alguma noção sobre o que será encontrado no decorrer do estudo<sup>36</sup>. São utilizados para avaliar organizações de serviços de saúde, que possuem responsabilidade de fornecer cuidados para uma população determinada, como proposto nesse estudo, mas também podem ser utilizados por um profissional de saúde para avaliação da sua própria prática<sup>40</sup>.

Para o propósito deste trabalho, a escolha da metodologia de casos traçadores deveu-se à possibilidade do encontro do pesquisador com o objeto de estudo “em ato”<sup>41</sup>, permitindo conhecer as maneiras como se concretizam na prática processos de trabalho complexos, como o da AD, que envolvem importante grau de autonomia dos profissionais e da família no ato de cuidar<sup>39</sup>. Sua análise favorece a composição de dados e histórias a partir da utilização de diversas ferramentas. O caráter marcador deste estudo está vinculado à demanda para a AD ofertada na AB no município de Belo Horizonte (BH).

Este estudo foi desenvolvido no período de 2014 a 2016 e a etapa inicial foi composta de revisão bibliográfica e análise documental associada a vivências em dois centros de saúde (CS) pertencentes aos distritos oeste e nordeste, em novembro de 2014. Optou-se, também, por uma imersão no cotidiano do SAD nos meses de março a maio de 2015. Essa etapa de aproximação do objeto de investigação *in loco* permitiu a familiarização da pesquisadora com o tema e com os profissionais envolvidos na AD e a adequação das estratégias e dos protocolos empregados na coleta de dados, tendo como subsídio a realidade observada.

A coleta de dados ocorreu no território de abrangência do distrito nordeste (NE), com início em junho de 2015 e finalização em janeiro de 2016. Em reuniões com as coordenações do distrito e dos serviços relacionados à AD foram refinadas as informações relacionadas a sua estrutura e fluxos e, ainda, às unidades que iriam participar da pesquisa. Os critérios para a seleção dessas unidades levaram em conta a demanda pelo cuidado em domicílio, a configuração das equipes, a condição de acesso às mesmas e a região de moradia dos usuários (FIG. 1).

FIGURA 1 - Seleção amostral e composição das equipes



Fonte: Autora.

A triagem dos casos traçadores envolveu a apresentação da pesquisa, em reunião de matriciamento, para os gerentes, profissionais do NASF e das equipes de saúde da família dos CS selecionados. O estudo buscou casos prospectivos e retrospectivos que possibilitassem investigar a organização da AD, o acesso do usuário a essa prática e à rede de saúde e o ato de cuidar realizado por profissionais e cuidadores. A escolha dos casos prospectivos estava vinculada à possibilidade de acompanhar o cuidado desde o primeiro contato das equipes com a demanda. Além disso, a demanda deveria envolver o fisioterapeuta do NASF e os casos serem reconhecidos pela equipe como de alta complexidade, ou seja, aqueles que exigiam a mobilização de distintos serviços e saberes. O encerramento do acompanhamento do caso estava condicionado à estabilização do quadro e consequente espaçamento das visitas ou ao desligamento do serviço por motivo de internação, encaminhamento para outros serviços ou óbito. Os casos retrospectivos, ou seja, casos já concluídos, também levaram em conta os mesmos critérios.

Assim, a amostra foi composta de cinco casos traçadores: um misto, ou seja, acompanhado em dois momentos: prospectivo e retrospectivo (U1); dois prospectivos (U2 e U3) e dois retrospectivos (U4 e U5), selecionados por conveniência em três CS do território do NE, com o acompanhamento de dois polos de NASF e quatro de equipes de saúde da família. O QUADRO 1 apresenta as características dos casos traçadores selecionados para este estudo, a via de acesso à AD ofertada pelo NASF e o tipo de restrição (leito ou domicílio).

Para a coleta dos dados foram utilizados a análise documental, o diário de campo e as entrevistas e conversas com os profissionais, gestores, usuários, cuidadores e outras fontes vinculadas ao caso. A análise documental envolveu a captação das informações formais do sistema a partir das legislações existentes, dos protocolos, fluxos, das atas de reunião e dos prontuários físicos e eletrônicos, fontes oficiais sobre o caso. Geralmente continham informações genéricas, sem considerar o que havia de singular no caso, mas foram fontes importantes na construção dos relatos, auxiliando na identificação de fontes de informação e na elaboração de um panorama da trajetória percorrida pelo usuário e dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado.

O diário de campo permitiu reunir as observações em ato, da rotina nas unidades de saúde, reuniões, capacitações, em momentos descontraídos, no percurso entre a unidade ao domicílio e nos domicílios, além de registrar as redes de relações, com as diferentes visões, modos de fazer, saberes, histórias de vida, culturas, possibilitando uma reflexão sobre o que foi vivenciado.

As entrevistas foram utilizadas recorrentemente com as fontes formais do cuidado e informais, de acordo com a dinâmica dos acontecimentos e do serviço, e exaltaram as recordações e experiências dos atores envolvidos no cuidado, carregadas de diferentes sentidos e significados, de acordo com o momento e com seus modos de vida, ativando um saber que é resultado das vivências da sua existência no mundo. Em alguns momentos essas recordações despertaram a lembrança de fatos e a elaboração de conclusões sobre os casos acompanhados que os narradores não haviam notado antes<sup>38</sup>.

Para auxiliar na investigação e na organização dos relatos foram elaborados roteiros (APÊNDICES A a F) com questões consideradas importantes para alcançar os objetivos deste estudo norteadas por um manual autoeducativo, que oferece um guia e o delineamento dos degraus necessários para se realizar um estudo com casos traçadores<sup>36,37</sup>.

Os casos foram acompanhados sistematicamente por todo o trajeto percorrido em sua linha de cuidado, com foco na reabilitação, partindo da hipótese de que seriam encontrados trajetos compostos de percursos imprevisíveis. Cada caso foi traçado em seu caminho individual e, à medida que foram desenhados, identificaram-se categorias e núcleos referentes à organização do serviço, ao acesso e ao ato de cuidar. Ao buscar os sujeitos envolvidos no cuidado do usuário em seu percurso de busca por soluções para seus problemas de saúde, amplia-se o entendimento sobre o cuidado em saúde, que não se limita ao que é ofertado pelos serviços de saúde<sup>38</sup>.

QUADRO 1 – Características dos casos traçadores - continua

<b>Participante Prospectivos e Retrospectivo - Misto</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Cuidador</b>	<b>Tipo de Restrição</b>	<b>Demanda</b>	<b>Diagnóstico</b>
<b>Usuário 1 (U1)</b>	M	faleceu com 87 anos	Divorciado	Não disponibilizado	Aposentado	Filha	Restrito ao leito	Egresso hospitalar-encaminhado formalmente para a equipe de saúde da família pela EMAD para acompanhamento habitual e para o NASF pela EMAP	Sequela AVE- HAS; demência; SNE; UP sacral em processo de cicatrização
<b>Participante Prospectivos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Cuidador</b>	<b>Tipo de Restrição</b>	<b>Demanda</b>	<b>Diagnóstico</b>
<b>Usuária 2 (U2)</b>	F	49 anos	Indefinido	Ensino Médio Incompleto	Técnica de enfermagem; comerciante - afastada pelo INSS em processo de aposentadoria	Filho	Restrita ao leito	Egresso hospitalar-demanda espontânea da família após orientação verbal da AS do HC para tentativa de internação no Paulo de Tarso	HIV; neurotoxoplasmose. tetraparética como sequela dos quadros anteriores
<b>Usuária 3 (U3)</b>	F	77 anos	Divorciada	Analfabeta	Auxiliar de serviços gerais; comerciante - pensionista do filho (não aposentou para manter a pensão)	Filha	Restrita ao domicílio	Egresso hospitalar-encaminhada ao NASF pelo Mais Vida em Casa- HC	DPOC; incontinência urinária; dor lombar

QUADRO 1 – Características dos casos traçadores - concluí

Participante Retrospectivo	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Cuidador	Tipo de Restrição	Demanda	Diagnóstico
<b>Usuária 4 (U4)</b>	F	faleceu com 46 anos	Casada	Ensino Médio incompleto	Operadora de caixa- aposentada por Invalidez	Irmã	Restrita ao leito	Mudança de território- demanda espontânea pela família (irmã) para realização de exames de rotina e transporte para consultas	CA estágio IV- paralisia facial, hemiparesia à direita e crises convulsivas. Trombose e edema MIE com queixa de dor
<b>Usuário 5 (U5)</b>	M	65 anos	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	Auxiliar de serviços gerais - aposentado por tempo de serviço	Esposa	Restrito ao leito	Egresso hospitalar- busca ativa da equipe de saúde da família através da ACS, a partir do acompanhamento da esposa do usuário no CS	Sequela de AVC- HAS; artrite gotosa; ex-etilista; IRC dialítico

F: feminino; M: masculino; INN: Instituto Nacional da Seguridade Social; EMAD: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar; EMAP: Equipe Multiprofissional de Apoio; AS: Assistente Social; HC: Hospital das Clínicas; AVE-HAS: acidente vascular encefálico – hipertensão arterial sistêmica; SNE: sonda nasoentérica; UP: úlcera de pressão; HIV: vírus da imunodeficiência humana; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; CA: câncer; MIE: membro inferior direito; AVC: acidente vascular cerebral; IRC: insuficiência renal crônica.

Na análise da informação, as descrições dos casos e as categorias deixam de ser o foco, não possuindo mais identidade própria e tornando-se um emaranhado de relações<sup>41</sup>. Esse contexto, provocado pela reunião das fontes secundárias (literatura, documentos, prontuários), narrativas e vivências, permitiu reconstruir, a partir dos casos traçadores, o objetivo do estudo.

O projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e ao Comitê de Ética Pública (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), aprovado sob parecer nº 982.331 (ANEXO A), tendo cumprido todos os preceitos de uma investigação envolvendo seres humanos.

## **4 CONHECENDO PESSOAS, DESVENDANDO TERRITÓRIOS, TRAÇANDO O CUIDADO: RESULTADOS E REFLEXÕES**

Compreender a organização da AD inclui conhecer as características e necessidades de saúde da população, os serviços de saúde, as competências dos envolvidos no ato de cuidar e as redes de cuidado, considerando o território pesquisado. A análise dos resultados envolve o contexto histórico, demográfico, epidemiológico, tecnológico e político.

### **4.1 As famílias, o domicílio e o ato cuidar**

No percurso deste estudo, conhecer o âmbito real no qual as práticas de AD estão inseridas mobilizou um conflito de sentimentos. No processo inicial de observação predominou o sentimento de frustração, porque salta aos olhos a expressiva quantidade de barreiras para a execução dessas práticas e para a resolutividade dos casos acompanhados. Imergir de fato nessa realidade, em função da metodologia escolhida, possibilitou enxergar um outro lado, em que os acontecimentos simplesmente fluem, como se existisse um fator auto-organizacional, espontâneo, que faz o sistema funcionar independente de suas precariedades. Esse fato provoca a sensação de surpresa e, até mesmo, de esperança, por deflagrar situações inimagináveis nesse cenário: “[...] Aqui [CS3] funciona, mas eu não sei, ninguém nunca me passou se tem protocolo, nada disso. A gente faz funcionar, atende à demanda do usuário, atende à questão de saúde, dá conta da demanda da população” (Gerente do CS3).

O quadro socioeconômico é dominante em todos os momentos da investigação, frequentemente citado nas entrevistas como barreira para a resolutividade dos casos. As famílias acompanhadas neste estudo apresentavam alta

vulnerabilidade social e histórias de vida repletas de rupturas e conflitos familiares. Em todos os casos, as famílias passaram por processos difíceis de mudanças e adaptações após a instalação do problema de saúde e da necessidade de cuidar do pai, irmã, mãe ou marido. As características de cada usuário acompanhado estão descritas no QUADRO 1, inserido anteriormente.

Em dois desses casos, a família reinseriu esses sujeitos no convívio familiar e passava por um processo de demolição do muro de isolamento entre eles, construído por complicadas relações afetivas, envolvendo a violência e o assédio físico e moral.

Em relação ao quadro clínico dos usuários, são casos complexos, com no mínimo duas doenças associadas, considerados graves por ao menos um dos profissionais envolvidos. No que diz respeito aos cuidadores, esteve presente o relato de queixas de saúde relacionadas a quadros psíquicos associados a um histórico familiar ou à sobrecarga provocada pelas necessidades de cuidado que a condição de saúde do paciente exigia. Esse contexto gerou, em alguns momentos, dúvidas dos profissionais de saúde a respeito da capacidade do cuidador para compreender e assumir o cuidado que lhe competia: “Os casos do CS2 são muito complicados. Eu não consigo encontrar uma família que dá suporte para o caso. Toda família tem mais de um problema na mesma família” (Gerente do CS2).

Constatou-se que todos os cuidadores assumiam sozinhos a responsabilidade do cuidado. Apesar de existirem outros familiares e a demanda do usuário exigir presença constante de um cuidador, os demais membros da família não assumiam como rotina sua participação na responsabilidade perante o usuário e sua condição de saúde ou se abstinham dela. O fato de não ter apoio no cuidado, associado à pressão familiar, fez com que os cuidadores oficiais sentissem a necessidade de deixar seus empregos para se dedicarem ao cuidado integral do paciente. O único caso em que foi possível o cuidador manter o trabalho, segundo relato, foi devido ao fato de o empregador compreender a situação e liberá-lo para acompanhar as consultas e realizar o cuidado pela manhã, no horário de almoço e ao final do dia.

Outro fator relevante é o financeiro, que exige da família articulações e adequações ou que, em alguns momentos, tornou-se barreira para a continuidade do cuidado. Frequentemente houve queixas financeiras referentes à aquisição de fraldas, insumos em geral, dietas, medicamentos não encontrados na farmácia do CS e transporte para a reabilitação e centros especializados: “Fisicamente e financeiramente não tinha ninguém pra poder ajudar, nem o carro físico pra poder levar ele [U5] no CREAB [Centro de Reabilitação da Unidade de Referência Secundária]” (Fisio 3).

Apesar de todos os problemas e dificuldades vividas pelas famílias, na maioria das visitas foram encontrados ambiente organizado, pacientes higienizados e materiais disponíveis, adquiridos pela família ou cedidos pela unidade de saúde. Os usuários estavam sempre à espera dos profissionais, algumas vezes ansiosos pela visita. Quando o cuidador não pôde estar presente, negociou com outros familiares ou vizinhos, garantindo que a visita acontecesse.

A convivência no domicílio, não apenas por ser o local onde as práticas de AD são efetivamente realizadas, proporcionou total imersão na realidade vivenciada por usuários, familiares e profissionais. É importante observar a mudança de comportamento dos profissionais durante as visitas conforme as características singulares de cada domicílio ou cada local de realização das práticas, o que leva a refletir a respeito da representação do ambiente domiciliar. Esse ambiente, onde está exposto o cotidiano do usuário, sua cultura, seus costumes, suas crenças, além de propiciar uma visão ampliada das condições de vida da família, permite ou mais ou menos interação entre os envolvidos no cuidado. As informações a partir do ambiente domiciliar podem auxiliar nas estratégias, seja facilitando a comunicação e a relação com o usuário e sua família ou identificando precocemente possíveis barreiras e facilitadores que podem intervir no plano de cuidados. Apesar de ter havido poucos momentos por parte dos profissionais em avaliar diretamente o ambiente domiciliar, por não ser o primeiro contato ou pela existência de outras necessidades consideradas por eles mais imediatas, as práticas desenvolvidas nesse ambiente são diferenciadas.

Em todos os casos, o domicílio do usuário estava próximo ou no mesmo loteamento de outros familiares. Durante as vivências, nenhum dos domicílios foi alvo de críticas a respeito da iluminação, ventilação e higiene, mas dois deles já haviam passado anteriormente por orientações enfáticas sobre a necessidade de mudanças. Os domicílios visitados, exceto um deles, apresentavam barreiras ambientais que dificultavam o acesso, como escadas ou rampa com grande inclinação em suas entradas. Em uma das vivências, houve o relato de que uma das equipes do SAD havia sido ameaçada com arma de fogo por um vizinho do usuário, por estarem estacionados na frente da casa. Por esse motivo, o transporte não permanecia estacionado à espera dos profissionais nesse domicílio, como de costume em outros locais.

Nas visitas compartilhadas, a disposição e o tamanho dos cômodos da casa faziam com que os profissionais se revezassem no ambiente onde o usuário estava. Esse fato possibilitou evidenciar os vínculos e articulações entre profissionais e entre usuário e profissional. Nessa operacionalização, a agente comunitária de saúde (ACS) era a primeira a entrar na casa, anunciando a chegada de toda a equipe. Então, o médico iniciava as ações, seguido da enfermeira. Essa ordem escolhida para desempenhar as ações sugere a predominância da hegemonia médica, mesmo na AD, cujos conceitos básicos contraditam esse modelo hierárquico.

Quanto aos registros da história de vida das famílias, muitas vezes os conflitos não se refletiam no ambiente. Aparentemente, para quem não acompanhou ou não conhecia essas histórias, as representações dos conflitos e do sofrimento vivenciado pelas famílias permaneciam mascaradas. No caso da Usuária 3, o primeiro contato com sua família aconteceu antes de conhecer sua história de vida. Essa história não foi mencionada pelos profissionais do NASF, que introduziram o caso. Na primeira visita feita à usuária, ela nos recebeu com alegria e cobrando abraços, apesar de sua aparência sofrida pela condição de saúde. O clima das visitas a essa usuária era diferente das outras, os profissionais ficavam mais relaxados, a visita fluía mais facilmente com suas brincadeiras. No dia marcado para a entrevista com ela e sua cuidadora, foi confidenciada a violência física e moral pela qual a família havia passado. A

gravidade da situação exigiu que ela e sua família mudassem de sua residência anterior e passassem a viver nesse novo território. Nessa narrativa, as fotografias de três homens expostos em quadros na parede ganharam vida. Apontando para um deles, a usuária diz: “Aquele filho meu foi lá e suicidou com 20 anos [...] Aí o mais velho morre; e um neto morre; e outro neto morre; todos com vinte e poucos anos. E aí, os filhos foram casando, juntando, separando, foi tendo menino e enchendo mais a casa”. É possível constatar como toda a história de superação da família de repente ganha consistência no ambiente, as narrativas guiadas pelos objetos da casa passam da tristeza à esperança.

Todas essas considerações, com base na observação das práticas desenvolvidas no domicílio, evidenciam que o ambiente familiar, suas histórias de vida e suas formas de organização social e comunitária são fatores absolutamente decisivos para a eficácia da atenção domiciliar e certamente devem ser considerados em plano prioritário no atendimento das necessidades dos usuários.

#### **4.2 Organização da atenção domiciliar**

Durante a fase inicial de imersão no distrito NE, foram identificados serviços que ofertam a AD nos três componentes da rede: AB, Atenção Especializada (AE) e Hospitalar, Urgência e Emergência (UE). Na AB encontram-se as equipes de saúde da família e o NASF. Na AE, o Mais Vida em Casa, projeto resultado de parceria entre a SMSA/BH e o Hospital das Clínicas (HC) da UFMG, executado apenas nesse distrito. Na UE, as EMADs e as EMAPs, pertencentes ao SAD.

Segundo dados coletados na SMSA, Belo Horizonte possui hoje 147 centros de saúde, cobertos por 588 equipes de saúde da família e 60 polos de NASF. De acordo com a política de atenção básica<sup>42</sup>, o município se enquadra na modalidade de NASF tipo 1, definida pelo número de equipes vinculadas e pela somatória das cargas horárias dos profissionais<sup>a</sup>. O distrito NE, território onde foi

---

Conforme a portaria 3.124 de 2012 existem 3 modalidades de NASF(33):

desenvolvido este estudo, é coberto por 21 centros de saúde, 81 equipes de saúde da família e oito polos de NASF. Participaram do estudo dois polos de NASF: em um deles, o NASF B, atende a um número de equipes de saúde da família superior ao determinado por lei. Cada polo selecionado cobre três CS e seus profissionais se dividem entre eles de acordo com a carga horária. Para a amostra selecionada no estudo e a composição das equipes, vide a FIG. 1.

O Mais Vida em Casa possui apenas uma equipe, interdisciplinar, composta pela médica geriatra profissional efetiva da SMSA-PBH que desenvolveu o projeto e por profissionais do Centro Mais Vida do HC-UFMG: enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição, farmácia, psicologia e serviço social. Esse projeto-piloto teve início em fevereiro de 2011 e tem como objetivo a avaliação geriátrica domiciliar dos idosos restritos ao leito ou ao lar.

Na rede de urgência e emergência, o SAD do município possui 12 EMADs, uma por distrito, com exceção do distrito noroeste, vinculado ao Hospital Odilon Behrens, que possui duas equipes. Existe, ainda, uma equipe pediátrica e outra que atende à Instituição de Longa Permanência do Idoso (ILPI). Essas EMADs são formadas em BH por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, assistente social e fisioterapeuta. O SAD possui também duas EMAPs, uma atende no turno da manhã os distritos de Venda Nova, norte e Pampulha; e a outra atende no turno da tarde os distritos do Barreiro, Oeste, nordeste, noroeste e centro-leste (que inclui o centro-sul e o leste). Cada EMAP é formada por um

<b>Modalidades</b>	<b>Nº de equipes vinculadas</b>	<b>Somatória das cargas horárias profissionais*</b>
Nasf 1	5 a 9 eSF*** e/ou eAB**** para populações específicas (eCR**, eq. Ribeirinha e Fluvial)	Mínimo 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
Nasf 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eq. Ribeirinha e Fluvial)	Mínimo 120 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
Nasf 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eq. Ribeirinha e Fluvial)	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

\*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; \*\*Equipe Consultório de rua; \*\*\*Equipe Saúde da Família; \*\*\*\*Equipe de Atenção Básica.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2013 citada por Brasil, 2014<sup>11</sup>.

fisioterapeuta e um fonoaudiólogo e apenas um nutricionista atende às duas equipes.

Em alguns momentos, esses serviços e equipes atuaram em conjunto para atender às demandas do usuário da AD e se articularam com outros serviços da rede de cuidados. Aparentemente, apresentaram critérios que seguem uma divisão por condições agudas e crônicas. Ficam a cargo dos hospitais, UPAs, SAD, equipes de saúde da família e SAMU as condições agudas; e sob a responsabilidade das equipes de saúde da família, NASF, Mais Vida em Casa, CREAB e Hospital Paulo de Tarso (HPT), as condições com estabilidade clínica de característica predominantemente crônica.

Foi observado que, não obstante as normativas, a forma como atuaram, se articularam ou não entre si e com outros serviços, variou de acordo com a dinâmica do serviço naquele momento e envolveu o perfil da unidade, gerência, profissionais e demandas. Algumas entrevistas reforçaram essas observações. A enfermeira CS2 relatou que antes o SAD buscava o CS e discutia os casos, mas que há uns três meses isso não acontecia. Em consonância com a informação disponibilizada nessa entrevista, a gerente do CS3 diz que nos últimos meses o SAD, em especial o EMAD, ao entregarem o sumário de alta, discutem os casos com os profissionais da equipe receptora. Esses movimentos de organização e interação entre serviços e equipes é bem dinâmico e mudanças estão sempre presentes.

Como já mencionado na metodologia, o foco de análise deste estudo foram as práticas de cuidado no domicílio iniciadas na AB, porta de entrada da rede, e que envolviam a participação dos profissionais do NASF. Investigou-se também a articulação da AD com esses serviços mencionados anteriormente, vinculados a outros níveis, e com a rede de saúde como um todo. A rotina de trabalho dos profissionais do NASF acontece em diferentes ambientes, incluindo o CS, domicílios, academia da cidade e outros locais onde acontecem as reuniões de polo e as capacitações, como, por exemplo, na Secretaria de Administração Regional Municipal Nordeste (SARMU/NE), mais conhecida como "fazendinha". A partir dos protocolos de entrevistas, identificou-se que a agenda de ações das

equipes de NASF, além da AD, é composta por atendimentos individuais, grupos operativos e reuniões de matriciamento, que acontece entre NASF e equipes de saúde da família no próprio CS; reunião de polo; e a reunião geral, que envolve todos os polos e a coordenação de NASF. A conciliação dessas ações, o espaço disponibilizado pelo CS (para a realização de grupos e atendimentos individuais e reuniões), o transporte disponibilizado pela SMSA-distrito para a realização da AD e a carga horária do profissional, todos esses fatores influenciam no planejamento da agenda da AD.

Dessa forma, geralmente, é reservado para um CS o turno de quatro horas para a realização da AD de todo o território de abrangência das respectivas equipes de saúde da família. Com o surgimento de novas demandas, existe ainda a possibilidade de um novo turno durante a semana, mas este não é fixo para a AD. Assim, o NASF, por ser uma "equipe volante", tem flexibilidade para alterar a agenda de acordo com essas demandas e imprevistos (do usuário, da estrutura disponibilizada pelo serviço ou por necessidade do profissional).

No entanto, no processo de observação, chamaram a atenção os poucos movimentos de adaptação e alteração das agendas, bem como as falas recursivas dos profissionais com justificativas referentes ao longo espaçamento entre as visitas e a baixa frequência das mesmas. Essas justificativas se pautavam no elevado número de usuários que a equipe deve atender ou mesmo cobrir e a pouca disponibilidade na agenda para as visitas. As observações e as narrativas também deixam implícita a interferência da vontade e do esforço do profissional na definição das agendas e a inadequação de critérios e protocolos para a definição da frequência das visitas.

Além disso, quando alguns dos profissionais foram questionados a respeito da frequência da visita em relação ao quadro clínico do paciente, alguns relataram a necessidade de mais frequência, mas utilizam os mesmos marcadores mencionados anteriormente para justificar por que não o fazem na prática. O que fazem são visitas conforme previsto nas políticas de atenção básica (uma vez ao mês) e em alguns momentos aumentam essa frequência. Esse dado sugere que os profissionais desconhecem essas políticas ou sentem culpa por acreditarem

que a frequência estipulada por lei não é suficientemente adequada para se realizar ações reabilitadoras, e então desconsideram como justificativa o que está prescrito para o serviço.

Essa frequência minha de visitas, ela é estipulada pela demanda que eu tenho também. Às vezes, eu não consigo ir com frequência por causa das outras demandas que eu tenho. Então, assim, eu tento ir o máximo que eu consigo. Geralmente é uma vez por mês, uma vez a cada três semanas. Porque o NASF, o atendimento, ele é orientação, e aí, a família tem que responsabiliza. (Fisio 2).

Quando interpelado sobre o planejamento para a frequência das visitas, o médico 3 respondeu que o processo é aleatório de acordo com a prioridade da demanda, não sendo programadas devido ao grande número de demandas e os casos mais urgentes que vão surgindo. O médico 2 relatou que as visitas já são previamente agendadas, geralmente em intervalos de seis em seis meses, e de quatro em quatro meses nos casos mais graves. Isso demonstra que existe autonomia na organização das ações e definição de prioridades por parte dos profissionais e que a característica do território, da população coberta e dos profissionais gera diferenças na rotina de trabalho das equipes.

A chegada da demanda para a AD do NASF, como previsto, geralmente acontece a partir da necessidade identificada pelas equipes de saúde da família que, via matriciamento, referem os casos às equipes de NASF. No entanto, em alguns momentos, demandas distintas referentes aos casos acompanhados neste estudo chegaram para o NASF fora da reunião de matriciamento. Por exemplo, uma demanda pontual de dispositivo de auxílio à marcha ou de encaminhamento para HPT chegou em conversas nos corredores do CS.

A frequência das reuniões de matriciamento varia em relação ao número de equipes de saúde da família e à demanda dos CS. Geralmente elas acontecem duas a três vezes na semana com no máximo três equipes de saúde da família por turno/dia. Dessa forma, cada equipe tem, em média, uma reunião de matriciamento por mês com as equipes de NASF. Conforme observado em ato, os casos foram direcionados para os respectivos profissionais envolvidos. Na reunião de matriciamento, geralmente acontecem, em um primeiro momento, as devolutivas dos casos passados nas reuniões anteriores, iniciadas pelo NASF.

Em seguida, as equipes de saúde da família apresentam as novas demandas por área de atuação, citando o nome do usuário, a data de nascimento, o diagnóstico relatado no encaminhamento e a ACS responsável. Essa demanda é agendada no momento da reunião e esses dados escritos em um papel, informalmente nomeados de “mosquitinhos”, e entregues à ACS para que sejam repassados ao usuário ou deixados no mural, armários ou gavetas das respectivas ACSs. “Pra visita inicial, pra primeira visita? O único planejamento foi em relação à logística: marcar o horário, agendar o carro” (Fisio 1).

Essa sequência de ações durante as reuniões de matriciamento foi definida pelas equipes de NASF como tentativa de organizar as reuniões e facilitar o registro em ata. Existem pequenas variações entre os dois polos de NASF selecionados para este estudo, mas os procedimentos descritos anteriormente são a base de ambos. O ritmo das reuniões foi ditado pelas equipes de saúde da família, de acordo com a preparação prévia das informações disponíveis, ou seja, depende da equipe conhecer o caso e ter se reunido, antes do matriciamento, para a organização dos dados. Foi possível perceber que, na maioria dos matriciamentos, os fisioterapeutas mantinham a posição de coordenadores das reuniões e, na falta deles, no NASF A a terapeuta ocupacional (TO) e no NASF B a nutricionista.

O destaque desses profissionais como coordenadores acontece espontaneamente e, aparentemente, foi motivado pelo maior número de demandas, pelo vínculo com as equipes de saúde da família e personalidade dos profissionais. Todas as reuniões são registradas em ata.

Apesar do fluxo de encaminhamento das demandas para o NASF garantir que as equipes de saúde da família realizem uma primeira visita ao usuário e coletem os dados necessários para então encaminharem o caso ao NASF, a avaliação realizada e o detalhamento do caso não são suficientemente informativos para os demais profissionais das equipes. No matriciamento, momento em que deveriam ocorrer as discussões dos casos, o planejamento das ações e da primeira visita, isso não aconteceu.

Então, muitas vezes em uma primeira visita, é pra você saber quem é o paciente e o que que ele tem, pra depois você tentar programar uma coisa específica para aquele quadro que você encontrou. Então, do usuário 1, foi meio que assim, a gente quando recebeu a demanda, recebeu a demanda que ele já tinha sido liberado, mas que ele estava muito mal, próximo da morte e que ele tinha feridas de decúbito, mas que estava alimentando via sonda nasoentérica, tanto que chamou a nutricionista pra poder avaliar a dieta dele. E da minha parte eu não sabia se ele sentava, se ele mudava de decúbito, se ele tinha a parte cognitiva preservada, se ele estava usando oxigênio, se tinha oxigênio lá, não sabia nada disso. Eu descobri na hora que eu cheguei lá, como que estava o estado geral dele. E isso é muito ruim. Primeiro, que você não sabe quais recursos que aquela pessoa precisa na verdade naquele momento, e quais são as demandas reais que ele tem em relação a você. Então na hora que você chega é que você vai descobrir o que que tem e o que não tem (Fisio 1).

Segundo o relato dos gestores, embora existam prioridades para a prestação do do cuidado no domicílio, as demandas para o serviço envolvem todas as idades e diversas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Além das estratégias utilizadas nos casos acompanhados, as visitas acontecem também para controle de zoonose, coleta de sangue, acompanhamento das puérperas e recém-nascidos, crianças com problemas respiratórios, deficiências motoras e cognitivas, adultos jovens com sequelas de causas externas, entre outras. Independentemente da faixa etária, há tendência da demanda à AD estar condicionada às condições de saúde crônicas ou crônicas agudizadas. A gestão observa a necessidade de ampliar o leque das ações preventivas, envolvendo o controle de maus hábitos de vida, ampliação da faixa etária para avaliação do risco de queda e inclusão de crianças com problemas respiratórios como a asma, por necessitarem da avaliação do ambiente domiciliar.

No que diz respeito aos encaminhamentos recebidos pelas equipes de saúde da família para a reabilitação, grande parte para a fisioterapia, estes vêm de serviços vinculados à rede de urgência e emergência (hospitais, UPAs, SAD), contrarreferências de CREAB e outros serviços especializados, demanda espontânea do usuário e sua família, escolas e ordens judiciais, além da busca ativa realizada pelas equipes de saúde da família. Essas demandas chegam para essas equipes, que devem realizar o primeiro contato e tomar conhecimento dos casos, para então encaminhá-los via matriciamento para o NASF. O NASF não é porta de entrada, ou seja, recebe encaminhamentos das equipes de saúde da família. Já em relação às possibilidades de encaminhamentos realizados pela

fisioterapia do NASF, ficaram restritas ao HPT, via equipe de saúde da família, e CREAB (regulação). As equipes de saúde da família podem encaminhar, ainda, algumas vezes a pedido ou por solicitação do NASF, para hospitais e UPAs via SAMU, rede especializada e Mais Vida em Casa.

Em dois dos casos acompanhados, o Mais Vida em Casa esteve presente em ações pontuais que geraram um plano de cuidado formalizado, entregue e explicado às equipes de saúde da família, sendo, portanto, importante fonte de dados para a pesquisa. Esse plano descrevia o diagnóstico funcional global, o diagnóstico das condições de saúde, a sugestão de intervenções preventivas e curativas, a reunião e a análise dos medicamentos em uso. O plano de cuidados ainda continha um quadro com as ações reabilitadoras (física, cognitivo-comportamental, sociofamiliar e ambiental) e encaminhamentos necessários. Nos casos acompanhados, aparentemente há indícios de que o Mais Vida em Casa ajudou a reunir as informações sobre o usuário que a equipe de saúde da família não conseguiu acessar e realizou a gestão do cuidado ofertado por todos os pontos de atenção (AB, rede especializada, hospitalar e privada ou suplementar). Dessa maneira, o Mais Vida em Casa reduziu a incidência de ações duplicadas e/ou contraditórias, que foi, por exemplo, causa de demência medicamentosa na U3. Ainda assim, isso não garantiu a comunicação entre os setores. Em uma visita ao Mais Vida, no edifício Jenny de Andrade Faria, foi possível conhecer o projeto e a amplitude de suas ações e obter alguns dados a respeito dos casos acompanhados neste estudo. Essas informações foram importantes para fechar o traçado da linha de cuidados.

O SAD é vinculado às UPAs e hospitais, realizando a busca ativa dos pacientes no rodízio de leitos, com o objetivo de (des)hospitalização e (des)upalização precoce e de iniciar antecipadamente a reabilitação, evitando o retorno do paciente para essas unidades. As EMAPs, equipes compostas de profissionais da reabilitação, recebem os encaminhamentos via *e-mail*, agendam as visitas da semana na sexta-feira anterior e entram em contato com os pacientes via telefone para confirmar a visita no dia marcado. Esse serviço esteve presente em dois casos traçadores, após egresso hospitalar e antes da atuação do NASF. Em um dos casos, constou no relatório de alta o encaminhamento realizado pela EMAD

para a equipe de saúde da família e a solicitação da avaliação do nutricionista do NASF.

Em outro documento constou o encaminhamento da EMAP direcionado para a "equipe multiprofissional do NASF" e equipe de saúde da família. O acompanhamento dessas equipes foi intercalado e o período foi de aproximadamente 20 dias para a EMAD e 15 dias para a EMAP. Os prontuários de registro das ações do SAD são diferenciados e possuem protocolos para serem preenchidos no momento da visita. Seus registros foram realizados em três cópias: uma foi deixada com a família, no envelope disponibilizado pelo serviço; as outras foram levadas para a unidade e arquivadas nas pastas; e em alguns casos, enviados por fax para a central. Os relatórios de alta foram entregues no CS de referência do usuário. No prontuário eletrônico, utilizado pelas equipes de saúde da família, NASF e especializada, não constam os dados da visita do SAD, pois eles não fazem parte desse sistema. Nesse sentido, na tentativa de reunir informações concretas, as equipes vinculadas à AB já sabem dessa organização e perguntam às famílias sobre o envelope com as informações do SAD.

Outro aspecto a se considerar é a densidade tecnológica. Este estudo detectou que a AD mobiliza os três tipos de tecnologias: a) as duras (ao se encaminhar o usuário para a rede especializada do próprio CS ou do nível de especialidades pela necessidade de se empregar equipamentos); b) na AB, a AD mobiliza prioritariamente as tecnologias leve-duras, que exigem dos profissionais envolvidos o conhecimento estruturado, como clínica e epidemiologia; c) e as leves, que se destacam ainda mais por serem a base para o exercício da AD, cujas tecnologias relacionais possibilitam a produção de relações intersubjetivas entre trabalhador e usuário<sup>6</sup>.

Durante o período de observação do SAD, os profissionais depararam com situações mais graves e, em alguns momentos, com pacientes que necessitavam de suporte ventilatório. No entanto, os equipamentos já estavam disponíveis na casa do usuário, ofertados pela SMSA ou distrito, e as técnicas utilizadas pelos profissionais nessas vivências demandaram exclusivamente tecnologias relacionais: escuta, observação e estímulos visuais, auditivos e sensitivos para a

realização das avaliações e das práticas propostas. No caso da nutricionista, foi incluído também o cálculo para conferir as calorias e dietas.

O perfil dos profissionais do SAD é diferente dos profissionais da AB na forma de se vestirem, materiais utilizados na prestação do cuidado, carros disponíveis, campos de especialização, entre outros. Um fato que chamou a atenção foram as relações entre profissionais e motoristas. No SAD, estes possuíam uma sala dentro da unidade e faziam rodízio entre as equipes. Recebiam as rotas traçadas pelos profissionais das equipes formalmente no dia anterior às visitas. Todos eles tinham conhecimento das experiências vivenciadas pelos colegas das equipes e os detalhes dos casos, utilizando até nomes técnicos. Motoristas e profissionais tinham um vínculo, conversavam durante todo o percurso, com brincadeiras e queixas. Já entre as equipes da AB (equipes de saúde da família, NASF) e seus motoristas não foi observado esse vínculo e, na maioria das vezes, durante todo o trajeto era como se não estivessem presentes: apenas lhes eram fornecidas as coordenadas.

Os profissionais do NASF levam a campo suas competências (conhecimento e habilidades), suas agendas, algumas guias para encaminhamentos, manuais de exercícios e orientações com descrições e fotos, além de alguns fluxos da rede. Esses dois últimos não foram utilizados em qualquer dos casos acompanhados. Durante e somente no estudo-piloto o fisioterapeuta levou aparelho de pressão e estetoscópio, quando comunicado pelo ACS sobre essa necessidade. Em apenas um dos casos traçadores, o fisioterapeuta usou luvas no manejo do paciente, após já ter realizado duas visitas. Em relação às equipes de saúde da família, estas disponibilizam uma maleta geralmente com equipamentos de proteção individual, insumos para curativos, oxímetro, termômetro, aparelho de pressão e estetoscópio.

[...] Então, se a gente tivesse talvez alguns protocolos só pra nortear os atendimentos, de repente a gente facilitaria bastante e a gente poderia entender melhor o caso, e dar para o paciente mais do que ele tá precisando e não o que a gente acha que ele precisa dentro do conhecimento pequeno que tenho, né... em relação ao caso (Fisio 1).

A rotatividade dos profissionais nas equipes também se mostrou frequente na coleta de dados, assim como a composição das equipes, muitas delas incompletas e, ainda mais frequente, os períodos de férias, que foram seguidos e em alguns momentos coincidiram, sem a substituição por outro profissional da mesma ocupação. Os usuários demandaram a especialidade ausente e tiveram que aguardar o período de férias e a disponibilidade de agenda do profissional de acordo com as prioridades. Esses fatores influenciaram diretamente no planejamento das visitas e em diversos momentos.

Diante de tantos fatores organizacionais que devem ser considerados na programação da agenda do profissional e na rotina do trabalho, depara-se com dificultadores, que impossibilitam a execução do que é planejado conforme previsto pelo Ministério da Saúde e das políticas de atenção básica.

#### **4.3 Formação e experiências do profissional e do cuidador: quem são esses atores?**

Os profissionais do NASF e da equipe de saúde da família envolvidos nas observações, na sua maioria, ingressam no serviço público por concurso e não haviam passado por capacitação para compreender as demandas e a infraestrutura que teriam disponíveis para atendê-las. Mais ainda, são profissionais que não tiveram vivências reais de uma AD, que não foram formados para compreender na prática os princípios e conceitos norteadores do SUS e da AD. Quando perguntados a respeito das experiências referentes ao SUS e sua capacitação para assumir o cargo, responderam:

[...] No meu caso específico não [passei por capacitação]. Eu entrei de paraquedas, caí, entrei no lugar de uma pessoa que era contrato e a pessoa encontrou comigo em uma tarde e disse: é isso, isso e isso, que eu estou atendendo. Isso, isso e aquilo. E eu aprendi na prática. [...] (Fisio 2).

[...] Eu não tenho muita experiência, nem muita habilidade, nem vi muito o que fazer, nem como fazer com ele [usuário 1] na faculdade. Eu não tive muito dessa experiência, mas eu também não sei se teria uma outra coisa que pudesse ser feita com ele, na situação que ele estava, sabe? Mas eu sinto falta de ter um pouco mais de habilidade pra lidar com esse tipo de situação. Uma coisa que é minha, que me incomoda muito, é paciente que tá muito mal, paciente que já tá em estado mais pra terminal. Me incomoda muito pessoalmente. Não gostaria de trabalhar com isso, tanto que eu não gosto de hospital! Então, me incomoda bastante, e eu não sei se eu inclusive crio um bloqueio em relação a querer saber mais disso, porque eu não gosto ou porque realmente eu não sei, não quero [...] (Fisio 1).

Eu nunca fiz uma visita domiciliar na Faculdade! É... O pessoal comenta assim em algumas aulas, mas eu acho que eu nunca tive uma aula assim sobre visita domiciliar. Apesar que o pessoal da minha faculdade, vamos dizer que a ênfase da minha formação é do generalista. Então, quer dizer, o campo de atuação importante do generalista, o mais importante é o PSF [Programa de Saúde da Família]. O PSF tem visita domiciliar na agenda. Então tinha que ter uma preparação legal pra isso! Mas aí a gente vai estudando e acaba dando um jeito. Eu tenho lá alguns livro texto de Medicina de família mesmo, tratado de Medicina de família. Então antes, quando eu vim pra cá eu estudei, então não cheguei cru assim nas visitas, né? E na reunião de equipe foi muito importante, porque o pessoal já me contou como que é a rotina de serviço, principalmente a enfermeira. A enfermeira é uma peça assim fundamental na organização do PSF! (Médico 2).

Quando questionados a respeito da articulação da rede e critérios de encaminhamentos, esteve presente frequentemente o desconhecimento sobre o funcionamento do SUS por parte de profissionais:

Eles [os ortopedistas, setor especializado] desconheciam um pouco o trabalho do fisioterapeuta do NASF em termos de equipamento. Eles não sabiam que a gente não tem TENS [Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea], não tem US [ultrassom], não tem OC [ondas curtas], não tem FES [Estimulação Elétrica Funcional], não tem os equipamentos que são mais especializados. E aí começou uma conversa em termos de orientação, porque o que acontecia era que encaminhava tudo para o CREAB e aí o CREAB fica sobrecarregado (Fisio 2).

Durante uma das visitas compartilhadas realizadas pela equipe de saúde da família 2 e a Fisio 2, os profissionais chegaram ao domicílio da U2 e procuram por documentos, como se necessitassem desse tempo para se inteirar do contexto e se preparar para a visita. Todos se mostraram ansiosos e inseguros com a falta de informação concreta e com o quadro clínico. O médico 2, iniciante e em seu primeiro contato com a paciente, pergunta se a Fisio 2 gostaria de iniciar as ações. Ela respondeu que não e, apoiada pela enfermeira, devolveu a ele a responsabilidade. No início, os profissionais ficaram paralisados diante da

situação, mas com o desenrolar da visita, as ações foram gradativamente sendo definidas. Quase sempre a enfermeira e a ACS foram as profissionais que ficaram mais à vontade no ambiente domiciliar e frequentemente tentaram auxiliar na organização da visita.

A presença de mais profissionais no domicílio, como acontece nas visitas compartilhadas, aparentemente favorece a mobilização dos mesmos, como se devessem “mostrar trabalho”, mas na forma como foram realizadas em ato não estimularam a troca de saberes, apesar dos relatos de que há um aprendizado inerente.

A definição de um bom profissional foi vinculada à ideia de estar disponível para trocas de conhecimento e disposto a discutir em profundidade os casos. A prova disso é a maneira como o médico 2 foi visto por outros profissionais. Em sua inexperiência, com pouco tempo de serviço e pouca idade, deixando em dúvida a enfermeira que o apoiou em todos os momentos e a cuidadora 3, foi citado, em momentos distintos, como exemplo de bom profissional pela administração, pelo gerente do CS 2 e, ainda, pela médica do Mais Vida. Todos os elogios permearam seu interesse em discutir e buscar soluções para os casos.

As reuniões de matriciamento foram citadas como possibilidade de se apreender a realidade do serviço, tomar conhecimento dos fluxos e infraestrutura. No entanto, observa-se que o NASF também tem necessidade de apoio para essas e outras questões. Na imersão em campo, em diversos momentos apareceram dificuldades em lidar com a complexidade dos casos selecionados e a necessidade de buscar esse apoio em outras fontes, como a gerente do CS, profissionais de outros polos de NASF e de outros serviços, com especializações que auxiliem em determinados casos.

Em diferentes momentos os profissionais expuseram claramente conceitos importantes para a implementação de boas práticas e para a integração dos diferentes pontos da rede, demonstrando aparentemente que esse conhecimento já estivesse incorporado no seu cotidiano de trabalho. No entanto, ao reverem a linha de cuidado dos casos e em ato, destaca-se a maneira como os profissionais

aplicam esses conceitos, principalmente três deles: reabilitação, continuidade e visitas compartilhadas. Desde o estudo-piloto, ao se investigar a organização do SAD, o entendimento do processo de reabilitação já era questionado. Nesse contexto, os profissionais da reabilitação não cogitavam realizá-la por não acompanharem os usuários até o final da recuperação, participando apenas do início do processo, na fase aguda. No NASF geralmente associavam a ideia de frequência das ações e continuidade do cuidado. O conceito de continuidade da atenção era mencionado referindo-se ao tempo de acompanhamento do usuário, geralmente longo, independentemente das ações possuírem seguimento. No caso específico das visitas compartilhadas, estas foram realizadas por mais de um profissional da equipe, além da ACS, sem necessariamente haver ações e procedimentos em conjunto ou trocas de saberes.

Os relatos sobre as competências dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas pelos mesmos ao exercerem o cuidado referiram-se frequentemente à falta de apoio familiar, ao peso por terem de assumir toda a responsabilidade em suas mãos, à dedicação exclusiva ao paciente e à mudança inevitável de rotina e ao abandono de velhos hábitos.

Cuidar do meu pai não me cansa. O que me cansa é a folgância em cima de mim, achando que eu sou obrigada sozinha. É isso que me cansa, cuidar dele, não me cansa não. É a responsabilidade pra um só que cansa (Cuidadora 1).

No entanto, quando perguntados sobre como se sentem em realizar todas as tarefas envolvidas com o cuidado do familiar, é comum citarem o aprendizado e a construção de saberes, relacionando-os ao tempo em que acompanham esses usuários e realizam os procedimentos. A adaptação às condições enfrentadas é facilitada pela busca por soluções nos canais de informação, na convivência com amigos e vizinhos e, com menos frequência, nas equipes de saúde que os atendem. Além disso, experiências anteriores na função de cuidador, em dois dos casos, facilitaram a realização dos procedimentos e a tomada de decisão. “A gente vai pegando uma experiência dali, outra daqui e a gente vai aprendendo mesmo” (Cuidadora 4).

Segundo as entrevistadas, essas experiências facilitam a rotina de cuidados, mas em ambos os casos relataram diferenças entre os graus de dificuldade enfrentados. Em geral, consideram mais desafiadoras as situações vivenciadas no presente do que as de suas experiências passadas. Além do fator condição de saúde agravada, muitas vezes o grau de parentesco não facilita as relações e ações necessárias para o cuidado.

Para mim dificulta [o fato de ser cuidadora], porque quando a dor é no pai dos outros é mais fácil, quando é no dá gente fica difícil. Eu fico irritada, dá vontade de largar tudo pra lá. [...] quando olho pra cara dele [Usuário 1] chorando, me dá mal-estar, dá vontade de deixar ele quietinho. Sem mexer (Cuidadora 1).

Em relação às condições clínicas, não há queixas referentes aos cuidados diários, mas as falas e expressões de cuidadores e profissionais apresentam um fator surpresa diante de situações inusitadas ou em comparação às vivências anteriores.

Eu nunca tinha visto um negócio desses assim não, principalmente fazer hemodiálise. Não tinha esses negócios não (Cuidadora 5).

Ele está bem diferente de uma pessoa acamada. Eu fiquei impressionada, nunca tinha visto uma pessoa assim acamada, dentro de casa, no estado em que ele está (ACS 1).

Diante da complexidade das condições de saúde, torna-se aparente a falta de domínio por parte dos profissionais sobre questões ligadas às condições de saúde em si e às técnicas terapêuticas, mas principalmente à falta do "jogo de cintura", que só a vivência real da AD é capaz de propiciar. Essa situação, em alguns momentos, gerou conflitos que paralisaram os profissionais ou que criaram disputas de saberes.

Se o cuidador não quer a orientação, não quer fazer cuidado, a gente não tem como fazer, né? A equipe a mesma coisa, se você agenda de ir lá fazer a visita e não tem ninguém para te receber, como é que você entra na casa da pessoa? Então, tem esse problema todo é assim, tem as ações que você faz diretamente e tem aquelas que você faz de orientação! Se a família não está disposta a fazer as de orientação, seu serviço ficou pela metade! (Fisio 1).

Nesse sentido, merece destaque o quanto a formação, a capacitação e a experiência de vivências reais na AD interferem no desempenho e na qualidade

dessa prática e, principalmente, no alcance de suas metas. Esses fatores dificultaram a construção de projetos terapêuticos comuns e a inter-relação e trocas de saberes entre profissionais, principalmente entre profissional e usuário e sua família. Os casos acompanhados mostram que, independentemente das barreiras encontradas na estrutura familiar, os cuidadores participantes do estudo eram capazes de assumir o cuidado, faltando, em alguns casos, o reconhecimento e o estímulo dos profissionais envolvidos.

#### **4.4 Acesso e construção das redes de cuidado**

No presente estudo, os casos traçadores foram compostos de usuários dependentes de seus familiares para a realização de AVDs e AIVDs, com doenças associadas e necessitando de acompanhamento frequente das equipes e saúde da AB e de serviços especializados. Os usuários reconhecem o CS como referência na busca por soluções para imprevistos que surgem durante o acompanhamento da AD, até mesmo para as demandas de urgência.

Quando eu estou com ela [usuária 3] eu ligo pro moço [taxista] pra levar ela no hospital. Se o posto estiver aberto, eu levo lá porque eles têm que dar jeito. [...] (Cuidadora 3).

O *feedback* vem sempre pela equipe de saúde, mas a demanda era da família. Se alguma coisa apertasse lá [na família], vinham atrás da equipe de saúde pra tentar resolver, entendeu? Não queriam uma ação de prevenção ou promoção de saúde, mas uma ação só curativa. Apareceu um problema, venha cuidar desse problema, e ponto. Então era difícil fazer uma coisa a longo prazo com ele [usuário1] (Fisio 1).

Embora seja comum o acompanhamento com especialistas de outros serviços de referência, os profissionais da AB reconhecem sua responsabilidade perante os casos. No entanto, deixam a cargo dos especialistas o seguimento das ações propostas por eles, mesmo que interfiram ou sejam contraditórias aos planos terapêuticos já iniciados. As orientações recebidas em consulta com especialistas geralmente se sobrepõem às do generalista, independentemente deste realizá-las com mais frequência e menor espaçamento e identificar a necessidade de ajustes.

A usuária 2 é um caso um pouco peculiar porque é um caso que eu não consegui assumir completamente porque ela acompanha lá no HC a questão do HIV dela, ambulatório de infectologia, ela faz controle a cada três meses (Médico 2).

As demandas apresentam caráter imediato e o acesso aos serviços de reabilitação fisioterápica encaminhados a partir do NASF (CREAB, HPT e UPAs ou hospitais, em decorrência de imprevistos e agravamento dos casos) possui critérios de entrada baseados no prognóstico da condição de saúde do usuário, ou seja, aquelas de caráter agudo. No entanto, os casos acompanhados neste estudo apresentavam condições crônicas de saúde, considerando a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), e necessitavam acessar todos os níveis de atenção. Dessa maneira, o usuário retorna precocemente de outros setores, se mantém sob a responsabilidade da AB (NASF) ou ocorrem novas e frequentes internações, como aconteceu neste estudo. Foram frequentemente relatados a sobrecarga da AB e o manejo de ações para lidar com as inadequações do sistema. Esse fato gera repercussões sobre os outros serviços, na busca por atender o máximo de demanda possível e cumprir com as metas de produtividade: “Não sei se tem também, uma pressão que a Gerente 2 sofre lá do distrito pra poder ter produção, pra atender muita gente, parece que tem alguma coisa nesse sentido também” (Médico 2).

Na tentativa de reunir informações a partir das fontes secundárias dos casos traçadores e de desenhar a linha de cuidados, apurou-se que cada profissional detém apenas uma parte dessas informações e que as ACS e enfermeiras possuem um conhecimento mais completo e detalhado dos casos. Em diferentes momentos foram mencionadas como fonte das informações faltantes ou incertas e talvez tenham sido as únicas a conseguir dar sentido às informações de forma a possibilitar a visualização da sequência ou a fragmentação do cuidado. No momento de reconstrução dos casos para o presente estudo, quando alguns profissionais se recordaram em detalhes dos casos selecionados, outros profissionais se surpreenderam e se referiram a essas lembranças como fator “memória”, alheia à mobilização dos sentimentos. No entanto, sabe-se que ao se recordar e narrar uma situação ou vivência a memória atualiza-se no presente, ou

seja, a memória, assim como o ato de cuidar, não é estática, ela se transforma conforme as relações estabelecidas e a construção de vínculos<sup>38</sup>.

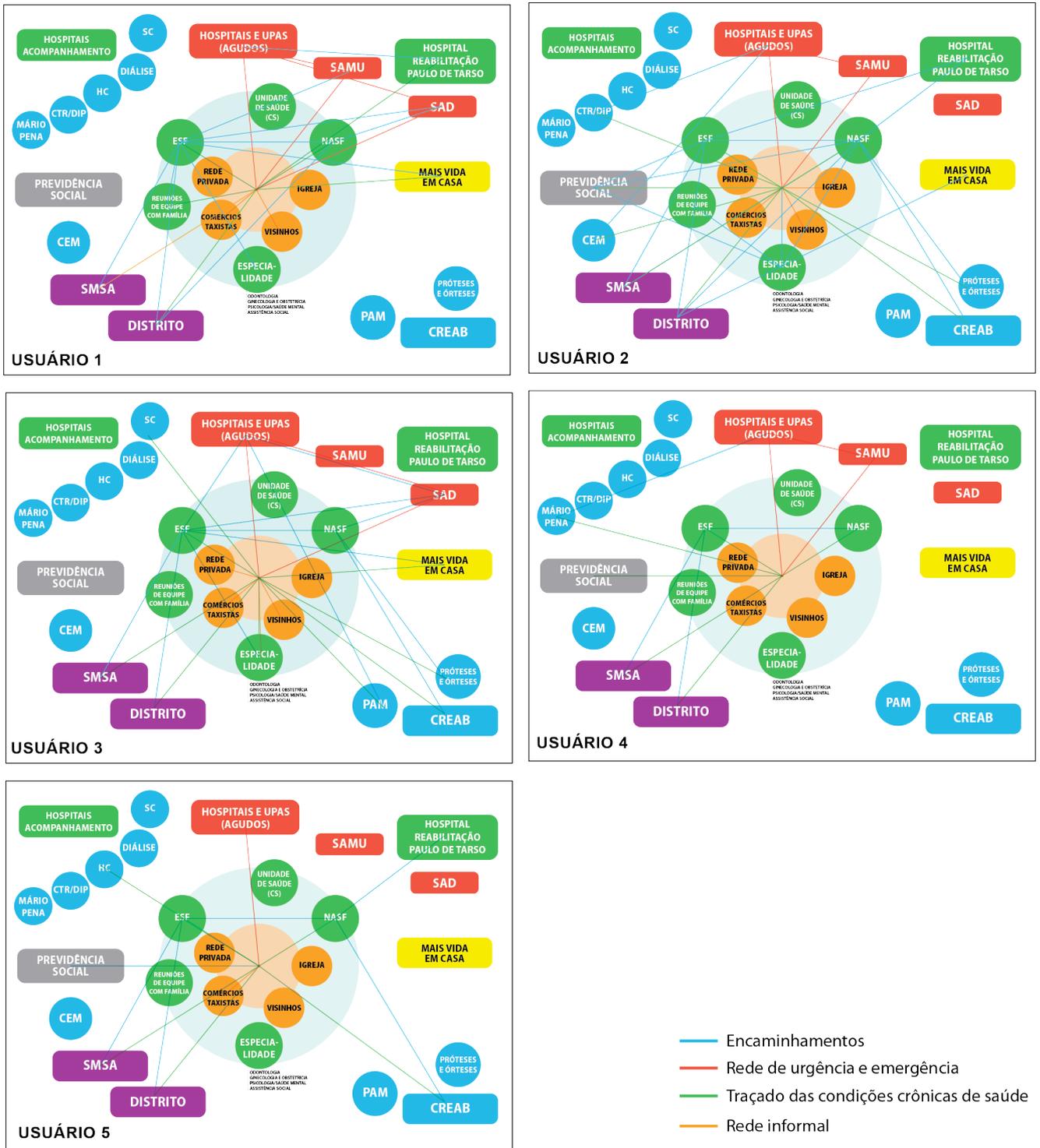
Durante o exercício de reconstruir e traçar os itinerários percorridos pelos usuários, foi possível constatar que os percursos são imprevisíveis e inusitados e, apesar de aparentemente desconectados, há traços em comum. Além da surpreendente quantidade de serviços e profissionais mobilizados a partir da AD, compondo as redes formais do sistema de saúde, foi evidenciada a formação de redes informais que, apesar de singulares, estão presentes no desenho dos trajetos percorridos na maioria dos casos acompanhados (FIG. 2).

Essas redes alternativas representam uma experiência comum entre os usuários, que é a busca por superar os obstáculos com os quais deparam nesse processo de produção do cuidado. Nessa busca por novos caminhos, todos esses casos mobilizaram pelo menos um dos componentes da comunidade (vizinhos, comércio e Igreja). Além disso, dois dos cinco casos utilizaram a rede suplementar ou privada e, ainda, todos os casos usaram o sistema previdenciário.

Às vezes eu levo mãe [Usuária 3] ali na Carijós, igual o dia que ela ficou sem remédio, aí marquei consulta lá. É uma clínica que é mais barata, e ela tem desconto [devido a um plano funerário]. Aí, se a consulta é 140,00 reais, ela paga só 70,00 reais (Cuidadora 3).

Considerando a imprevisibilidade e a identidade dos traçados, o fato de os casos não terem dado entrada por uma mesma porta da rede de saúde, terem entrado via hospitais, UPA, SAD, escolas, ordens judiciais ou mudança de território, não aparenta ser o motivo de se tornarem “perdidos na rede”, pois acessaram vários pontos da rede e mobilizaram uma diversidade expressiva de profissionais, difícil até de se observar na rede privada.

FIGURA 2 – Itinerário dos casos traçadores



Fonte: Autora

Buscando entender o funcionamento da AD e sua articulação com a rede de saúde, outro ponto relevante é a não sistematização e formalização da comunicação entre os pontos de atenção. Aqui se destaca a criação de redes informais construídas perante a insuficiência do sistema em suprir a necessidade dos usuários e profissionais envolvidos no cuidado e a variedade de artifícios criados por eles. Em alguns dos casos acompanhados, o relatório do quadro clínico do usuário era informado durante consultas e exames de rotina dos cuidadores. E no caso 4, o contato entre o médico da equipe de saúde da família e o da rede especializada (oncologista) ocorria informalmente, ou seja, devido à amizade entre eles.

[...] No caso dela eu deixei mais com a oncologia [rede especializada], como eu não tinha muita influência ali, eu pensei assim: eu posso melhorar outros pacientes, entendeu? Então é aquela coisa do SUS, a gente tem que pesar. Não que ela não precisasse, mas ela estava muito bem acompanhada por um colega meu, da rede especializada que estudei comigo, ele até comentava dela assim (Médico 3).

A enfermeira chegou para mim consultando se eu não poderia pedir um andador. Não veio um encaminhamento formal para mim, a equipe sentiu essa necessidade. Foi assim que eu a conheci [Usuária 2], que eu peguei esse caso (Fisio 2).

Usuários e profissionais identificaram a necessidade de existir flexibilidade no processo de cuidar para atender às demandas trazidas pelos usuários e cumprir seu compromisso com eles. Respondem às demandas de saúde adaptando as regras estabelecidas para o funcionamento do serviço ao espaço real onde essas práticas são desenvolvidas. Criam artifícios para compensar estratégias que, se fossem seguidas à risca na rotina dos centros de saúde, impossibilitariam o atendimento da demanda, a continuidade do cuidado e a otimização do sistema.

Na observação participativa, com o intuito de agilizar as ações, esses artifícios também estiveram presentes, como quando a enfermeira da equipe de saúde da família 2 passou uma mensagem por *whatsApp* enviando a foto de um encaminhamento para a fisioterapeuta, que está no CS e que anteriormente havia demonstrado expectativa referente a essa resposta. Isso transparece também nas

entrevistas: “É pactuado assim, mas nem sempre toda a equipe está presente, né?” (Fisio 3).

[...] Tem pacientes que vai ser só na reunião de matriciamento, e tem outros, que são alguns casos, igual um pós-operatório recente, um egresso hospitalar, um AVC recente, que não precisa esperar a reunião de matriciamento [...] (Fisio 2).

Embora essa flexibilidade seja importante para o funcionamento do sistema, as falas dos usuários, cuidadores, profissionais e gestores demonstram preocupações referentes às respostas de seus atos, considerando a sobrecarga desse sistema, a falta de comunicação e de uma linguagem comum e a não sistematização de procedimentos e fluxos. Algumas vezes, essas preocupações geram estratégias que visam auxiliar na organização do serviço, mas que podem tanto engessá-lo quanto facilitar o trabalho.

Essa planilha [de usuários da eSF2 que necessitam de visita domiciliares no ano de 2015] na verdade, fui eu que criei (Enfermeira 2).

Um [assistente social] trabalha de manhã e o outro à tarde. Então, o que trabalha à tarde, eu nunca tenho contato. Então, normalmente, fica terceirizado o contato, eu tenho que falar com a equipe para falar pra ele. Agora, com o que trabalha de manhã é tranquilo (Fisio 3).

Na análise da organização de serviços e redes é relevante compreender se estabelecem as conexões traçadas e como acontece a comunicação entre seus dispositivos. Em alguns momentos, as conexões e fluxos criados não surgiram a partir da demanda real do sujeito, considerando o contexto no qual está inserido, mas surgiram a partir da necessidade de transferir ou manter essa demanda em setores que não o de sua origem, seja por falta de comunicação entre setores e profissionais, pela incapacidade de lidar com a complexidade do caso, necessidade de tecnologias duras, quanto pela incapacidade de lidar com o número de demandas, por “escoamento” dessas demandas.

Eu não estou tendo problemas com isso [encaminhamentos], eles aceitam. Tem fisioterapeuta que tem, eu não tenho. Então eu faço um relatório muito bem detalhado, explico o trajeto desse usuário e que eu gostaria de que ele fosse inserido em uma clínica porque eu esgotei o que eu podia fazer. Eles são inseridos. Não sei se isso é rotina, mas deveria ser. Tem muito fisioterapeuta na reunião de NASF que tem esse problema, que falam: Poxa, mas o CREAB está me devolvendo, pra nós é P2 [critério], mas pra eles é P3 [critério]. Não é tão delimitado, mas acho que é muito questão de comunicação (Fisio 2).

Referente à comunicação, algumas narrativas, como o relato anterior, possibilitaram observar que a comunicação, em alguns momentos, era facilitada pelo vínculo institucional estabelecido pelo profissional, fator também comprovado no depoimento do Gerente 3, a seguir.

Eu tenho um ótimo vínculo institucional. Então assim, eu consigo. Toda vez que eu precisei deles [SAD] que não era em caso de SAMU, mas sim uma intervenção do EMAD, eles vieram. Tanto do HOB quanto daqui da nordeste (Gerente 3).

Foi possível detectar barreiras que dificultaram a comunicação e o estabelecimento de verdadeiras conexões. As condições sociais potencializaram a complexidade dos casos e as questões organizacionais do serviço, tornando-se a barreira mais citada como empecilho para se alcançar a resolutividade das ações. Dessa forma, uma simples demanda, como a de transporte para a reabilitação, presente em três dos casos acompanhados, dificultou o acesso desses usuários a serviços necessários à sua reabilitação. Se as ações fossem concentradas para essa demanda aparentemente simples, as conexões abertas nessa rede poderiam ser verdadeiramente úteis e resolutivas. Mas o sistema não foi capaz sequer de suprir essa simples demanda para a reabilitação, pois “o único transporte que tem pra reabilitação é pra amputado” (Fisio 3) e as condições financeiras das famílias não permitiram que assumissem tamanha demanda. Dessa maneira, dois desses usuários continuaram sob os cuidados do NASF, em vez do CREAB, serviço mais indicado para eles.

No outro caso, essa barreira financeira e estrutural fez com que o usuário realizasse o acompanhamento no CREAB com menos frequência do que a indicada para sua reabilitação.

O autocuidado apoiado é um fator importante na consolidação das práticas em saúde, mas durante as vivências nem sempre o cuidador foi incluído na produção do cuidado. Quando muito, serviu de fonte de informações para compreensão do quadro clínico e definição de até onde poderiam agir. Mesmo sendo cuidadores, que se dedicavam exclusivamente ao ato de cuidar e ao usuário, os profissionais aparentemente apresentavam dúvidas referentes às suas competências, seja

devido às condições sociais, patológicas do usuário ou às características do cuidador. Surgiram falas em situações variadas que colocaram em cheque a participação ativa do usuário e do cuidador no ato de cuidar e a persistência da ideia de que apenas os profissionais de saúde dominam esse tipo de saber, principalmente o médico.

Eu converso, o que eles me perguntam eu respondo. Eu deixo ela falar [Usuária 3] as coisas mesmo. Eu tento falar também, mas às vezes eles não me ouvem. Por exemplo, eu pesquiso muito, e eu leio muitas coisas, e pergunto pouco. Tem muito profissional que não ouve (Cuidadora 3).

“Tem a parte boa, que a gente aprende o jeito dela [auxiliar de enfermagem 1], e ficaria melhor se ela aceitasse o da gente também, que ela nunca aceitou o meu modo de fazer curativo. Enquanto que o meu tinha mais sucesso do que o dela. Inclusive eu tirei foto pra mostrar pra ela a melhora da minha quinta-feira até a outra que ela voltava. Ela não concorda e nunca concordou com a minha maneira de fazer curativo, mesmo ela vendo que melhorava, ela fazia do jeito dela. No outro dia eu ia trocar, aí tava sangrando. Aí eu voltava pro meu jeito de novo (Cuidadora 1).

Eu não cheguei a aprender com ela não [Fisioterapeuta 2] (Cuidador 2).

E teve quer ser um jogo de convencimento com ele [U1]. Porque ele tinha argumento pra tudo! E aí eu tinha que ficar convencendo ele de que ele tinha que fazer alguma coisa (Fisio 1).

As narrativas relatam dificuldades em acessar o cuidador, devido a recusas do usuário ao tratamento e devido à disponibilidade de tempo do cuidador para seguir as orientações propostas. Quando deparados com essa dificuldade, os profissionais manifestaram continuar a buscar por soluções e esgotar as tentativas de convencimento sobre a importância de se realizar com frequência essas orientações. Como alternativa, houve encaminhamentos pra outros profissionais e serviços, contribuindo para a mobilização da rede, citada anteriormente. Nas observações, esses encaminhamentos estiveram mais presentes do que o estímulo ao autocuidado apoiado.

É tão difícil, né? O cuidado envolve tantas coisas que é difícil você cobrar do outro além. Apesar da reabilitação ser muito importante. [...] Porque reabilitação não é só o exercício, né? A reabilitação envolve outros cuidados.[...] Então, eu acho que esbarrou assim, ele [Usuário 5] não quis e ela [cuidadora 5] provavelmente já estava sobrecarregada com a rotina e falou: ah, ele não quer não vai ser eu que vou me esforçar, sabe? (Fisio 3).

Na tentativa de analisar os vínculos criados a partir das conexões estabelecidas na rede de cuidado, observa-se que tanto os profissionais quanto os usuários e os cuidadores apresentam dificuldades em recordar nomes dos envolvidos e as ações realizadas na AD, principalmente quando referenciados no tempo. O vínculo torna-se mais aparente nas relações dos usuários com as ACSs e, em alguns casos, desses com os enfermeiros.

Eu confundo as pessoas. Por exemplo: veio a enfermeira e o doutor do PAD [ela cita os nomes]. Veio o Dr. e a enfermeira [citando nomes] e o fisioterapeuta, que é [pausa para pensar e a ACS completa: do Mais vida]. Depois veio a outra fisioterapeuta, não sei de onde [a ACS diz: do NASF. E ela repete]. Então, assim, são profissionais de lugares diferentes, que eu não sei falar pra você: fulano é do PAD e teve aqui tal dia, cicrano é do NASF, do Mais Vida. Então, é muita gente e a gente não guarda (Cuidadora 1).

Aquela ali [ACS3] não era nem nascida, porque eu lembro do dia que ela nasceu (Usuária 3- relembando a data da primeira internação por saúde mental).

Os conflitos presentes nas falas podem representar o choque no contato entre as distantes realidades e na convivência íntima dos profissionais com esses valores, necessidades e sofrimentos. Nesse contato pode surgir a necessidade de se tentar manter e defender suas identidades e seus papéis de profissional e usuários/cuidadores na produção do cuidado em um ambiente de tanta privacidade, amplificado pelo clima físico domiciliar, “mas invadido pelo público”. A manifestação desses conflitos e desafios pode partir desse encontro entre os profissionais e usuários e do reconhecimento legítimo de seus respectivos saberes e expectativas, que também são fatores que podem tanto propiciar a negociação e o compartilhamento dos projetos terapêuticos, que estão sempre em disputa, quanto “paralisar” o profissional e o usuário diante desse quadro. Nos casos acompanhados no domicílio, diante do usuário, destacou-se o “paralisar”, mas nas unidades de saúde predominou o movimento mobilizador de atitudes, apesar de também estarem presentes momentos de insignificância total do que foi vivenciado no domicílio, como se “deixassem de lado” o caso.

Em referência à capacitação dos profissionais, ao seu despreparo diante do trabalho prescrito, à ineficiência de infraestrutura disponibilizada pelo serviço e aos imprevistos rotineiros já mencionados, fica claro que tudo isso gera conexões

desnecessárias e um excessivo ir e vir na rede, como tentativas de encaixar os sujeitos nos critérios preestabelecidos pelos serviços, mesmo sabendo da não compatibilidade, dando a ideia de um fator sorte já mencionado por outros autores<sup>25</sup>.

Durante a observação, quando a Fisio 2 explica para a acompanhante da U2 os processos de regulação para internação no HPT, a ACS 2 diz baixinho: “Ela não se enquadra nos critérios”.

Geralmente não sai rápido não. Na verdade, tudo na prefeitura depende muito da agenda, às vezes cê dá sorte de chegar e ter tido uma desistência (Fisio 3).

Então eu não sei se o papai teve muita sorte ou se nós tivemos muita sorte (Cuidadora 1).

Somada à complexidade dos casos, todo esse quadro compromete a resolutividade esperada pelas práticas de AD. Fatores como o panorama socioeconômico, o ambiente familiar e a deficiência de infraestrutura muitas vezes se sobrepõem à capacidade dos profissionais em responder adequadamente às demandas da AD.

As dificuldades sociais às vezes impedem a progressão do cuidado (Coordenadora 5).

[...] Aí tem uma limitação que foge da minha esfera como fisioterapeuta, não tenho como atuar nisso. Então esse contexto social, familiar, prejudica sim, atrapalha sim o tratamento motor, porque eu preciso desse cuidado [a participação da família] junto comigo (Fisio 2).

“Ela [Nutricionista1] falou assim: “O estado dele é gravíssimo, vou mexer em nada. [...] Ela ficou tão assustada quando viu o papai [Usuário 1], aí eu mostrei para ela esse livrinho, mostrei a lista da dieta que a menina [nutricionista de outro serviço] tinha feito. E ela falou assim: Ai meu Deus! Não vou mudar nada. Não vou mudar nada, vou deixar *do jeito que tá*. E veio cá pra fora (Cuidadora 1).

A regularidade de relatos contendo expressões de impotência referentes a esse contexto, exaltado pelo ambiente domiciliar, e às competências atuais de profissionais e usuários (formação e capacitação) também comparecem na sequência de relatos captados pelo estudo.

Acho que a sensação de todo mundo é a de que tinha que estar fazendo mais. Tinha que estar indo mais, tinha que estar fazendo mais (Fisio 2).

Todas as orientações que eu pudesse dar para ela [cuidadora 1], ela já sabia fazer e estava fazendo bem! Então, qual seria, na verdade, meu papel ali? Mostrar que se ela precisasse eu estava lá. Se tiver dúvida, se precisar de alguma coisa você me chama. Porque o que ela estava lá fazendo, já era o que ela precisava fazer (Fisio 1).

Com os cuidadores, a sensação de impotência esteve presente desde o primeiro momento, quando assumiram a missão de cuidar. Muitos relatam as mudanças radicais por que passaram em suas vidas, sendo obrigados a parar de trabalhar e ganhar seu dinheiro, perdendo suas identidades. Por outro lado, pode-se inferir a tentativa desses sujeitos (profissionais, cuidadores e usuários) em considerar o lado bom, em extrair algum aprendizado dessa situação na qual estão imersos, nessa vivência de práticas domiciliares.

As observações, as narrativas e os documentos analisados sugerem que a fragmentação do cuidado, a falta de sequência, a duplicação das ações, a falta de captação e circulação das informações e a impotência, presentes com muita frequência nessas vivências de AD, mobilizam grandes esforços por parte dos profissionais e usuários, sem resultados satisfatórios. A imersão em campo mostrou que, apesar da potência da AD em criar pontes de acesso para o usuário da reabilitação, esse acesso não é verdadeiramente efetivado e a fragmentação persiste. Constantemente, isto remete a problemas em dimensões bem superiores às microinstitucionais, dimensões essas políticas e de valores, atitudes e expectativas.

## **5 A ATENÇÃO DOMICILIAR PELAS LENTES DA REABILITAÇÃO: UMA ANÁLISE A PARTIR DE CASOS TRAÇADORES – ARTIGO**

**HOME CARE ASSISTANCE THROUGH THE LENSES OF REHABILITATION: an  
analysis based on tracer cases**

**Título resumido:** A atenção domiciliar pelas lentes da reabilitação

**Short Title:** Home care assistance through the lenses of rehabilitation

JÚLIA BALDONI GROSSI<sup>1</sup>, SHEYLA ROSSANA CAVALCANTI FUSRTADO<sup>1</sup>,  
FABIANE RIBEIRO FERREIRA<sup>2</sup>, MARISA COTTA MANCINI<sup>1,3</sup>, ROSANA  
FERREIRA SAMPAIO<sup>1,2</sup>

1. Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

2. Departamento de Fisioterapia, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

3. Departamento de Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte, Brazil.

### **Autor de Correspondência:**

Rosana Ferreira Sampaio.

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Avenida Antônio Carlos, 6.627, *Campus Pampulha*, CEP: 31270-401, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

*e-mail:* rosana.sampaio@pq.cnpq.br - TEL: +55(31) 34094783

## RESUMO

**Objetivos:** analisar a organização da atenção domiciliar (AD) no âmbito da reabilitação e o acesso do usuário a esta prática e à rede de saúde, a partir do cuidado no domicílio. **Métodos:** estudo qualitativo que investigou, com base na metodologia de casos traçadores, o percurso de cinco usuários pela rede de saúde, a partir da demanda por AD. A coleta de dados ocorreu em Belo Horizonte, Minas Gerais, em três centros de saúde do distrito nordeste e envolveu análise documental, observação participativa e entrevistas com gestores, profissionais, usuários, cuidadores e outros envolvidos no cuidado do usuário. A análise da informação baseou-se nas fontes citadas, exaltando-se a singularidade das vivências e trajetórias dos casos traçadores. **Resultados:** os resultados possibilitaram refletir sobre conceitos, estruturas e dinâmicas que compõem a rede de atenção. Existem entraves que dificultam o trabalho de cuidadores e profissionais e geram a sensação de frustração e impotência. Apesar disso, a AD envolve de maneira imprevisível a mobilização de diversos setores e atores da comunidade, consolidando-se como uma potente ativadora de redes. Na busca de soluções para os problemas encontrados, a AD motiva o desejo e empenho dos envolvidos. **Conclusão:** os resultados sugerem que a definição de um centro coordenador na rede pode não ser suficiente para romper com a fragmentação do cuidado e propiciar um fluxo contínuo e integral. Uma verdadeira mudança está vinculada ao entendimento de que quem propicia a mobilização da rede são as inter-relações criadas pelo usuário e suas necessidades concretas.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Assistência Domiciliar. Assistência à saúde. Pessoas incapacitadas. Reabilitação.

## ABSTRACT

**Objective:** to investigate the organization of Homecare Assistance (HA) within rehabilitation care and the users' access to this type of practice as well as to the healthcare network system, prompted by homecare. **Method:** qualitative study that investigated the journey of five health care users through the Healthcare network, according to the request for HA, using tracer cases methodology. Data collection took place in three healthcare centers of the Northeast District of Belo Horizonte, Minas Gerais, it included documentary analysis, participant observation and interviews with centers' managers, professionals, health care users, caregivers and others involved in users' care. **Results:** results allowed reflection over the concepts, structures and dynamics that make up the healthcare network. There are obstructions that make difficult the work of caregivers and professionals, producing feelings of shared frustration and powerlessness. Nevertheless, HA unpredictably involves the recruitment of various sectors and actors from the community, becoming a powerful network activator. In the search of solutions for the identified problems, HA helps motivate the desire and effort from those that are involved. **Conclusion:** results suggest that the appointment of a coordinating center in the healthcare network might not be sufficient to halt the fragmentation of care and to allow a continuous and integral flux. A true change is associated to the understanding that it is the interrelations established by the healthcare users and their real needs that allow the network recruitment

Keywords: Health Services Accessibility. Home Nursing, Delivery of Health Care. Disabled Persons. Rehabilitation.

**Pontos-chave:**

- a) A AD se mostrou uma potente ativadora de redes formais e informais de cuidado.
- b) É característico da AD a presença de imprevistos e a organização espontânea.
- c) Os casos são de alta vulnerabilidade social e história de vida conflituosas.
- d) A falta de comunicação entre os envolvidos pode comprometer os resultados da AD.
- e) Um centro coordenador não garante a continuidade e a integralidade do cuidado.

**INTRODUÇÃO**

O aumento da demanda por atenção domiciliar (AD) ocorre em um cenário de transformações demográficas e epidemiológicas, inovações tecnológicas, preocupação com custos, insatisfação dos profissionais e usuários com os serviços de saúde, mudança de valores, atitudes e expectativas da sociedade, agregado a necessidade de definição de prioridades políticas diante de um quadro de inadequações do sistema de saúde atual para atender às demandas da população<sup>1</sup>.

Há consenso na literatura de que a prática de saúde no espaço domiciliar é uma estratégia racionalizadora de demandas e custos, que visa à assistência integral, contextualizada, humanizada e resolutiva<sup>2,3</sup>. Recentemente, a Portaria de nº 963, de 27 de maio de 2013, redefiniu a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma "nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou

complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde"<sup>4</sup>.

Em que pese o marco regulatório, é possível constatar que essa prática vem recebendo diferentes denominações: internação domiciliar, visita domiciliar, *home care*, assistência domiciliar e atenção domiciliar. Existe uma sobreposição de conceitos e nomenclaturas e o divisor de águas entre essas modalidades geralmente está associado à complexidade das demandas do usuário e do cuidado necessário<sup>5,6</sup>. Nesse estudo, o termo atenção domiciliar (AD) se refere a toda prática de atenção no ambiente do domicílio e o foco de análise será as atividades desenvolvidas na atenção básica (AB), com a participação do profissional fisioterapeuta.

Apesar de não constituir parte integrante do projeto original do SUS, e sim um componente complementar ao sistema<sup>7</sup>, a AD vem recebendo destaque como uma nova estratégia de prática e pesquisa, compartilhando os ideais e princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade. Assim como outros programas que nasceram com o SUS, a AD também traz a perspectiva de impulsionar uma nova dinâmica nos serviços de saúde<sup>8</sup>.

Alguns autores destacam a potência da AD para catalisar mudanças no modelo tecnoassistencial e no ato de cuidar<sup>2,3,7,9</sup>, além de seu eventual papel na coordenação e integração entre os níveis de atenção à saúde e, principalmente, entre serviços de saúde, sanitários e sociais. Apesar de todo esse potencial, a literatura registra que, ainda que se presencie evolução na legislação

regulamentadora para essa atividade, existem fatores dificultadores para a implementação dessa prática conforme prevista<sup>7,8</sup> e questiona-se se a AD, em seu processo de trabalho, é capaz de produzir uma real ruptura com o modelo médico-hegemônico<sup>10</sup>.

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi investigar e analisar a organização da AD no âmbito da reabilitação, o acesso do usuário a essa prática e à rede de saúde, a partir do ato de cuidar.

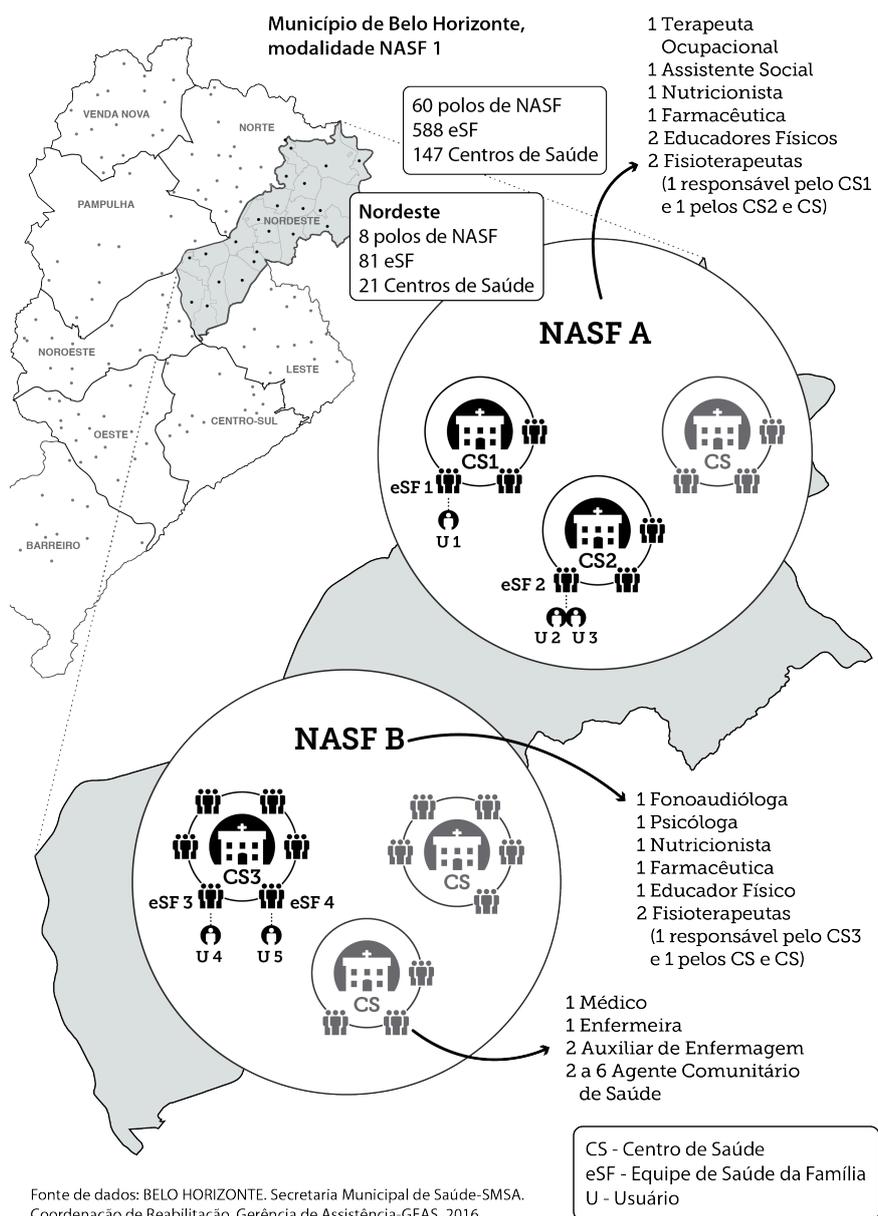
## **PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de pesquisa qualitativa com acompanhamento de casos traçadores<sup>11,12,13,14</sup> vinculados à AD ofertada na AB no município de Belo Horizonte (BH), durante o período de 2014 a 2016. A etapa inicial deste estudo foi composta por revisão bibliográfica e análise documental associada a vivências em dois centros de saúde (CS) pertencentes aos distritos oeste e nordeste, em novembro de 2014. Optou-se também por uma imersão no cotidiano do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), no período de março a maio de 2015. Essa etapa de aproximação do objeto de investigação *in loco* permitiu a familiarização da pesquisadora com o tema e com os profissionais envolvidos na AD e a adequação das estratégias e dos protocolos empregados na coleta de dados, tendo como subsídio a realidade observada.

A coleta de dados ocorreu no território de abrangência do distrito nordeste (NE), com início em junho de 2015 e finalização em janeiro de 2016. Em reuniões com as coordenações do distrito e dos serviços relacionados à AD, foram refinadas as informações relacionadas à sua estrutura e fluxos e, ainda, as unidades que iriam participar da pesquisa. Os critérios para a seleção dessas unidades levaram em

conta a demanda pelo cuidado em domicílio, a configuração das equipes, a condição de acesso as mesmas e a região de moradia dos usuários (Figura1).

FIGURA 1 – Seleção da amostra do estudo



Fonte: Autora

A triagem dos casos traçadores envolveu a apresentação da pesquisa, em reunião de matriciamento, para os gerentes, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e das Equipes de Saúde da Família dos CS selecionados. O estudo buscou casos prospectivos e retrospectivos que possibilitassem investigar a organização da AD, o acesso do usuário a esta prática e à rede de saúde e o ato de cuidar realizado por profissionais e cuidadores.

A escolha dos casos prospectivos estava vinculada à possibilidade de acompanhar o cuidado desde o primeiro contato das equipes com a demanda. Além disso, a demanda deveria envolver o fisioterapeuta do NASF e os casos serem reconhecidos pela equipe como de elevada complexidade, ou seja, aqueles que exigiam a mobilização de distintos serviços e saberes. O encerramento do acompanhamento do caso estava condicionado à estabilização do quadro e consequente espaçamento das visitas ou, ainda, ao desligamento do serviço por motivo de internação, encaminhamento para outros serviços ou óbito. Os casos retrospectivos, ou seja, casos já concluídos, também levaram em conta os mesmos critérios.

Assim, a amostra foi composta de cinco casos traçadores: um misto, acompanhado em dois momentos: prospectivo e retrospectivo (U1); dois prospectivos (U2 e U3) e dois retrospectivos (U4 e U5), selecionados por conveniência em três CS do território do NE, com o acompanhamento de dois polos de NASF e quatro equipes de saúde da família. O Quadro 1 apresenta as características dos casos traçadores selecionados para este estudo, a via de acesso à AD ofertada pelo NASF e o tipo de restrição (leito ou domicílio).

QUADRO 1 – Características dos casos traçadores - continua

<b>Participante Prospectivos e Retrospectivo - Misto</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Cuidador</b>	<b>Tipo de Restrição</b>	<b>Demanda</b>	<b>Diagnóstico</b>
<b>Usuário 1 (U1)</b>	M	faleceu com 87 anos	Divorciado	Não disponibilizado	Aposentado	Filha	Restrito ao leito	Egresso hospitalar-encaminhado formalmente para a equipe de saúde da família pela EMAD para acompanhamento habitual e para o NASF pela EMAP	Sequela AVE- HAS; demência; SNE; UP sacral em processo de cicatrização
<b>Participante Prospectivos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Cuidador</b>	<b>Tipo de Restrição</b>	<b>Demanda</b>	<b>Diagnóstico</b>
<b>Usuária 2 (U2)</b>	F	49 anos	Indefinido	Ensino Médio Incompleto	Técnica de enfermagem; comerciante - afastada pelo INSS em processo de aposentadoria	Filho	Restrita ao leito	Egresso hospitalar-demanda espontânea da família após orientação verbal da AS do HC para tentativa de internação no Paulo de Tarso	HIV; neurotoxoplasmose. tetraparética como sequela dos quadros anteriores
<b>Usuária 3 (U3)</b>	F	77 anos	Divorciada	Analfabeta	Auxiliar de serviços gerais; comerciante - pensionista do filho (não aposentou para manter a pensão)	Filha	Restrita ao domicílio	Egresso hospitalar-encaminhada ao NASF pelo Mais Vida em Casa- HC	DPOC; incontinência urinária; dor lombar

QUADRO 1 – Características dos casos traçadores - concluí

Participante Retrospectivo	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Cuidador	Tipo de Restrição	Demanda	Diagnóstico
<b>Usuária 4 (U4)</b>	F	faleceu com 46 anos	Casada	Ensino Médio incompleto	Operadora de caixa- aposentada por Invalidez	Irmã	Restrita ao leito	Mudança de território- demanda espontânea pela família (irmã) para realização de exames de rotina e transporte para consultas	CA estágio IV- paralisia facial, hemiparesia à direita e crises convulsivas. Trombose e edema MIE com queixa de dor
<b>Usuário 5 (U5)</b>	M	65 anos	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	Auxiliar de serviços gerais - aposentado por tempo de serviço	Esposa	Restrito ao leito	Egresso hospitalar- busca ativa da equipe de saúde da família através da ACS, a partir do acompanhamento da esposa do usuário no CS	Sequela de AVC- HAS; artrite gotosa; ex-etilista; IRC dialítico

F: feminino; M: masculino; INN: Instituto Nacional da Seguridade Social; EMAD: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar; EMAP: Equipe Multiprofissional de Apoio; AS: Assistente Social; HC: Hospital das Clínicas; AVE-HAS: acidente vascular encefálico – hipertensão arterial sistêmica; SNE: sonda nasoentérica; UP: úlcera de pressão; HIV: vírus da imunodeficiência humana; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; CA: câncer; MIE: membro inferior direito; AVC: acidente vascular cerebral; IRC: insuficiência renal crônica.

A escolha da metodologia de casos traçadores deve-se à possibilidade do encontro do pesquisador com o objeto de estudo “em ato”<sup>15</sup>, permitindo conhecer as maneiras como se concretizam na prática processos de trabalho complexos como o da AD, que envolvem importante grau de autonomia dos profissionais e da família no ato de cuidar<sup>16</sup>. Sua análise favorece a composição de dados e histórias a partir da utilização de diversas ferramentas.

Para a coleta dos dados, foram utilizados o prontuário do usuário, diário de campo e as entrevistas e conversas com os profissionais, gestores, usuários, cuidadores e outras fontes vinculadas ao caso. Os casos foram acompanhados sistematicamente por todo o trajeto percorrido em sua linha de cuidado, com foco na reabilitação, partindo da hipótese de que seriam encontrados trajetos ou percursos imprevisíveis. Cada caso foi traçado em seu caminho individual e, à medida que foram desenhados, identificaram-se categorias e núcleos referentes à organização do serviço, ao acesso e ao ato de cuidar. Na análise dos dados, as descrições dos casos e as categorias deixam de ser o foco, não possuindo mais identidade própria e se tornando um emaranhado de relações<sup>15</sup>. Esse contexto, provocado pela reunião das fontes secundárias (literatura, documentos, prontuários), narrativas e vivências, permitiu reconstruir, a partir dos casos traçadores, o objetivo do estudo.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais e ao Comitê de Ética Pública (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, aprovado sob parecer nº 982.331, e cumpriu todos os preceitos de uma investigação envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O domicílio, aqui visto como uma extensão dos serviços de saúde, passa por significativas mudanças após a instalação de um quadro de incapacidade que restringe o sujeito à casa, tornando-o parcial ou totalmente dependente. A partir dos casos traçadores foi possível observar que o ambiente domiciliar reflete dificuldades semelhantes às enfrentadas pelas equipes de saúde e, em algumas situações, isso cria entraves para o trabalho de todos.

Nos casos observados, um dos familiares tornou-se o cuidador “oficial”, responsável pelo paciente, pela divisão de tarefas e por centralizar as informações, o que faz com que, na sua ausência, os outros familiares fiquem perdidos e limitados em suas decisões. Essa situação resulta em sobrecarga, atritos e vem acompanhada de julgamento mútuo em relação à disponibilidade e à qualidade do cuidado, agravando em muitos casos o nível de estresse dos sujeitos que se relacionam nesse ambiente. “Tive de deixar tudo por causa dele. Muda demais a vida da gente... muda demais! Cê tem que dar conta disso agora, eu somente. Eu sempre trabalhei, tenho meu dinheiro e agora não posso” (Cuidadora 5).

As famílias acompanhadas neste estudo apresentavam alta vulnerabilidade social e histórias de vida repletas de rupturas e conflitos familiares. Em dois casos, os usuários passavam por um processo difícil de reinserção e adaptação ao convívio familiar após a instalação do problema de saúde e da necessidade de cuidado. Apesar de todos os problemas e dificuldades vividas pelas famílias, na maioria das visitas foi encontrado um ambiente organizado, pacientes e familiares à espera dos profissionais e a disponibilidade de materiais como medicamentos, fraldas, luvas e insumos em geral, adquiridos pela família ou cedidos pela unidade de saúde.

O que eu acho mais difícil assim, são os contextos sociofamiliares, porque eu acho que é uma coisa que a gente não tem muito controle sobre isso. Muitas vezes o paciente não é complicado em termos clínicos, mas a condição sociofamiliar dele é tão complicada, que você não consegue fazer nem o simples, porque não tem quem ajude, quem faça (Coordenadora 5).

Nesse sentido, foi observado o movimento das equipes de saúde para driblar problemas macroestruturais e fornecer o cuidado integral ao usuário, com atitudes e ações para além do diagnóstico e reabilitação: fazem relatórios para adquirir descontos nos aparelhos, insumos necessários e conta de luz, agilizam o processo de aposentadoria ou auxílio doença, reúnem familiares para ajudar no cuidado e administram os conflitos. Nesses movimentos está implícito o desejo, inconsciente, propulsor da criação e dos processos de mudança, o que reflete a permeabilidade do profissional e certa flexibilidade no processo de trabalho. Alguns autores discutem que, nesse tipo de prática, quando há normativas e procedimentos, pode ocorrer o engessamento do ato de cuidar, suprimindo então o desejo<sup>17,18</sup>.

Recorrer a estratégias e artifícios para o enfrentamento dos problemas e imprevistos é rotina na AD, como tentativa de recompor o trabalho, cobrir as lacunas no ato de cuidar e não deixar o usuário “perdido na rede”. Isso é o reflexo das condições difíceis de trabalho<sup>19</sup>, em que são necessárias mudanças de atitude para lidar com conflitos e carências, materiais e afetivas, com vistas a alcançar a resolutividade do caso. “Então é tudo muito flexível, não é uma coisa rígida. [...] Isso tudo (definições, fluxos) é questão de resolutividade, é você ser resolutivo naquele caso. E qual a melhor forma de ser resolutivo?” (Fisio 2). Se esses esforços não trazem a resolutividade, busca-se por novas alternativas que, em algumas situações, resultam em excessivos encaminhamentos e incessante procura por profissionais capazes de resolver efetivamente os problemas de saúde, fato observado nas

trajetórias e narrativas deste estudo e também mencionado por Graça Carapinheiro (2001)<sup>20</sup>.

O estudo atual observou problemas estruturais importantes na oferta da AD, como falta de protocolos e de registros da informação, redes de comunicação formal precárias, despreparo de cuidadores, profissionais e serviços na produção do cuidado, o que dificulta um fluxo ideal e a continuidade do cuidado, como já discutido na literatura<sup>7,8</sup>. Apesar de todos os problemas citados, o SUS/BH oferta uma variedade de serviços e profissionais que prestam a AD e é surpreendente como os casos traçadores acessaram distintos pontos da rede de saúde, a partir da AD, como demonstram as narrativas a seguir:

Do posto aqui? Quase todos praticamente. A físico, TO, psicóloga, o clínico, a enfermeira, a técnica de enfermagem, assistente social e nutricionista (Cuidador 2).

Meu pai já teve acompanhamento do PAD, do NASF, do Mais Vida, do posto aqui, né? (Cuidadora 1).

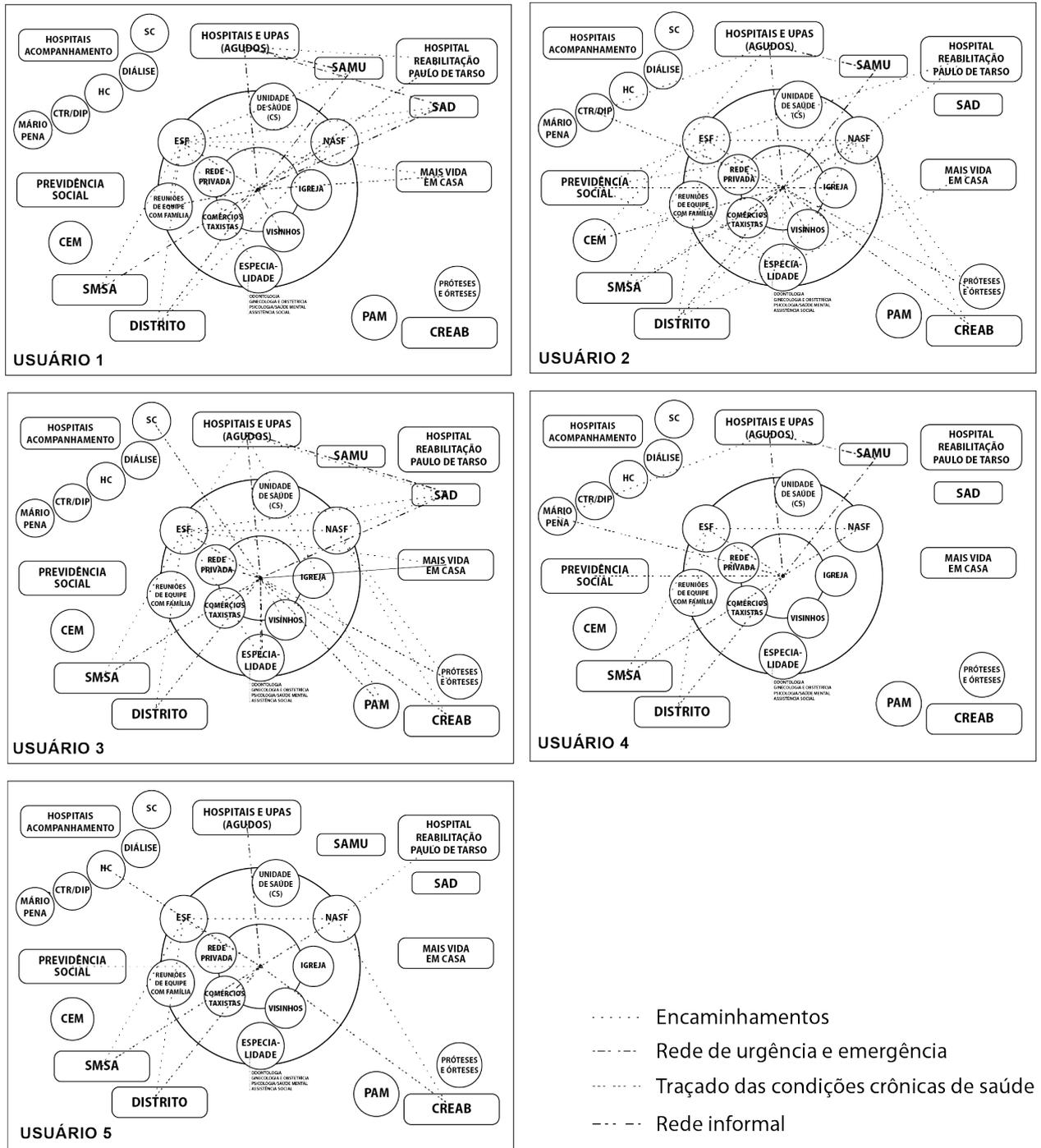
Durante a fase inicial de imersão no distrito NE, foram identificados serviços que prestam a AD nos três componentes da rede: AB, especializada (AE) e urgência e emergência (UE). Na AB encontram-se as equipes de saúde da família e o NASF. Na AE, o Mais Vida em Casa, projeto resultado de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de BH e o Hospital das Clínicas/UFMG, executado apenas nesse distrito; na UE, as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), pertencentes ao SAD. Esses serviços realizam conexões com outros serviços e equipes da rede de saúde para atender às demandas de AD e aparentemente seguem uma divisão por condições agudas e crônicas, ficando a cargo dos hospitais, unidade de pronto-atendimento

(UPA), SAD, equipe de saúde da família e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) as condições agudas; e a cargo das equipes de saúde da família, NASF, Mais Vida em Casa, Centro de Reabilitação da Unidade de Referência Secundária (CREAB) e Hospital Paulo de Tarso (HPT) as condições crônicas, com estabilidade clínica.

Tendo esse desenho em conta e a relação entre demanda e oferta, é possível visualizar avanços e vantagens na organização atual do SUS, com vistas à integralidade e contemplando o modelo de redes de atenção<sup>21,22</sup>. Nesse sentido, quando foi traçada a linha de cuidados de cada usuário selecionado para este estudo, o intuito foi identificar os diferentes percursos desenhados por cada um, os profissionais e serviços mobilizados para o cuidado e, portanto, compreender o acesso e a construção de redes, pertinentes à sua história de vida e necessidades atuais. Assim como na cartografia, foram incluídos dados para além dos territórios físicos, o que permitiu um olhar diferenciado, a partir das relações construídas e não da doença, sobre as formas como esses usuários se relacionam com o mundo<sup>23</sup>.

O desenho do itinerário percorrido pelo usuário (Figura 2) esteve ancorado na existência de múltiplas redes de cuidado, que se entrelaçam e se afetam mutuamente e considerou as observações de autores de que a produção de saúde envolve sistemas dinâmicos, a partir da construção de redes formais, macro e microinstitucionais, voltadas para o fluxo de assistência ao usuário e centrada em seu campo de necessidades<sup>24</sup>. E indo além, incluiu a produção de redes informais (familiar e existencial)<sup>23</sup>.

FIGURA 2 – Itinerário dos casos traçadores



Fonte: Autora

Para melhor compreensão da organização de redes de saúde, pesquisadores e gestores utilizam representações de um fluxo ideal, que partiu inicialmente da figura de uma pirâmide, visto posteriormente como um círculo e, mais adiante, como redes policêntricas horizontais<sup>25,26,21</sup>. Neste estudo, foi considerada a perspectiva de estudos que recomendam não modelar ou serializar os traçados como fluxos ideais, mantendo-se, assim, as características do trabalho vivo em ato, com suas singularidades e destaque para o sentido de rede de pertencimento, com múltiplas histórias<sup>15,17</sup>.

Assim, observam-se traçados desordenados e itinerários imprevisíveis com surpreendente quantidade de serviços e equipes mobilizadas para o cuidado (Figura 2), compondo de fato redes formais micro e macroinstitucionais e informais de cuidado, sem limites ou destaques entre elas. O trabalho vivo em ato possui essa característica de multiplicidade de conexões, diferentes traçados, alto grau de criatividade e invenção, muito bem representado pelas redes rizomáticas. São redes construídas sem estruturação prévia, sem um centro coordenador, compostas de diversas redes de cuidado, que sofrem interferência uma da outra, com conexões criadas em situação, a partir das relações afetivas produzidas pelo encontro dos agentes sociais<sup>15,17</sup>.

Esse delineamento leva a refletir sobre o papel da AB como porta de entrada e centro de comando, coordenadora de uma rede, em função do princípio de territorialização e sua proximidade com o usuário, favorecendo o acesso ao sistema de saúde e garantindo os princípios do SUS<sup>27</sup>. Essa ideologia de fato amplia a responsabilização da AD como parte integrante da AB, perante o bom funcionamento das redes e, portanto, do sistema de saúde, mas não garante a

resolutividade das ações. No atual estudo, foi constatado que antes de acessar a AB o sujeito já pertencia à rede de cuidados. Os casos chegaram para a AD via hospitais, UPA, SAD, escolas, ordens judiciais ou mudança de território. E considerando o conceito de redes rizomáticas, com características bem dinâmicas e singular, o fato de não terem dado entrada por uma mesma porta da rede de saúde não os torna “perdidos na rede”. Sugere que, independentemente de onde o indivíduo der entrada, ele iniciará sua rede de relações e, então, a partir de sua criação acessará diversos segmentos do sistema de saúde, a sua maneira e tempo, não havendo necessidade de estabelecer previamente um centro coordenador.

O itinerário percorrido pelos usuários é impulsionado por ações no sistema e reações ao sistema (potências e ineficiências)<sup>28</sup>, que visam ao acesso integral à saúde para além das redes formais do SUS<sup>23</sup>. Como observado neste estudo, principalmente nos momentos de crise, são realizadas conexões que atingem a família como um todo, os vizinhos, o comércio local (padarias, taxistas, cemitérios), as igrejas, as redes privada e suplementar e outros sistemas, como o previdenciário e sanitário. Esses arranjos compõem as redes alternativas que se articulam mutuamente no percurso do usuário.

No entanto, chama a atenção que, nos casos aqui traçados, os pontos mobilizados não se articularam durante esse processo, restringindo o acesso verdadeiro, resultando em descontinuidade da atenção e dificuldades para o trabalho das equipes. Em um sistema no qual existem barreiras financeiras, estruturais e contextos de alta vulnerabilidade, torna-se difícil a implementação de uma estratégia que garanta o acesso, a continuidade e a integralidade<sup>2</sup>. Os resultados deste e de outros estudos<sup>24,26</sup> sugerem que os serviços ainda não estão

estruturados para atender adequadamente à demanda espontânea. Isso resulta em diferentes problemas, como sobrecarga em todos os níveis de atenção, encaminhamentos inadequados, sobreposição de ações e vinculação frágil com o usuário, o que dificulta o atendimento regular necessário e, em alguns casos, uma tomada de decisão eficaz.

Não é um paciente pra ficar na atenção básica, né? Porque ele precisa de uma reabilitação mais frequente do que a gente consegue oferecer, mas às vezes acaba ficando. Igual em um primeiro momento, ele fica por questões às vezes familiares, questões financeiras de não conseguir deslocamento. Então, às vezes acaba ficando (Fisio 3).

Além desse fato, os profissionais de saúde comumente realizaram encaminhamentos para a reabilitação em outros pontos de atenção a partir da necessidade de mais frequência no tratamento e densidade tecnológica. Por outro lado, o critério principal para entrada nos serviços de reabilitação é ter um bom prognóstico, que está intimamente ligado a uma condição de saúde recém-instalada ou alterada (até seis meses)<sup>29</sup>, o que a qualifica como aguda ou agudizada. Nesse sentido, entende-se que, na prática, os componentes estruturantes da rede de atenção são as condições de saúde e a diversidade de tecnologias e equipamentos.

Em contraposição, de acordo com a política atual, o que deveria estabelecer o fluxo do cuidado entre os pontos de atenção são as ações, os protocolos de ações e de procedimentos e a sinergia. E a transversalidade entre eles deve ser orientada pelo contexto de vida e necessidades concretas dos sujeitos<sup>30</sup>.

O acompanhamento dos casos traçadores exaltou a fragmentação do cuidado e a dificuldade para se costurar as informações a respeito dos casos e permitiu observar que os profissionais envolvidos detêm pouco conhecimento a respeito da

história de vida e do percurso desse usuário na rede, perdendo a sequência das ações e gerando frequente sensação de impotência, como se cada visita fosse sempre a primeira. Em alguns momentos, durante a reconstrução dos casos, os entrevistados demonstraram surpresa ao constatarem, apenas nesse momento, que o caso em análise teve boa resolutividade. “Nem demorou muito, esse caso aí (U5) tá muito bom”! (Fisio 3).

As equipes tomam conhecimento de parte das histórias e itinerários pelos enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS), possivelmente os únicos profissionais a conhecerem cada caso de maneira mais completa e, aparentemente, manifestarem menos julgamento do usuário e seus familiares. Ao observá-las em ato, apresentam-se mais descontraídas e familiarizadas com o ambiente, tomando a frente na organização da visita e representando o vínculo usuário/família-equipe. É possível inferir que esse fato ocorra, no caso da enfermagem, devido à tradição desses profissionais com esse tipo de prática e às ACS que, além de serem moradoras da região onde trabalham, realizam uma frequência superior de visitas, considerando que acompanham todos os profissionais.

Diante dos cenários sociofamiliares, da elevada demanda, do tempo disponível para realizar a AD e, ainda, do fato de alguns profissionais não confiarem na capacidade de cuidado das famílias, torna-se difícil desenvolver uma escuta qualificada e transferir o cuidado. Frequentemente, as informações eram disponibilizadas, mas por não virem de fontes oficiais ou formais, passavam despercebidas ou geravam dúvidas, tanto nos profissionais quanto no cuidador.

Eu tento falar também, mas às vezes eles não me ouvem. Por exemplo, eu pesquisei muito e eu li muitas coisas, e pergunto pouco. Tem muito profissional que não ouve (Cuidadora 3).

Esse conflito familiar não deixa, porque ela (U2) precisa de alguém para fazer exercícios com ela, e eu não encontrei esse suporte na família que fizesse esse exercício com ela (Fisio 2).

Em uma microrrede, movida por tecnologias relacionais, cujas fala, escuta, observação e toque são de extrema importância no ato de cuidar, a forma como são utilizadas e como acontece a comunicação e as conexões entre trabalhadores e trabalhadores-usuários impacta na resolutividade das ações<sup>17</sup>, principalmente na reabilitação. “E a reabilitação a gente depende muito da sequência da pessoa fazer a coisa! Então se ele não dá continuidade no que ele fez naquele dia, é como se ele não tivesse feito nada” (Fisio 1).

A falta de definição de metas concretas a curto e longo prazo, de projetos terapêuticos comuns, da discussão calorosa sobre os casos e do compartilhamento real dos saberes e das visitas foram evidenciados neste estudo, principalmente nos casos mais complexos, ou seja, casos que exigem muito além da competência técnica do profissional. Dependendo da forma e do momento como são realizadas as perguntas e comentários a respeito dos casos, essas situações geram incômodo e tensão e são vistas como cobranças e reclamações. Nesse sentido, as conversas entre profissionais são curtas, dando a sensação de comunicados e justificativas, sem o aprofundamento de uma discussão, como se houvesse um pacto de respeitar os limites de cada profissão: “Na verdade ela [enfermeira 1] não tava pedindo opinião, ela estava comunicando um fato” (Fisio 1). Por outro lado, quando surge um comentário mais descontraído, este provoca a lembrança em alguns dos profissionais, que imediatamente agendam a visita para uma data próxima.

O transporte, motivo de queixas frequentes por parte dos profissionais, gestores e usuários, foi agendado previamente para a realização das visitas,

considerando os dias fixos de cada equipe e a demanda semanal. Os motoristas compareceram pontualmente e, mesmo nos momentos em que foi necessário negociar o transporte ou em que houve uma queixa formal por parte do profissional referente à postura do motorista, o desenrolar não gerou conflitos. A disponibilidade dos carros para visitas pareceu suficiente, considerando que a agenda do NASF é composta de outras atividades, como atendimentos individuais, grupos operativos, reuniões de polo, de coordenação e de matriciamento, o que faz parecer impossível aumentar a oferta de visitas, mesmo se considerada a flexibilidade do serviço para agendar transportes fora dos dias fixos. Já a demanda de transporte para o acesso à rede especializada, que envolvia a disponibilidade de transporte duas a três vezes por semana pelo distrito e SMSA, não foi possível em três dos cinco casos, pois, segundo uma das fisioterapeutas entrevistadas, “o único transporte que tem pra reabilitação é pra amputado” (Fisio 3).

Para finalizar, quando se analisa o cenário atual da AD, observou-se que as respostas são, em muitas situações, condicionadas à infraestrutura e às tecnologias disponibilizadas pelo serviço, mais do que à demanda real do usuário e da comunidade: “É muito de acordo, de conversa mesmo, de organização do próprio serviço. Se tem sala, se tem espaço para grupo e tudo é acordado entre a gerência, profissional, polo (de NASF) também” (Fisio 2). No entanto, em que pese os entraves do próprio sistema (SUS), principalmente levando-se em conta que essa é uma prática reconhecida pelas políticas de saúde brasileiras há aproximadamente uma década<sup>4,31,32</sup>, as vivências mostraram surpreendente potencial da AD na reabilitação, ao proporcionar articulações importantes, motivadas pelas relações

estabelecidas entre os atores envolvidos e pela mobilização do usuário e sua família, profissionais/equipes e comunidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A investigação "em ato" de um serviço como a AD é um processo complexo, pois envolve diversas histórias e saberes, que se entrecruzam de forma dinâmica e singular. O fato de os serviços geralmente serem implementados no sistema de forma reativa às demandas da população e a AD como parte da reabilitação ser relativamente nova, tornam-se necessários mais estudos e reflexões que auxiliem na organização do sistema, sem gerar artifícios e políticas que o engessem, mas que possibilitem novos modos de fazer.

Estudiosos discutem sobre a definição de setor coordenador do cuidado, mas o atual estudo sugere que a definição de um centro de comunicação por si só não é suficiente para romper com a fragmentação do cuidado e propiciar um fluxo contínuo e integral. O sujeito deve participar ativamente e se empoderar do processo de cuidado, assim como os profissionais envolvidos devem deter o conhecimento de todo o percurso traçado pelo usuário e planejar projetos terapêuticos, com metas a curto e longo prazo. Uma verdadeira mudança está vinculada ao entendimento de que quem propicia a mobilização da rede são as inter-relações criadas pelo usuário e suas necessidades concretas.

## REFERÊNCIAS

1. Tarricone R, Tsouros, AD (Eds.). The solid facts: Home care in Europe por World Health Organization Regional Office for Europe, 2008.36p. Disponível em: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.
2. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*, 2008; 24(3):180-8.
3. Rehem TCMSB, Trad. Lab. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um Projeto de Atenção Básica Brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2005; 10(sup):231-142.
4. Brasil. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). *Diário Oficial do Distrito Federal*, 28 de maio de 2013.
5. Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz, MR. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, mar. 2008; 24(3): 485-493.
6. Amaral NN, Cunha MCB, Labronici RHDD, Oliveira ASB, Gabbai AA. Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. *Rev Neurociências*, 2001; 9(3):111-117.
7. Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves, AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*, 2005; 39(3):391-7.
8. Rodriguez TMM, Rocha SS, Pedrosa JIS. Visita domiciliar como objeto de reflexão. *Rev Interdisciplinar NOVAFAPI*, Teresina, jul.-ago.-set., 2011; 4(3):44-47.

9. Costa JL, Pinho MA, Filgueiras MC, Oliveira JBB. A Fisioterapia no Programa de Saúde da Família: percepções dos usuários. *Rev Ciência & Saúde*, Porto Alegre, jan.-jun., 2009; 2(1):2-7.
10. Franco TB, Merhy EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2008; 13(5):1511-1520.
11. Kessner MD, Kalk MS, Singer BA. Assessing health quality-the case for tracers. *N Eng J Med*, Jan. 25, 1973; 288(4):189-194
12. Tracer Study. Book 1: Child Labour Impact Assessment Toolkit: Tracer Study Manual. International Labour Office, International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC) - Geneva: ILO, v. 3, 2011.
13. Tracer Study. Book 2: Child Labour Impact Assessment Toolkit: Tracer Study Manual. International Labour Office, International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC) - Geneva: ILO, v. 3, 2011.
14. Lopes RM, Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004; 20(Sup 2):S283-S297.
15. Gomes MPC, Merhy EE. Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
16. Conill EM, *et al.* O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2008; 13(5):1501-1510.
17. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. *In*: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs.). *Gestão em redes*. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

18. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: 34, v. 1, 1995.
19. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.
20. Carapineiro G. Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajetórias sociais e realidades formais. *Etnográfica*, 2001; 2:335-358.
21. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
22. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2010; 15(5):2297-2305.
23. Kemper MLC, Martins JPA, Monteiro STS, Pinto TS, Walter FR. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET- Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. *Interface- Comunic., Saúde, Educ.*, 2015; 19(Supl. I):995-1003.
24. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulamentação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2004; 9(2):433-444.
25. NSW Health Rehabilitation Redesign Project: Final Report- Model Of Care. Versão 1.4, Issued 21/02/2011.
26. Cecílio LCO. Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jul.-set., 1997; 13(3):469-478.

27. Cecilio LCO, *et al.* A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc Saúde Coletiva*, 2012; 17(11):2893-2902.
28. Carvalho MN, Franco TB. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. *Physis Rev Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2015; 25(3):863-885. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300010>.
29. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.
30. Campos MF, Souza LAP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface- comunic., Saúde, Educ.*, 2015; 19(52):201-10. DOI:10.1590/1807-57622014.0078.
31. Brasil. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029\\_24\\_08\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html).
32. Brasil. Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013. Estabelece as condições de instalação e funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário, adiante designado SAD. *Diário da República 1ª Série nº 21*. Disponível em: [http://www.seg-social.pt/documents/10152/1197978/Port\\_38\\_2013](http://www.seg-social.pt/documents/10152/1197978/Port_38_2013).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- a) A investigação "em ato" de um serviço como a AD é um processo complexo, pois envolve diversas histórias e saberes que se entrecruzam de forma dinâmica e singular na rede geral de atenção à saúde.
- b) Seria ilusória a expectativa de deparar com o serviço funcionando conforme o que está prescrito nas políticas de saúde, porque a AD está imersa em um cenário maior de organização da saúde e democratização do poder público, que também passa por processos de mudanças.
- c) Neste estudo, a AD foi vista como uma potente ativadora de redes de cuidado, para além dos muros formais do sistema de saúde. A AD produz redes informais (existenciais) de cuidado, mobiliza diversos profissionais e serviços do sistema de saúde e setores da comunidade.
- d) Este estudo constatou que as equipes e os profissionais envolvidos na AD se relacionam tanto na formalidade quanto na informalidade. Geralmente, a comunicação informal é propiciada pela necessidade de buscar soluções que estão além do alcance e da competência desses profissionais. Assim como eles, as famílias também buscam apoio nas redes informais de cuidado.
- e) O ambiente domiciliar e o contato com a realidade do usuário mobilizam serviços e equipes na busca de um cuidado integral. No entanto, fatores como o atendimento das demandas, condicionado à infraestrutura do serviço, à falta de protocolos de sistematização, ao próprio contexto sociofamiliar e à deficiência de capacitação de profissionais, levantam o questionamento permanente: as ações realizadas a partir da AD são de fato reabilitadoras e, em consequência, resolutivas?
- f) O desenho do padrão da AD deve focar prioritariamente a necessidade do usuário e, ainda que os resultados deste estudo tenham identificado diversas barreiras estruturais e de comunicação, a definição ou a configuração de um centro de coordenação, por si só, não seria suficiente para romper com a fragmentação do cuidado de forma a propiciar um fluxo contínuo e integral. Existem vários "combustíveis" que impulsionam esse sistema e somente

quando funcionarem de maneira integrada e contínua é que a AD poderá cumprir suas metas e alcançar resolutividade em suas ações.

- g) O fato de os serviços geralmente serem implementados no sistema de forma reativa às demandas da população, com seus esforços centrados para interpretar, definir e criar fluxos que reduzam ou justifiquem as lacunas desse sistema de base flexível, não é capaz de criar potenciais para fornecer acesso de todos à saúde.
- h) Para alcançar a resolutividade satisfatória, a longo prazo, as ações deveriam estar direcionadas para o reforço da infraestrutura e a melhoria das condições de trabalho e sociais (moradia, alimentação, empregos) dos atores envolvidos (aqui incluídos profissionais e usuários). Porém, mais do que isso, será imprescindível o reconhecimento das descobertas e inovações que os profissionais experimentam “em ato” e que trazem para a instituição, isso sim, com poder de favorecer a transformação do sistema, desde que este esteja aberto a diálogos e debates.
- i) Não se pode ignorar que, na realidade prática da AD, estão mais do que presentes o imprevisto e os fatores de organização espontânea, até mesmo para suprir as lacunas de emergência diante daquilo que não funciona no esquema formal. Essa “informalidade” precisa ser considerada com mais atenção, pois ela carrega um potencial generoso para transformar o modo de pensar e fazer em saúde, configurando um outro modelo de atenção, no qual a demanda do usuário e da família passa a ser preponderante. Nesse sentido, a dinâmica viva do dia a dia da AD pode representar um fator decisivo para a reorganização do modelo atual de saúde, rompendo com o modelo hegemônico da hierarquia.
- j) A reabilitação e a AD são relativamente novas nesse processo, portanto, há necessidade de mais estudos e reflexões que auxiliem na organização do sistema, sem gerar artifícios e políticas que o engessem, mas que possibilitem esses novos modos de fazer, mesmo porque o ritmo das transformações políticas é diferente do das transformações epidemiológicas, demográficas e tecnológicas. Dessa forma, seria exagero focar apenas a melhoria das políticas em saúde. Uma verdadeira mudança está vinculada ao

entendimento de todos os fatores envolvidos, levando em conta que quem propicia efetivamente a mobilização da rede são as inter-relações criadas pelo usuário e suas necessidades concretas.

- k) Espera-se que, com a exposição desses resultados e reflexões decorrentes, o presente estudo possa propiciar uma visão ampliada das repercussões do ato de cuidar e contribuir para a melhoria da organização e do planejamento das ações de reabilitação no SUS. Novos estudos, em diferentes territórios são necessários, principalmente se considerarmos a história recente de inserção dos profissionais de reabilitação na AB, em campos de atuação e prática com perspectiva inovadora.

## REFERÊNCIAS

1. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev Saúde Pública*, 2010; 44(1):166-76.
2. Tarricone, R., Tsouros, AD (Eds.). *The solid facts: home care in Europe* por World Health Organization Regional Office for Europe, 2008. 36 p. Disponível em: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.
3. Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz, MR. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, mar. 2008; 24(3): 485-493.
4. Rehem TCMSB, Trad, Lab. Assistência Domiciliar em Saúde: subsídios para um Projeto de Atenção Básica Brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2005; 10(sup):231-142.
5. Costa JL, Pinho MA, Filgueiras MC, Oliveira JBB. A Fisioterapia no Programa de saúde da Família: percepções dos usuários. *Rev Ciência & Saúde*, Porto Alegre, jan.-jun., 2009; 2(1):2-7.
6. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da Atenção Domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 24(3):180-8.
7. Brasil. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, redefine a Atenção domiciliar no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). *Diário Oficial do Distrito Federal*, 28 de maio de 2013.
8. Amaral NN, Cunha MCB, Labronici RHDD, Oliveira ASB, Gabbai AA. Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. *Rev Neurociências*, 2001; 9(3):111-117.
9. Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves, AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*, 2005; 39(3):391-7.
10. Rodriguez MIF. Internação domiciliar: avaliações imperativas implicadas na função de cuidar. *Psic Rev São Paulo*, 2013; 22(2):197-212.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cad Atenção Básica*, Brasília, 2014; 1(39).
12. Araújo RE. Análise exploratória dos indicadores de resultado dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF): a experiência de Belo Horizonte. UFMG, 2014.

13. Mendes AO, Oliveira F. Visitas domiciliares pela equipe de saúde da família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. *Rev Bras Med Fam e Com*, Rio de Janeiro, jan.mar., 2007; 2(8).
14. Cunha CLF, Gama, M E A. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. *In: Malagutti W. (organizador). Assistência domiciliar: atualidades da assistência de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 336 p.
15. Cunha MAO, Morais HMM. Assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). *Ciênc Saúde Coletiva*, 2007; 12(6):1651-1660.
16. Belo Horizonte. Arquivo síntese do PAD fornecido pela Prefeitura de Belo Horizonte. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/>.
17. Brasil. Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013. Estabelece as condições de instalação e funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário, adiante designado SAD. *Diário da República 1ª série nº 21*. Disponível em: [http://www.seg-social.pt/documents/10152/1197978/Port\\_38\\_2013](http://www.seg-social.pt/documents/10152/1197978/Port_38_2013).
18. Bonfim CJ, Veiga SM. Serviço de apoio domiciliário. Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação. Lisboa, dez. 1996.
19. Rodriguez TMM, Rocha SS, Pedrosa JIS. Visita domiciliar como objeto de reflexão. *Rev Interdisciplinar NOVAFAPI*, Teresina, jul.-ago.-set, 2011; 4(3):44-47. 2011.
20. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.
21. Disponível em: <http://www.conass.org.br> 22. Brasil.
22. Brasil. Portaria no 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029\\_24\\_08\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html)
22. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. NESCON. Atenção domiciliar na rede básica de saúde. Disponibilizado pelo Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância. 2013. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br>.
23. New PW, Poulos CJ. Functional Improvement of the Australian Health Care System: can rehabilitation assist? *MJA*, Sep. 2008; 186(6).

25. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulamentação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2004; 9(2):433-444.
26. Franco TB, Merhy EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2008; 13(5):1511-1520.
27. NSW Health Rehabilitation Redesign Project: Final Report- Model Of Care. Versão 1.4, Issued 21/02/2011.
28. Cecílio LCO. Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jul.-set., 1997; 13(3):469-478.
29. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.:il.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Caderno de Atenção Domiciliar, Brasília, 2012; 2(30).
31. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther*, Nov. 2002; 82(11):1098-107.
32. Belo Horizonte. Municipal de Saúde. Documento interno elaborado por grupo técnico. Primeira publicação agosto de 2008. Atualizado em dezembro de 2012. NASF Belo Horizonte: Competências e Ações.
33. Novak I. Effective Home programme intervention for adults: a systematic review. *Clin Rehab*, 2011 Aug.; 25(12):1066-1085.
34. Souza MC, Bomfim AS, Souza JN, Franco TB. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 2013; 37(2):176-184.
35. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed., São Paulo: Hucitec, 2010.
36. Tracer Study. Book 1: Child Labour Impact Assessment Toolkit: Tracer Study Manual. International Labour Office, International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC) - Geneva: ILO, v. 3, 2011.
37. Tracer Study. Book 2: Child Labour Impact Assessment Toolkit: Tracer Study Manual. International Labour Office, International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC) - Geneva: ILO, v. 3, 2011.
38. EPS em Movimento. Usuário-guia. 2014. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/usuario-guia>.

39. Conill EM, *et al.* O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2008; 13(5):1501-1510.
40. Kessner MD, Kalk MS, Singer BA. Assessing health quality: the case for tracers. *The New England Journal of Medicine*, jan. 25, 1973; 288(4):189-194
41. Gomes MPC, Merhy EE. Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
42. Brasil. Portaria nº 3.124/2012, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html).

**ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPATIVA  
ANÁLISE DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DA REABILITAÇÃO NO SUS/BH A PARTIR  
DE CASOS TRAÇADORES**

Mestranda: Júlia Baldoni Grossi

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio

Coorientadora: Profa. Dra. Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado

*O objetivo principal da observação não participante é conhecer e ter informações reais sobre “como se dá” a atenção domiciliar em Belo Horizonte. Todas as informações serão mantidas estritamente confidenciais e o anonimato é garantido.*

**Identificação do caso**

Identificação do paciente:

Modalidade:  AD1  AD2  AD3

Serviço Responsável:  SAD  NASF

Equipe responsável:

Data da observação:     /     /

Turno:  Manhã  Tarde

Tempo de observação:

**DIMENSÃO 1- NA UNIDADE BÁSICA**

- 1 Contatos iniciais antes da Atenção Domiciliar** (compreender como se dá a preparação para que aAD ocorra da melhor forma possível “no real” e poder contrastar com o que foi prescrito)
  - 1.1 Buscar informações sobre como a AD foi articulada antes dela ocorrer.
  - 1.2 Como foi decidido o tipo de transporte, com base em quais critérios e situações.
  - 1.3 Comunicou-se com a família imediatamente antes da AD?    Sim    Não  
Se sim, como ocorreu essa comunicação.
  - 1.4 Como se definiu e reuniram os profissionais responsáveis pela visita.
  - 1.5 Tempo despendido para organizar a equipe.
  - 1.6 Tempo de espera pelo transporte e de deslocamento até o domicílio
  - 1.7 Como ocorre a separação do material levado para a visita domiciliar (onde fica guardado, de quem é a responsabilidade, assinam algum termo de responsabilidade, como transportam).

**DIMENÇÃO 2- INFRAESTRUTURA DOMICILIAR**

(Coletar informações relevantes sobre facilidades e barreiras dificultadoras de uma boa prática e da adesão ao serviço e observar se atende aos critérios prescritos)

- 1 Infraestutura mínima exigida
- 2 Descrição do ambiente domiciliar
  - 2.1 Espaço disponibilizado para o atendimento
  - 2.2 Distribuição dos cômodos, móveis
  - 2.3 Acessibilidade e barreiras ambientais (presença de degraus, escadas, tamanho do banheiro, infraestrutura disponibilizada para aAD)
  - 2.4 Organização e higienização do ambiente

## DIMENSÃO 3- ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE AD

- 1** Processo de trabalho em equipe (informações para contrastar com o trabalho prescrito e então avaliar a eficácia/eficiência da AD na resolutividade das demandas)
- 1.1 Classificação da modalidade ao qual se enquadra (AD1/AD2/AD3)
  - a) Como classificam- utilizam de protocolos de avaliação? Como aplicam esses protocolos?
  - b) Processo de inclusão e desligamento da AD
  - c) Como é realizado/direcionado o encaminhamento e a migração de modalidade
- 1.2 Elaboração de planos de ação e cuidados (foco da atenção, participantes dessa decisão, direcionamento)
  - a) Equipamentos necessários para a realização da AD (tem suporte para a prestação do serviço, é plausível de ser realizado)
  - b) Condutas prestadas (é reabilitação?)
  - c) Periodicidade das visitas (suficientes para atender as demandas avaliadas e para exercer função de reabilitação)
  - d) Tempo de permanência (eficiência do serviço)
  - e) Profissionais presentes (demandas supridas)
  - f) Papel de cada membro da equipe (comunicação, troca de saberes)
  - g) Profissional de referência (vínculo)
  
- 2** Pactuação com a família
- 2.1 Composição familiar (número de pessoas e papéis/ função)
- 2.2 As reuniões entre equipe e família (como ocorrem, o que é discutido e periodicidade)
- 2.3 Participação da família (dinâmica familiar e responsabilidades)
  
- 3** O cuidador (vínculo, habilidades e conhecimentos- repercussão no cuidado)
- 3.1 Vínculo com o usuário
- 3.2 Interação com a família
- 3.3 Tempo disponível
- 3.4 Tarefas exercidas
- 3.5 Compreensão das orientações
- 3.6 Interação com a equipe
  
- 4** Sistematização das ações em equipe
- 4.1 As ações são integradas, flexíveis, dinâmicas e adaptáveis ao ambiente? (modelo de atenção)
- 4.2 Existem prontuários domiciliar, reuniões, instrumentos que subsidie o cuidador e a família? (sistematização )
- 4.3 Como se dá a articulação da equipe (eficácia)
- 4.4 Como se dá a AD (visita em si e matriciamento) (organização e sistematização)
  - articulação
  - arranjos
- 4.5 Como lidam com imprevistos e situações especiais (ambiente de trabalho, tensões, capacidades e saberes)
- 4.6 utilização de protocolos de avaliação e acompanhamento (sistematização da AD)
  - a) Instrumentos utilizados (suporte adequado, suficiente?)
  - b) Registros (sistematização, segurança e organização)
  - c) comunicação (relação entre equipes e organização da AD)

- 5** Fluxo com os pontos de atenção da rede (fala sobre continuidade, integralidade e relação entre serviços e estratégias)
- 5.1 Insumos e medicamentos
- 5.2 Materiais e equipamentos (quem faz a lista e determina necessidade e quem disponibiliza)
- 5.3 Serviços (diagnóstico/ urgência e emergência/ CREAB/ outras modalidades de AD)
  
- 6** Transporte e logística (organização e suporte disponível)
- 6.1 Comunicação com o transporte
- 6.2 Quem disponibiliza o transporte
- 6.3 Tempo despendido
- 6.4 O que é possível transportar

## **DIMENSÃO 5- SATISFAÇÃO DO USUÁRIO**

(análise da resolutividade)

- 1 Falas e expressões durante a AD
- 2 Entendimento das orientações (ele saberá repassar e dar continuidade ao cuidado?)
- 3 Demandas atendidas imediatamente e demandas adiadas/ direcionadas para outro profissional da equipe ou serviço (lacunas, duplicidade de ações)

## **DIMENSÃO 6 - RETORNO A UNIDADE BÁSICA**

- 1 Preenchimento de prontuários
- 2 Como ocorre a devolução do material levado para a visita domiciliar (local, assinam algum termo de devolução, existe uma conferência do material, como transportam, como higienizam).

## **ROTEIRO DE ENTREVISTA COM COORDENADOR(A) DONASF ANÁLISE DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DA REABILITAÇÃO NO SUS/BH A PARTIR DE CASOS TRAÇADORES**

Mestranda: Júlia Baldoni Grossi

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio

Coorientadora: Profa. Dra. Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado

*O objetivo principal desta entrevista é conhecer a experiência do coordenador do NASF em Belo Horizonte, com a perspectiva de compreender “como se dá” a atenção domiciliar em Belo Horizonte. Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confidenciais e seu anonimato é garantido. Agradecemos sua contribuição com a nossa pesquisa.*

### **DIMENSÃO 1- ORGANOGRAMA DO NASF**

- 1.1 Como é a composição do NASF em Belo Horizonte.
- 1.2 Em BH como estão formadas as equipes de AD hoje: número de equipes, número de usuários, profissionais envolvidos, regiões cobertas?
- 1.3 Fluxos e encaminhamentos para diferentes pontos de atenção da rede (insumos, medicamentos, serviços de: diagnóstico, urgência e emergência, CREAB , SAD, UB).

### **DIMENSÃO 2- PACTUAÇÃO DE PROTOCOLOS**

- 2.1 Critérios de admissão e desligamento, encaminhamento e transferência de modalidade.
- 2.2 Determinação de prioridades
- 2.3 Profissionais envolvidos na reabilitação
- 2.4 Avaliação e Continuidade do serviço (numero de visitas, frequência por semana)
- 2.5 Existem protocolos para avaliação e conduta específicos para o atendimento domiciliar?  
Em caso negativo, existem outros protocolos que são seguidos também pela AD?  
Poderia fornecê-los?

### **DIMENSÃO 3- EDUCAÇÃO PERMANENTE**

- 3.1 Qualificação e treinamento das equipes:
  - a) É exigida ou fornecida às equipes de AD alguma formação específica?
  - b) Como essas equipes são preparadas para realizarem a AD?
  - c) Como acontecem as capacitações e como são disponibilizados os materiais de apoio para as equipes?
- 3.2 Treinamento de cuidadores e pacientes
  - a) Como é orientado o treinamento de cuidadores e pacientes?
  - b) Existe algum material instrucional para as famílias e pacientes?

#### **DIMENSÃO 4- EQUIPAMENTOS E INFORMAÇÃO**

- 4.1 Quais são os equipamentos disponibilizados para AD? Como se dá o acesso dos profissionais a estes equipamentos?
- 4.2 Como a equipe de AD se informa com respeito aos casos que recebe? Onde é feito o registro dos procedimentos empregados ao longo da AD?
- 4.3 Considerando os dados de produção do NASF no município, quanto representa aAD neste quantitativo?

#### **DIMENSÃO 5- AVALIAÇÃO**

- 5.1 Em sua opinião, quais são os pontos positivos e negativos da AD desenvolvida pelas equipes de NASF?

## **ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GERENTE DA UNIDADE BÁSICA ANÁLISE DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DA REABILITAÇÃO NO SUS/BH A PARTIR DE CASOS TRAÇADORES**

Mestranda: Júlia Baldoni Grossi

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio

Coorientadora: Profa. Dra. Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado

*O objetivo principal desta entrevista é conhecer a experiência do Gestor da Unidade Básica, com a perspectiva de compreender “como se dá” a atenção domiciliar em Belo Horizonte. Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confidenciais e seu anonimato é garantido. Agradecemos sua contribuição com a nossa pesquisa.*

### **DIMENSÃO 1- ORGANOGRAMA DAAD**

1. Organização
  - 1.1 Número de equipes que realiza AD e distribuição de função nessa UB
  - 1.2 Área de abrangência e risco
  - 1.3 Número de usuários por equipe
  - 1.4 Profissionais disponíveis por turno
  - 1.5 Qual o seu papel (Gerente) na organização da AD?
  
2. **Fluxo**
  - 2.1 Por onde surgem as demandas?
  - 2.2 Como essa demanda é direcionada para a AD?
  - 2.3 Existe uma determinação do tempo despendido e os passos necessários para que ocorra a primeira visita?
  - 2.4 Como são designados os profissionais e equipes responsáveis pelo caso?
  - 2.5 Como se dá a articulação com outros pontos da rede de atenção (serviços e materiais)?
  
3. **Frequência**
  - 3.1 Existe uma diferença entre a frequência da AD para a reabilitação, prevenção e promoção?
  - 3.2 Existe uma determinação específica da frequência da AD para cada uma desses aspectos? Em caso de resposta positiva, quem prescreve essas especificações? Poderia me fornecer cópias do documento ou a fonte?
  - 3.3 Em sua opinião, qual a frequência ideal de visitas para que a reabilitação ocorra de forma otimizada?
  
4. **Protocolos disponibilizado para AD pela UB**
  - 4.1 Protocolos de Avaliação
  - 4.2 Protocolos de Conduta
  - 4.3 Prontuários para registro das tarefas executadas na unidade básica e no domicílio

### **1. Vínculos**

- 1.1 Como se dá a relação UB e usuário da AD?
- 1.2 Como se dá a relação entre os profissionais?
- 1.3 Como se dá a relação entre as equipes?

### **2. Organização**

- 2.1 Como se dá a comunicação entre os profissionais?
- 2.2 Como são divididas e direcionadas as funções de cada profissional e de cada equipe?
- 2.3 Como são empregadas e assumidas as responsabilidades?

### **3. Estabelecimento de agendas**

- 3.1 Quem são os responsáveis pelas agendas da equipe e de cada profissional?
- 3.2 Como a AD é enquadrada na agenda do profissional e da equipe?
  - Em relação às prioridades
  - Em relação aos turnos (todos os turnos realizam AD? Existe uma preferência de turno para realizar a AD por parte das equipes, profissionais e necessidades do usuário?)
- 3.3 Existe um acompanhamento da gerência em relação ao que está sendo realizado? Como?

### **4. Matriciamento**

- 4.1 A gerência participa do matriciamento?
- 4.2 Na prática, o que o matriciamento propicia?
- 4.3 O matriciamento gera algum material de divulgação da produção de conhecimento? (Cadernos, folhetos, pesquisas)
- 4.4 O que você acha da frequência em que ocorre o matriciamento?
- 4.5 Na prática, o matriciamento ocorre conforme previsto?

**ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE  
ANÁLISE DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DA REABILITAÇÃO NO SUS/BH A PARTIR  
DE CASOS TRAÇADORES**

Mestranda: Júlia Baldoni Grossi

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio

Coorientadora: Profa. Dra. Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado

*O objetivo principal da entrevista é conhecer e ter informações reais sobre “como se dá” a atenção domiciliar em Belo Horizonte. Todas as informações serão mantidas estritamente confidenciais e o anonimato é garantido.*

### Identificação do caso

Identificação do paciente:

Modalidade:  AD1  AD2  AD3

Serviço Responsável:  SAD  NASF

Equipe responsável:

Data da observação:     /     /

Turno:  Manhã  Tarde

Tempo de observação:

### DIMENSÃO 1- NA UNIDADE BÁSICA

#### 1.1 Escolaridade

- a)  Ensino superior completo. Ano de conclusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- b)  Especialização:  completa  incompleta Ano de conclusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- c)  Residência:  completa  incompleta Ano de conclusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- d)  Mestrado:  completo  incompleto Ano de conclusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- e)  Doutorado:  completo  incompleto Ano de conclusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 1.2 Como e onde você busca informações para melhor exercer sua profissão?

1.3 Quando surgem dúvidas sobre condutas e práticas a quem ou a que recorre?

1.4 Antes de trabalhar nessa equipe já trabalhava para o SUS? Se a resposta for positiva, em qual local e para qual cargo? Tempo de trabalho.

1.5 Há quanto tempo realiza a AD?

1.6 Já recebeu algum treinamento específico para a realização de AD? Qual (is)?

1.7 Já participou de alguma capacitação/educação permanente ofertada pelo município desde sua entrada no serviço? Qual(is)?

1.8 Já fez alguma formação específica para a AD?

### DIMENÇÃO 2- DESCRIÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

#### 2.1 Referente ao profissional entrevistado

2.1.1 Turno de trabalho:  Manhã  Tarde  Noite  Finais de Semana

2.1.2 Carga Horária:

2.1.3 Centros de Saúde que cobre:

2.1.3.1 Como organiza a carga horária entre eles?

#### 2.2 Frequência

2.2.1 Quantos pacientes de AD consegue atender durante o seu turno em um dia?

2.2.2 Como programa sua agenda para realizar a AD? Qual a frequência semanal de AD?

2.2.3 Qual a frequência para um mesmo paciente?

2.2.4 O que é possível realizar de ações nesse tempo e frequência disponível?

## **2.3** Planejamento de ações

### **2.3.1** Matriciamento

- a) Como se dá o matriciamento? (atividades executadas, frequência das reuniões, participantes, assuntos predominantes)
- b) Qual a sua opinião sobre a qualidade, função e frequência do matriciamento?

### **2.3.2** Preparação para a AD

- a) Como você se prepara para a realização da AD já agendada?
- b) Como separa os materiais, contata o transporte, separa os protocolos e registros e como a equipe se reúne?

### **2.3.3** Organização da AD

- a) Como é realizado o primeiro contato com o usuário e a família?
- b) Que tempo você disponibiliza para uma AD?
- c) Como planeja as ações de determinada AD?
- d) Como define a sequência de ações?
- e) Como define e como repassa as orientações para usuário e família?

### **2.3.4** Protocolos e sistematização

- a) Existem protocolos específicos para a prática de AD?
- b) Quais são as formas e protocolos de sistematização da AD plausíveis de serem utilizadas na prática? Por que?
- c) Existem protocolos que são determinados para a AD, mas que não são utilizados na prática? Por que?

### **2.3.5** Na presença de imprevistos

- a) Como você reage na presença de imprevistos?
- b) Como se sente diante de imprevistos?

## **2.4** Construção de vínculo

### **2.4.1** Como você avalia a construção do vínculo com o usuário/ família/ cuidador na AD?

- a) Existe diferença ou acontece da mesma forma em outros serviços? Por que?
- b) Existem características comuns nessa construção de vínculo, independente do profissional ou do usuário? Qual(is)?
- c) Você utiliza de alguma tática específica para fazer esse usuário/família participarem ativamente do ato de cuidar?

## **DIMENÇÃO 3- INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA**

### **3.1** Quais os equipamentos/materiais disponíveis para a realização da AD?

### **3.2** Quais os prontuários comuns às equipes de AB para análise e registro de informações do atendimento realizado?

### **3.3** Comunicação

#### **3.3.1** Como se dá a comunicação com a sua equipe?

#### **3.3.2** Como se articula com outros profissionais/equipes?

#### **3.3.3** Como participa e de que maneira da articulação com outros setores da rede?

### **3.4** Acesso ao domicílio

#### **3.4.1** Transporte

- a) Existe transporte para deslocamentos aos locais mais distantes e de difícil acesso?
- b) Quando os usuários são encaminhados pela AD para outros setores, por exemplo o setor diagnóstico, como são transportados?
- c) Quem contata o transporte? Como?
- d) Quais as formas de transporte ofertados para a sua equipe?

**3.5** Reconhecimento de usuários para AD

a) Como se dá o reconhecimento de usuários para a AD?

**3.6** Critérios de entrada, desligamento e avaliação para cada área/profissional

3.6.1 Quem está apto para organizar as atribuições e os critérios para AD por categoria profissional?

3.6.2 Como são aplicados na prática esses critérios?

a) Como são definidos na prática os processos de entrada e desligamento/alta da AD?

b) Como se dá esse processo de entrada e de desligamento/alta?

c) Como são realizadas as avaliações? (única avaliação para a equipe? Por área? Qual a Periodicidade?)

#### **DIMENSÃO 4 - CONDIÇÃO E AÇÕES PARA ORGANIZAÇÃO DA AD**

4.1 Como é programada a agenda de AD?

4.2 Em sua opinião, qual a abertura dos profissionais para se realizar atendimentos e AD compartilhada?

4.3 Como se dá essa construção de um projeto terapêutico comum?

4.4 Em sua opinião, o que torna alguns profissionais destaques de uma boa prática?

4.5 Como os casos são devolvidos à equipe, outros profissionais, outros setores?

4.6 Em sua opinião, como o ambiente de trabalho interfere na prática da AD e nos resultados esperados?

4.7 Em sua opinião, como o ambiente domiciliar interfere na prática da AD e nos resultados esperados?

4.8 Em sua opinião, quais os cuidados o usuário e o cuidador/família são capazes de assumir?

4.9 Como se dá a relação com o cuidador?

#### **DIMENSÃO 5 - SATISFAÇÃO DO PROFISSIONAL COM OS RESULTADOS OBTIDOS**

5.1 Como você enxerga a prática de AD em Belo Horizonte?

5.1.1 Quais os pontos de destaque que facilitam essa prática?

5.1.2 Quais os pontos de destaque que dificultam essa prática?

5.2 O que poderia ser feito para facilitar o trabalho?

5.3 Em sua opinião, que tipo de formação ajudaria?

5.4 Em sua opinião o que mudou após a implantação desse serviço?

5.5 A AD contribui com a reabilitação?

5.6 Como você se sente realizando a AD?

## ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIO/CUIDADOR ANÁLISE DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DA REABILITAÇÃO NO SUS/BH A PARTIR DE CASOS TRAÇADORES

Mestranda: Júlia Baldoni Grossi

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio

Coorientadora: Profa. Dra. Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado

*O objetivo principal desta entrevista é conhecer a experiência do usuário da AD e o parecer de seu cuidador referente à AD prestada em Belo Horizonte, com a perspectiva de compreender “como se dá” a atenção domiciliar em Belo Horizonte. Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confi-denciais e seu anonimato é garantido. Agradecemos sua contribuição com a nossa pesquisa.*

### Identificação do caso

Identificação do paciente:	
Modalidade: <input type="checkbox"/> AD1 <input type="checkbox"/> AD2 <input type="checkbox"/> AD3	Serviços recebidos: <input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> NASF <input type="checkbox"/> Outros
Equipe responsável:	Data da observação:     /     /
Turno: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Tempo de entrevista:

### DIMENSÃO 1- PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO

- 1.1 Idade em anos: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M
- 1.2 Qual é o seu estado civil?
  - Solteiro(a)  Casado(a)  Separado(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a)
- 1.3 Vive com companheiro(a):  Sim  Não
- 1.4 Tem filhos?
  - 1.4.1 Quantos?
  - 1.4.2 Algum filho mora com o Sr(a)?
- 1.5 O(a) Sr(a) estudou até que série?
  - Antigo primário  Antigo ginásio  Ensino fundamental/1º grau
  - Ensino médio/2º grau  Curso superior/graduação/3º grau
  - Especialização/mestrado/doutorado  Nunca estudou
- 1.6 O(a) Sr(a) exerce alguma atividade remunerada?  Sim  Não
  - a) Qual a sua ocupação atual?
  - b) Se NÃO exerce atividade remunerada, por qual motivo o(a) Sr(a) não trabalha atualmente?
- 1.7 Renda
  - 1.7.1 Qual a sua renda individual?
  - 1.7.2 Qual a renda da família?
  - 1.7.3 Quantos sobrevivem dessa renda?
  - 1.7.4 De quem é a renda principal da família?
  - 1.7.5 Recebe algum auxílio da família/amigos?
  - 1.7.6 Recebe algum auxílio do governo?
- 1.8 Moradia
  - 1.8.1  moradia própria  alugada  emprestada  outros
  - 1.8.2 Quantos moram na casa? Qual o grau de parentesco?
  - 1.8.3 Há quanto tempo mora aqui?

## **DIMENÇÃO 2- PERCURSO PERCORRIDO PARA CHEGAR À AD**

(acesso a rede de saúde e à AD)

- 2.1 Há quanto tempo frequenta o SUS?
  - 2.1.1 Quais os serviços que já utilizou do SUS?
  - 2.1.3 De quanto em quanto tempo procura o serviço de saúde?
- 2.2 Possui plano de saúde ou utiliza a rede privada?
- 2.3 Por que não é capaz de ir até o centro de saúde mais próximo ou de sua referência?
- 2.4 Você já conhecia a Atenção Domiciliar?  
Em caso de resposta positiva, já utilizou a AD outras vezes? Quando? Por que?
- 2.5 Como chegou até a Atenção Domiciliar?
- 2.6 Quando buscou a Atenção domiciliar? como? Através de quem ou o que?
- 2.7 Quanto tempo do pedido até a primeira visita

## **DIMENÇÃO 3- ATENÇÃO DOMICILIAR**

- 3.1 Como ficou o dia-a-dia da casa após a entrada no serviço de AD?
  - 3.1.1 Como se organizam para receber os profissionais da AD?
  - 3.1.2 A equipe pediu alguma organização em relação a higiene, ao ambiente, a alimentação e ao posicionamento do paciente para a realização da AD?
  - 3.1.3 As visitas acontecem em dias e horários fixos? São agendadas e comunicadas? Como?
  - 3.1.4 De quanto em quanto tempo as visitas acontecem? (frequência)
- 3.2 Que tipos de cuidado recebe em casa?
  - 3.2.1 Já precisou sair para realizar consultas e exames? Por que? Para onde?
  - 3.2.2 Se há necessidade de deslocar até uma unidade de saúde, como fazem?
- 3.3 Quais os profissionais que já vieram até aqui realizar visita?
  - 3.3.1 Quais os profissionais que vêm mais vezes?
  - 3.3.2 Qual é o profissional que mais confia, por quem tem maior afinidade?
- 3.4 Em caso de imprevisto ou piora do quadro, a quem recorre?

## **DIMENÇÃO 4- O CUIDADOR**

- 4.1 O cuidador é da família, amigo, vizinho, contratado ou outro?
- 4.2 Quais as responsabilidades que o cuidador passou a assumir?
  - 4.2.1 O cuidador consegue assumir essas responsabilidades?
- 4.3 O que o cuidador aprendeu com os profissionais e equipe?
  - 4.3.1 O que o cuidador divide com a equipe?
  - 4.3.2 Quais as tarefas assumiu totalmente?
  - 4.3.3 Quais os tipos de cuidado ainda tem dificuldade de realizar?
- 4.4 Como se dá a relação com a equipe e os profissionais?
- 4.5 Como se dá a relação com o paciente?
- 4.6 Em sua opinião, como o serviço funciona? (organização e Qualidade)

## DIMENSÃO 5 - SATISFAÇÃO DO USUÁRIO/FAMÍLIA

### 5.1 Orientações recebidas

#### 5.1.1 Consegue seguir as orientações passadas pela equipe e profissionais?

- a) Foi fácil ou difícil entender?
- b) Quanto tempo foi necessário para gravá-las?
- c) De quanto em quanto tempo consegue realizá-las? (frequência)
- d) Ainda tem dúvidas ou já se acostumou com elas?
- e) De quanto em quanto tempo novas orientações são passadas? (frequência e mudança)

### 5.2 Equipe e profissionais

#### 5.2.2 O que acha dos profissionais que te atende?

#### 5.2.3 O que acha da equipe que te atende?

### 5.3 O serviço

#### 5.3.1 O que você acha da AD?

#### 5.3.2 Ela atende suas necessidades ou deixa a desejar?

#### 5.3.3 O que a AD proporcionou a você (s)? Como? Porque?

**ROTEIRO REFERENTE AOS CASOS TRAÇADORES  
PROTOCOLO PARA O FISIOTERAPEUTA REFERENTE AO CASO TRAÇADO SELECIONADO**

Mestranda: Júlia Baldoni Grossi

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio

Coorientadora: Profa. Dra. Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado

*O objetivo principal da observação não participante é conhecer e ter informações reais sobre “como se dá” a atenção domiciliar em Belo Horizonte. Todas as informações serão mantidas estritamente confidenciais e o anonimato é garantido.*

<b>Identificação do caso</b>	
Identificação do paciente:	
Modalidade: <input type="checkbox"/> AD1 <input type="checkbox"/> AD2 <input type="checkbox"/> AD3	Serviço Responsável: <input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> NASF
Equipe responsável:	Data da observação:     /     /
Turno: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Tempo de observação:

**DIMENSÃO 1- ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR**

- 1.1 Quem solicitou a AD para esse caso específico?
- 1.2 Como o caso chegou para o NASF?
  - 1.1.1 Qual caminho percorreu?
  - 1.1.2 Houve discussão do caso?
  - 1.1.3 Como foi passado?
- 1.2 Em qual(s) critério(s) de entrada para a AD esse caso se encaixa? Por que?
- 1.3 Qual o perfil desse caso?
- 1.4 Quanto tempo da solicitação até a primeira visita?
  - 1.4.1 Como foi definido/agendado?
- 1.5 Qual o prognóstico inicial?
- 1.6 Foi determinada uma frequência de visitas?
  - 1.6.1 Em caso positivo, como ficou estabelecido?
  - 1.6.2 Com base em qual(s) critério(s)?
  - 1.6.3 Em caso negativo, por que não foi estabelecida a frequência?
- 1.7 Qual(s) o(s) ponto(s) que favorecem ou dificultam a resolutividade do caso?
- 1.8 Qual(s) a(s) peculiaridade(s) do caso e o(s) fatore(s) que chama(m) mais atenção? Por que?
- 1.9 Como avalia o ambiente domiciliar e a organização familiar?
  - 1.9.1 Como lida com esse contexto?

**DIMENSÃO 2- ARTICULAÇÕES E COMUNICAÇÃO**

- 2.1 Como a equipe do Nasf se coloca diante desse caso?
  - 2.0.1 Quais os profissionais envolvidos?
  - 2.0.2 Em que momento esses profissionais entraram? 2.0.3 Contribuíram para o caso? Como?
  - 2.0.4 Como se deu essa articulação?
- 2.2 Há um coordenador do cuidado para esse caso?

- 2.1.1 Em caso positivo, quem é o coordenador e como foi determinado para esse caso?
- 2.1.2 Em caso negativo, por que não há um coordenador para esse caso?
- 2.2** Como os profissionais do NASF interagem entre si?
- 2.3** Há outras equipes envolvidas no caso? Qual(s)?
- 2.1.1 Como se dá a relação do NASF com essa(s) equipe(s) e seus profissionais?
- 2.4** Como é a sua relação com a ACS responsável?
- 2.4.1 O que você espera da atuação da ACS nesse caso?
- 2.4.2 Suas expectativas foram atingidas?
- 2.5** Como é a relação do NASF com o cuidador?
- 2.5.1 Como você enxerga esse cuidador?
- 2.5.2 Como imagina que deveria ser a atuação desse cuidador nesse contexto?
- 2.5.3 Em que suas ações influenciam? Positivamente e negativamente.
- 2.6** As visitas foram individuais ou compartilhadas?
- 2.6.1 Como foi definido? quais critérios consideraram?
- 2.6.2 Como foram articuladas as visitas compartilhadas?
- 2.6.2.1 Houve um planejamento?
- 2.6.2.2 Como aconteceu de fato?
- 2.7** Houve necessidade de encaminhamento para outro setor ou profissional? Qual(s)?
- 2.7.1 Qual(s) o(s) motivo(s) que gerara(m) o encaminhamento?
- 2.7.2 Como foi articulado?

### **DIMENSÃO 3- INFRAESTRUTURA**

- 3.1** Há alguma orientação, critérios ou protocolos a se seguir para esse tipo de atendimento? Qual(s)?
- 3.1.1 foram utilizados?
- 3.2** Quais as ferramentas/materiais e infraestrutura disponíveis para esse caso?
- 3.2.1 Utilizou alguma? Qual(s)?
- 3.2.2 Quais ferramentas gostaria que o serviço disponibiliza-se para esse caso?
- 3.3** Realiza ou realizou ação(s) de educação familiar para esse tipo de cuidado? Qual(s)?
- 3.3.1 Em caso positivo, como foram realizadas?
- 3.3.2 Em caso negativo, por que não aconteceram?
- 3.4** Qual(s) os insumos e equipamentos ofertados pelo SUS a essa família?
- 3.4.1 Como foram realizados os pedidos?
- 3.4.2 Quanto tempo decorreu da realização do pedido até a entrega do mesmo?
- 3.5** Qual(s) os insumos e equipamentos que a família adquiriu por conta própria? Por que?
- 3.5.1 Recorreram ao SUS para aquisição destes?
- 3.5.2 Onde e como conseguiram adquiri-los?
- 3.6** Qual foi a disponibilidade de transporte para a realização das visitas?
- 3.6.1 Como foi realizado o agendamento nesse caso?
- 3.6.2 Qual foi a disponibilidade de transporte para o paciente se deslocar a outros setores?
- 3.5.2.1 Como foi articulado?
- 3.7** Qual(s) o(s) serviço(s) e atividades você tem para oferecer a esse paciente em seu domicílio?

### **DIMENSÃO 4- PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL**

- 4.0** Qual(s) o(s) fator(es) que influencia(m) ou influenciaram na realização da atenção Domiciliar? Fatores positivos e negativos.

- 4.0.1 Qual(s) o(s) ponto(s) positivos e negativos do caso em si?
- 4.1** Houve imprevisto(s) durante as visitas ou no acompanhamento do caso?
  - 4.1.1 O que houve?
  - 4.1.2 Como procedeu?
  - 4.1.3 Como se sentiu diante do(s) imprevisto(s)?
- 4.2** Houve necessidade de informações complementares ou treinamentos a respeito desse caso?
  - 4.2.1 Por qual(s) motivo(s)?
  - 4.2.2 Como lidou com essa necessidade?
  - 4.2.3 Que tipo de formação auxiliaria?
- 4.3** O que pensa a respeito dos critérios de entrada, encaminhamento e alta e do fluxo para esse caso específico?
- 4.4** Como você percebe a visita para esse caso?
- 4.5** O que poderia ser feito para facilitar o seu trabalho nesse caso específico?
- 4.6** Qual a vivência que a AD realizada para esse caso específico trouxe para você?