

# PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR: CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE, ADMISSÃO E DESLIGAMENTO DOS USUÁRIOS

*Data de aceite: 02/05/2023*

**Carmem Rita Sampaio de Sousa**

**RESUMO:** **Objetivo:** descrever as percepções e vivências dos Serviços de Atenção Domiciliar quanto aos critérios de elegibilidade, admissão e desligamento dos usuários. **Métodos:** estudo qualitativo, com 17 gestores e profissionais de saúde dos Serviços de Atenção Domiciliar vinculados aos hospitais estaduais do Ceará. Os dados foram obtidos através de entrevista semiestruturada com os entrevistados, além da observação sistemática e análise de documentos, e a informação transcrita foi submetida à análise de conteúdo temático-categorial. **Resultados:** da análise do discurso dos participantes, emergiram as seguintes categorias e subcategorias: Percepção sobre o cuidado domiciliar; Processo de admissão e os critérios de elegibilidade; Desligamento do paciente do Serviços de Atenção Domiciliar. **Conclusão:** das percepções e vivências dos gestores e profissionais de saúde dos Serviços de Atenção Domiciliar salientam-se que cada um dos serviços tem a sua implementação individualizada de acordo com o perfil assistencial da unidade hospitalar que está

vinculada, e com composição da equipe multiprofissional de acordo com a extensão de atendimento. Os pontos de semelhança na implementação dos serviços avaliados são os critérios de elegibilidade e a dificuldade do desligamento do paciente ao serviço.

**PALAVRAS-CHAVE:** Serviços de Assistência Domiciliar; Assistência Domiciliar; Serviços Hospitalares de Assistência Domiciliar; Políticas Públicas de Saúde; Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

**KEYWORDS:** Home Care Services; Home Nursing ; Home Care Services, Hospital-Based; Health Policy ; Health Services Research.

## INTRODUÇÃO

A prática da assistência domiciliar tem acompanhado a evolução do conhecimento científico, as tecnologias disponíveis e as mudanças socioeconômicas dos diferentes países. O processo de industrialização aliado às descobertas científicas teve repercussões diretas sobre o local e a forma de

prestação dos cuidados aos indivíduos doentes, destacando os hospitais como locais de alta densidade tecnológica e escolha preferencial para os cuidados curativos. Entretanto, o crescente custo das práticas médicas, a mudança no perfil de morbidade e mortalidade e o envelhecimento populacional têm resgatado e valorizado o espaço domiciliar como ambiente terapêutico, numa perspectiva de humanização das práticas de saúde<sup>(1-3)</sup>.

No cenário internacional, aliado ao envelhecimento populacional, e ao o aumento da cronicidade das doenças , a difusão da atenção domiciliar em diversos países segue, paralelamente , aos interesses dos sistemas de saúde, no processo de desospitalização, na rotatividade do leitos hospitalares , na redução dos custos hospitalares e no cuidado individualizado e centrado no paciente<sup>(4-6)</sup>.

No Brasil, os primeiros sistemas de assistência domiciliar foram: o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, organizado para os segurados e beneficiários dos institutos e caixas de aposentadorias e pensões, vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio; e o serviço de atendimento domiciliar criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo em 1967, tendo como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados, e para tanto, foi implantado um tipo restrito de atendimento domiciliar, englobando os cuidados de baixa complexidade clínica<sup>(7-10)</sup>.

A partir de 2006, a assistência domiciliar ganha novo impulso com o advento da Estratégia Saúde da Família , como a estratégia da atenção básica, que propõe uma atenção centrada na família e no território, baseando-se em ações de prevenção das doenças, promoção e assistência à saúde, visando à produção de novos modos de cuidado, a Equipe Saúde da Família propõe a visita domiciliar como instrumento central no processo de trabalho das equipes, garantindo interação da equipe com usuário, conhecimento acerca do ambiente em que está inserido, e proporcionando uma assistência baseada na integralidade<sup>(11-12)</sup>.

O processo de implementação da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde no Brasil está ancorado em diversas normatizações dessa modalidade ao longo dos últimos 30 anos. No total, somam-se 19 portarias que tratam da organização e efetivação de serviços relacionados com a AD: a primeira deliberada em 1998 e a mais recente em 2016. Em 1998, na tentativa de organizar a disposição dos serviços de AD , a Portaria nº 2.416, estabeleceu requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. A partir daí a configuração da AD no SUS foi ocorrendo gradativamente por meio da formulação de portarias subsequentes e complementares.

Outro marco na construção da AD no Brasil foi o lançamento do Programa Melhor em Casa, pelo governo federal, que incorporou a AD ao SUS como um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e, nessa perspectiva, de acordo com a proposição da Portaria nº 1.600, de julho de 2011, deveria estar inserida nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Reestabeleceu normas para cadastro dos SAD e suas respectivas equipes, assim denominadas: Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar

(EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP). Também estabeleceu critérios de habilitação dos estabelecimentos de saúde, como um SAD, aos quais as EMAD e EMAP estariam vinculadas. Em seguida, em 2013, a Portaria nº 963 novamente redefiniu a AD no âmbito do SUS; ganhando nova versão em 2016, a partir da Portaria nº 825 que, além de redefinir a AD no âmbito do SUS, impulsionou a habilitação dos SAD.

Ainda, através das últimas portarias descritas, foram estabelecidos alguns critérios para que os usuários tivessem acesso a essa modalidade de atendimento, e que contempla: os critérios de elegibilidade do quadro clínico, os critérios de admissão e de alta do serviço, a fim de definir o perfil do paciente e a equipe que prestará assistência. E ao realizar a busca pela produção científica sobre o tema de Atenção Domiciliar, pode-se verificar a rica produção, tanto internacional e nacional, no que compete a temática dos cuidadores domiciliares, capacitação e enfrentamento das atividades profissionais que são executadas no ambiente domiciliar e a particularidade desse cuidado em domicílio, garantido a individualidade da assistência.

No entanto, foi evidenciado a diversidade de funcionamento de cada Serviço de Atenção Domiciliar, o que dificultava a determinação dos critérios de inclusão e alta dos usuários, e daí surgiu a pergunta norteadora desse estudo: Como os gestores e profissionais de saúde percebem esses critérios de inclusão e alta dos usuários nos Serviços de Atenção Domiciliar?

Buscando dar continuidade e contribuir com essa discussão no contexto brasileiro, no desenvolvimento desse estudo, foi almejado abordar a Atenção Domiciliar inserida no modelo assistencial, diante da necessidade de responder às novas demandas em saúde e à estruturação, organização e coordenação do cuidado, em especial nos serviços de atenção domiciliares vinculados aos hospitais estaduais do Estado do Ceará. Diante disso, esse estudo objetivou descrever as percepções e vivências dos Serviços de Atenção Domiciliar quanto aos critérios de elegibilidade, admissão e desligamento dos usuários.

## MÉTODOS

O estudo qualitativo, seguindo como referencial teórico-metodológico uma abordagem de análise de conteúdo, uma vez que é uma técnica com intuito de produzir inferências de um texto para seu contexto social de forma objetiva, e foi desenvolvido de acordo com os critérios preconizados pelo Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ) para pesquisa qualitativa.

Foi realizada com 17 gestores e profissionais de saúde dos serviços de atenção domiciliar vinculados aos hospitais estaduais localizados no município de Fortaleza. A escolha desse cenário foi a possibilidade da pluralidade dos serviços, contemplando todas as faixas etárias de usuários e a amplitude do alcance território desse tipo de assistência, permitindo a diversidade na caracterização dos serviços

Os critérios de inclusão adotados foram: ser profissional de saúde ou de gestão do programa e trabalhar no serviço por seis meses, minimamente. Em contrapartida, os critérios de exclusão adotados foram: profissionais e gestores que estavam afastados do trabalho no período da coleta dos dados, ou que não estavam disponíveis para realização da entrevista no momento ofertado as pesquisadoras devido a dinâmica das atividades da assistência.

A coleta dos dados foi efetuada por um dos autores no período de maio a julho de 2018, sendo utilizada a entrevista semiestruturada com os participantes, em profundidade, e orientadas pelas seguintes perguntas: como você descreveria o processo de admissão? Quais as suas percepções a respeito dos critérios de elegibilidade utilizados para traçar o perfil do usuário? Fale-me como você vivencia o processo de desligamento do usuário do serviço de atenção domiciliar. Além dessas questões, o roteiro também contemplou algumas variáveis dos profissionais, a saber: a profissão, o vínculo empregatício, o tempo de atuação.

A captação dos participantes, iniciou-se com o contato prévio por via telefônica com gestor de cada serviço com a finalidade de agendar o encontro presencial e visita ao serviço. No dia agendado, era realizada essa visita de conhecimento do serviço e entrevista com o gestor, que auxiliava no acesso do pesquisador aos profissionais de saúde dos serviços, além de oportunizar a análise documental e a observação sistemática da rotina de trabalho.

Ao se aproximar do objeto de pesquisa, as pesquisadoras evidenciaram que a equipe de profissionais de saúde que contemplavam cada serviço eram muito numerosa, e não teria como abranger todos os profissionais, determinando que deveria ser realizada a entrevista com o gestor do serviço e dois profissionais de cada serviço, que seriam delegados pela gestão do serviço. E no dia agendado para as entrevistas com cada serviço, foi evidenciado também a dificuldade na disponibilidade dos profissionais devido a rotina de suas atividades assistenciais e as cargas horárias.

Para realização das entrevistas individuais em ambiente de escolha dos participantes e com garantia da privacidade. Todas as entrevistas aconteceram no local do trabalho, antes ou após o turno laboral, e tiveram a duração média de 60 minutos, sendo gravadas em arquivos de áudio, com a posterior transcrição das mesmas, sem o uso de qualquer software.

Na visita da pesquisadora aos serviços de Atenção domiciliar, através da técnica de observação sistemática, seguiu-se o roteiro com os seguintes pontos: infra-estrutura do serviço, composição da equipe multiprofissional e dinâmica de trabalho. Durante a realização da observação, a pesquisadora anotava no diário de campo anotações dos pontos do roteiro e contestava as suas observações com os participantes da pesquisa.

Como técnica de análise, adotou-se a análise temática de conteúdo, envolvendo as etapas de: pré-análise, para a sistematização das ideias que emergiram das

entrevistas, seguida da leitura flutuante; exploração e organização do material, para a definição das unidades de registro; e codificação, quando as unidades de significações foram identificadas e agrupadas em conjuntos maiores.

Os resultados foram organizados em grandes temáticas que emergiram das narrativas dos sujeitos: 1- Percepções sobre o cuidado domiciliar; 2- Processo de admissão e os critérios de elegibilidade; 3- Desligamento do paciente do Serviço de Atenção Domiciliar.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos pelo parecer nº 3.520.872/2019 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 17995019.7.0000.5054, segundo as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

## RESULTADOS

Essa pesquisa foi constituída pelos seguintes participantes: ao total, foram 17 entrevistados, sendo 2 gestores exclusivos de atividades gerenciais, 6 gestores que exerciam atividades assistenciais, e 9 profissionais de saúde. Quanto a categoria profissional, participaram 7 enfermeiras, 5 médicas, 2 fisioterapeutas, 2 assistentes social e uma psicóloga.

Por tempo de formação acadêmica, 8 profissionais tinham de 1 a 5 anos de conclusão de graduação, 5 acima de 10 anos de formação, e 4 tinham acima de 20 anos de formação.

Quanto ao tempo em exercício nos serviços de atenção domiciliar foi observado que 3 estavam nos serviços acima de 10 anos, 7 estavam entre 5 anos e 10 anos, 7 estavam a menos de 5 anos nos serviços. A faixa etária dos participantes desse estudo compreendiam de 20-30 anos de idade eram 3 profissionais; 31-40 anos compreendiam 8 profissionais; 41-50 anos compreendiam 4; e entre 51- 70 anos estavam com 2 profissionais.

Entre os entrevistados, foi observado uma composição mista quanto ao regime do vínculo trabalhista, pois havia 5 terceirizados /cooperados, 5 em regime Consolidação das Leis Trabalhistas, e 7 concursados.

## PERCEPÇÕES SOBRE CUIDADO DOMICILIAR

Durante a realização do estudo, pela observação sistemática dinâmica dos Serviços de Atenção Domiciliar e pela evidencia das percepções dos entrevistados, pode-se evidenciar que os principais objetivos que desejavam alcançar com a implantação do cuidado domiciliar, era a rotatividade de leitos, desospitalização com a continuidade de assistência para o domicílio, redução de custos, a individualidade e a humanização do cuidado. Segue relatos: *Temos como finalidade desospitalizar para vagar leitos hospitalares, e em casa, o custo é muito menor e é mais humanizado. (E12). O objetivo de desafogar os leitos, rodiziar e otimizar os leitos hospitalares, então esse foi o discurso. (...)na intenção de desobstruir*

*esse volume de pacientes nos corredores, eles mandavam com certa frequência (E16)*

Na organização do cuidado domiciliar os atores também sinalizavam a grandiosidade, a particularidade de tal assistência, e a contribuição para a excelência e o aprimoramento de suas atividades profissionais: (...) *gosto desse atendimento mais próximo a população, pois é uma experiência nova, onde todos os dias você tem um conhecimento novo do paciente e uma demanda nova, não sendo aquela rotina de ser sempre a mesma coisa (...). (E1). O cuidado domiciliar tem suas particularidades, suas dificuldades e seus encantamentos. Exerço a minha função com muita maestria, e tento fornece o meu apoio, carinho e atenção, pois nesse caso, não é só doente o paciente, a família também se torna doente, pelo comprometimento da saúde de um ente querido, as preocupações exageradas que o cuidado domiciliar possui e a reponsabilidade que cada decisão envolve. (E2).*

Pelas falas dos gestores, a alocação dos profissionais tem se mostrado uma preocupação para a gestão dos recursos humanos nos serviços avaliados, e as decisões quanto ao número, as especializações são influenciadas pelo planejamento estratégico de cada hospital, em que o serviço está inserido. Isso repercute na dinâmica das atividades, dos cuidados, e as demandas do usuário e famílias, por vezes, não são contempladas, tal como se pode constatar pelas seguintes unidades de registro: *Hoje não consigo efetivar um cuidado mais detalhado, pois disponibilizo de apenas uma equipe multiprofissional, onde os profissionais são cedidos um turno para o Serviço de Atenção Domiciliar e o que compromete a eficiência da assistência. Toda equipe não é exclusiva para o Serviço de Atenção Domiciliar (E3). Equipe ainda não é completa, sentimos falta de profissionais como psicólogo, terapeuta ocupacional, e fonoaudiólogos (E16). Não disponibilizamos de assistente social (E13).*

Segundo o relato da entrevistada 11, pode-se perceber que a falta de vínculo empregatício dos profissionais, torna difícil a permanência desses nos serviços, resultando em uma maior rotatividade e quebrando um dos princípios básicos da assistência domiciliar que é o vínculo de confiança, de respeito e até de carinho entre a equipe e usuário/família, além da quebra do plano de cuidados realizado pelo profissional anterior: *Falta de valorização do profissional, o que resulta numa maior rotatividade, comprometendo o acompanhamento. Temos também a dificuldade de encontrar profissionais que tenham o perfil para a atendimento domiciliar, pois o mesmo valor que eles ganham atendendo no hospital, eles ganham atendendo em casa, e por isso muitos preferem ficar no hospital. (E11).*

## **PROCESSO DE ADMISSÃO E OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE**

O processo de admissão dos pacientes nos Serviços de Atenção Domiciliar, observados nos dias de entrevistas constitui um processo individualizado de cada serviço, no entanto com alguns pontos e critérios comuns a todos, descritos a seguir.

Na fala da entrevistada 5, o início do processo de admissão se dá pela seguinte forma: *os pacientes são encaminhados pela equipe assistencial da internação hospitalar, que percebe a presença de necessidades exigindo a continuidade de alguns cuidados para o domicílio. É realizado um relatório por esta equipe, constando a condição clínica do paciente e todas as necessidades de cuidados para o domicílio, para avaliação pela equipe assistencial dos SAD.*

Diante da análise dos discursos a respeito da avaliação inicial para inclusão do pacientes nos SAD, a avaliação médica, de enfermagem e do serviço social foram muito destacadas: (...) *e ao recebermos a solicitação de inclusão, providenciamos uma visita ao leito , que na maioria das vezes é iniciada pela enfermeira, mas também vão visitar o médico e a assistente social. O enfermeiro avalia o perfil , seguindo as dependências (...) (E5). Ao recebermos, realizamos a avaliação previa no leito , conversa com a família, vai ate o domicilio , realizado pela enfermagem e pelo serviço social.( E14). Quando ele chega aqui, a enfermeira vai agilizando dentro do espectro de conhecimento dela , ela vai articulando o restante da equipe que precisa avaliar esse paciente e todo mundo foca no encaminhamento e realizamos a visita ao paciente. Como assistente social, realizo a visita no leito do paciente, o que me permite traduzir para o paciente e família o que é o programa, em linhas básicas e gerais , pois o funcionamento do programa vai sendo aprendido por ele de forma gradual e sistemática , e eles terão a percepção do que é o programa. (E16).*

Nessa avaliação inicial, alguns critérios são relevantes para que a admissão tenha um desfecho positivo com a desospitalização do paciente para seu domicílio. São os chamados critérios de elegibilidade, os fatores de dependência que o paciente possui quanto a cuidados dentro do domicílio, além de condições socioeconômicas, territorial, e familiar que o indivíduo está inserido. No entanto, alguns deles são comuns em diversas experiências, apesar da heterogeneidade e das singularidades locais. Isso segue descrito na fala a seguir: *Os critérios de inclusão são: residir em Fortaleza, possuir cuidador, paciente acamando, sem possibilidade de locomoção para atendimento ambulatorial, ter condições familiares e socioeconômicos, ter acesso seguro para assistência domiciliar, porque diante da violência urbana precisamos estabelecer isso, apresentar estabilidade clínica, sem necessidade de medicação endovenoso e necessitar de cuidados que necessitam de supervisão da equipe, tais como, curativos, dieta enteral, reabilitação, suporte de oxigênio e ventilação mecânica cuidados com ostomias, tratamento cuidados paliativos (E6).*

Diante de quaisquer adversidades a essas condições, o paciente fica impossibilitado de ter a alta hospitalar para o domicílio em acompanhamento dos programas: A única impossibilidade do paciente não ir para casa assistido pelo SAD , e o caso que o paciente não tem condição de energia elétrica, falta de saneamento , com precariedade do ambiente domiciliar, e nos casos em que o paciente não tenha um acompanhante para ser o cuidados principal , tipo ele mora só e família não se responsabilizar pelo seu cuidado. Outro critério para acompanhamento domiciliar pelo SAD é o paciente residir em Fortaleza,

não atendemos áreas metropolitanas. (E1). O que mais impacta na desospitalização do paciente é a condição financeira , que eles não tem como se sustentar , infelizmente o paciente não sai do hospital. O SAD oferta insumos e equipamentos ,mas casa , comida e demais custos é de responsabilidade da família (E5)

## **DESLIGAMENTO DO PACIENTE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

Após o entendido como está desenhado atualmente a implementação do cuidado domiciliar, um ponto que merece destaque é o desligamento dos pacientes dos referidos programas. Foi observado que a população usuária desses programas contempla portadores de doenças crônicas degenerativas, com prognóstico conservador, sem possibilidades de reabilitação, ou de reabilitação parcial, com a dependência de cuidados e de suporte de equipamentos essenciais a vida, e daí surge a inquietação de como ser possível o desligamento desses pacientes do programa que auxilia em sua sobrevivida?

E essa inquietação foi respondida ao constatar que os serviços possuem baixíssimas taxas de desligamento, devido a dependência dos pacientes, a falta de estrutura da Atenção Básica que absorva o contingente de pacientes dependentes dessa assistência. Isso constata que a rotatividade das vagas dos serviços não existe e que a permanência desses pacientes nos programas é até a sua finitude. Diante disso tudo cabe ressaltar a insegurança da família diante do desligamento, gerando conflitos.

Muitos foram as falas que retrataram a dificuldade do desligamento: *As formas de desligamento são através da alta melhorada, óbito e transferência para as Unidades Básicas de Saúde. No entanto não estamos conseguindo transferir para as Unidades Básicas de Saúde, ...pois temos paciente com perfil de alta, perfil para acompanhamento pela atenção básica, daí não conseguimos dar alta para esse paciente porque sabemos que esse paciente vai ficar largado, sem assistência... Essas transferências têm sido motivo de grandes conflitos, onde as Unidades Básicas de Saúde afirmam não ter estrutura para admitir os pacientes., e ainda possuem o posicionamento contra a nossa alta, instigando a família a processar o programa, caso tenham alta (E3). Quanto a alta, temos um grande problema de dar essa alta, porque hoje estamos sem estratégia de saúde da família, ne? São poucas as unidades que prestam serviço na territorialização . O ideal seria nós (SAD) estabilizar o paciente , e retornar a atenção básica para esse acompanhamento, No entanto , não é isso que acontece Em alguns pacientes, conseguimos dar a alta , e tem os casos dos pacientes que saem e ficam perdidos, porque a atenção básica não assume. Em resumo a nossa alta se dá por alta melhorada, depois da reabilitação; pelo óbito esperado. E ai vamos ficando com o paciente , porque não temos a válvula de escape desses pacientes (E5).No entanto temos a dificuldade de dar continuidade pela atenção básica, melhoramos a comunicação ,mas continua muito difícil porque eles estão desfalcados , onde a atenção básica não existe . (E6) .*

Outra possibilidade de desligamento é o reinternamento hospitalar, pois diante de uma intercorrência clínica, onde exista a necessidade do internamento hospitalar, a maioria dos serviços não possuem leitos de retaguarda nos hospitais que sediam, e daí o paciente é orientado a acionar os serviços de urgência e emergência móveis, para serem levados aos serviços de pronto-atendimento da rede, e podendo ter a possibilidade de internar nos mais diversos hospitais que contemplam a rede hospitalar. *No caso de intercorrências no domicílio , orientamos, entrar em contato com o SAMU, e entram pela emergência aqui ou em outros hospitais , e a família entra em contato com agente. Quando eles estão de alta do outro hospital, o médico manda pela família um relatório informando a atual quadro clínico. E fazemos a reinclusão no domicílio do paciente.(E13).* Nisso, eles podem perder o contato com o serviço de origem, apesar de haver situações em que o próprio programa fica monitorando a condição do paciente junto a família e após a alta hospitalar retoma o acompanhamento domiciliar pelo Serviço de Atenção Domiciliar de origem. Conforme o relato a seguir: *Então, pode acontecer do paciente internar em outro hospital, acabando com o acompanhamento pelo nosso Programa de Atenção Domiciliar. Se o outro hospital não encaminhar, ou sinalizar o nosso programa, acabamos perdendo o vínculo com o paciente (E1).*

## DISCUSSÃO

Os benefícios deste estudo são evidentes, uma vez que os achados refletem a complexidade do processo de cuidar no domicílio que vai além dos cuidados propriamente ditos, reforçando a necessidade de fortalecimento, financiamento e amplitude desse tipo de assistência. Ainda, os resultados aqui firmados reforçam a importância de determinar os critérios de elegibilidade e o fortalecimento da rede de atenção à saúde em que a atenção domiciliar está inserida. Considera-se importante relatar que um único encontro ou entrevista pode não ter sido suficiente para capturar os sentidos e significados atribuídos pelos participantes, podendo caracterizar uma limitação.

O cuidado domiciliar possui peculiaridades importantes, pois será realizado no contexto da vida privada do indivíduo, e com presença das relações intrafamiliares, onde requer mudanças complexas, com desprendimento de práticas tradicionais e o desenvolvimento de novas habilidades, necessitando de um profissional que saiba lidar com a singularidade e a subjetividade que circunda o processo de cuidar no domicílio(2,13).

A multidisciplinariedade da equipe assistencial na assistência domiciliar , visa propiciar que vários profissionais , com suas áreas de conhecimento e diferentes proposta de trabalho e de atuação, possam agir em conjunto , sem estabelecimento de hierarquia, impulsionando o desenvolvimento , difusão e a produção da diversidade na assistência à saúde.(9,14).

Os serviços domiciliares precisam possuir equipe coesas e que os vínculos de

atuação junto a família sejam preservados, pois dados semelhantes foram encontrados no estudo realizado que os profissionais trabalhadores da AD estudada, identificava-se a existência de contratação por diferentes regimes jurídicos, como os contratos temporários ou a alocação de profissionais concursados já existente na rede, comprometendo a organização do trabalho, acometendo a solidificação do sistema público de saúde. Quanto a rotatividade significativa de trabalhadores colocam em risco a qualidade do cuidados aos usuários, por romper vínculos, a continuidade e a inviabilidade de planos de cuidados interprofissionais<sup>(17)</sup>.

Estudos complementam a análise realizada, ao descreverem os critérios de inclusão e de elegibilidade nos SAD. Os critérios de elegibilidade abrangem aspectos clínicos e administrativos. Os aspectos clínicos dizem respeito à situação do quadro do paciente, aos procedimentos assistenciais e a frequência de visitas. Os aspectos administrativos referem-se às condições operacionais e legais para que o atendimento do paciente seja realizado, o que inclui residir no município e possuir ambiente domiciliar minimamente adequado e seguro para receber o paciente. Os critérios de inclusão na AD estão relacionados aos aspectos administrativos, possuir domicílio com infraestrutura física compatível com a realização da AD (água, energia elétrica, fontes de comunicação, acesso para veículos, janelas e dimensão mínima para um leito e equipamentos)<sup>(15,17,19,20)</sup>.

Os estudos apontam que o acesso a atenção domiciliar deveria partir das três possibilidades de organização, frente as seguintes portas de entradas: demanda advinda da equipe Saúde da Família; demanda advinda da instituição hospitalar e demanda advinda das unidades de pronto-atendimento. Essa abertura criaria uma oportunidade para a atenção domiciliar ser efetivamente pautada pelas necessidades dos usuários, configurando-se como alternativa de eleição para certos tipos de situação clínica, constituindo-se uma modalidade efetivamente substitutiva<sup>(12,20)</sup>.

Além da dependência dos cuidados, outro ponto que impedem a desligamento dos pacientes dos serviços é a deliberação de insumos importantes para o cuidado domiciliar e que devido a condições financeiras do paciente e família na maioria das vezes estar comprometida pelo percurso da doença, recorrem a judicialização da saúde para manter tanto a assistência domiciliar quanto a continuidade do recebimento dos insumos. Outro fato, que mantém esse vínculo dos pacientes aos serviços é questão da dependência dos cuidadores terem a necessidade do acompanhamento dos cuidados prestados, evitando danos ao paciente devido aos cuidados prestados<sup>(20)</sup>.

Nesse contexto, cabe os Serviços de Atenção Domiciliar começarem a fortalecer a autonomia do cuidador, e bem como o desenvolvimento dos cuidados paliativos em domicílio. Para maior controle dos riscos no ambiente domiciliar, são adotadas medidas de controle na hora de selecionar o paciente que será cercado dos cuidados paliativos na modalidade de assistência domiciliar, avaliando principalmente, o entorno familiar na predisposição para suportar as demandas. Quanto a equipe de profissionais recomendam-

se capacidade técnica e habilidade na transmissão de conhecimento e informações essenciais ao grupo familiar, fortalecendo os cuidados paliativos, e a percepção da finitude da via com qualidade<sup>(16,19)</sup>.

## CONCLUSÃO

O estudo permitiu descrever a percepção dos principais atores na implementação dos serviços de atenção domiciliar, que são os gestores e os profissionais de saúde, ressaltando a admissão e o desligamento do paciente do serviço, bem como a composição da equipe multiprofissional de cada unidade e a periodicidade de visitas domiciliares. Cada um dos serviços tem a sua implementação individualizada de acordo com o perfil assistencial da unidade hospitalar que está vinculada, e com composição da equipe multiprofissional de acordo com a extensão de atendimento. Os pontos de semelhança na implementação dos serviços avaliados são os critérios de elegibilidade e a dificuldade do desligamento do paciente ao serviço.

## REFERÊNCIAS

1. Oliveira SG, Kruse MHL. Better off at home: safety device. *Texto Contexto Enferm* 2017; 26(1):e2660015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002660015>
2. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL, Santos MLM. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde Debate* 2019; 43(121):592-604. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>.
3. Silva CKA, Freitas CASL, Goyanna NF. Caracterização dos usuários do Programa Melhor em Casa em Sobral-Ceará. *Essentia* [Internet]. 2018 [cited Mar 12, 2021]; 19(2):23-33. Available from: <https://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/232>
4. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Neta FCCG, Gonçalves RL, Contim D, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018; 39:e2016-0002 doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>
5. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21(3):903-12. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015>
6. Rojão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020; 25(5):1863-77. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>
7. Neves ACOJ, Seixas CT, Andrade AM, Castro EAB. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. *PHYSIS*. 2019; 29(2):e290214. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290214>
8. Oliveira SG, Kruse MHL. Gênese da atenção domiciliária no Brasil no início do século XX. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; 37(2):e58553. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58553>

9. Paiva PA, Silva YC, Franco NFS, Costa MFRL, Dias OV, Silva KL. Serviço de atenção domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016; 29(2):244-52. doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p244>
10. Pozzoli SML, Cecílio LCO. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. *Saúde Debate*. 2017; 41(115):1116-29. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711510>
11. Paiva PA, Costa FM, Vieira MA, Silva SSS, Dias OV. Internações sensíveis à atenção domiciliar em um hospital de ensino em Montes Claros - MG, Brasil. *Rev Unimontes Científica [Internet]*. 2015 [cited Mar 12, 2021];17(2):14-26. Available from: <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/413>
12. Gutierrez LLP, Fernandes NRM, Mascarenhas M. Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado. *Saúde Debate*. 2017; 41(114):885-98. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711417>
13. Muniz EA, Freitas CASL, Oliveira EM, Lacerda MR. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela estratégia Saúde da Família. *Saúde Debate*. 2016; 40(110):172-82. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611013>
14. Silva KL, Silva YC, Lage EG, Paiva PA, Dias OV. Why is it better at home? service users' and caregivers' perception of home care. *Cogitare Enferm* 2017; 22(4):e49660. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.49660>
15. 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). doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>
16. Simão VM, Miotto RCT. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. *Saúde Debate*. 2016; 40(108):156-69. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080013>
17. Gilmour, Heather. Formal home care use in Canada. *Statistics Canada [Internet]*. 2018 [cited Mar 12, 2021]; 29(9):3-9. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2018009/article/00001-eng.htm>
18. Hernández C, Aibar J, Seijas N, Puig I, Alonso A, Garcia-Aymerich J, et al. Implementation of Home hospitalization and early discharge as na integrated care service: a ten years pragmatic assessment. *Int J Integrated Care*. 2018; 18(2):1-12. doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.3431>
19. Neves ACOJ, Castro EAB, Costa SRD. Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após alta hospitalar no contexto do SUS. *Cogitare Enferm*. 2016; 21(4):1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00069514>
20. Cunha V, Escarigo MC, Nortadas R, Azevedo PC, Beirão P, Gomes A, et al. Hospitalização domiciliária: balanço de um ano da primeira unidade Portuguesa. *Med Interna*. 2017; 24(4):290-5. doi: <http://dx.doi.org/10.24950/rspmi/O112/17/2017>