

ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Angélica Mônica ANDRADE^a, Maria José Menezes BRITO^b, Kênia Lara SILVA^c,
Lívia Cozer MONTENEGRO^d, Beatriz Santana CAÇADOR^e, Letícia Fernanda de Cota FREITAS^f

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso qualitativo, cujo objetivo foi compreender a organização da rede de atenção à saúde na perspectiva de profissionais que atuam na atenção domiciliar. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas, com roteiro semiestruturado, com sete profissionais que trabalham na atenção domiciliar. Por meio da análise de conteúdo, foi possível identificar as seguintes categorias empíricas: Percepção dos profissionais da atenção domiciliar sobre seu trabalho no contexto da rede de atenção à saúde; Dificuldades para a articulação do Programa de Atenção Domiciliar com os outros serviços da rede; e Oportunidades para a articulação entre os serviços de saúde a partir do Programa de Atenção Domiciliar. Conclui-se que o trabalho desenvolvido no Programa de Atenção Domiciliar possui interface com outros pontos da rede de atenção à saúde, sendo considerado significativo para se efetivar os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde.

Descritores: Assistência integral à saúde. Integração de sistemas. Serviços de assistência domiciliar.

RESUMEN

Se trata de un estudio de caso cualitativo con el objetivo de analizar cómo se organiza el sistema de salud desde la perspectiva de los profesionales de atención domiciliar. La recogida de datos fue realizada en entrevistas semiestructuradas con siete profesionales de atención domiciliar. El análisis de contenido reveló las siguientes categorías empíricas: Percepción de los profesionales de atención domiciliar sobre su trabajo en el sistema de atención de la salud; Dificultades para articular el Programa de Atención Domiciliar a otros servicios del sistema de salud y Oportunidades para articular el Programa de Atención Domiciliar a otros servicios del sistema de salud. Se concluye que el Programa de Atención Domiciliar tiene interfaz con otros programas del sistema de atención de la salud y que es sumamente importante para poner en práctica los principios del Sistema Único de Salud.

Descriptores: Atención integral de salud. Integración de sistemas. Servicios de atención de salud a domicilio.

Título: Organización de las redes de atención de la salud desde la perspectiva de profesionales de atención domiciliar.

ABSTRACT

The aim of this qualitative case study is to analyze how the health system is organized from the perspective of homecare professionals. Data was collected by means of semi-structured interviews with seven professionals that provide home healthcare services. Content analysis revealed the following empirical categories: Perception of home care professionals in relation to their work and the health system; Difficulties in articulating the Home Care Program with other services of the health system; and, Opportunities to articulate the various health services with the Home Care Program. Results indicate that the work conducted in the Home Care Program significantly interfaces with other health service programs, and is considered important to implement principles of the National Health Service.

Descriptors: Comprehensive health care. Systems integration. Home care services.

Title: Organization of the Health System from the perspective of home care professionals.

a Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais (MG), Brasil.

b Enfermeira, Doutora em Administração, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Aplicada. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

c Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta Departamento de Enfermagem Aplicada. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

d Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

e Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

f Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

O usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) vivencia um cotidiano de incertezas no que concerne o acesso a serviços de saúde. A despeito da diversidade de ações propostas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, nos confrontamos com novas demandas assistenciais de saúde decorrentes, entre outros aspectos, do surgimento de novas patologias, de novos recursos e abordagens terapêuticas. No Brasil, a transição demográfica, epidemiológica e nutricional tem ocasionado o aumento de demanda na área da saúde, o que decorre do rápido envelhecimento populacional acrescido da tripla carga de doenças - doenças infecto-parasitárias e desnutrição; doenças crônicas e causas externas⁽¹⁾.

Deparamo-nos, assim, com a elevação do número de internações hospitalares, superlotação e insuficiência de leitos disponíveis, além do aumento do risco de infecção, acarretando, em conjunto, em sobrecarga do sistema de saúde. Ressalta-se que este cenário traz uma “necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas”⁽²⁾.

A rede de atenção à saúde (RAS) tem se tornando uma importante estratégia para aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita. É por meio de uma RAS que se permite prestar assistência contínua a determinada população no tempo e lugar certos, com o custo e qualidade adequados⁽¹⁾.

Nesta perspectiva, ressalta-se a atenção domiciliar (AD) como “nova” modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com vistas à garantia de continuidade de cuidados e integrada às RAS⁽³⁾.

A AD envolve todos os pontos de atenção à saúde e representa esforços de mudança para a organização dos serviços de saúde no que diz respeito à centralização da assistência ao usuário em espaços de cuidado de seu domínio, pois busca superar o modelo assistencial centrado em cuidados hospitalares, embora se reconheça que esses são imprescindíveis em situações específicas⁽³⁾.

No que concerne às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), a AD é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e deve ser estruturada de forma articulada e integrada à RAS⁽³⁾. A

implantação de Programas de Atenção Domiciliar (PADs) vinculados às UPAs está em franca expansão e se constitui em uma alternativa para atender a pacientes em agudização de algum quadro clínico cuja internação hospitalar seja indicada, mas passível de ser evitada por meio de AD⁽⁴⁾.

Reforça-se que o PAD não tem como premissa a substituição das internações, e sim articulação da RAS. Nesta perspectiva, torna-se necessário que os profissionais que atuam na AD articulem-se para implementar ações que facilitem o acompanhamento e recuperação do estado de saúde dos usuários que necessitem de serviços de urgência, tanto daqueles que já estão institucionalizados tanto daqueles que estão em casa em situações de risco e sem possibilidade de procurar atendimento.

Mediante ao exposto, busca-se neste estudo compreender a organização da rede de atenção à saúde na perspectiva de profissionais que atuam na atenção domiciliar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa. A escolha desta abordagem se deve ao fato de a pesquisa qualitativa ser orientada para análise de casos concretos em sua particularidade temporal e local, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais⁽⁵⁾.

Compondo a rede de atenção à saúde desta capital, salienta-se que os serviços de atenção domiciliar neste município estão distribuídos em diferentes pontos⁽⁴⁾. Existem Programas de Atendimento Domiciliar (PAD) e Programas de Internação domiciliar (PID) em instituições públicas municipais, estaduais, federais e filantrópicas, além de serviços em diferentes instituições privadas e operadoras de planos de saúde⁽⁴⁾. Para fins deste estudo, o cenário foi composto por um Programa de Atenção Domiciliar vinculado a uma Unidade de Pronto Atendimento. Salienta-se que neste município existem oito equipes de PADs distribuídas em oito UPAs existentes em nove distritos sanitários compondo atualmente a rede de atendimento domiciliar público municipal. Ressalta-se, pois, que um Distrito Sanitário deste município não possui UPA, sendo os atendimentos de urgência e emergência realizados em um hospital municipal, onde também existe uma equipe de AD.

O cenário deste estudo, portanto, foi um PAD de uma UPA de uma capital brasileira. Para a inclusão dos sujeitos da pesquisa adotou-se o critério de

totalidade, uma vez que todos os sete profissionais, de diferentes categorias, que compõem duas equipes de AD do cenário do estudo, foram entrevistados. Dos sete, três são enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, um assistente social e um médico.

A coleta de dados ocorreu durante o mês de junho de 2011 por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, cujas questões desencadeadoras foram: “Você sabe o que é rede de atenção? Discorra sobre isso.”, “Como você vê a inserção do PAD na rede?”, “Quais são as atividades desenvolvidas no PAD?”, “Qual é e qual deveria ser a articulação dessas atividades com a UPA?”, “Por que você escolheu trabalhar no PAD?”, “Quais as principais dificuldades você encontra para atuar no PAD?”, “E as facilidades?” e “Você teve algum preparo para trabalhar no PAD? Qual? Foi relevante?”.

As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁶⁾. A análise dos dados foi orientada pela análise de conteúdo temática, realizada, portanto, em torno de três pólos cronológicos sendo eles: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados⁽⁷⁾.

Ao apresentar os resultados adotou-se o uso de códigos para resguardar a confidencialidade dos sujeitos sendo utilizado o código “E” após as citações de falas correspondentes às entrevistas, seguido do número atribuído que a referencia no banco de dados da pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do município e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (CAAE N° 0057.0.410.203-10).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados permitiu revelar as seguintes categorias empíricas: Percepção dos profissionais da atenção domiciliar sobre seu trabalho no contexto da rede de atenção à saúde; Dificuldades para a articulação do PAD com os outros serviços da rede; e Oportunidades para a articulação entre os serviços de saúde a partir do PAD.

Percepção dos profissionais da atenção domiciliar sobre seu trabalho no contexto da rede de atenção à saúde

Os resultados revelam que os profissionais que atuam no PAD percebem a RAS como uma

configuração necessária para assegurar uma assistência integral e equânime. Segundo os relatos dos participantes, a RAS é algo positivo e importante, descrito como uma ligação entre uma série de órgãos que se ajudam mutuamente:

Quando a gente fala de rede de atenção à saúde a gente já imagina uma série de órgãos, todos ligados e um ajudando o outro. Essa rede tem que funcionar, mas tem que antes de funcionar existir de uma maneira mais efetiva (E3).

O depoimento de E3 enfatiza o entendimento de RAS como uma estratégia para se efetivar o intercâmbio de experiências e conhecimentos entre os diferentes níveis de atenção. Destaca-se que a definição de rede abrange alguns conceitos como cooperação e sinergia voltados para objetivos comuns no trabalho em saúde⁽¹⁾.

Cabe salientar que para a efetivação, integração, articulação e funcionamento da RAS faz-se necessária a superação do atual modelo de atenção à saúde no SUS. Assim, a lógica de organizações hierárquicas rígidas deve ser substituída por redes estruturadas em tessituras flexíveis e abertas de compartilhamentos e interdependências em objetivos, informações, compromissos e resultados⁽¹⁾.

De acordo com alguns depoimentos foi possível identificar um entendimento de RAS fortemente associado à integralidade, haja vista que a assistência à saúde se estabelece em diferentes tipos de serviços para o usuário que, por sua vez, é percebido como um ser biopsíquicosocial:

Eu acho que a rede de atenção à saúde é basicamente atender quem precisa da saúde em todos os âmbitos que envolvem a saúde. Eu não separo a saúde no fator físico só. Acho que a saúde é o fator emocional, é o fator sócio-econômico, são todos os fatores (E4).

Os achados remetem à compreensão da interdependência e complementariedade entre os serviços que compõem a RAS com vistas a garantir a integralidade. Esta é reconhecida como “meio” e “fim” para o desenvolvimento da RAS que remete à integração de serviços. A integralidade só se concretiza mediante reconhecimento da interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população⁽⁸⁾.

Um dos participantes do estudo (E6) descreve a RAS como uma organização do sistema de saúde

que possui “vários braços”, igualmente relevantes, possuindo funções diversificadas e distribuídas proporcionalmente para que não exista acúmulo de papéis:

O Sistema de Saúde tem vários braços e cada um tem o seu papel para não acumular e para ficar um nível organizado. Então, eu acho que em uma rede, pelo próprio nome, a gente já vê. Tudo tem a sua importância, nada é mais importante do que nada. E aí eu acho que o PAD está bem encaixado nessa rede. A rede eu entendo como isso, uma estrutura dividida entre níveis iguais para atender a pessoa em tudo o que ela necessita (E6).

Este depoimento reforça o conceito de RAS como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à saúde de determinada população⁽¹⁾.

Destaca-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada eixo estruturador das RASs⁽¹⁻²⁾. Os participantes do estudo expressam o entendimento da relação do PAD com a APS, bem como com outros setores na conformação da RAS:

[...] eu faço um intercâmbio entre o posto de saúde e o paciente, eu faço o intercâmbio entre o paciente e outros serviços de saúde e assim por diante. Com outros serviços de saúde e extra rede, como por exemplo, Associação {X}. Tem muitos pacientes que a gente consegue doações para os pacientes através da Associação. A gente consegue encaminhar esse paciente para ele receber um passe da prefeitura, para ele andar de ônibus gratuitamente. A gente consegue encaminhar esse paciente para ele colocar uma prótese no serviço de órtese e prótese, a gente consegue restabelecer a saúde do paciente, a gente consegue fazer com que esse paciente tenha uma autoestima, além das coisas que já são preconizadas, do tratamento da infecção que ele tiver ou do agravo de saúde que ele tiver (E3).

Não olho só o paciente que está ligado ao PAD, por exemplo, tem uma pessoa da família que está precisando, um idoso, por exemplo, a gente encaminha para outros locais. Eu consigo cesta básica através da ONG de cuidados prolongados, consigo para eles fraldas. Enfim, a demanda deles maior naquele momento. E faço essa ligação em equipe também, converso o caso e a gente passa para outros órgãos, como é o caso que a gente está levando para o CRAS {Centro de referência da Assistência social}, o NASF {Núcleo de apoio à Saúde da Família} e outras instâncias para ser resolvido, não só com a gente (E4).

Os achados do estudo remetem à necessidade de criação de parcerias intersetoriais e interdisciplinares que propiciam um cuidado integral e resolutivo ao usuário. Revelam, também, a associação da RAS aos princípios doutrinários do SUS de equidade e universalidade, sendo uma estratégia de se oferecer uma saúde irrestrita para as pessoas:

Bom, a rede de atenção à saúde é baseada na equidade, na igualdade que o SUS preconiza e ele oferece o sistema irrestrito para todas as pessoas; uma saúde irrestrita para as pessoas (E5).

Você tem um atendimento mais global do paciente, você consegue atender a todas as necessidades dele porque você está lá no ambiente que ele vive. Então, você tem mais acesso às causas dos problemas dele, você tem mais ferramentas para modificar aquelas causas e aí sim, você melhora a pessoa. Então, eu acho que isso é bem bacana do atendimento domiciliar (E6).

As RASs, na percepção dos sujeitos, são fundamentadas na integração entre os serviços de saúde reforçando as definições para tal organização. Contudo, há que se avançar na integração vertical de diferentes níveis de atenção, na formulação de políticas de saúde vinculada a gestão e trabalho inter-setorial para a atenção a uma população específica no sentido de complementariedade e continuidade da assistência a saúde⁽²⁾.

Dificuldades para a articulação do PAD com os outros serviços da rede

Os resultados do estudo permitiram a identificação da desarticulação do PAD com os demais níveis assistenciais, o que gera o desafio de articulá-lo com a APS.

Os participantes da pesquisa reconhecem as dificuldades de ambos os pontos de atenção (PAD e APS) para construírem estratégias coletivas de trabalho. Em especial, reconhecem os desafios de infraestrutura existente na APS que dificulta a articulação com o PAD:

Para a gente hoje a principal dificuldade é conseguir devolver o paciente para o Centro de Saúde. O Centro alega que não tem carro para fazer a visita ou que o lugar está muito perigoso. Eu acho que hoje a dificuldade maior é da gente conseguir fazer essa ponte até o posto, está sendo muito difícil retornar esse vínculo para o posto (E2).

[...] tem uma série de dificuldades que a gente já sabe, como carro, equipe em menor número, essas questões todas (E5).

Observa-se que alguns entraves estão relacionados à articulação do PAD com a rede municipal de saúde e possuem relação direta com a disponibilidade de transporte, equipamentos e profissionais para que ocorra a continuidade do cuidado nas unidades de APS⁽⁴⁾.

Ademais, verifica-se a falta de normatização e regulamentação a fim de se definir fluxos de acesso e de continuidade da assistência^(4,9). Sobre tal aspecto, indica-se o desconhecimento sobre a localização e vinculação do PAD na estruturação dos serviços de saúde no município:

[...] O PAD, ao contrário do que todo mundo pensa, ele é da atenção secundária, ele é ligado à UPA e não a uma Atenção Primária para fazer atenção domiciliar. Então, a gente tem o PSF {Programa de Saúde da Família}, dentro das funções do PSF temos a visita domiciliar [...]. E o PAD, a inserção dele é a seguinte, ele é um apoio a UPA, a gente desupaliza, tira esse paciente depois de estabilizado. É como se fosse uma internação domiciliar; a gente reintegra ele no quadro de pacientes do PSF. Só que aí a gente tem esse problema, porque muitos acham que o PAD ele é uma visita domiciliar; só para pacientes crônicos. Outros não conseguem reassumir o paciente, porque a gente já fez um trabalho ali contínuo e eles não vão conseguir dar prosseguimento em razão das dificuldades da equipe (E5).

Reforça-se que a falta de conhecimento sobre o PAD e seu conceito, sua função, inserção nos serviços de saúde e sobre os critérios de admissão de usuário são fatores que dificultam e prejudicam a inserção efetiva de tal programa na RAS. Os profissionais ressaltam que esta situação impede a consolidação de fato do trabalho em rede:

A inserção do PAD, ele ainda, a impressão que eu tenho, que ele não é uma coisa muito bem conhecida. Sabe-se que existe o PAD, mas não se sabe como o PAD trabalha e a quem ele está destinado, a qual tipo de paciente ele está destinado, os preceitos que o paciente tem que ter para ele ser inserido no PAD. E a rede de um modo geral não conhece como precisa ser conhecido, até para usufruir melhor da gente (E3).

Então, a inserção do PAD ainda é um pouco complicada, o papel do PAD ainda é muito pouco definido em relação ao PSF. Mas não pela definição propriamente dita, mas pela concepção que as pessoas têm em relação ao PAD, elas ainda não entendem muito bem o que é o PAD e sua função (E5).

A inserção do PAD na rede ela ainda não está adequada. Eu acho que muito é por falta de informação mesmo. Então, assim, o posto de saúde não entende como é o trabalho do PAD, nas UPAs, nos hospitais, eles também não entendem o que é o trabalho do PAD. Então, acaba que o PAD não está totalmente inserido, mas mais por falta de conhecimento. Porque o PAD é como todos os outros, ele tem um lugar muito específico dele, que se as pessoas soubessem utilizar ia ser excelente para a população (E6).

No que tange ao desconhecimento do processo de trabalho do PAD, cabe mencionar aspectos referentes aos fatores relacionados à macropolítica como a organização e gestão dos serviços de saúde. Ressalta-se o princípio organizacional de descentralização definido e estabelecido pelo SUS em que os estados e municípios possuem “autonomia política, administrativa e financeira”⁽¹⁰⁾. O processo de tomada de decisão é realizado de acordo com as necessidades e prioridades em um âmbito local.

Salienta-se que “o significado e o potencial da atenção domiciliar como alternativa de organização do cuidado não são bem compreendidos ou amplamente conhecidos” apontando para a necessidade de construção de uma rede pautada na complementariedade e interdependência entre os diferentes pontos da rede⁽¹²⁾. A desarticulação entre os serviços de saúde dificultam a “complementariedade das ações e a integralidade da atenção”⁽¹³⁾.

O depoimento de E6 traz à tona a necessidade de integração com os hospitais. Este fato ocorre devido a dificuldade para readmissão hospitalar existente, a insuficiência de estratégias de apoio e continuidade para o cuidado e problemas relativos aos sistemas de referência e contrarreferência⁽¹⁴⁾.

Acredita-se que ainda são necessárias estratégias que possibilitem a minimização ou superação das dificuldades enfrentadas para a concretização da RAS e da integralidade em saúde, tendo em vista a necessidade de continuidade e responsabilização assistencial. Destaca-se, pois, a necessidade de se ampliar e qualificar a comunicação e os sistemas de informação entre a atenção primária à saúde, em especial, e os serviços de AD.

Para além da necessidade de articulação entre os profissionais é preciso ter clara a definição de papéis dos diferentes serviços que compõem a RAS⁽¹⁰⁾. No que diz respeito ao PAD vislumbra-se que, dada a diversidade de possibilidades desta modalidade de atenção, seu entendimento na rede é mais complexo, uma vez que a organização do seu conjunto tecnológico vai depender da sua interface com os

diferentes serviços. Assim, quando organizado sob a lógica de atendimento domiciliar, tende a maior proximidade com os serviços de atenção primária; quando organizados para internação domiciliar tende a maior articulação com os serviços hospitalares.

A articulação do PAD com os demais serviços é reforçada por um dos fundamentos das RASs no qual destaca-se a integração vertical que consiste na articulação de diversos serviços de saúde que sejam responsáveis por ações de natureza diferenciada e, sobretudo, complementar. Só assim será possível a resolutividade e qualidade no processo de trabalho em saúde⁽²⁾. Neste sentido, destaca-se que o “desafio do sistema público brasileiro está em integrar a AD com os outros pontos de atenção à saúde do sistema, incluindo as equipes de saúde da família”⁽¹⁵⁾.

Oportunidades para a articulação entre os serviços de saúde a partir do PAD

A análise dos dados propiciou a identificação de elementos que apontam para as possibilidades de avanços da RAS a partir do PAD, dentre os quais destacam-se o encaminhamento responsável do usuário e a educação permanente em saúde, conforme exemplificado:

Olha, a primeira coisa eu acho para ter melhorias seria orientar em nível de atenção primária, seria muito interessante realmente que as pessoas soubessem que o PAD não vem para suprir a visita domiciliar do PSF (E5).

O PAD está inserido na UPA, com o objetivo de retirar esse paciente da UPA que tem condições, que preenche critérios e ele mantém essa interligação com as outras faces do sistema. Então, com a atenção primária a gente sempre procura interagir, especialmente porque muitas vezes precisa do centro de saúde por algum motivo, para acionar algum outro órgão em favor do paciente. A gente faz esse contato também no momento de alta do paciente, que é um encaminhamento responsável, a gente procura sempre estar em contato com o centro de saúde. Muitas vezes a gente precisa do ACS {Agente Comunitário de Saúde} para nos conduzir até a residência, porque a gente frequenta muita área de risco. [...] muitas vezes retornar com esse paciente para a UPA ou para o sistema hospitalar se o paciente saiu de hospital ou passou por uma cirurgia. Então, o PAD, ele não trabalha isoladamente, ele está dentro do sistema e ele sempre interage e se comunica com todas as partes desse sistema (E7).

Conforme os resultados obtidos, enfatiza-se que o trabalho dos profissionais do PAD é otimizado

por meio de uma articulação com outros pontos de atenção com destaque para a APS, o que requer a superação da desresponsabilização e da articulação pontual, caso a caso por uma nova possibilidade de trabalho integrado com definição clara de papéis de cada serviço na continuidade do cuidado⁽⁴⁾.

É possível vislumbrar uma fragilidade no contexto de RAS referente ao conhecimento sobre a prática profissional na AD. Nesse sentido, E5 ressalta que a orientação sobre tais práticas para a APS seria um ponto importante para possibilitar a articulação entre os serviços.

Além disso, o depoimento de E7 aponta para o fato de o procedimento de alta do cuidado domiciliar ser um importante elemento que demanda a integração efetiva entre o PAD e a APS. Existe, pois, uma gama de necessidades de cuidados especializados pelos usuários do SUS após a alta que não se incluem como objeto de trabalho do enfermeiro da atenção primária, ficando o usuário a mercê da assistência de enfermagem de nível secundário⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Nesse sentido, as necessidades de cuidados de enfermagem após a alta, quando não atendidas, acarretam agravamento do estado de saúde, outras internações que causam sofrimento ao usuário e a sua família e, além da sobrecarga emocional, sobrecarga ao sistema de saúde. Reforça-se, assim, a relevância de um trabalho conjunto, complementar e solidário entre os diferentes serviços de saúde dentro de uma perspectiva da continuidade do cuidado⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou identificar, segundo a perspectiva dos profissionais de saúde que atuam no PAD, que o trabalho desenvolvido neste cenário possui interface com outros pontos da RAS, sendo considerado significativo para se efetivar os princípios doutrinários do SUS. Ademais, foi possível conhecer as dificuldades e oportunidades que permeiam a construção de um trabalho em rede. Entre as dificuldades destaca-se principalmente o desconhecimento predominante do papel do PAD, demonstrando a necessidade de superação da atuação fragmentada no âmbito do sistema de saúde. É importante ressaltar a necessidade de construção e divulgação de saberes a respeito das atividades desenvolvidas e que podem ser implementadas pelos profissionais do PAD.

No que diz respeito às possibilidades de avanços da rede de atenção foi revelada neste estudo a

articulação efetiva do PAD com a APS, porém com necessidade de melhoria nos quesitos capacitação e compartilhamento de informações para atingir uma real atuação em rede.

Cabe salientar que os objetivos do estudo foram alcançados, tendo sido apropriada a abordagem metodológica adotada. Ressalta-se a necessidade de mais estudos abordando as práticas cotidianas de profissionais que atuam nos PADs, em especial, àquelas relacionadas à articulação, comunicação e integração entre os diferentes serviços existentes.

REFERÊNCIAS

- 1 Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Rev Méd Minas Gerais. 2008;18(4 Supl 4):S3-11.
- 2 Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010: estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2010.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2527, de 27 de outubro de 2011: redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2011.
- 4 Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo technoassistencial. Rev Saúde Pública. 2010;44(1):166-76.
- 5 Mazzotti AJA. Usos e abusos dos estudos de caso. Cad Pesqui. 2006;36(129):637-51.
- 6 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 1996.
- 7 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
- 8 Linard AG, Castro MM, Cruz AKL. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(3):546-53.
- 9 Sena RR, Seixas CT, Silva KL, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS no Município de Belo Horizonte. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2007.
- 10 Martins SK. Diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde: contribuições da enfermeira [dissertação]. Curitiba(PR): Universidade Federal do Paraná; 2006.
- 11 Carvalho LC, Chagas MS, Pontes AL. A atenção domiciliar no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
- 12 Feuerwerker L. Atenção domiciliar no município de Londrina. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
- 13 Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no SUS. Rev Saúde Pública 2005;39(3):391-7.
- 14 Rabello CAFG, Rodrigues PHA. Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(2):379-88.
- 15 Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
- 16 Castro EAB, Camargo Júnior KR. Por uma etnografia dos cuidados de saúde após a alta hospitalar. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(Supl 2):2075-88.
- 17 Silva RVGO, Ramos FRS. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(2):309-15.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Angélica Mônica Andrade
Av. Cristiano Guimarães, 174, ap. 904, Planalto
31720-300, Belo Horizonte, MG
E-mail: angelicamonica.andrade@gmail.com

Recebido em: 07.12.2011
Aprovado em: 06.02.2013