

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE PÚBLICA

SOFIA LAURA CHIUZA BEILNER

RESSIGNIFICANDO O PROCESSO DE TRABALHO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO
DOMICILIAR (SAD) EM SÃO GABRIEL DO OESTE – MS.

CAMPO GRANDE (MS)

2022

SOFIA LAURA CHIUZA BEILNER

RESSIGNIFICANDO O PROCESSO DE TRABALHO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO
DOMICILIAR (SAD) EM SÃO GABRIEL DO OESTE – MS.

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do título de especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, sob orientação do Dr. Alexandre Alves Machado.

CAMPO GRANDE (MS)

2022

Dedico este trabalho ao meu pai que tanto me incentivou a correr atrás dos meus sonhos, que me apresentou o SUS e fez com que eu me apaixonasse em conhecer cada vez mais ao trabalhar com a saúde pública.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por me proporcionar perseverança e me manter na trilha certa durante todo esse projeto com saúde e forças para chegar até o final. A minha família pelo apoio e incentivo ao longo da minha trajetória, sempre alicerce para as minhas realizações. A equipe do SAD e a secretária de saúde por todo o estímulo e participação na efetivação do projeto. Aos colegas do curso pelos inúmeros compartilhamentos, sempre com o espírito colaborativo. E em especial ao meu tutor Dr. Alexandre pela paciência e dedicação em suas valiosas contribuições dadas durante todo o processo do projeto, e que me confirmou que um sonho que se sonha só, é só um sonho, mas um sonho que se sonha junto é realidade.

Saúde pode significar que as pessoas tenham algo além de simplesmente não estar doente. Que tenham direito a casa, ao trabalho, a um salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, a ter informações sobre como se pode dominar esse mundo e transformá-lo. (Sergio Arouca, 1988)

RESUMO

RESSIGNIFICANDO O PROCESSO DE TRABALHO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD) EM SÃO GABRIEL DO OESTE - MS

BEILNER, S. L. C. **Ressignificando o processo de trabalho no serviço de atenção domiciliar (SAD) em São Gabriel do Oeste – MS.** Orientador: Alexandre Alves Machado. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação *lato sensu* em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, Secretaria de Estado de Saúde, Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2022.

sofia.beilner@hotmail.com

Introdução: O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) consiste em uma modalidade de atendimento multidisciplinar realizado no domicílio a fim de viabilizar a promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças crônico-degenerativas e reabilitação, além de trabalhar juntamente com a família os cuidados paliativos e a prematuridade. O SAD conta com uma equipe de profissionais que lidam diariamente com casos complexos até sua melhora para alta clínica, familiares estressados e impacientes além de vivenciar o luto com frequência. Nesta rotina muitos problemas surgem quando os papéis não estão bem definidos e reconhecidos, além de alta rotatividade de profissionais, que prejudica a comunicação e o processo de trabalho. Além disso, a equipe sente-se desvalorizada e desmotivada. **Objetivo:** promover o reconhecimento de papéis profissionais no SAD, por meio da educação permanente, para melhorar a comunicação e valorização profissional, em benefício da assistência. **Materiais e método:** a educação permanente foi realizada utilizando a roda de conversa, a problematização e a árvore explicativa para discussão dos papéis profissionais e formas de atuação da equipe em diferentes situações. Entre as temáticas desenvolvidas destacam-se matriciamento, humanização, valorização profissional, trabalho em equipe e visibilidade do SAD para a população. **Resultados:** os profissionais expressaram que a intervenção promoveu mudanças positivas no relacionamento interpessoal, diminuição dos sentimentos de impotência e desvalorização, bem como novas possibilidades de atuação em benefício às famílias e pacientes. **Considerações finais:** a intervenção demonstrou que a equipe do SAD pode desenvolver-se continuamente, trabalhar em harmonia e cooperação na produção do cuidado.

Descritores: Sistema Único de Saúde. Saúde Pública. Serviço de Atenção Domiciliar. Comunicação Assertiva. Matriciamento. Rede de Atenção à Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVOS.....	13
2.1. Objetivo geral.....	13
2.2. Objetivos específicos	13
3. PERCURSO DA INTERVENÇÃO	14
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
APENDICE A – FOLDER DO SAD	23
APENDICE B – AVALIAÇÃO MATRICIAMENTO - EQUIPE	24
ANEXO A – AVALIAÇÃO DO MATRICIAMENTO - COORDENAÇÃO.....	25

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, evidenciou-se a necessidade de qualificar o cuidado por meio de inovações para o cuidado integral da atenção e da articulação da prática dos diferentes profissionais e esferas da assistência. Diante disso, em 2002 foi sancionada a lei nº 10.242, de 15 de Abril, um acréscimo na lei nº 8.080, de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, 2002).

O ano de 2011 foi importante para a expansão da AD, com a criação, por meio da portaria GM/MS nº 2.029/2011, do Programa Melhor em Casa e da Política Nacional de AD no âmbito do SUS, que tinha uma ação indutora importante para a abertura e ampliação de serviços no Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, 2011)

Atualmente, a portaria em vigor é a portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016, que Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas, a Atenção Domiciliar (AD) é definida como uma modalidade de atenção à saúde que envolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e palição em domicílio, de forma integrada com as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Por se tratar de um novo programa de atendimento no domicílio e devido as mudanças demográficas, sociais, epidemiológicas e culturais o atendimento vem se expandindo pelo mundo para atender uma proposta de cuidado que visa um maior bem-estar aos usuários e aos seus familiares.

O atendimento sendo realizado no domicílio se torna mais próximo do cuidador a função não apenas técnica, mas da maior autonomia a família no cuidado, alterando as intervenções no agir em saúde, novas formas de produzir um sentido para a vida/morte. De acordo com Fuerwerker e Merhy (2008), os novos processos de subjetivação são produzidos pelo resgate da solidariedade na prática profissional e pela demolição dos limites impostos pela “objetividade” da racionalidade científica à construção de relações produtivas entre trabalhadores e usuários no cuidado em saúde.

O SAD (Serviço de Atenção Domiciliar) é um serviço complexo e diferenciado, por conta do perfil dos pacientes atendidos ser os mais diversos, sendo atendidos pacientes com doenças agudas ou crônicas agudizadas (necessitando de tratamento parenteral ou reabilitação), doenças crônico-degenerativas, cuidados paliativos (oncológicos ou não oncológicos) e prematuridade e baixo peso em bebês com

necessidade de ganho de peso. Além disso, a equipe do serviço trabalha juntamente com o paciente, a família e o cuidador, prestando um cuidado integral.

Sendo assim, o projeto tem como objetivo pontuar a importância relativa a boa comunicação e reconhecimento de papéis no SAD, como forma de melhorar a relação interpessoal da equipe e nos atendimentos domiciliares no município de São Gabriel do Oeste – MS.

A articulação da AD, devido à falta de conhecimento da atenção primária com a rede de atenção à saúde também tem sido um grande desafio, de acordo com Andrade *et al* (2013), 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, sendo necessário a comunicação entre os serviços com o objetivo de proporcionar a integralidade do cuidado. Com isso, o presente trabalho surgiu para que houvesse melhorias na comunicação entre a equipe e a rede, e na capacitação dos sujeitos envolvidos para a atuação em rede.

De acordo com Santini *et al* (2017, p.538) a gestão da força de trabalho é um fator determinante para a consolidação da universalização da cobertura e para a garantia da equidade das ações no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo assim expressado pelas características do trabalho em saúde que se relaciona entre o usuário e os profissionais multidisciplinares que compõem as equipes, visto que exercem um papel estratégico para o alcance dos princípios e diretrizes do SUS.

Porém para que os princípios e diretrizes do SUS sejam alcançados é necessário se pensar na organização do serviço como um todo, nesta lógica Amâncio (2014, p.22,) relata que o desenvolvimento das pessoas no ambiente organizacional depende da qualidade do relacionamento interpessoal, que conseqüentemente interfere na motivação dos colaboradores, na satisfação do trabalho e funciona como uma ferramenta de auxílio nesse processo, criando estratégias que possam atuar como força impulsionadora do comportamento dos indivíduos que a compõe.

O processo de trabalho no SAD é de grande complexidade, e requer atitudes e um serviço diferenciado, tanto por não se ter pacientes com patologias específicas e/ou grupo etário, mas também pelo atendimento não ser apenas com o paciente, e sim ter a articulação entre paciente, família e serviços de saúde, trabalhando a rede como um todo em um único paciente. Logo se faz necessárias estratégias de fortalecimento e

qualificação das equipes e dos serviços ofertados, e para que isso ocorra uma das abordagens utilizadas se trata da Educação Permanente

De acordo com Vieira (2019, p.65), a EP caracteriza-se pelas atividades educativas originadas no processo de trabalho, havendo assim uma mudança na concepção das práticas e capacitações dos trabalhadores, sendo considerada a causadora de mudanças de atitudes ou de novos comportamentos a partir de novos conhecimentos adquiridos.

Para que aja uma Educação Permanente (EP) efetiva é necessário que a mesma ocorra no âmbito do serviço e que seja baseada na realidade local, pois sem EP eficaz, o serviço de atenção básica se torna corriqueiro, em atender totalmente as demandas dos usuários e sem efetividade (OLIVEIRA, 2018, p.1).

De acordo com a Portaria 1.996 de 20 de Agosto de 2007,

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. (BRASIL, 2007).

O principal objetivo da educação permanente é o de transformar as práticas profissionais e da organização do trabalho realizado e para o trabalho realizado. Para que isso seja possível é necessária primeiramente a identificação das fragilidades e potencialidades dentro de um serviço, para então conduzir o planejamento de intervenção para a melhoria no desenvolvimento do serviço.

Na educação permanente são utilizadas ferramentas para a sua efetivação, sendo uma delas o Matriciamento, Roda de Conversa, Problematização e a Árvore do Problema, como ferramenta entre os serviços interligados ao SAD para que assim sejam supridas as falhas e fragilidades do setor.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011), o matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. (MS, 2011).

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SAD

Após a lei 8080 de 1990 que, ‘dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. ’, em 2002 foi acrescido o Capítulo VI e do art. 19-I, que ‘Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. ’

A atenção domiciliar é, de acordo com Brasil (2013), nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

A Atenção domiciliar tem três modalidades, sendo a AD 1 responsável por prestar um atendimento mais específico onde o cuidador e a atenção básica consigam realizar o atendimento necessário, já a AD2 será responsável pela diminuição no tempo de hospitalização, pacientes que necessitem de uma maior atenção do que a AB pode ofertar semanalmente, sendo ofertado um cuidado no domicílio mais frequente, e a AD3 é o cuidado ofertado a pacientes que se enquadram no AD2 e que necessitem ainda mais do acompanhamento da equipe, sendo pacientes mais críticos.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um programa criado pelo Governo Federal e tem como objetivo ampliar o atendimento domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS). O serviço é regulamentado pela portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, onde no artigo 3º, tem como objetivos: I - redução da demanda por atendimento hospitalar; II - redução do período de permanência de usuários internados; III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e IV - a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

A equipe de atendimento domiciliar poderá ser composta por duas equipes, sendo a EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar) que pode ser constituída por: Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta ou Assistente Social e técnicos de enfermagem, e a EMAP (Equipe Multiprofissional de Apoio) podendo ser constituída por pelo menos três entre os seguintes profissionais: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional.

Tem como objetivo principal do serviço levar o atendimento de uma equipe multidisciplinar para dentro do conforto do lar dos pacientes, e tem como característica o conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados hospitalares, e integrada às redes de atenção à saúde. Tendo assim a diminuição do tempo de internação hospitalar, reduzindo risco de infecções hospitalares, além de promover um contato mais próximo com a família no aconchego do seu lar, fator relevante para recuperação do paciente que se sente acolhido, além dos cuidados paliativos. Logo, garantir um acompanhamento humanizado e seguro com mais comodidade. O SAD é pautado nos princípios básicos do SUS, integralidade, universalidade e equidade de suas ações, para tanto, deve-se reorganizar o processo de trabalho das equipes.

O SAD de São Gabriel do Oeste foi criado em 2014, e sua equipe é composta por 10 integrantes, sendo dividido entre a Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) – composta por um médico, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e uma Fisioterapeuta, e pela Equipe Multiprofissional de (EMAP) composto por uma assistente social, um nutricionista e uma psicóloga, além dos profissionais capacitados a equipe conta ainda com uma estagiária de fisioterapia temporária.

Os pacientes atendidos pelo serviço são pessoas de qualquer faixa etária que necessitam de cuidado diário para recuperação de problemas agudo de saúdes, sejam por infecções, doenças crônicas, pacientes em situação pós-cirúrgica, lesão em grau mais avançado, traumas, descompensados de doenças crônicas ou pessoas que necessitam de cuidados paliativos, como pacientes com doenças terminais, além dos pacientes pós-covid.

De acordo com Pires *et al* (2020), a atuação das equipes multiprofissionais com enfoque interdisciplinar visa proporcionar resultados positivos na vida destas pessoas, possibilitando o cuidado compartilhado, humanizado e integral entre a equipe, paciente, família e cuidador; tornando-se muito mais resolutivo e eficaz.

Diante de sua total complexidade optou-se por trabalhar com a educação permanente, a problematização, o matriciamento e árvore explicativa, além de rodas de conversas.

Logo, essa ferramenta foi utilizada entre o SAD e outros serviços para fazer a comunicação inicial entre nosso serviço e as unidades de saúde, hospital municipal e

serviços da secretaria de assistência social, a partir da Árvore Explicativa e tendo como prevalência apontada pela equipe SAD a não visibilidade pelo município, alto número de encaminhamentos errôneos e públicos sem assistência necessária.

Nessa oportunidade, foram discutidos os aspectos clínicos, fluxos e orientações para condução dos casos dentro da rede. Dessa forma, o propósito do matriciamento foi de que cada encontro servisse de elemento de estudo e orientação para as demais equipes sobre do que se trata o serviço e principais meios de divulgação.

O apoio matricial, de acordo com Brasil (2018), é uma estratégia de aproximação dos pontos de atenção envolvidos no cuidado integral ao usuário, visando a corresponsabilização das equipes e fortalecimento do vínculo do usuário com a Atenção Primária. É necessário monitoramento, para que o processo não seja desvirtuado para um ambulatório itinerante de especialidade.

Logo o matriciamento ou apoio matricial tem como principal objetivo promover e ativar espaços de comunicação e debate conjunto, para compartilhar os saberes e questionamentos, organização de fluxos na RAS (rede de atenção à saúde), onde os profissionais aprimoram o compartilhamento do cuidado integral.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

O objetivo deste projeto de intervenção foi à busca pela ressignificação do processo de trabalho para promover o reconhecimento de papéis profissionais no SAD, por meio da educação permanente, para melhorar a comunicação e valorização profissional, em benefício da assistência.

2.2. Objetivos específicos

- Programar a Educação Permanente para a equipe.
- Elaborar o Pacto de Convivência dentro do ambiente de trabalho.
- Incentivar a cultura da autoavaliação nas equipes.
- Pactuar o matriciamento com a secretaria municipal de saúde e as ESF's do município.
- Aprimorar a relação com a assessoria de comunicação da prefeitura para melhorar a visibilidade do setor.

- Fazer da comunicação um meio fundamental para fomentar as discussões.

3. PERCURSO DA INTERVENÇÃO

O projeto foi realizado no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), serviço inaugurado em 2013, localizado no centro do município, o projeto seguiu o modelo implantado pelo Ministério da Saúde, sendo composto por duas equipes, a EMAD e a EMAP como já mencionado. O público alvo dos encontros se restringiu a atual equipe do SAD.

Após avaliar o quadro geral das reuniões semanais do serviço foi pactuado com a coordenação sobre os encontros serem realizados após a reunião semanal da equipe, desde que as demandas não estivessem altas, por acontecerem na segunda-feira o serviço tende a ficar sobrecarregado com as demandas do final de semana. O cronograma de encontros ficou aberto a alterações conforme necessidade da coordenação e/ou gestão.

É importante ressaltar que ao longo do percurso houve alta rotatividade de profissionais na equipe e troca de profissionais devido à reorganização da gestão e além do abandono de função.

No alcance dos objetivos deste projeto foram realizadas as seguintes etapas:

Primeira etapa: Reunião com o coordenador do SAD para apresentar o objetivo do projeto e anuência para desenvolver.

Segunda etapa: Reunião com a equipe do SAD para apresentar o objetivo do projeto e a proposta de intervenção, realizada na sede do serviço, após as reuniões da equipe. Nesta etapa foi realizada uma roda de conversa e dinâmica para autoconhecimento e conhecimento entre os pares sobre o serviço e aberto para a problematização. Também foi realizado o Pacto de Convivência entre a equipe.

Terceira etapa: Reunião com a equipe do SAD para realização da Árvore Explicativa sobre o conhecimento deles e as expectativas e sugestões a respeito do andamento do serviço.

Quarta etapa: Reunião com a coordenadora da Atenção Básica para apresentar o objetivo do projeto e a proposta para realização do Matriciamento nas ESF's (Estratégia Saúde da Família) do município.

Quinta etapa: Reunião com a assessoria de comunicação da prefeitura municipal para elaboração de matéria para o site da prefeitura sobre o matriciamento nas unidades básicas de saúde.

Sexta etapa: Reunião de Matriciamento com cada unidade de saúde do município.

Sétima etapa: Reunião com a equipe do SAD para devolutiva a respeito dos encontros nas outras unidades básicas de saúde, sugestões ofertadas e novas propostas de intervenções. E para releitura da Árvore Explicativa realizada na terceira etapa para verificação dos objetivos traçados e o que foi incluído ao longo do percurso.

Todas as etapas foram transcritas, os relatórios parciais produzidos em cada etapa da pesquisa foram expostos e debatidos com a equipe.

O projeto de intervenção se desenvolveu a partir da metodologia ativa através de dinâmicas, oficinas, rodas de conversa, problematização e matriciamento, sendo questionado sobre a importância das práticas colaborativas para ressignificar o processo de trabalho.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto foi realizado juntamente a equipe do serviço de atenção domiciliar. A primeira etapa ocorreu com a coordenadora do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) para verificação de disponibilidade de horário para os encontros com a equipe.

Na segunda etapa foi realizada a discussão junto à equipe do SAD com o intuito de discutir o que estavam sentindo em relação ao serviço, fragilidades e resistências, além das potencialidades que faziam com que a equipe permaneça no setor. Durante as discussões foi possível observar que a equipe não tinha a sensação de pertencimento e parte integrante da secretaria municipal de saúde do município, diante de relatos, P1 ‘Ninguém nem lembra da gente pra nada, estamos aqui abandonados.’ Ou P2 ‘Nós não seremos chamados para esta comemoração do dia das mulheres?’.

Para Paz (2004), entende o bem-estar laboral como “a satisfação de necessidades e a realização de desejos dos indivíduos ao desempenhar seu papel na organização” (p. 138). O autor ainda pontua que, há sete indicadores de bem-estar laboral, quais sejam: a valorização no trabalho, o reconhecimento pessoal, a autonomia, a expectativa de crescimento, o suporte ambiental, os recursos financeiros e o orgulho.

Sendo assim foi importante abrir espaço para a escuta a respeito do que os integrantes da equipe pensavam a respeito do seu modo de trabalho, logo que ‘A valorização no trabalho consiste na percepção do quanto o trabalho é importante para o indivíduo, para a organização e para a sociedade, enquanto o reconhecimento pessoal diz respeito à percepção de ser valorizado pelo trabalho realizado.’ (PAZ, 2004).

O SAD é um serviço que atende usuários acometidos por problemas de saúde, com possibilidade e/ou sem de recuperação e cura, logo diariamente trabalhamos com a rotina da casa de várias famílias, o processo doloroso de descobertas de doenças graves, problemas familiares de ordens socioeconômicas, psicológicos e físicos. E um dos pontos importantes discutidos pela equipe foi à espiritualidade, tendo em vista que de acordo com Robbins (2009) a espiritualidade no ambiente de trabalho como sendo o reconhecimento que as organizações fazem de que as pessoas possuem uma vida interior que nutrem e é nutrida por um trabalho com significado, realizada no contexto de uma comunidade.

Para Marques (2006 apud Filho; Ferreira; 2015) a espiritualidade no trabalho associa-se à consciência entre as pessoas, da necessidade de ligação, respeito e reconhecimento, o que faz com que ela não se restrinja aos ambientes privados, manifestando-se, ao contrário, principalmente nos ambientes profissionais.

Com as rodas de conversa entre a equipe foi possível identificar a necessidade da divulgação do nosso serviço para a rede de atenção à saúde (RAS), e foi escolhido o Matriciamento como abordagem, logo diante do que foi pensando e programado em grupo houve a necessidade da reformulação do panfleto de apresentação do SAD para a população e para os outros serviços da rede. E Isto proporcionou uma cumplicidade, acolhimento e a construção de saberes. (MARTINS, 2012).

Durante a terceira etapa a equipe do SAD trabalhou com a oficina ‘Árvore Explicativa dos problemas’, por meio de construções coletivas foram identificadas e pontuadas situações-problema que necessitavam ser aperfeiçoadas, além de criar plano de ação para soluções efetivas e apresentar resultados dos casos de sucesso. Tendo como principal objetivo a contribuição para que o serviço de atendimento domiciliar seja executado de forma humanizada e eficaz mediante ações que contribuam para fortalecer o relacionamento interpessoal e conseqüentemente obter melhor qualidade nos resultado dos atendimentos prestados pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Diante do novo encontro com a equipe foi possível notar uma participação mais efetiva de todo o grupo, mesmo a equipe estando em menor número devido a férias do médico, o vencimento do contrato da assistente social e da desistência de uma das técnicas de enfermagem.

Para os integrantes da equipe o principal problema encontrado no setor é a falta de visibilidade do SAD, e pontuaram como consequência: baixo índice de admissões falta de preparo da AB para continuidade do serviço, descredibilidade, perda de alguns recursos financeiros, perda de qualidade no serviço, superlotação dos hospitais, desvalorização dos profissionais, insatisfação geral e o possível fechamento do serviço, a equipe pontuou que o problema ocorria por conta da: Falta de conhecimento sobre o SAD, comodismo, falta de comunicação, falta de resolutividade e falta de atitude, para resolver o problema apresentado foi sugerido: reunião interna com o prefeito, reunião interna com a secretaria municipal de saúde, divulgação e marketing por meio das redes sociais, notícia no site da prefeitura e fala na rádio local, participação de eventos na saúde e o matriciamento. Com a utilização da árvore explicativa observou-se que os

O planejamento necessita contemplar os problemas prioritários elencados na autoavaliação. As prioridades de ações de intervenção a serem implementadas devem levar em consideração seu impacto sobre o problema, a governabilidade dos atores envolvidos, suas capacidades e desejos de mudança. (BRASIL, 2014).

De acordo com Camargo, Nakama e Cordomi Junior (2011), O fato é emblemático da descontextualização do profissional quanto ao sistema de saúde em que está inserido, seu autodesconhecimento enquanto ator social, no desempenho de suas atividades profissionais.

Diante do contexto apresentado foi aberta a equipe sugestões do que poderia e de que forma poderia ser trabalhado o Matriciamento e a elaboração do novo panfleto, a equipe se reuniu em outros momentos para a realização da programação dos encontros e novo panfleto. Foi utilizada a PNH (Plano Nacional de Humanização) para trabalhar o matriciamento com outras equipes da rede. Segue em anexo 01 o panfleto realizado pela equipe do SAD.

De acordo com Cotta *et al* (2013), foi instituído a “Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde”, entendida como uma estratégia de fortalecimento do sistema público de saúde. Tendo como principal propósito contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no

Brasil, por meio do fortalecimento da humanização como política transversal na rede, afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão.

Para a quarta etapa foi realizada reunião com a coordenadora da atenção básica para discutir o tema proposto e para alinhar as agendas quanto aos encontros. A coordenadora foi convidada a participar da abertura das reuniões nas unidades de saúde, porém foi afastada por problemas de saúde assim que os encontros foram iniciados.

Em um quinto momento foi realizado um encontro com a assessoria de comunicação da prefeitura que juntamente com a equipe realizou a finalização da elaboração do folder sobre o serviço (apêndice 01) e agendamento da data da notícia do projeto.

Na sexta etapa do projeto foi realizado o matriciamento em todas as unidades de saúde do município, totalizando dez encontros, durante os encontros foi observada certa resistência quanto a admitir o não saber sobre o serviço, porém também foi possível identificar o suporte e apoio das equipes diante das discussões e apontamentos levantados ao final de cada encontro, os encontros foram realizados de acordo com a agenda de cada ESF para que não prejudicasse o andamento do serviço e atendimento aos usuários, nas reuniões foram convidados todos os integrantes da ESF, do responsável pela limpeza até o médico da equipe da estratégia da saúde da família.

O matriciamento foi inserido como método de abordagem tendo em vista que um dos princípios do PNH é que: ‘Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral; de acordo com Brasil (2006).

De acordo com Peduzzi (2018 apud Rizzo, 2020), conclui que as equipes com melhor clima de trabalho, apresentaram participação mais intensa de seus membros na tomada de decisões, avaliação do trabalho como feedback individual e encontros para reflexão da equipe, e apoio a novas idéias e atenção centrada no usuário. Investir na educação permanente das equipes é um passo importante para integralidade do cuidado e trabalho em RAS (Redes de Atenção à Saúde).

Após a finalização de cada encontro foi entregue a coordenadora da ESF uma avaliação do encontro (anexo 01), retirada do Manual de Orientações para o apoio matricial SMS – Campinas (2018), e uma avaliação para os integrantes da equipe (apêndice 02) para futuras discussões e novos encontros.

Na realização do sétimo e último encontro foi discutido as respostas obtidas pelas unidades de saúde quanto ao matriciamento, desde aos recadinhos de como foi

importante e esclarecedor, sobre o não conhecimento do serviço por ter recém chegado ao município, quanto a solicitações de novos encontros para discussão de casos, ampliação de equipe para maior abrangência de usuários, e novas adesões ao serviço.

No decorrer do encontro, a nova assistente social e o médico da equipe participaram da releitura da árvore do problema, o que fez com que aumentasse a contribuição para as discussões, além disso, foi sugerido à implementação do matriciamento, sendo sugerida a realização do encontro no hospital municipal que é porta de entrada para o nosso serviço, e para a secretaria de assistência social, tendo em vista que os usuários atendidos por eles são os nossos possíveis pacientes.

Além da discussão sobre as respostas apresentadas também foi realizada a releitura da árvore explicativa dos problemas e debatido sobre o que já havia sido realizado e o que estava em aberto ainda para os próximos encontros. A partir disso, foi possível discutir com a equipe do SAD e reformular uma agenda de encontros com as ESF'S para discussão de casos, apresentação de novos profissionais e mudanças no serviço. Foi compactuado com a equipe do SAD que diante do que foi exposta pela rede a falta de comunicação não é um problema apenas para o nosso setor, mas que permeia por toda a rede de atenção à saúde.

Após finalização das reuniões de matriciamento foi realizada a matéria para o site da prefeitura e para o site local sobre o nosso projeto, tendo em vista a alta rotatividade de profissionais de saúde e recente pandemia que gerou a paralisação de muitos serviços.¹

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de intervenção surgiu com o objetivo de ressignificação do processo de trabalho da nossa equipe. A educação permanente foi uma ferramenta potente no sentido de provocar mudanças no olhar de cada profissional sobre seu fazer e sua contribuição a assistência dos nossos pacientes. Identificamos a comunicação como ponto fundamental para a equipe e seu relacionamento com outros profissionais,

1 Disponível em <https://www.saogabriel.ms.gov.br/imprensa/noticia/servico-de-atencao-domiciliar-de-sao-gabriel-do-oeste-realiza-acao-educativa-em-unidades-de-saude/101> e <https://idest.com.br/saude/servico-de-atencao-domiciliar-de-sao-gabriel-do-oeste-realiza-acao-educativa-em-unidades-de-saude>.

serviços, gestão, famílias e pacientes. O SAD tem uma importante demanda de atendimentos e exige dos profissionais cuidado integral com usuário e seus familiares, o que demanda gestão compartilhada do processo de trabalho. Esta intervenção permitiu verificar a necessidade de aproximar-se da rede de assistência, promover matriciamento e transferência de cuidado, principalmente com a atenção básica, em benefício da assistência ao usuário.

Diante do processo de reflexão em grupo nas rodas de conversa e oficinas foi possível aproximar a equipe e houve uma maior e mais clara comunicação a respeito de pequenos conflitos antes existentes que poderiam ser resolvidos com o diálogo.

O projeto de intervenção não foi finalizado, mas sim apenas realizado a primeira parte de um projeto do nosso serviço para com os demais serviços de saúde para um melhor desenvolvimento e divulgação de nossas ações junto aos usuários do município. Porém com os encontros já realizados foi diagnosticado um melhor fluxo de encaminhamentos ao nosso serviço, além da comunicação com as outras unidades de saúde terem melhorado, ocasionando na realização de reuniões para visitas compartilhadas e discussões de casos para elaboração do projeto terapêutico singular.

O caminho para a realização do projeto teve seus percalços, desde o desfalque da equipe do SAD nas reuniões, cancelamento do matriciamento de algumas equipes de unidades de saúde, problemas de saúde e não adesão de algumas unidades, porém os percalços nos fizeram entender que diante de tudo conhecer e ganhar visibilidade quanto ao serviço que realizados só cabe a nós integrantes e partes atuantes do nosso serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo

Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União. Brasília n.98, seção 1, p.34, col. 2. 22 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; set 20.

BRASIL. **Lei 10.424 de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União n. 72. Brasília, 16 de abril.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar** [internet]. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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 [internet]. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2016.

BRASIL. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Orientações para o Apoio Matricial SMS – Campinas**. Departamento de Saúde/Núcleo de Articulação da Atenção Secundária. Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde. São Paulo, 2018.

CAMARGO, S. X. de; NAKAMA, L.; CORDONI JUNIOR, L. **O Sistema Único de Saúde como paradigma nas representações sociais dos cirurgiões dentistas**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 38, p. 883-902, Sept. 2011.

COTTA, R. M. M.; REIS, R. S.; CAMPOS, A. A. O.; GOMES, A. P.; ANTONIO, V. E.; BATISTA, R. S. **Debates Atuais em Humanização e Saúde: quem somos nós?** Ciênc. Saúde Col., v. 18, n. 1, p. 171-9, 2013.

FEUERWERKER L.C.M, Merhy EE. **A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas.** Rev Panam Salud Publica. 2008.

MARTINS, A. R., **As rodas de conversa no HIPERDIA. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão da Saúde,** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, São Sepé, 2012.

OLIVEIRA, L. R. de. **Os desafios da Educação Permanente do Profissional Enfermeiro no SUS.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização 2018) - Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) Minas Gerais. 2018.

PAZ, M.G.T. **Poder e saúde organizacional.** In A. Tamayo (Ed.), *Cultura e saúde nas organizações* (pp.127-154). Porto Alegre, RS: Artmed, 2004.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F.. **Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde.** Interface (Botucatu), v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018.

PIRES, Adriano Luis R *et al.* **Manual do Serviço de Atenção Domiciliar.** Assis: Secretaria Municipal de Saúde de Assis, 2020.

SANTINI, S. M. L. et al. **Dos ‘recursos humanos’ à gestão do trabalho: uma análise da literatura sobre o trabalho no SUS.** Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 537-559, maio/ago. 2017.

VIEIRA, M. P. de M. **Ações do agente comunitário de saúde na perspectiva da prática interprofissional colaborativa.** 2019. Dissertação (Mestrado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2019.

APENDICE A – FOLDER DO SAD

O QUE É O SAD?

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é caracterizado por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados.

ELABORAÇÃO

Equipe Multidisciplinar SAD

Enª Maralis Borges de Azambuja Rios - Coordenadora
Serviço de Atenção Domiciliar – SAD
São Gabriel do Oeste – MS

CONTATOS

Endereço: Rua Martimiano Alves Dias, 1211 – São Gabriel do Oeste – MS.
Telefone: (67) 9 9673-6743
E-mail: sadsgoms@hotmail.com




Melhor em Casa
A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO
CONFORTO DO SEU LAR

COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Atualmente o SAD tem duas equipes:

EMAD (Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar)

Composta por Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

EMAP (Equipe Multidisciplinar de Apoio)

Composta por Assistente Social, Psicólogo e Nutricionista.



Serviço de Atenção Domiciliar - SAD
São Gabriel do Oeste / MS



Horário de Funcionamento:

Segunda a Sextas-feiras das 07h às 11h e das 13h às 17h.

ACOLHIMENTO ACESSO DO USUÁRIO AO SAD

ESF

Realizará visita para a avaliação do paciente e classificar a modalidade de atenção domiciliar (AD) a que o mesmo será direcionado.

AD 1: A ESF realizará visitas domiciliares mensais ao paciente

AD 2: O SAD realizará visitas domiciliares semanais ao paciente

SAD (EMAD/EMAP)

Ao receber o encaminhamento da ESF, o assistente social do SAD terá até 05 dias úteis para realizar a primeira avaliação do paciente. Caso o paciente tenha os critérios de elegibilidade para admissão no serviço, o assistente social repassará sua avaliação para o médico da equipe. Caso o paciente não tenha os critérios necessários para admissão no serviço, o assistente social fará a contra-referência para a ESF.

HOSPITAL

Quando o paciente estiver internado, com dois dias de antecedência da alta programada, o hospital deverá solicitar uma avaliação do SAD para verificar se o paciente tem os critérios necessários para admissão no serviço. Em seguida, o assistente social do SAD fará o primeiro contato com a instituição e o paciente, se o parecer for favorável após visita social a equipe multidisciplinar irá realizar a admissão. Caso o paciente não seja elegível, o assistente social fará a contrarreferência ao hospital e a ESF de referência.

Acesso Direto

É possível acessar o SAD via telefone ou diretamente na sede do serviço. Nesse momento, a equipe do SAD direcionará o usuário ao fluxo correto para que haja admissão no serviço.

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO PARA O PROGRAMA MELHOR EM CASA

Demandas podem ser identificadas por diversos pontos de atenção

PERFIL DOS PACIENTES 'AD1' E 'AD2'

AD 1:

- Problemas de saúde controlados/compensados;
- Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção;
- Necessita de cuidados de menor complexidade;
- Frequência das visitas – uma visita/mês.

AD 2:

- Necessita de maior frequência de cuidados, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do q u a d r o ;
- Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção;
- Necessidade, de pelo menos, uma visita/semana.

APENDICE B – AVALIAÇÃO MATRICIAMENTO – EQUIPE**AVALIAÇÃO DO MATRICIAMENTO**

Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____

Coordenador da ESF: _____

Matriciador (es): _____

Número de participantes: _____

Período de duração efetiva do matriciamento: _____

Para os participantes:

QUE BOM (Pontos fortes do encontro)	QUE PENA (Pontos eu precisam ser melhorados)	QUE TAL (Sugestões de ampliação do encontro)

ANEXO 1 - AVALIAÇÃO DO MATRICIAMENTO – COORDENAÇÃO**AVALIAÇÃO DO MATRICIAMENTO**

Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____

Coordenador da ESF: _____

Matriciador(es): _____

Número de participantes: _____

Período de duração efetiva do matriciamento: _____

Para o coordenador:

- 1) Quantos profissionais participaram do matriciamento? Relate as categorias.
- 2) O matriciador teve uma boa relação com a equipe? Conseguiu criar vínculo?
- 3) O conteúdo abordado atendeu as necessidades da unidade?
- 4) O matriciamento causou impacto na demanda reprimida? Por quê?
- 5) Relate as principais dificuldades e sugestões.