

**UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI – UFSJ  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – UFSJ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL**

**A GESTÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FRANCISCO SÁ: UM OLHAR SOBRE  
O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SAD**

**ELIZÂNGELA MARQUES DE FREITAS**

**SÃO JOÃO DEL REI – 2018**

## **Introdução**

O presente trabalho intitulado “A Gestão da Saúde no Município de Francisco Sá: um olhar sobre o Serviço de Atenção Domiciliar – SAD” busca analisar o Serviço de Atenção Domiciliar ofertado no município de Francisco Sá e seus antecedentes.

Para tanto, não se pode negar os avanços decorrentes da implantação do SUS – Sistema Único de Saúde – no que concerne ao acesso aos serviços de saúde. Ademais, à ampliação das ações e serviços voltados à estratégia de saúde da família como uma iniciativa da atenção básica, dentre outros.

No entanto, o modelo de atenção à saúde no Brasil, segundo o Caderno de Atenção Domiciliar, é predominantemente centralizado no “hospital e no saber médico, é fragmentado, é biologicista e mecanicista” (BRASIL 2012, p. 9). Nesse cenário, a Atenção Domiciliar (AD) consolida-se como estratégia dinamizada na assistência à saúde e o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) desponta como alternativa viável à desospitalização. No tocante a isso, nos Estados Unidos, na década de 1940 tal prática institucionalizou-se, de acordo com Brasil (2014) “em decorrência da necessidade de descongestionar os hospitais e criar um ambiente mais favorável à recuperação do paciente” (p.42). No Brasil, a articulação dos programas de Atenção Domiciliar junto à rede de atenção à saúde, bem como a social constitui-se uma estratégia importante para o sucesso nos serviços realizados para a desospitalização de pacientes. Nesse sentido, o presente trabalho se justifica pela necessidade de tecer considerações referentes ao supracitado serviço. Para tal, faz-se necessário um aprofundamento histórico no que tange à saúde brasileira, haja vista que a prática de cuidados no domicílio não é uma prática contemporânea e é neste contexto que pretendemos nos aprofundar e avaliar a gestão e a oferta do serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no município de Francisco Sá, norte de Minas Gerais.

## **Problema de Pesquisa**

Como se dá o Serviço de Atenção Domiciliar – SAD no tocante à gestão da saúde do município de Francisco Sá, norte de Minas Gerais?

## **Objetivos**

### **Objetivo Geral**

Tem-se como objetivo analisar a gestão da saúde do município de Francisco Sá, norte de Minas Gerais, no que se refere ao Serviço de Atenção Domiciliar – SAD.

### **Objetivos Específicos**

- Discutir a gestão da saúde no município de Francisco Sá;
- Verificar como é a oferta do Serviço de Atenção Domiciliar - SAD;
- Identificar se tal serviço proporciona segurança aos assistidos e seus familiares.

### **Justificativa**

O Serviço de Atenção Domiciliar é previsto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e possui como eixo central a desospitalização como mecanismo de acelerar a alta hospitalar através da oferta da continuidade dos cuidados necessários no conforto do lar. Desse modo, objetiva-se minimizar as intercorrências clínicas mediante cuidados sistematizados, realizados pelas equipes multiprofissionais da Atenção Domiciliar (AD). Assim, diminuem-se os riscos de infecção hospitalar, bem como a hospitalização desnecessária.

Trata-se de uma modalidade de atenção e cuidados no domicílio, ou seja, da extensão dos cuidados hospitalares realizados no domicílio, o que proporcionará conforto e maior comodidade ao paciente, uma vez que, de acordo com a Portaria 2.527 de outubro de 2011, a Atenção Domiciliar compõe-se como

modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

Assim, faz-se necessário saber se o Serviço de Atenção Domiciliar do município de Francisco Sá propicia a efetividade no processo de desospitalização, garantindo, portanto, a extensão dos serviços de tratamento e acompanhamento do paciente em seu domicílio.

## Referencial Teórico

A promulgação da Constituição Brasileira de 1988 representou um marco democrático na história nacional e traz consigo a regulamentação da saúde como um direito social através do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Silva *et al* (2008), “ao definir as ações e serviços de saúde como relevância pública, a Constituição Federal atribui ao Estado a responsabilidade por sua regulamentação, fiscalização e controle” (p. 774). Todavia, há de se ressaltar os desafios a serem enfrentados no que tange aos recursos financeiros e responsabilidades das esferas governamentais. Um desafio posto à gestão dos serviços de saúde, portanto, desde que foi instituído, o Sistema Único de Saúde (SUS), vem sofrendo mudanças significativas, sobretudo no que concerne ao processo de descentralização das responsabilidades, atribuições e recursos destinados aos entes federativos. Outrossim, pode-se “compreender o processo de descentralização em saúde no Brasil não apenas no âmbito das transferências de serviços, mas também das responsabilidades, do poder e dos recursos da esfera federal para a estadual e a municipal” (BRASIL, 2011d, p. 94). Nesse contexto, de acordo com Gonçalves (2014) “a concepção de gestão do SUS é de um sistema de saúde descentralizado, administrado democraticamente com a participação da sociedade organizada e das distintas esferas de governo” (p. 94).

Dessa forma, no âmbito municipal a gestão da saúde de acordo com a Lei nº 8.080/90 se dá pelas seguintes atribuições e competências dos gestores:

- Organizar e executar as ações de atenção básica de saúde.
- Planejar, organizar, controlar e avaliar os serviços de saúde públicos e privados.
- Executar os serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e saúde do trabalhador.
- Gerenciar a política de Recursos Humanos e de financiamento em âmbito local.
- Planejar, organizar, executar, controlar e avaliar ações e serviços de saúde (GONÇALVES, 2014 p. 95).

Enfatiza-se que a gestão em saúde representa a territorialização e a articulação em redes dos serviços de saúde. Trata-se da formulação da política de saúde, bem como a provisão de ações e serviços financiados por recursos próprios ou de transferências da União e/ou do Estado, dentre os quais está o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Consoante Guizardi e Cavalcanti (2010), “o desafio colocado para a gestão, no contexto de luta pela construção do SUS, implica a constituição de novas tecnologias [...] de novos dispositivos” (p. 642). Para Brasil (2014), tratar a Atenção Domiciliar como inovação é algo “redundante, já que essa modalidade de atenção, por si só, já é inovadora, ao buscar alternativas de oferta do cuidado fora do modelo hospitalocêntrico que, por muitos anos, foi predominante não só no Brasil, mas praticamente em todo o mundo” (p. 11).

Schimit (2013, p. 14 apud BRASIL, 2012) informa que “diversos registros demonstram que o cuidado à saúde em domicílio é uma prática antiga e que com o decorrer dos anos assumiu diferentes formas e se tornou uma modalidade de atendimento organizada e implementada em vários países,”. Tal fato vem ao encontro do Ministério da Saúde (2012a), quando afirma que “o cuidado à saúde em domicílio é uma prática que remete aos primórdios da existência das famílias como unidades de organização social e reporta a uma noção de conforto e segurança”. Reforça-se, assim, o fato de que a atenção da saúde em domicílio é uma prática antiga e ao longo da existência do SUS, diversas ações voltadas ao cuidado domiciliar foram realizadas pelo Ministério da Saúde, por gestores estaduais ou municipais ou mesmo por equipes de atenção básica, com o objetivo de antecipar a alta hospitalar. Todavia,

com o passar do tempo, as mudanças sofridas no modelo de atenção, os esforços do SUS em reduzir a fragmentação das ações, o fortalecimento das políticas em busca de equidade e integralidade, o crescimento dos gastos e a necessidade de inovar foram pressionando o SUS a assumir a Atenção Domiciliar de forma mais sistêmica (BRASIL, 2014 p. 11).

Dessa forma, e tendo em vista ainda as mudanças ocorridas na sociedade e a necessidade da atenção domiciliar, assinalam para a reorganização desse serviço para garantir o atendimento às necessidades dos pacientes. Nessa

lógica, a reorganização da Atenção Domiciliar surge com vistas a práticas mais humanitária na saúde e maiores benefícios aos pacientes e, conseqüentemente, “através da humanização percebemos a lógica de gerenciamento de leitos e de redução de custos através da desospitalização” (SCHIMIT, 2013 p. 14).

Destarte, não se pode negar os avanços decorrentes da implantação do SUS no que concerne ao acesso aos serviços de saúde, da ampliação das ações e serviços voltados à estratégia de saúde da família como uma iniciativa da atenção básica, dentre outros. No entanto, o modelo de atenção à saúde no Brasil, segundo o Caderno de Atenção Domiciliar, é predominantemente centralizado no “hospital e no saber médico, é fragmentado, é biologicista e mecanicista” (BRASIL 2012, p.9). Nesse cenário, a Atenção Domiciliar consolida-se como estratégia dinamizada na assistência à saúde e ressalta-se que em diversos países europeus e no Canadá, busca-se preencher a lacuna entre os programas sociais e de saúde no domicílio.

Nos Estados Unidos, na década de 1940 tal prática institucionalizou-se “em decorrência da necessidade de descongestionar os hospitais e criar um ambiente mais favorável à recuperação do paciente” (BRASIL 2014, p. 42). No Brasil, a articulação dos programas de atenção domiciliar junto à rede de atenção à saúde, bem como a social constitui-se numa estratégia importante para o sucesso nos serviços realizados para a desospitalização de pacientes.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) foi instituído por meio da Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Foi redefinida posteriormente pelas portarias nº 2.527, de 27 de outubro de 2011; Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012; Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 e atualmente é regido pela Portaria MS/GM nº 825, de 25 de abril de 2016.

Trata-se de uma modalidade substitutiva ou complementar que se caracteriza pelo desenvolvimento de ações de “promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas no domicílio, com a garantia de continuidade do cuidado e integrada a Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL 2012, p. 10). Para tanto, na

**- Modalidade de atenção “substitutiva ou complementar”:** pode tanto substituir o cuidado prestado em outro ponto da Rede de Atenção à Saúde, a exemplo do hospital, como complementar os cuidados iniciados em qualquer um dos pontos, a exemplo das Unidades Básicas de Saúde e do próprio hospital. Assim, a atenção domiciliar pode ser trabalhada como um dispositivo para a produção

de desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde;

- **Ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde:** traz um escopo amplo de objetos e finalidades para as equipes que cuidam dos pacientes no domicílio, não focando somente na assistência, mas também em aspectos de prevenção, promoção e reabilitação, utilizando, para isso, estratégias para a educação em saúde e tendo como uma das finalidades o aumento no grau de autonomia do paciente, de seu cuidador e familiares;

- **Continuidade do cuidado:** a atenção domiciliar possibilita que não existam rupturas no cuidado prestado ao paciente ao potencializar a construção de “pontes” entre os pontos de atenção e a pessoa, em seu próprio domicílio;

- **Integrada às Redes de Atenção à Saúde:** a AD potencializa a transversalidade da atenção ao colocar o usuário e suas necessidades no centro, devendo estar integrada à rede de atenção à saúde; para isso, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) deve ter estabelecido e pactuado fluxos e protocolos com o conjunto dos pontos de atenção dessa rede (BRASIL 2012, p. 10).

Contudo, o Serviço de Atenção Domiciliar pode representar a garantia de direitos ao ofertar o atendimento e acompanhamento ao paciente, de forma humanizada no conforto do lar. Visa ainda à redução dos gastos e a desospitalização necessária aos pacientes. Evitar-se-ão, portanto, os riscos de novos agravos decorrentes das internações.

Frente ao exposto, o que se propõe é avaliar se o Serviço de Atenção Domiciliar do município de Francisco Sá proporciona a efetividade da desospitalização dos pacientes assistidos. Para tanto, o uso da metodologia adequada proporcionará a obtenção dos resultados desejados, os quais serão apresentados adiante.

## **Metodologia**

A metodologia adotada para a realização do presente trabalho, intitulado “A Gestão da Saúde no Município de Francisco Sá: um olhar sobre o Serviço de Atenção Domiciliar – SAD” tem por base a avaliação crítica e objetiva do referido serviço.

Nesse contexto, utiliza-se do ensaio teórico, uma vez que ele possibilita a exposição de ideias e pontos de vistas concernentes ao tema proposto, numa abordagem exploratória de forma clara e minuciosa, utilizando-se de literaturas que versam sobre o assunto com a finalidade de investigar, confirmar e/ou

confrontar as diversas contribuições. Haja vista que se faz necessário à reflexão e a construção de um olhar aprofundado a respeito do tema, quanto à consolidação do processo de desospitalização e minimização das intercorrências clínicas dos assistidos.

Nesse sentido, será realizada a pesquisa bibliográfica, assentando-se numa investigação criteriosa e crítica no que diz respeito ao Serviço de Atenção Domiciliar, no período entre janeiro a setembro de 2018, que visará ao entendimento das particularidades que o envolve, o que será de grande relevância, pois proporcionará maior conhecimento a respeito do Serviço de Atenção Domiciliar e sua oferta no município de Francisco Sá.

### **Análise dos resultados**

A gestão da saúde se apresenta hoje como tema determinante na política de saúde e, segundo Silva e Serralvo (2009), as Leis 8080/90 e 8142/90 definem as “competências das três esferas de governo na gestão dos sistemas de saúde (municipal, estadual e federal), ficando o município como ator principal na execução e gerenciamento dos serviços de saúde” (p. 36). Isso significa que o município possui um papel relevante na gestão e oferta dos serviços de saúde e assim, é preciso reconhecer que “gerir o cuidado é prover ou disponibilizar tecnologias de Saúde de acordo com as necessidades da população ao longo de sua vida, visando ao seu bem-estar, segurança e autonomia”, bem como deva haver ainda o claro reconhecimento de que a “gestão do cuidado em saúde apresenta diversas dimensões interdependentes, que operam com lógicas diferentes e dependentes da ação ou do protagonismo de múltiplos atores” (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, a análise ora apresentada concerne ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de forma abrangente, seguindo-se da análise da oferta referido serviço no município de Francisco Sá.

A Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), definida na Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) é uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizadas 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 integradas às redes de atenção à saúde”.

Trata-se de um serviço decorrente das demandas e fatores condicionados ao envelhecimento, agravos à saúde da população e a crise do modelo de atenção à saúde. Sua proposta está calcada no bem estar dos pacientes, familiares e cuidadores e relaciona-se ainda aos aspectos sociais e culturais que a condicionam. Tais demandas exigem cuidados específicos, uma vez que o SAD assiste pacientes com doenças crônicas, degenerativa e/ou agudizante, demandando cuidados contínuos e de longa duração. Todavia, a Portaria nº 825 de 2016 deixa claro que o Serviço e Atenção Domiciliar (SAD) possui caráter complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência e substitutivo ou complementar à internação hospitalar.

Nesse contexto, Braga *et al* (2016) consideram que a “atenção domiciliar tem se mostrado como uma opção para reduzir os gastos e permite a elaboração de planos de cuidados de forma compartilhada com as famílias” (p. 906). E tal consideração vem ao encontro de Bonomi (2006, p. 9) quando afirma que

Os altos custos gerados pelo desenvolvimento de técnicas e uso de materiais de custos elevados fazem com que o setor de saúde passe por graves problemas financeiros. Existem dificuldades relacionadas ao atendimento da população, grandes filas para atendimento básico de saúde, indisponibilidade de leitos para a população que depende do sistema público de saúde.

A referida autora aponta ainda que a “desospitalização é uma tendência mundial da organização dos serviços de saúde e possibilita aliviar a carência de leitos hospitalares e melhorar a qualidade de atendimento por meio da desconcentração dos locais de atendimento” (BONOMI 2006).

Schmidt (2013) acrescenta que no debate da atenção domiciliar “é possível perceber algumas justificativas para a implantação e ampliação desta modalidade de atenção à saúde” (p. 32), ou seja, a humanização. Para a autora, a humanização “aparece em muitas referências como um elemento resultante do processo do cuidado realizado em domicílio e que por si só demonstra importância”.

Nesse íterim, a Atenção Domiciliar foi criada pelo SUS no ano de 2011 com o Programa Melhor em Casa, tendo como proposta a desospitalização e a continuidade do cuidado àqueles que apresentam restrições físicas e ambientais para acessar o serviço de saúde.

Segundo Lopes e Sousa (2015), a AD possui como princípios orientadores a:

- Abordagem integral à família;
- Consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador;
- Trabalho em equipe e interdisciplinar e
- Estímulo a redes de solidariedade.

Em Francisco Sá, a adoção da Atenção Domiciliar ocorreu no ano de 2014, fato que implicou um novo arranjo organizacional nos serviços de saúde e na rede que o compõem, pois havia a necessidade de viabilizar cuidados domiciliares, envolvendo pacientes, familiares e equipe de saúde, de forma a promover a inclusão, melhoria da qualidade de vida do paciente, bem como a sua preservação e recuperação de sua saúde. Trata-se de uma nova tecnologia, aliada às já existentes com o intuito de somar nos cuidados relativos à oferta e atendimento à saúde do cidadão. Permite, ainda, o trabalho planejado e interdisciplinar, o conhecimento dos sujeitos e seu contexto familiar na perspectiva da integralidade, propiciando a humanização do atendimento, atentando-se que, no universo da atenção domiciliar, a humanização é fator fundamental, uma vez que o paciente pode desfrutar do tratamento junto a sua família. Isso ocorre em Francisco Sá, onde os cuidadores, em sua maioria constituem de familiares próximos que garantem os cuidados diários dos assistidos. Todavia, há de se considerar alguns aspectos importantes quando se trata da Atenção Domiciliar como pontuado por Savassi (2016, p. 2) que,

Considerando a casa como o espaço de maior intimidade da pessoa, é preciso ter claro que, enquanto no hospital o paciente está em território médico com regras rígidas, no domicílio são os profissionais de saúde que adentram o território do outro. Isto se reflete em uma exigência de um perfil de atuação específico, com habilidades, conhecimentos e atitudes diferenciados para a prática neste âmbito de cuidados.

É preciso ter a consciência de que no espaço do lar, os pacientes possuem seus costumes, crenças e culturas que precisam ser respeitados para que não ocorra a fragmentação do serviço no município. Este conta com 01 (uma) equipe de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), composta de uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) com 01 (um) Médico, com carga

horária de 20h semanais. 01 (uma) Enfermeira, com 40h semanais e 01 (uma) Fisioterapeuta com 30h semanais. Há ainda uma Equipe Multiprofissional de apoio (EMAP) composta por 01 (uma) Psicóloga com 40h semanais, 01 (uma) Assistente Social com 30h semanais e 01 (uma) Farmacêutica com 20h semanais. Ambos compõem, portanto, a equipe de referência da AD que oferta a modalidade AD2 para seus 51 (cinquenta e um) pacientes assistidos.

De acordo com Brasil (2013), trata-se de uma equipe “multiprofissional de caráter transdisciplinar responsável pela assistência à saúde de um número de pacientes inscritos, segundo sua capacidade de atendimento e gravidade dos casos”.

A modalidade AD2, de acordo com Ministério da Saúde, é destinada aos

usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma UBS e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser provenientes de diferentes serviços da rede de atenção. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e da equipe multiprofissional de apoio (EMAP).

De modo geral, os SADs ofertam três modalidades, AD1, AD2 e AD3. No município de Francisco Sá, desde a implantação do SAD, apresentaram-se 02 (duas) demandas para AD3. A primeira, um adolescente de quatorze anos, foi acompanhado desde a implantação do serviço até o ano seguinte, 2015, vindo o paciente a óbito no referido ano. A segunda, um idoso encaminhado ao serviço pelo Hospital Santa Casa de Montes Claros, foi assistido apenas por uma semana, sendo encaminhado novamente a Montes Claros devido a complicações em seu quadro de saúde, vindo a óbito poucos dias depois. É válido mencionar que neste caso em específico, o SAD, ao receber o encaminhamento se mobilizou para a busca de equipamentos como cama hospitalar, oxigênio, aspirador, dentre outros para ter condições de receber o paciente.

Com exceção desses dois casos, todos os pacientes assistidos pelo SAD de Francisco Sá se enquadram na modalidade AD2. São pacientes que apresentam problemas como hipertensão, diabetes, pós-operatórios, acidente vascular cerebral, mal de Parkinson, cadasil, tetraplegia, doenças cardiovasculares, insuficiência renal e câncer e necessitam do atendimento domiciliar de longa permanência.

Visando à organização do serviço, segue-se uma rotina padronizada de instrumentos normativos, cujo objetivo é estabelecer diretrizes para controle dos serviços, como avalia Brasil (2013, p. 68) e que

os instrumentos de normatização dos processos de trabalho em saúde têm como propósito orientar os profissionais de Saúde quanto às intervenções clínicas, baseados em evidência, na avaliação tecnológica, visando à garantia da qualidade do atendimento. Os instrumentos utilizados para normatizar são a base para a organização sistêmica dos serviços e as ferramentas indispensáveis para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos SADs.

Dos instrumentos utilizados pelo SAD, tem-se o fluxo de referência e contra referência de encaminhamentos e prontuários dos pacientes contendo as informações de saúde, procedimentos adotados, medicamentos, dentre outras. O modo de inserção dos pacientes se dá por meio dos encaminhamentos – referência/contra referência – realizados predominantemente pelas Unidades Básicas de Saúde. Em seguida, têm-se os encaminhamentos feitos pelo Hospital da cidade. Após recebimentos destes, é realizada a triagem pela equipe, a fim de conhecer o paciente encaminhado e verificar se ele se enquadra no perfil de elegibilidade para o SAD, dentro das normas estabelecidas nacionalmente. Em seguida, realiza-se a resposta – contra referência – à unidade demandante, informando da inclusão ou não do paciente e a justificativa em caso negativo. Inicialmente não havia esse controle, o que levava a equipe a realizar triagens com base em pedidos de familiares e cuidadores de pacientes, sem que estes apresentassem perfil para o SAD. Nos casos de alta do serviço, esta é informada ao paciente, familiar ou cuidador e o paciente continua a ser assistido pela Atenção Básica da saúde e havendo a necessidade ele poderá ser reinserido no SAD.

Outro instrumento utilizado é a escala de visita médica, elaborada de modo que cada paciente receba a visita do médico a cada vinte e um dias. Todavia, esta escala não é seguida à risca, pois há casos em que alguns pacientes demandam assistência em menor espaço de tempo. Ou seja, nas terças e quintas-feiras são dias de visita médica. Nesses dias, é feita uma lista de pacientes a serem visitados seguindo a escala, mas geralmente há a necessidade de substituir um(ns) paciente(s) dessa lista por outro que demanda atendimento médico. Para tentar equilibrar essa rotina, tenta-se “encaixar” o paciente substituído nos próximos dias

de visita. Ressalta-se que estas visitas acontecem de forma interdisciplinar, ou seja, o médico sempre é acompanhado pela enfermeira e outro membro da equipe.

Em sua rotina diária, os atendimentos prosseguem com as visitas diárias da enfermeira que realiza os curativos, aplicação de soro mediante prescrição médica, troca e higienização de cânula de traqueostomia, troca e higienização de bolsa de colostomia, troca e higienização de sondas, aferição de pressão, dentre outras demandas de sua área de atuação.

Nesse contexto, a fisioterapia também é realizada diariamente aos pacientes de modo que cada um seja assistido uma vez por semana, com o objetivo de restituir nos pacientes movimentos e capacidade funcional. Todavia, pondera-se que o ideal seria duas sessões de fisioterapia por semana, mas, para tanto, haveria a necessidade de reduzir o número de pacientes da fisioterapeuta, o que irá gerar uma lista de espera por tal demanda. Com exceção dos casos de AVC recentes, os atendimentos são realizados duas vezes por semana, pois as chances de recuperação são maiores. Outra demanda não muito recorrente da fisioterapia é a aspiração de vias aéreas para higiene brônquica.

A atuação da farmacêutica se dá pela coleta de sangue para a realização de exames em laboratório e dispensação de medicamentos e controle sobre o correto uso pelos pacientes. Dessa forma, orientando-os, quando for o caso, e seus familiares e cuidadores sobre a importância de se seguirem as orientações e horários estabelecidos para melhoria ou diminuição do avanço da doença nos pacientes.

No que se refere à psicologia, o atendimento é realizado a pacientes e/ou familiares que necessitam desse acompanhamento. Convém frisar que há pacientes que, devido ao quadro da doença, estão com os processos cognitivos comprometidos, não tendo resposta ao tratamento da psicoterapia.

Quanto à assistência social no SAD, é realizado o acompanhamento e orientação social, agendamentos e orientações para a solicitação do Benefício de Prestação Continuada (BPC), atendimento multiprofissional e encaminhamento ao CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social, quando o caso assim o demandar. Nesse caso, trata-se de situações de negligência da família ou algum membro contra o paciente, depois de esgotadas as tentativas pela equipe.

Essa rotina visa garantir as “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”. Tem-se em vista, portanto, a desospitalização de pacientes estáveis clinicamente, mas que apresentam limitações para o deslocamento aos serviços de saúde (REVISTA BRASILEIRA DE ATENÇÃO DOMICILIAR, 2018). Dessa forma, a oferta do SAD de Francisco Sá busca atender as suas premissas, uma vez que mantém a integração com a rede de serviços de saúde, a desospitalização dos pacientes aptos aos cuidados no domicílio e oferta e/ou mobiliza a rede para a oferta de dispositivos e insumos de suporte à saúde como luvas, gaze, frascos de nutrição, medicação, cilindro de oxigênio, sondas e veículo para transporte de pacientes quando estes necessitam de atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou consultas especializadas e não dispõem de transporte para tal.

No que tange a consultas especializadas, quando o médico avalia a necessidade de encaminhar o paciente para especialista, cardiologista, neurologista, angiologista a, dentre outros, faz-se o encaminhamento e as consultas marcadas mensalmente junto à Secretaria de Saúde que destina algumas vagas especializadas para o SAD. Da mesma forma ocorre com os exames laboratoriais, ultrassom, tomografia e outros. Dessa forma, o Serviço de Atenção Domiciliar de Francisco Sá vem atendendo aos critérios necessários para a oferta eficaz do serviço.

## **Conclusão**

Frente ao exposto, pode-se concluir que a Atenção Domiciliar oferta inúmeras possibilidades de superação de limites e de inovação na apresentação de propostas em relação ao reconhecimento do domicílio como espaço possível e adequado de cuidados.

Ressalta-se, porém, que segundo as normas do Serviço de Atenção Domiciliar, é desejável que tal serviço esteja disponível 12h por dia, mas em Francisco Sá sua disponibilidade é de 8h/dia, em dias úteis. Outra ressalva concerne ao profissional Farmacêutico que, pelo fato de estar lotado em outro setor do município, tem disponibilidade de estar no SAD apenas um dia por semana, tendo sua periodicidade de visitas aos pacientes mais espaçada.

Contudo, é possível verificar no município que os encaminhamentos ao SAD advêm predominantemente das Unidades de Saúde, o que leva ao

entendimento de que o hospital realiza a alta ao paciente e após a Unidade de Saúde de referência desse paciente o encaminha ao SAD. Infere-se, pois, que talvez haja o desconhecimento desse Serviço por parte de alguns médicos. Necessita-se, portanto, de maior interação entre Serviço de Atenção Domiciliar e corpo médico do município.

Todavia, o referido serviço demonstra sua efetividade no processo de desospitalização, pois assume assistência domiciliar, já que proporciona segurança aos familiares e pacientes encaminhados pelo Hospital e das Unidades de Saúde. Destas quando elegíveis para o SAD, pois tal Serviço busca atender as propostas e diretrizes estabelecidas pelo Programa Melhor em Casa.

Mediante ao que foi apurado, é possível verificar que o Serviço de Atenção Domiciliar garante a efetiva desospitalização dos pacientes, haja vista que proporciona segurança aos familiares e cuidadores mediante redução das intercorrências clínicas dos pacientes assistidos. Dessa forma, refuta-se a hipótese anteriormente apresentada, pois o SAD garante a efetividade do serviço para o qual foi implantado, sendo importante aos pacientes assistidos ao facilitar o acesso aos serviços da rede. Apresenta-se, portanto, potencial de qualificação do cuidado ao dispor dispositivos e estrutura organizacional que contribuem para a assistência aos pacientes com intervenção junto à rede de Atenção à Saúde.

## Referências

<b>Consultas em exemplares impressos</b>	
<b>LIVROS</b>	<p>MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. <b>Pesquisa Social: teoria, método e criatividade</b> – Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.</p> <p>TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. <b>Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.</b> – São Paulo: Atlas, 1987.</p> <p>GONÇALVES, Márcio Augusto. <b>Organização e funcionamento do SUS</b> – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014.</p>
<b>CONSULTAS NA INTERNET</b>	
<b>MONOGRAFIA</b>	<p>BONOMI, Daniella Oliveira. <b>A viabilidade do Home Care como ferramenta na promoção da saúde.</b> Universidade Gama Filho - Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <a href="https://pt.scribd.com/document/56656857/Artigo-Sobre-Home-Care">https://pt.scribd.com/document/56656857/Artigo-Sobre-Home-Care</a>. Acesso: 27/07/2018.</p> <p>SCHMIDT Cristine. <b>Atenção Domiciliar em Saúde: uma discussão a partir do programa melhor em casa e suas repercussões para as famílias.</b> FLORIANÓPOLIS 2013. Disponível em: &lt;<a href="http://nisfaps.paginas.ufsc.br/files/2014/09/TCC-CRISTINE-SCHMIDT_aten%C3%A7%C3%A3o-domiciliar-em-sa%C3%BAde-2013_2.pdf">http://nisfaps.paginas.ufsc.br/files/2014/09/TCC-CRISTINE-SCHMIDT_aten%C3%A7%C3%A3o-domiciliar-em-sa%C3%BAde-2013_2.pdf</a>&gt;. Acesso: 10/07/2018.</p>
<b>ARTIGO</b>	<p>SILVA Kênia Lara; SENA Roseni Rosângela; FEUERWERKER Laura Camargo Macruz; SOUZA Caroline Gomes de; SILVA Paloma Moraes; RODRIGUES Andreza Trevenzoli. <b>O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar</b> [online]. 2008. Disponível em: &lt;<a href="http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/11.pdf">http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/11.pdf</a>&gt;. ACESSO: 03/07/2018.</p>
<b>CADERNOS</b>	<p>BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. 1ª ed. Brasília - DF: 2011d. <b>Coleção Para Entender a Gestão do SUS.</b></p> <p>_____. Ministério da Saúde. <b>Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar</b> / Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.</p> <p>_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.</p>

	<p>Departamento de Atenção Básica. <b>Caderno de atenção domiciliar</b> / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.</p> <p>LOPES, José Mauro Ceratti; SOUSA, Aline Iara de. <b>A gestão do cuidado na Atenção Domiciliar</b> – Porto Alegre   RS UFCSPA – 2015.</p>
<b>REVISTAS</b>	<p>GUIZARDI, Francini Lube; CAVALCANTI, Felipe de Oliveira. <i>A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS</i>. <b>Interface Comunicação Saúde Educação</b> [online]. 2010, vol.14, n.34, p. 633 - 646. Disponível em: &lt;<a href="http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1210">http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1210</a>&gt;. Acesso: 05/07/2018.</p> <p>Revista Brasileira de Atenção Domiciliar. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar. Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar – <b>NADI</b>. Holambra: Editora Setembro, SP, n. IV, 2018. Disponível em: &lt;<a href="http://www.ciad.com.br">www.ciad.com.br</a>&gt;. Acesso: 09/08/2018.</p> <p>SILVA, Rogério Nazário da; SERRALVO, Flávia Silveira. <b>GESTÃO EM SAÚDE E SAÚDE PÚBLICA REVISTA INTERAÇÃO</b>. Ano III - número 2 - 2º semestre de 2009. Disponível em: &lt;<a href="http://vemprafam.com.br/wp-content/uploads/2016/11/3_Gestao-de-saude-e-saude-publica.pdf">http://vemprafam.com.br/wp-content/uploads/2016/11/3_Gestao-de-saude-e-saude-publica.pdf</a>&gt;. Acesso: 09/08/2018.</p>
<b>LEIS</b>	<p>BRASIL. <b>Constituição da República Federativa</b>, Brasília - DF: Senado. 1988.</p>
<b>PORTARIAS</b>	<p>BRASIL. GABINETE DO MINISTRO. Portaria Nº 2.527 de 27 de outubro de 2011 - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2011.</p> <p>_____. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012 – Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>_____. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>_____. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 – Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.</p>