

Função e atuação do serviço de atendimento domiciliar na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde

Function and performance of the Home care service from the perspective of Primary Health Care professionals

Función y desempeño del Servicio de atención domiciliar desde la perspectiva de los profesionales de Atención Primaria de Salud

Ana Cláudia Búrigo Lima¹ , Diego Floriano de Souza² , Fabiane Ferraz³ , Amanda Castro³ , Jacks Soratto³ 

¹Secretaria Municipal de Saúde de Içara – Içara (SC), Brasil.

²Secretaria Municipal de Saúde de Rincão – Rincão (SC), Brasil.

³Universidade do Extremo Sul Catarinense – Criciúma (SC), Brasil.

Resumo

Introdução: O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e urgência e visa fortalecer a integralidade da atenção à saúde, pois assume papel importante na formação de novas estratégias de cuidado na modalidade de atenção complementar e substitutiva. **Objetivo:** Caracterizar a função e atuação do SAD na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do extremo sul catarinense. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratório, realizada com 14 profissionais que atuaram antes da implantação do SAD e continuam trabalhando em equipes de Saúde da Família do município de Araranguá/SC. O processo de análise ocorreu pela técnica de análise de conteúdo, com auxílio do *software* para análise de dados qualitativos Atlas.ti. **Resultados:** A atuação do SAD restringe-se à prestação do cuidado no domicílio; à realização de trabalho multiprofissional; a pacientes acamados como foco da assistência; à equipe de referência para prestação do cuidado. Com relação à função do SAD, ela associa-se ao apoio às equipes de Saúde da Família; ao auxílio para a efetivação da integralidade do cuidado; ao incentivo à desospitalização; à melhoria na qualidade de vida; e à ampliação do acesso ao serviço de saúde. **Conclusão:** A atuação do SAD representa um serviço mais próximo da população acamada e é realizado por equipe de referência multiprofissional. Sua função vincula-se à melhoria da assistência e à ampliação da garantia do direito à saúde.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Serviços de assistência domiciliar; Atenção primária à saúde; Saúde pública.

Autor correspondente:

Jacks Soratto

E-mail: jacks@unesc.net

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

CAAE 16037019.3.0000.0119.

Procedência: não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 22/03/2021.

Aprovado em: 21/10/2022.

Como citar: Lima ACB, Souza DF, Ferraz F, Castro A, Soratto J. Função e atuação do serviço de atendimento domiciliar na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):3003. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3003](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3003)



Abstract

Introduction: The Home Care Service (HCS) is a complementary service to the care provided in basic and basic care and aims to intensify the integrality of training, as it plays an important role in the prevention of new care in the form of complementary and substitutive care. **Objective:** To identify how the HCS work process occurs from the perspective of primary health care professionals in a municipality in the extreme south of Santa Catarina. **Methods:** This is a qualitative research, of the descriptive-exploratory type, carried out with 14 professionals who work before the implementation of HCS and continue to work in Family Health teams in the municipality. The analysis process emerged through the content analysis technique, with the help of Atlas.ti qualitative data analysis software. **Results:** HCS's role is restricted to providing care at home; carrying out multi-professional work; bedridden patients as the focus of care; reference team to provide care. In relation to the role of the HCS, the Family Health teams are associated with support; in helping to carry out comprehensive care; encouraging no hospitalization; improvement in quality of life; and access to health services. **Conclusions:** HCS's performance represents a service closer to the bedridden population, performed by a multiprofessional reference team. And its function linked the improvement of care and guarantee of the right to health.

Keywords: Home nursing; Home care services; Primary health care; Public health.

Resumen

Introducción: El Servicio de Atención Domiciliar (SAC) es un servicio complementario a la atención prestada en la atención básica y básica y tiene como objetivo intensificar la integralidad de la formación, ya que juega un papel importante en la prevención de nuevos cuidados en forma de complementos y sustitutivos. cuidado. **Objetivo:** Analizar cómo ocurre el proceso de trabajo del SAC en la perspectiva de los profesionales de la atención primaria de salud en un municipio del extremo sur de Santa Catarina. **Métodos:** Se trata de una investigación cualitativa, de tipo descriptiva-exploratoria, realizada con 14 profesionales que actúan antes de la implantación del SAC y continúan actuando en los equipos de Salud de la Familia del municipio. El proceso de análisis surgió a través de la técnica de análisis de contenido, con la ayuda del software de análisis de datos cualitativos Atlas.ti. **Resultados:** El papel de SAC se restringe a brindar atención en el hogar; realización de trabajos multiprofesionales; pacientes encamados como foco de atención; equipo de referencia para brindar atención. En relación al papel de la SAC, los equipos de Salud de la Familia están asociados al apoyo; en ayudar a llevar a cabo una atención integral; alentar la no hospitalización; mejora en la calidad de vida; y el acceso a los servicios de salud. **Conclusiones:** La actuación de SAC representa un servicio más cercano a la población encamada, realizado por un equipo de referencia multiprofesional. Y su función vinculada a la mejora de la atención y garantía del derecho a la salud.

Palabras clave: Atención domiciliar de salud; Servicios de atención de salud a domicilio; Atención primaria de salud; Salud pública.

INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta acelerado crescimento no número de idosos,¹ avançando ainda mais na mudança do perfil demográfico² — situação que, no decorrer dos próximos anos, levará o país à conjuntura de sexta maior população de pessoas com mais de 60 anos no planeta.¹

Assim, a Atenção Domiciliar (AD) assume importante papel no que tange à formação de novas estratégias de cuidado. Para o Ministério da Saúde, a AD deve ser compreendida como forma de atenção à saúde, oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS).^{3,4}

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço complementar da atenção básica e da rede de urgência, que se materializa por meio de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Como um dos pontos da RAS, sua efetivação requer maior articulação com os serviços hospitalares, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre outros setores e serviços ligados ao processo de cuidado e de desospitalização da população.⁵

Nesse sentido, para o desenvolvimento da AD, é necessário dialogar e fortalecer ou instituir movimentos intersetoriais para a constituição da equipe e o desenvolvimento do trabalho com diferentes serviços; por exemplo, com o serviço de assistência social no domicílio. Ainda, a dificuldade de trabalhar de modo interprofissional, gerada tanto por conflitos entre diferentes práticas

profissionais quanto pela falta de profissionais habilitados para a gestão do cuidado, interfere na implementação do serviço.^{3,5}

Diante desse cenário, mesmo após a criação das diversas legislações relacionadas à AD no Sistema Único de Saúde (SUS), o presente estudo tem por objetivo caracterizar a função e atuação do SAD na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do extremo sul catarinense.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritivo-exploratório, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Parecer nº 3.481.531.

Este estudo foi realizado em oito UBS com equipes de Saúde da Família (eSF) do Município de Araranguá (SC), o qual possui uma RAS bem estruturada em serviços, sendo o município de referência da região de saúde do extremo sul catarinense.

Participaram do estudo 14 profissionais de saúde (Quadro 1), que foram selecionados levando-se em conta os preceitos das pesquisas qualitativas, a saber: “[...] tipos de pessoas que melhor incrementam a compreensão do pesquisador sobre o fenômeno”⁶. O critério de inclusão foram profissionais de saúde que atuaram antes da implantação do SAD, no ano de 2012, e continuam atuando nas eSF no período da pesquisa.

Quadro 1. Perfil dos participantes do estudo.

Codinome	Profissional	Atuação na eSF (anos)	Titulação máxima
P1	Enfermagem	16	Pós-Graduação
P2	Enfermagem	8,5	Pós-Graduação
P3	Enfermagem	13	Pós-Graduação
P4	Odontologia	7	Graduação
P5	Técnico em Enfermagem	16	Técnico
P6	Medicina	11	Pós-Graduação
P7	Técnico em Saúde Bucal	8	Técnico
P8	Técnico em Enfermagem	18	Técnico
P9	Técnico em Enfermagem	12	Técnico
P10	Odontologia	9	Pós-Graduação
P11	Odontologia	7	Graduação
P12	Enfermagem	14	Mestrado
P13	Enfermagem	16	Pós-Graduação
P14	Técnico em Enfermagem	18,5	Técnico

eSF: equipe de Saúde da Família.

Os dados foram coletados nos meses de novembro e dezembro de 2019, utilizando uma entrevista semiestruturada composta de dois blocos, com nove questões abertas sobre o objeto investigativo e cinco questões fechadas relacionadas ao perfil dos participantes. No trabalho de campo, as entrevistas foram gravadas em formato digital e possuem em média 30 min. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra.

O tratamento dos dados foi conduzido pela análise temática de conteúdo,⁷ conforme Soratto et al.,⁸ com o auxílio do *software* Atlas.ti, e estruturado em três etapas: pré-análise, a qual se iniciou pela leitura exaustiva de todo o material coletado; exploração do material, com a criação de códigos e grupo de códigos com base na seleção de trechos de citações; e tratamento dos resultados e inferência relacionando códigos, citações com achados da literatura.

A discussão dos dados foi alicerçada nos preceitos teóricos do trabalho em saúde. A fim de assegurar os aspectos éticos, os participantes estão expressos nos resultados pela letra P, seguidos de numeral cardinal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo sobre a análise do processo de trabalho do SAD geraram 221 trechos de falas selecionadas e 11 códigos vinculados a duas categorias, a saber: atuação do SAD e função do SAD (Tabela 1).

Tabela 1. Trechos de citações de acordo com as categorias e códigos relacionados à análise do processo de trabalho do Serviço de Atenção Domiciliar em Araranguá (SC), 2019.

Categorias/Códigos	n	%
Atuação do Serviço de Atenção Domiciliar (n=130–58,8%)		
Prestação do cuidado no domicílio	61	46,9
Realização de trabalho multiprofissional	26	20,0
Pacientes acamados como foco da assistência	24	18,5
Equipe de referência para a prestação do cuidado	19	14,6
Função do Serviço de Atenção Domiciliar (n=91–41,2%)		
Apoio à eSF	40	44,0
Auxílio para a efetivação da integralidade do cuidado	20	22,0
Contribuição para a desospitalização	14	15,4
Melhoria na qualidade de vida	11	12,1
Ampliação do acesso ao serviço de saúde	6	6,6

eSF: equipe de Saúde da Família.

Atuação do Serviço de Atenção Domiciliar

Os participantes associaram a atuação do SAD ao significado semântico do próprio nome do serviço, e compreendem como a **realização do cuidado no domicílio**: “[...] *prestar atendimento domiciliar para o paciente porque esse paciente não pode se deslocar a unidade, paciente acamado que tem a dificuldade de se deslocar*” (P3). “[...] *atendimento domiciliar. Ele ajuda a cuidar do paciente que estaria no hospital ocupando um leito, o SAD consegue fornecer esse atendimento em casa*” (P7).

Ainda, a análise dos dados nos permitiu contatar que a compreensão dos participantes sobre a atuação do SAD se estrutura com base na realização de ações como apoio ao familiar, entrega de insumos e equipamentos, realização de procedimentos. Eles referem-se ao SAD como uma equipe de referência para usuários que necessitam de cuidado domiciliar mais efetivo, apresentando maior dependência de acompanhamento técnico especializado.

As finalidades do SAD expressas pelos participantes estão em consonância com o encontrado na literatura,⁹ em que os programas de atenção domiciliar se orientam para a desospitalização, diminuição de custos, prevenção de riscos e humanização da assistência. Ainda, o Ministério da Saúde descreve a atenção domiciliar como uma “modalidade de atenção complementar, 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”⁵. Dessa forma, as relações estabelecidas no domicílio tendem a humanizar o cuidado, colocando o usuário no lugar mais de sujeito do processo e menos de objeto de intervenção.³

Os participantes também ressaltaram que **a atuação do SAD ocorre de forma multiprofissional**, potencializando ações de cuidado e a melhoria na qualidade de vida dos usuários e familiares. Contudo, mesmo com essa percepção, alguns depoimentos ainda reforçam a presença do médico como o profissional que possibilita maior segurança na atenção ao paciente, como podemos observar no relato:

“[...]o SAD trabalha com uma equipe com vários profissionais, isso é bem importante para a família e paciente que precisa. Já que tem a equipe multidisciplinar deixam a família mais orientada. Precisou do médico, o médico está lá e a família fica bem mais segura” (P14).

A composição multiprofissional da equipe do SAD, além de promover melhor qualidade de vida aos usuários atendidos, também apresenta movimentos de cuidados direcionados aos familiares e cuidadores. O vínculo construído entre eles e a equipe do SAD impacta diretamente a qualidade do cuidado prestado aos usuários.

Ainda como atuação do SAD, foi apontado que sua composição seguiu as exigências do Ministério da Saúde de configuração multiprofissional nas equipes. Isso porque, segundo portaria específica,⁵ as equipes poderão ser compostas de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais.

Quanto à atuação das equipes multiprofissionais de saúde, elas devem atuar com base em práticas colaborativas, planejando e articulando ações que atendam às necessidades dos usuários e comunidade, conforme a lógica da integralidade. Tais práticas devem ter como principais apostas a comunicação e a cooperação, pautadas no diálogo, por meio de uma rede de conversação entre os profissionais da equipe multiprofissional, permitindo assim que os profissionais reconheçam o trabalho do outro e compartilhem objetivos e interesses em comum, a fim de construir planos de cuidados ainda mais integrados.¹⁰

Desse modo, o trabalho das equipes multiprofissionais vem com o intuito de assegurar e intensificar a construção da integralidade do cuidado, por meio da organização do fazer profissional coletivo e multiprofissional, do processo de trabalho e da política pública em saúde; isso, com um sistema de cooperação entre os sujeitos, o qual visa superar a visão reducionista de que a saúde pode ser proporcionada apenas pela ação de um profissional.¹¹

Os relatos também demonstram que a atuação do SAD está mais voltada para usuários acamados, domiciliados e portadores de doenças crônicas, que demandam cuidado integral, como podemos observar no relato: *“[...] São pacientes, no caso, acamados, que necessitam de um cuidador 24 horas, que às vezes é o familiar” (P2).* *“[...] São os acamados com traqueostomia, algum curativo, principalmente quem tem traqueostomia, bolsa de colostomia, soro, medicação” (P8).*

No que diz respeito ao perfil dos usuários atendidos pelo SAD, os relatos também sinalizam que a atuação deste segue o preconizado pelo Ministério da Saúde, estando direcionada prioritariamente para usuários acamados, domiciliados e portadores de doenças crônicas, que demandam de cuidado integral.

O estudo de Feuerwerker e Merhy¹² descreve o perfil dos usuários em cuidados domiciliares como aqueles em situações de restrição crônica ao leito, ou de uso contínuo de medicamentos, ou de equipamentos como concentradores de oxigênio, sondas e cateteres, usuários em cuidados paliativos, em fechamento de feridas e na recuperação, acamados crônicos, usuários com AIDS, com acompanhamento do desenvolvimento de bebês prematuros, entre outros. Dessa forma, observa-se uma consonância entre o perfil de usuários atendidos pelo SAD na visão dos profissionais da eSF com o estabelecido na literatura.

Os resultados mostram que, para os profissionais de saúde da atenção básica, a equipe do SAD assume o papel de **equipe de referência** no cuidado de determinadas demandas terapêuticas. É o que demonstra o seguinte relato: “[...] O SAD para nós é uma referência de pacientes acamados, pacientes que necessitam de uma atenção maior, pacientes que têm feridas que não cicatrizam” (P13).

“[...] Se usa sonda e tem alguma coisa a mais a gente encaminha para o SAD. Se deu um AVC e precisa de fisioterapia é tudo encaminhado para o SAD, alguns curativos que são muito grandes eles usam as placas que têm disponível, também a gente encaminha para eles” (P7).

Perante os relatos dos participantes, pode-se perceber que a equipe do SAD é compreendida como uma equipe de referência após a alta hospitalar. Em muitos casos, usuários que estão acamados, que são portadores de feridas crônicas ou carregam sequelas de acidente vascular encefálico já saem do hospital com referenciamento para ser atendidos pela equipe do SAD.

A equipe de referência corresponde a uma nova forma de organização que tem por intuito reforçar a atuação multiprofissional, buscando unificar os processos de trabalho.¹³

Dessa forma, a equipe de referência estrutura-se com base em um grupo de profissionais considerados fundamentais para a condução das demandas em saúde de cada área de conhecimento. Esses profissionais são corresponsáveis com a gestão e os usuários pelo cuidado em saúde, de forma a construir planos terapêuticos viáveis e com intervenções compactuadas, conforme a realidade de cada usuário/comunidade.

Uma das ferramentas utilizadas para a efetivação destas propostas está no termo responsabilidade de condução, que se refere à tarefa de encarregar-se da atenção de maneira longitudinal e horizontal.¹³ A equipe de referência responsabiliza-se por criar e oferecer dispositivos que possam facilitar a criação de vínculo entre os profissionais e os usuários, por meio do estabelecimento de uma comunicação efetiva, da troca de saberes, de afetos e de corresponsabilidade entre diferentes atores.¹⁴

Quando esse processo ocorre de forma verticalizada, com divisão de funções e pouco diálogo, há redução do objeto de trabalho e permite-se que ocorra o que se chama de “desresponsabilização”.¹⁴

No Brasil, a eSF é eixo estrutural na assistência no processo saúde-doença da população assistida.¹⁵ A UBS com eSF é uma proposta inovadora, estabeleceu-se com um projeto dinamizador do SUS que buscou reformar os processos de trabalho e as relações interpessoais entre profissionais e usuários, estabelecendo-se como referência no cuidado focado na realidade das famílias atendidas.¹⁵

Logo, ao observar as falas dos profissionais da eSF acerca da atuação dos profissionais do SAD como equipe de referência, pode-se inferir que o serviço pode contribuir para certa desresponsabilização da eSF no cuidado dos usuários acamados, ao assumir atividades que também são de competência

da eSF. Por isso a importância da padronização de fluxos e processos assistenciais para que sejam estabelecidas as competências de cada dispositivo da RAS.

Função do Serviço de Atenção Domiciliar

Os participantes afirmaram que a função do SAD é desempenhar o papel de **apoio à equipe da eSF**, como podemos acompanhar nos relatos a seguir: “[...] *Os pacientes que eles atendem seriam pacientes nossos, só que temos uma grande demanda de pacientes na unidade, e seriam pacientes que a gente teria que ir todos os dias e ia tomar bastante tempo*” (P7). “[...] *Um auxílio bem importante para as enfermeiras, para o pessoal da unidade. Uma ajuda muito importante, porque quando a gente tem alguém acamado temos milhões de dúvidas e não nos preparamos para isso e eles estão preparados*” (P9).

Os trechos sinalizam o quanto a eSF não está preparada para dar conta dos casos mais complexos, seja por falta de formação profissional, seja por falta de insumos, tempo etc. Não obstante, sabe-se que o SAD é um dispositivo que integra RAS,¹⁶ que por sua vez é uma ferramenta no aperfeiçoamento do papel político-institucional do SUS, com vistas a garantir ao indivíduo as ações e serviços de que precisa. Com a RAS, é possível fornecer assistência contínua a determinada população no tempo e lugar certos, com o custo e qualidade adequados.¹⁷

A AD abrange práticas voltadas à humanização do cuidado e à redução de complicações.¹⁶ Nesse sentido, o SAD caracteriza-se como parte integrante da RAS,³ bem como as eSF.⁴

O estabelecimento da RAS está pautado na integração dos serviços de saúde e na interdependência dos diferentes atores e organizações, entendendo que nenhum serviço dispõe da totalidade de recursos e competências necessária para a resolução das demandas de saúde da população em seus diversos ciclos de vida.¹⁶

Dessa forma, a interação entre o SAD e as eSF apresenta-se como fator decisivo para garantir a assistência mais resolutiva e de qualidade aos usuários. Observa-se, pela ótica dos profissionais da eSF, que há integração entre esses dois pontos da RAS, havendo apoio mútuo.

O SAD também é compreendido como uma ferramenta muito importante para a **integralidade do cuidado em saúde**. Como podemos observar nos relatos:

“[...] Porque o SAD faz um tratamento integral” (P6).

“[...] Eles têm o carro para ir no horário que o paciente precisar para nós é mais difícil porque a gente não tem um carro disponível aqui” (P7).

“[...] Às vezes a gente tem o nosso paciente que precisa de fono, e com a gente demora e a fisioterapia demora um pouquinho mais, lá não. A recuperação deles é melhor e qualquer momento que o paciente precisa eles estão ali à disposição, o médico vai junto, enfermeiro, vai toda uma equipe” (P1).

Outro aspecto importante sobre a atuação do SAD está na lógica de sua assistência, na busca pela integralidade da atenção, uma vez que se tenta conciliar o emprego de tecnologias leves, leve duras e duras no cuidado do usuário e familiares.

Além disso, o SAD também é compreendido como ferramenta muito importante para a integralidade do cuidado em saúde, que está caracterizado no agir de cada profissional da equipe, em seu trabalho vivo em ato e no emprego de tecnologias no processo do cuidar em saúde.¹⁸

A expressão “integralidade” tem sido utilizada para denominar um dos princípios do SUS, entendido como o ideal que se espera alcançar nas práticas de saúde e no planejamento de modelo assistencial, expressando uma das bandeiras do movimento sanitário.^{16,19}

Nesse sentido, a integralidade é vista como a busca de um olhar integral, ampliado, que objetiva compreender de forma holística o que pode favorecer a saúde, considerando as necessidades dos usuários nos diferentes ciclos da vida. Essa visão de saúde integral exige um acompanhamento longitudinal e horizontal para estabelecer o vínculo e conhecer as necessidades individuais e coletivas. Desse modo, vai muito além de somente verificar demandas de saúde-doença.¹⁶

Além de promover a integralidade, para alguns participantes, outra função do SAD consiste no movimento de **desospitalização**:

[...] Uma assistência mesmo a nível hospitalar, porque o foco do SAD é desospitalizar aquele paciente que precisa de assistência hospitalar, mas que não necessariamente precisa estar dentro do hospital para que possa se reabilitar. O foco principal é a desospitalização (P12).

O foco do SAD está na desospitalização dos usuários, mas não somente; ele também atua para evitar a hospitalização. Em situações críticas, com demandas por assistência profissional complexa, o SAD atua diminuindo o tempo de internação, evitando assim, também, maiores complicações ligadas a essa internação e atuando diretamente na qualidade de vida dos usuários atendidos pela equipe.⁵

Corroborando as falas dos profissionais da eSF, Brito et al.¹⁶ referem que um dos principais objetivos da AD é a desospitalização. Este processo está relacionado à humanização do atendimento, a fim de proporcionar ao sujeito uma reabilitação mais rápida no domicílio.

A saída do hospital está associada à racionalização dos leitos hospitalares, pois, considerando-se os elevados custos com assistência em saúde, tornou-se uma tendência mundial dar prioridade aos leitos hospitalares para doenças agudas ou descompensadas.²⁰ Desse modo, a AD tem como um dos pilares centrais acelerar o processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio.²⁰

Assim, o domicílio passou a ser entendido como espaço de cuidado em saúde, propiciando racionalizar a utilização dos leitos hospitalares e os custos, além de estabelecer uma prática centrada no indivíduo. Com o processo de desospitalização, objetiva-se humanizar o atendimento e o cuidado, assegurar cuidados e insumos mínimos, reduzir internações e prevenir reinternações, aumentar a disponibilização de leitos hospitalares e reduzir custos.²¹

Outro aspecto apontado pelos participantes é a **melhoria na qualidade de vida**, reforçando também a integralidade no cuidado da saúde dos usuários do serviço, como se verifica no trecho: “[...] *E o paciente tem mais qualidade de vida. Para isso que serve a equipe*” (P14).

[...] Geralmente paciente sondado a gente acaba não conseguindo dar o suporte necessário e a tendência era cada vez piorar e, com a equipe do SAD, melhorou muito esse aspecto, demais mesmo, andando e levando uma vida normal e se não fosse por essa equipe acho que a gente não ia conseguir (P13).

Os participantes sublinham que a função do SAD está diretamente ligada à melhoria da qualidade de vida, pois agiliza o atendimento aos usuários, principalmente no aspecto de recuperação de

lesões e sequelas provocadas por acidente vascular encefálico, acidentes de trânsito e portadores de deficiências.

Graças a novas abordagens psicossociais, intensificou-se a preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida, valorizando-se aspectos que vão além do controle de sintomas, da redução da morbimortalidade e do aumento da expectativa de vida.²²

O conceito de qualidade de vida é abrangente e complexo e não representa somente a saúde, mas envolve diferentes abordagens, como a econômica, a psicológica, a biomédica e a geral ou holística.²²

A qualidade de vida pode ser compreendida como a oferta ao sujeito do mínimo de condições para que ele possa desenvolver o máximo de suas habilidades e potencialidades. Esse termo abarca muitos significados, que repercutem conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos em diferentes locais e tempos, representando, portanto, uma construção sociocultural.

O SAD é compreendido como dispositivo de **melhoria do acesso** a bens e serviços de saúde, principalmente para os usuários que encontram dificuldades de deslocamento e/ou apresentam condições de saúde especiais, que demandam maior atenção profissional. É o que podemos observar no relato: “[...] O SAD veio com a proposta para atuar na demanda que a gente tem desses pacientes que têm mais dificuldade no acesso à unidade” (P1).

Assim, na ótica dos profissionais da eSF, é possível verificar que o SAD propiciou a melhoria do acesso aos serviços de saúde, facilitando-o principalmente para usuários com dificuldades de mobilidade e condições de saúde que não permitiriam seu deslocamento até a UBS.

De acordo com Travassos e Martins,²³ a utilização dos serviços de saúde simboliza a essência do funcionamento dos sistemas de saúde, que decorre do contato direto (consultas médicas, hospitalizações) ou indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos). Segundo os autores, o acesso é um conceito complexo e variável. De maneira geral, seria o ato de ingressar e dar entrada no serviço, mas também pode indicar o grau de facilidade com que o indivíduo consegue assistência.

O acesso aos serviços de saúde pode ser influenciado por diferentes determinantes, tais como: características demográficas, geográficas, socioeconômicas, culturais, disponibilidade e quantidade de recursos, entre outros.^{23,24}

CONCLUSÃO

A atuação do SAD vincula-se à prestação da assistência no domicílio, realizada por uma equipe de referência multiprofissional para a prestação dos cuidados, com ênfase especial em pacientes acamados.

No tocante à função do SAD, ela está conectada ao apoio à eSF, com a ampliação do acesso, o auxílio no processo de desospitalização, a melhoria da qualidade de vida e a promoção da integralidade do cuidado.

O SAD é um dos dispositivos das RAS que oportuniza a ampliação da garantia do direito à saúde e colabora para a redução da carga de trabalho das eSF ao assumir algumas ações ou procedimentos que possuem convergência com os executados por profissionais que atuam nas UBS.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ACBL: Administração do projeto, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Validação, Visualização. DFS: Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Validação, Visualização. FF: Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Validação, Visualização, Supervisão. AC: Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Validação, Visualização. JS: Administração do projeto, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Validação, Visualização, Software, Supervisão.

REFERÊNCIAS

- Ribeiro CG, Ferretti F, Sá CA. Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2017; 20(3):330-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160110>
- Engers PB, Rombaldi AJ, Portella EG, Silva MC. Efeitos da prática do método Pilates em idosos: uma revisão sistemática. *Rev Bras Reumatol* 2016;56(4):352-65. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2015.11.003>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 21 set 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. 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. *Diário Oficial da União*. 25 abr 2016.
- Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Soratto J, Pires DEP, Friese S. Thematic content analysis using ATLAS.ti software: potentialities for researchs in health. *Rev Bras Enferm* 2020;73(3):e20190250. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0250>
- 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. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100018>
- Pereira RCA, Rivera FJU, Artmann E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. *Interface* 2013;17(45):327-40. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000006>
- Severo SB, Seminotti N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15(Supl 1):1685-98. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700080>
- 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 Pública* 2008;24(3):180-8.
- Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* 2007;23(2):399-407. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa N, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Rev Esc Enferm USP* 2010;44(4):956-61. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400014>
- Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS, Freitas LFC, Penna CMM. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. *Esc Anna Nery* 2013;17(4):603-10. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20130002>
- Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, Freitas LFC. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm* 2013;23(1):111-17. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200014>
- Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2002. p. 427-32.
- Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública* 2004;20(5):1411-16. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>
- Silva KL, Sena RR, Castro WS. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. *Rev Gaúcha Enferm* 2017;38(4):e67762. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>
- Santana CR, Alves ED. Estudo sobre os limites e possibilidades do programa de internação domiciliar em desospitalizar doentes portadores de doenças crônico degenerativas na regional de saúde do Paranoá. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* 2014;5(1):37-46.
- Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ Fís Esporte* 2012;26(2):241-50. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>
- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004;20(Suppl. 2):S190-S198. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
- Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso a saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260-8.