

POTENCIALIDADES E LIMITES NO CUIDADO DOMICILIAR COMPARTILHADO ENTRE EQUIPES: UM ESTUDO QUALITATIVO

POTENTIALS AND LIMITS IN HOME CARE SHARED BETWEEN TEAMS: A QUALITATIVE STUDY

POTENCIALIDADES Y LÍMITES EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA COMPARTIDA ENTRE EQUIPOS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

- ✉ Joice Lourenço da Silva¹
✉ Elen Ferraz Teston¹
✉ Sonia Silva Marcon²
✉ Viviane Cazetta de Lima Vieira²
✉ Patricia Chatalov Ferreira²
✉ Gleici Kelli Santana de Andrade²
✉ Bianca Cristina Ciccone Giaccon-Arruda¹

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS. Campo Grande, MS - Brasil.

²Universidade Estadual de Maringá - UEM. Maringá, PR - Brasil.

Autor Correspondente: Sonia Silva Marcon
E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

Contribuições dos autores:

Coleta de Dados: Joice L. Silva; **Conceitualização:** Joice L. Silva, Elen F. Teston; **Gerenciamento do Projeto:** Joice L. Silva, Elen F. Teston; **Metodologia:** Joice L. Silva, Elen F. Teston; **Redação - Preparação do Original:** Joice L. Silva, Elen F. Teston, Sonia S. Marcon; **Redação - Revisão e Edição:** Joice L. Silva, Elen F. Teston, Sonia S. Marcon, Viviane C. L. Vieira, Patricia C. Ferreira, Gleici K. S. Andrade, Bianca C. C. Giaccon-Arruda; **Supervisão:** Joice L. Silva, Elen F. Teston, Sonia S. Marcon.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 09/04/2022

Aprovado em: 25/07/2022

Editores Responsáveis:

- ✉ Kênia Lara Silva
✉ Tânia Couto Machado Chianca

RESUMO

Objetivo: apreender como os profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) e no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) percebem as potencialidades e as limitações para o cuidado compartilhado. **Método:** estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, fundamentado nos pressupostos teóricos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), realizado com 10 profissionais de saúde atuantes em uma capital brasileira. Os dados foram coletados em outubro de 2019 mediante a realização de uma única sessão de grupo focal, ocasião em que foram discutidas, a partir da construção da matriz SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, e Threats*), as forças, as fraquezas, as oportunidades e as ameaças que permeiam o cuidado compartilhado na atenção domiciliar. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** como potencialidades, foram destacadas: as ações de cuidado realizadas em conjunto pelos diferentes profissionais das equipes; a realização de reuniões objetivas e direcionadas; a divisão de responsabilidades e a definição de papéis; e os fluxos que podem melhorar a comunicação entre as equipes e potencializar a prática do cuidado compartilhado na atenção domiciliar. Como limitações, destacam-se: o conhecimento insuficiente dos critérios de elegibilidade para a atenção domiciliar; a deficiência de recursos materiais e de tecnologia da informação; e lacunas na formação profissional. **Conclusão:** os resultados podem contribuir para qualificação da assistência entre os diferentes serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde, especialmente pela identificação dos elementos relacionados ao próprio processo de trabalho que influenciam no cuidado compartilhado.

Palavras-chave: Serviços de Assistência Domiciliar; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Atenção à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objective: to apprehend how professionals working in Primary Health Care (PHC) and Home Care Service (HCS) perceive the potentialities and limitations of shared care. **Method:** descriptive exploratory study, with a qualitative approach, based on the theoretical assumptions of the Health Care Network (HCN), carried out with 10 healthcare professionals working in one of the capitals of a state in Brazil. Data were collected in October 2019 through a single focus group session, at which time, based on the construction of the SWOT matrix (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*), strengths, weaknesses, opportunities, and threats that permeate shared care in home care. Data were submitted to content analysis, thematic modality. **Results:** as potentials, the following were highlighted: the care actions carried out jointly by the different professionals of the teams; conducting objective and targeted meetings; the division of responsibilities and the definition of roles; and the flows that can improve communication between teams and enhance the practice of shared care in home care. As limitations, the following stand out: insufficient knowledge of the eligibility criteria for home care; the deficiency of material resources and information technology; and gaps in professional training. **Conclusion:** the results can contribute to the qualification of care among the different services that make up the Health Care Network, especially by identifying elements related to the work process itself that influence shared care.

Keywords: Home Care Services; Primary Health Care; Family Health; Delivery of Health Care; Continuity of Patient Care.

RESUMEN

Objetivo: apreciar como los profesionales activos en la Atención Primaria a la Salud y el Servicio de Atención Domiciliar perciben las potencialidades y limitaciones para el cuidado compartido. **Método:** estudio descriptivo exploratorio, de abordaje cualitativo, fundamentado en los presupuestos teóricos de la Red de Atención a la Salud, realizado con 10 profesionales de la salud activos en una capital brasileña. Los datos se recogieron en octubre de 2019 mediante la realización de una única sesión de grupo focal, en la que se discutieron las fortalezas,

Como citar este artigo:

Silva JL, Teston EF, Marcon SS, Vieira VCL, Ferreira PC, Andrade GKS, Giaccon-Arruda BCC. Potencialidades e limites no cuidado domiciliar compartilhado entre equipes: um estudo qualitativo. REME - Rev Min Enferm. 2022[citado em _____];26:e-1485. Disponível em: _____ DOI: 10.35699/2316-9389.2022.39204

debilidades, oportunidades y amenazas que permean el cuidado compartido en la atención domiciliaria a partir de la construcción de la matriz SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, e Threats). Los datos se sometieron a un análisis de contenido, modalidad temática. **Resultados:** como potencialidades se destacaron las acciones asistenciales realizadas de forma conjunta entre los diferentes profesionales de los equipos, la celebración de reuniones objetivas y focalizadas, el reparto de responsabilidades y la definición de roles y flujos que pueden mejorar la comunicación entre los equipos y potenciar la práctica de los cuidados compartidos en la atención domiciliaria. Como limitaciones destacaron el insuficiente conocimiento de los criterios de elegibilidad para la atención domiciliaria y la falta de recursos materiales y de tecnología de la información, así como las lagunas en la formación profesional. **Conclusión:** los resultados pueden contribuir a la cualificación de la asistencia, entre los diferentes servicios que componen la Red de Atención a la Salud, especialmente mediante la identificación de los elementos relacionados con el proceso de trabajo que influyen en el cuidado compartido.

Palavras chave: Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Atención Primaria de Salud; Salud de la Familia; Atención a la Salud; Continuidad de la Atención al Paciente.

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) protagoniza mudanças no sistema de saúde ao possibilitar a oferta do cuidado de modo diferente do que é feito em hospitais, ambulatórios e outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Isso porque ela oportuniza a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência, a qual é direcionada não só ao indivíduo, mas também à sua família.¹

Com o aumento na prevalência das condições crônicas de saúde, a AD surge como uma estratégia para gerenciar as novas demandas e necessidades da população.² Ademais, essa modalidade assistencial coopera para a racionalização dos gastos ao abreviar ou substituir a internação hospitalar, assim como ressalta a importância de uma assistência singular e centrada nas necessidades de saúde dos assistidos e de seus familiares.¹

Nesse sentido, usuários, cuidadores e profissionais de saúde participantes de um estudo realizado no Ceará apontaram as vantagens da AD. Os idosos, por exemplo, citaram melhorias nas condições de saúde em decorrência do acompanhamento e da avaliação frequentes dos profissionais e da possibilidade de conversar sobre diversos problemas vivenciados no domicílio. Os cuidadores ressaltaram a facilidade de acesso a medicações de uso contínuo e à marcação de consultas e exames. Os profissionais, por sua vez, destacaram a disponibilização de dieta enteral, aparelhos, materiais, oportunidade de atenção psicosocial, realização de orientações, grupos educativos em saúde e elaboração do projeto terapêutico singular (PTS).³

No entanto, um estudo realizado no Canadá apontou que, apesar dos elevados níveis de satisfação dos usuários com a AD, ela ainda é subestimada e insuficientemente

apoiada.⁴ A oferta adequada de recursos materiais, por exemplo, é um dos desafios da gestão na AD; no entanto, a suficiência desses recursos não basta para o bom desempenho do cuidado no contexto domiciliar. Para que a AD aconteça com qualidade, é necessário que gestores se apropriem do planejamento estratégico, viabilizem educação permanente para as equipes e disponham de recursos humanos e materiais.⁵

Os sistemas de atenção à saúde vivenciam uma contínua pressão para atender à crescente demanda por cuidados em um contexto de restrição de recursos financeiros - sem contar que, por vezes, pacientes e cuidadores não reconhecem as estratégias utilizadas pelas equipes de saúde, como ações de apoio e suporte às famílias. Esses aspectos apontam a necessidade de implementar estratégias que contribuam para potencializar, cotidianamente, a efetividade e a eficiência dos serviços.⁶

Assim, por mais que a AD se mostre importante e necessária, ainda existem fragilidades que a permeiam e que precisam ser superadas. Pesquisas que explorem suas limitações - mas, em especial, suas potencialidades - são necessárias. A importância desses estudos está, sobretudo, no que tange ao compartilhamento do cuidado como estratégia capaz de integrar, organizar e otimizar as ações das diferentes equipes de saúde que atuam nessa modalidade assistencial, de modo a ampliar as perspectivas de uso e sua resolutividade.

O compartilhamento do cuidado entre as equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), representado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), faz-se necessário, uma vez que a equipe do SAD tem como propósito apoiar as ações de cuidados realizadas pela APS.⁷ Esse apoio é direcionado àqueles pacientes que, após a alta hospitalar, precisam de maior frequência de acompanhamento em decorrência da complexidade clínica e da dependência de tecnologias, como traqueostomias, estomas, entre outros. Essa continuidade da assistência ser prestada pela equipe da APS, dada a maior proximidade com os domicílios.

As articulações entre os diferentes pontos da RAS são essenciais para que o usuário tenha acesso aos serviços com equidade. No entanto, compartilhar cuidados em saúde e alcançar bons resultados é apenas um dos desafios enfrentados pela RAS, como insuficiência dos serviços e recursos humanos, déficits nos fluxos para continuidade da assistência e fragilidades na coordenação do cuidado.⁸

Diante do exposto, questiona-se: como o compartilhamento do cuidado domiciliar é percebido pelos

profissionais de saúde que atuam nesse cenário? Com vistas a responder a essa indagação, esta pesquisa teve como objetivo apreender como os profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde e no Serviço de Atenção Domiciliar percebem as potencialidades e limitações para o cuidado compartilhado.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, que utilizou como base conceitual os pressupostos teóricos da RAS, cujo propósito é a oferta da assistência de saúde de modo continuado e compartilhado entre os diferentes pontos de atenção, sendo a Atenção Primária a coordenadora do cuidado.⁹ Como referencial para guiar a coleta de dados, foram adotados os pressupostos do planejamento estratégico, mediante a construção da matriz SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, e Threats*).¹⁰ O estudo integra uma pesquisa matricial realizada na capital de um dos estados da região Centro-Oeste do Brasil. As diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) nortearam o relato dos resultados.

A capital em estudo é dividida em sete regiões de saúde e, à época de realização da pesquisa, contava com 68 Unidades Básicas de Saúde (UBS) — das quais 52 eram Unidade Saúde da Família (USF) —, 143 equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) e 12 equipes de Nasf-AB. Contava ainda com quatro Centros Regionais de Saúde (CRS), seis Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e três equipes do SAD. Os participantes do estudo pertencem a serviços da Atenção Primária e SAD de uma mesma região de saúde.

É importante esclarecer que, nessa capital, uma das equipes do SAD é vinculada à Secretaria Municipal de Saúde; as outras duas, a um hospital de grande porte. As duas equipes vinculadas ao hospital seguem as diretrizes pautadas em portaria, porém utilizam critérios próprios e independentes para a definição dos pacientes a serem acompanhados no domicílio.

Na pesquisa matricial, foram realizadas entrevistas individuais com 17 profissionais de nível médio e nível superior atuantes em duas USF, uma equipe do Nasf-AB e uma equipe do SAD, todas pertencentes à mesma região de saúde do município. Naquela ocasião, os participantes foram consultados sobre o interesse em participarem de uma sessão de grupo focal (GF) na segunda etapa do estudo.

O único critério de inclusão estabelecido foi ter participado da primeira etapa. Desse modo, um total de 14

profissionais foram contatados por telefone para consulta de disponibilidades e agendamento do GF, visto que três profissionais já haviam informado desinteresse. Por sua vez, não foram incluídos os profissionais que estavam afastados por atestado médico (um) ou férias (três), resultando em 10 participantes.

Os dados foram coletados em outubro de 2019 mediante a realização de uma única sessão de grupo focal (GF) nas dependências da USF, em dia e horário convenientes para a maioria dos possíveis participantes. A sessão teve duração de 2 horas e 30 minutos e foi conduzida por uma enfermeira (mestranda em Enfermagem) com apoio de duas enfermeiras, que atuaram como observadoras, e uma acadêmica de Enfermagem, que atuou como relatora. Todas foram previamente treinadas em reuniões do grupo de pesquisa. Apenas a moderadora já tinha tido contato com os participantes, visto ter realizado entrevistas individuais na primeira fase do estudo; também foi ela quem fez os contatos telefônicos para agendamento do GF.

Durante o GF, como estratégia para desencadear a discussão, os participantes foram convidados a refletir sobre os elementos constituintes da matriz SWOT, especificamente as forças, as fraquezas, as oportunidades e as ameaças que permeiam o cuidado compartilhado na atenção domiciliar. Para tanto, inicialmente, procedeu-se uma explicação sobre os significados dos termos utilizados na matriz SWOT. Em seguida, para promover a troca de conhecimentos, estimular a participação efetiva e a discussão, os participantes foram divididos em duplas e orientados a registrarem em quatro tarjetas os componentes da matriz referente à atenção domiciliar.

Destaca-se que, antes do início, foi reiterado aos participantes que não existia certo ou errado, e que o registro deveria corresponder ao modo como eles percebem o cotidiano da assistência prestada pelos serviços. Para direcionar esse registro, foram utilizadas quatro questões norteadoras, de modo a atender os aspectos da matriz SWOT: 1) Que fatores facilitam o desenvolvimento da atenção domiciliar compartilhada entre as equipes? (força - ambiente interno); 2) Que fatores dificultam o desenvolvimento da atenção domiciliar compartilhada entre as equipes? (fraqueza - ambiente interno); 3) Que fatores vocês não podem controlar e que prejudicam ou dificultam a atenção domiciliar compartilhada entre as equipes? (ameaça - ambiente externo); 4) Que fatores favorecem a atenção domiciliar compartilhada entre as equipes? (oportunidade - ambiente externo).

Foi destinado um tempo de três minutos para que as duplas discutissem e registrassem suas respostas nas

tarjetas correspondentes. Posteriormente, disponibilizou-se um minuto para que um representante de cada dupla fixasse as tarjetas no painel da matriz e explicasse a resposta. Cabe destacar que, durante a construção da matriz SWOT, os próprios participantes alocaram as tarjetas dentro da ferramenta, não havendo interferência dos pesquisadores.

Para a gravação das falas dos participantes e posterior transcrição dos dados, foram utilizados dois gravadores e um celular operando em modo off-line, a fim de evitar uma possível interrupção. Nas transcrições, não foram realizadas correções de tempo verbal ou de erros gramaticais. Percepções e observações referentes às expressões verbais e corporais dos profissionais durante a sessão foram registradas pelas observadoras e pela relatora como estratégia para complementar as transcrições e possibilitar maior compreensão do contexto e da temática pesquisada.

Com o intuito de detalhar os aspectos elencados com as discussões do grupo focal e construção da matriz, o material empírico foi submetido à análise de conteúdo, modalidade temática, de acordo com as três etapas propostas (pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados obtidos).¹¹ Inicialmente, surgiram 13 núcleos do sentido: 1 - compartilhamento do cuidado entre as diferentes equipes atuantes na APS; 2 - expansão dos serviços; 3 - diminuição na ocupação de leitos hospitalares; 4 - recursos para agilizar a comunicação entre os membros das diferentes equipes que realizam a AD; 5 - reuniões de equipe objetivas e direcionadas; 6 - divisão de responsabilidades, papéis e fluxos entre as equipes; 7 - falha de comunicação; 8 - desconhecimento sobre a AD; 9 - falta de construção de projeto terapêutico singular entre as equipes; 10 - indisponibilidade de veículo para a realização da AD; 11 - falta de detalhamento sobre o caso clínico do paciente; 12 - falta de tecnologia

avançada; 13 - falta reconhecimento da importância da AD.

Posteriormente, mediante um processo minucioso de leitura, com identificação dos aspectos comuns e específicos, além da reflexão direcionada pelos pressupostos da RAS, ocorreu o aprofundamento e a ligação entre os diferentes núcleos do sentido.¹¹ Esse processo originou a categoria: “Potencialidades e limitações para a realização do cuidado domiciliar compartilhado”.

A fim de garantir o sigilo e o anonimato dos participantes, utilizou-se a abreviação GF para designar “grupo focal”, seguido do número indicativo da sequência das falas dos participantes, como GF01, e assim sucessivamente. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição signatária (Parecer nº 3.226.138). Antes do início da sessão de GF, para facilitar a comunicação entre os pares, os participantes receberam um crachá com o nome e a instituição a que pertenciam, e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalta-se que uma apresentação breve dos resultados do estudo foi realizada em reunião de serviço das instituições envolvidas.

RESULTADOS

Os 10 participantes do GF tinham idades entre 26 e 55 anos (média de 34,4 anos), com tempo de atuação nas equipes entre 6 e 180 meses (média de 42,6 meses). Cinco participantes eram homens e cinco eram mulheres. O grupo de participantes contava com dois agentes comunitários de saúde, dois médicos (um do SAD e outro da USF), dois fisioterapeutas (um do SAD e outro do Nasf-AB), um enfermeiro (SAD), um técnico de Enfermagem (SAD), um educador físico e um terapeuta ocupacional (ambos do Nasf-AB). Seis deles realizavam jornada de 40 horas/semana, e dois tinham especialização em saúde da família/saúde pública.

Figura 1 - Matriz SWOT da atenção domiciliar na visão de profissionais da saúde. Campo Grande, MS, Brasil, 2019

Força (ambiente interno) - Conhecimento do caso do paciente; Comunicação entre as equipes; União entre as equipes, pacientes, cuidadores; Acesso ao serviço domiciliar; Reunião de equipe; Multidisciplinariedade e Resolutividade.

Fraquezas (ambiente interno) - Falta de comunicação entre as equipes; Falta de um prontuário único; Desunião entre as equipes; Falta de integração entre as equipes; Falta de informatização da Rede de Atenção à Saúde.

Oportunidade (ambiente externo) - Fortalecimento do conhecimento e educação sobre a atenção domiciliar; Equipe multidisciplinar; Comunicação; Expansão dos serviços; Expansão das equipes e cobertura do território; Capacitação para os profissionais com seminários, fórum; Formação na graduação prestada pelas universidades.

Ameaças (ambiente externo) - Interferência da gestão; Judicialização; Burocracias; Política; Falta de autonomia na gestão; Falta de estrutura; Troca de gestão; Falta de segurança; Influência da mídia; Falta de prontuário unificado para acesso de todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Os termos referentes à AD para cada item da matriz SWOT constam na Figura 1.

As manifestações verbais durante a apresentação/explicação dos termos utilizados em cada item deram origem à categoria “Potencialidades e limitações para a realização do cuidado domiciliar compartilhado”, a qual é constituída por duas subcategorias que serão descritas a seguir.

Potencialidades na realização do cuidado domiciliar compartilhado

Dentre as estratégias potencializadoras para o cuidado compartilhado, os participantes destacaram as ações realizadas de modo conjunto entre os profissionais dos dois serviços e o aumento do número de equipes e de USFs.

Tivemos sucesso uma vez por conseguir fazer uma visita domiciliar em conjunto com a nutricionista do NASF. É necessária a atuação dos profissionais do SAD, NASF, e profissionais da UBS. Já conseguimos junto com a agente comunitário de saúde. É muito importante esse contato para construção do PTS, para estabelecer metas e alcançar objetivos juntos (GF10);

A expansão do NASF e da ESF foi importante, promoveu expansão da gestão com relação a formação das equipes, expansão de território da ESF, possibilidade de um atendimento mais ampliado, integral (GF06);

A entrada de médico no NASF foi importante; oferecer essas especialidades para mais pessoas, hoje nove equipes do NASF podem contar com atendimento de Ginecologista e pediatra (GF01).

Apontaram também que as reuniões entre as diferentes equipes, realizadas de forma objetiva e direcionada, assim como discussões coletivas em momento oportuno, favorecem a AD.

Reunião de equipe, por exemplo entre o NASF e as equipes das unidades de saúde. Entende-se como reunião de equipe o que dá, e quando dá, não precisa ter aquele dia específico e não só quando está todo mundo. Quando é possível também (GF01);

Com todo mundo reunido, alguém vai ter uma resposta mais concreta para cada caso, alguém sabe que aquele paciente existe, que está precisando daquela atenção (GF05).

Ademais, elencaram estratégias que, embora não utilizadas, poderiam ser adotadas para favorecer o processo de trabalho, como agenda compartilhada e definição de fluxos.

Seria muito bom se tivesse como saber a agenda, o dia de visita, a equipe conversar junto na casa do próprio paciente. Isso evitaria um pouco de informações cruzadas. Poderia ter uma visão mais global do paciente, adequar melhor o cuidado e os instrumentos de trabalho (GF07);

Se tivesse uma ligação maior, se o SAD mandasse para nós da UBS: “tal dia o SAD vai estar lá, mais ou menos nesse horário, nesse período”. Isso formaria uma aliança, assim o paciente vai receber o cuidado da equipe, vai estar ali interligado um com o outro (GF05);

A partir do momento que o SAD assume o paciente ele não é somente nosso, ele é da unidade, então devemos ter atenção e dedicação conjunta (GF03);

[...] criar um sistema de parecer, “um parecer para o SAD, o SAD tem cinco dias para responder”, é um sistema mais ágil de comunicação, seria muito efetivo para nós (GF09);

Imagino que um bom fluxo melhora até a produtividade do trabalho dos profissionais, fica mais produtivo e mais resolutivo [...] (GF08).

Limitações na realização do cuidado domiciliar compartilhado

Dentre as limitações para o cuidado domiciliar compartilhado, foram destacados aspectos relacionados à comunicação entre as equipes e à efetivação da referência e contrarreferência.

Teve um paciente que atendi, nunca tive nada de contato [com a equipe do SAD], sobre o que estão fazendo, nunca tive uma devolutiva, não tem comunicação entre as equipes (GF04);

Se pudesse ter esse entrosamento um pouquinho melhor entre SAD, NASF e a própria unidade, acho que facilitaria o cuidado. A secretaria de assistência social também [...] (GF07);

Tem alguns casos que o hospital avisa que o paciente está indo de alta, mas a maioria, a gente vai pegar o paciente três, quatro meses depois. O ideal seria que saísse do hospital com a avaliação dos profissionais do SAD ou do NASF ou da USF, mas não existe carta ou orientação de alta (GF09);

Os cuidadores não sabem nem os nomes dos profissionais [...] você pergunta, eles não sabem: “ah veio um monte de gente aqui, “acho que é uma enfermeira” (GF04).

No entanto, os participantes destacaram que o uso de algumas ferramentas pode facilitar e agilizar a organização das equipes.

A utilização de instrumentos, por exemplo o Informe-SUS, Whatsapp [...] já acontece informalmente e facilita, é um meio que utilizamos para repassar informações importante ou urgentes, um facilitador para o nosso processo de trabalho (GF06);

A gente [município] não tem um sistema de contrarreferência [...] quanto mais rápido a gente encaminhar e resolver aquela solicitação inicial, mais rápido o paciente volta a sua questão laboral, volta a trabalhar ou até volta a sua atividade dentro do domicílio [...] (GF09).

Assim como a participação do SAD nas reuniões da APS e o uso de instrumento como o ecomapa.

É importante ter a participação do SAD [nas reuniões] para trabalhar técnicas, evolução dos casos (GF02);

Trabalhar com o ecomapa para identificar quem é a rede de apoio. Isto direciona e qualifica o nível e a intensidade do vínculo necessário entre a equipe e a família [...] (GF08).

Todavia, mencionaram que o conhecimento insuficiente sobre os critérios de elegibilidade para a AD - inclusive pelos profissionais que atuam nos diferentes dispositivos da RAS - e a indisponibilidade de veículo para transporte dos profissionais limitam o cuidado compartilhado.

Acham que o SAD é um serviço exclusivo de fisioterapia. Isso não só pela unidade de internação, mas também pela gestão. Começou errado [no município], só para absorver essa demanda de fisioterapia e evitar a judicialização [...] (GF10).

O que dificulta o cuidado compartilhado, é o transporte. Quando a gente [SAD] consegue marcar de ir, o NASF não tem como ir naquele dia, ou só um profissional tem como ir [...] (GF10);

O NASF tem dificuldade, como já aconteceu, o carro está marcado para amanhã, chegou o dia, e o veículo estragou e ficaram sem carro (GF03).

Ainda como limitações, foi apontada a dificuldade para a construção conjunta de um PTS, considerado uma ferramenta importante para a melhoria do cuidado no contexto domiciliar.

Até hoje não conseguimos [SAD] sentar junto com a equipe do NASF e fazer junto um PTS. Fazemos sozinhos, uma via fica dentro do prontuário físico na nossa base, e outra no prontuário domiciliar do paciente onde todos podem ter acesso (GF10).

Também houve menção à ausência de uma descrição detalhada dos casos clínicos de pacientes encaminhados para AD.

Já pegamos situações que não tinha descrição nenhuma do caso do paciente, ou então o que estava escrito não era compatível com o caso do paciente (GF09).

Outro ponto apontado foi a deficiência tecnológica e a inexistência de um sistema unificado de prontuário dentro da rede.

Os próprios instrumentos deveriam facilitar para quem fosse fazer o cuidado. Tipo: o profissional acessou o prontuário ter lá “paciente acamado, cuidado do SAD” então deveria ter alguma janelinha já indicando, e é fácil fazer isso, o pessoal de TI faz isso muito rápido. “É SAD”? Então vamos olhar um pouco mais o histórico desse paciente, ver como está sendo atendido. Não custa nada ter um link, para facilitar o atendimento e o cuidado, mas não tem essa tecnologia. Até o profissional buscar o histórico nos dois sistemas demora e fica complicado (GF07);

Colocar uma lista do que tem e ir marcando lá [no sistema]. Se o paciente está em acompanhamento no SAD, em Centros de Atenção Psicossocial [CAPS]. Isso facilitaria também. Usamos um sistema bem arcaico, você ter que pegar um telefone para discar “encaminhei um paciente aí para o CAPS, ele está indo? Porque ele aparece todo dia aqui na unidade pedindo receita” (GF01).

Por fim, foi destacado que a educação e a formação dos profissionais da área saúde para o cuidado compartilhado são frágeis.

Na minha faculdade nunca tive nada em posto de saúde, meu conceito de trabalho multidisciplinar era lá na clínica escola da universidade com fisio, fono [...] sabe aquela clínica do sonho, ninguém nunca falou: “vocês estão aqui aprendendo, mas não

é assim que vocês vão trabalhar, vocês vão trabalhar assim". SUS? não tive SUS, então assim um pouco de formação sabe [...] (GF01).

DISCUSSÃO

O cuidado compartilhado entre as equipes da APS e do SAD possibilita um olhar diferenciado sobre as diversas práticas em saúde, proporcionando uma atenção integral ao paciente e um aumento da resolutividade das ações da RAS - que, em tese, deveria ser coordenada pela APS. Assim, considera-se que a possibilidade de discutir aspectos relacionados a essa prática utilizando a matriz SWOT como guia possibilitou que os participantes identificassem os fatores comuns entre as equipes, os quais potencializam e limitam a efetivação do cuidado domiciliar compartilhado.

O uso da matriz SWOT como ferramenta de apoio para a coleta de dados ajuda a compreender as situações que interferem no processo de trabalho das equipes, cooperando para o estabelecimento de metas de intervenção que favoreçam a qualidade dos serviços ofertados.¹⁰ No contexto pesquisado, os resultados reiteram a importância de o cuidado domiciliar prestado por profissionais pertencentes às diversas equipes ser singular em cada caso. Isso porque essa modalidade assistencial permite a organização de ações conjuntas entre as equipes da APS e SAD, a partir da identificação, *in loco*, das necessidades dos pacientes e suas famílias.¹

Outrossim, os resultados deste estudo reiteram a importância da cobertura das equipes de saúde no âmbito da APS, visto que esses serviços oportunizam a continuidade do cuidado dentro da RAS no âmbito domiciliar. Destarte, no Brasil, a expansão do cuidado domiciliar - ofertado pelas equipes da APS e SAD - contribui para a melhoria da assistência em saúde à medida em que proporciona um acesso mais oportuno para a população.¹² Isso, por sua vez, pode contribuir para a redução de internações por condições crônicas que são sensíveis a esse nível assistencial, o que é benéfico para o sistema de saúde, mas, sobretudo, para os pacientes e seus familiares.

Os resultados demonstraram que a falta de organização local entre os serviços da RAS, como a definição de papéis e competências dos profissionais da APS e SAD, fragiliza o cuidado compartilhado entre as equipes desses serviços. Nesse sentido, os participantes apontaram a necessidade de integração entre os profissionais de saúde que realizam a AD. Essa integração, tal como apontado em estudo realizado em Florianópolis-SC, pode

ser favorecida pelas reuniões conjuntas entre as diferentes equipes, com vistas ao planejamento e à organização das ações em saúde.¹³ Diante desse resultado, torna-se relevante repensar as práticas de ensino, de modo que, durante o processo de formação, os futuros profissionais conheçam e sejam sensibilizados quanto às diferentes configurações do trabalho colaborativo/compartilhado e às estratégias para implementá-las em sua prática assistencial.

A existência de uma agenda compartilhada entre as diferentes equipes foi apontada como uma possibilidade para a organização do processo de trabalho e planejamento de ações de cuidado compartilhado. Cabe destacar que, quanto mais próximos os profissionais dos diferentes serviços estiverem uns dos outros e quanto mais disponíveis para a troca e o diálogo, maior será a probabilidade de identificarem a quais ações no campo cada um deles responde. Da mesma forma, será mais fácil reconhecer quais suas competências inerentes, as quais são determinantes para a produção do cuidado.¹⁴

Os resultados deste estudo permitem inferir também que a elaboração de um plano de cuidado envolvendo o paciente e sua família pode contribuir para melhores desfechos do cuidado domiciliar compartilhado. Ressalta-se que a realização de visitas periódicas constitui estratégia para potencializar a oferta de uma AD coerente com as necessidades singulares dos indivíduos e suas famílias, o que, por sua vez, favorece a recuperação e a manutenção da saúde.¹⁵

Por meio do acompanhamento domiciliar, os profissionais conseguem observar como os cuidados são executados pela família/cuidador no cotidiano, acompanhar a evolução do quadro, identificar novas demandas/necessidades de saúde e orientar práticas necessárias para atendê-las. Ademais, podem identificar e providenciar, dentro da rede, o suporte profissional que a família necessita.¹⁶ Nesse sentido, destaca-se a necessidade de, durante a formação profissional, sejam explorados os preceitos básicos que devem nortear a visita domiciliar, desde o seu planejamento, até sua execução, registro e avaliação. Essa ação/atividade precisa ser sistematizada e valorizada pela equipe de saúde a tal ponto que seja possível distinguir que nem todo comparecimento de membros da equipe de saúde no domicílio pode ser considerado uma visita domiciliar.

No entanto, para garantir a referência/contrarreferência, diminuir fragilidades na comunicação entre os profissionais e otimizar o trabalho das equipes da APS e SAD, os participantes apontaram a importância de fluxos pré-estabelecidos dentro da RAS, o que possibilitaria

melhoria na coordenação e longitudinalidade do cuidado. Esses apontamentos corroboram as dificuldades encontradas em um outro estudo referente à coordenação do cuidado, sobretudo as dificuldades relacionadas à baixa integração entre os serviços da RAS.¹⁷

A divisão de responsabilidades é fundamental para uma assistência integral e contínua dentro da APS,¹⁸ mesmo quando o usuário está em acompanhamento pelo SAD, principalmente por ocasião da transferência do cuidado para AD1. Os resultados do estudo, portanto, reiteraram que o campo das relações favorece o cuidado domiciliar compartilhado, com potencial para atender o atributo da integralidade e equidade.⁹

Destaca-se, ainda, que a ausência de fluxos pré-estabelecidos também limita o cuidado compartilhado. Para superar essas barreira, os participantes destacaram o papel da comunicação entre os diferentes pontos da RAS como estratégia para melhorar a assistência. Nesse contexto, uma comunicação efetiva envolve comportamentos assertivos para transmitir, receber e interpretar informações com clareza e respeito mútuo entre os profissionais. Ademais, quando a comunicação é bem estabelecida, há benefícios para a qualidade dos serviços prestados e a segurança do paciente.¹³

Diante disso, os participantes também apontaram a importância de realizar treinamentos que possam favorecer essa habilidade entre as equipes, bem como simulações práticas e uso de instrumentos específicos e/ou registro em prontuários contendo um mínimo e previamente estabelecido conjunto de informações sobre o paciente. Sob a ótica dos participantes, essas medidas permitiriam transpor a fragilidade na comunicação e fomentar o processo de educação no cotidiano dos profissionais que atuam na AD. Destaca-se, ainda, que, de acordo com os participantes do estudo e com nossas crenças, para o cuidado domiciliar compartilhado acontecer, é importante que haja uma comunicação efetiva entre as equipes que realizam esse serviço.

Outra estratégia referida pelos participantes e que pode ser utilizada para potencializar as ações em direção a um cuidado domiciliar compartilhado entre a APS e SAD diz respeito à criação de um canal de comunicação para estreitar os vínculos dos profissionais atuantes nos diversos pontos da RAS. Esse canal de comunicação - a exemplo de grupos no *WhatsApp* - poderá contribuir para a compreensão do papel e do processo de trabalho das equipes que realizam a AD.¹

Destarte, a comunicação entre os profissionais e a vinculação dos usuários com os diferentes pontos da RAS favorecem a integralidade da atenção na produção do

cuidado.¹⁴ Neste ínterim, para melhorar e facilitar a comunicação entre as equipes e favorecer o cuidado domiciliar compartilhado, os participantes sugeriram o uso do aplicativo *WhatsApp*[®]. Destaca-se que, embora o uso desse recurso não seja oficial, faz parte do cotidiano dos profissionais. Desse modo, formalizar sua utilização para a comunicação entre os profissionais facilitaria esse processo, além de contribuir para o compartilhamento de informações e, por conseguinte, para a qualidade do cuidado ofertado.

Os participantes também destacaram o uso do eco-mapa como um recurso relevante, visto que favorece a construção do raciocínio crítico e elaboração de um plano de cuidado de acordo com a realidade vivenciada pelo indivíduo/família. Favorece a identificação dos possíveis recursos sociais, culturais e econômicos que podem ser utilizados pelo assistido.¹⁹

No tocante às limitações, os participantes apontaram que, embora os critérios de elegibilidade para AD estejam bem definidos em portarias, o desconhecimento desses critérios por muitos profissionais que atuam na RAS fragiliza o cuidado domiciliar compartilhado. De acordo com os participantes, por vezes, gestores e coordenadores abrem exceções de inclusão, a depender da fragilidade da rede local. Porém, para o fortalecimento da AD como ferramenta contributiva à consolidação do SUS e estratégica para reduzir as taxas de ocupação de leitos hospitalares, faz-se necessária a estruturação de uma rede resolutiva.²⁰

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), por sua vez, foi apontado como uma ferramenta com potencial para a promover cuidado domiciliar compartilhado. No entanto, os participantes relataram dificuldades para manter uma rotina e periodicidade em sua elaboração e revisão. Essas fragilidades reforçam que o excesso de demanda dos usuários pode se relacionar à falta de uso de um instrumento para planejar a assistência à saúde na APS, a exemplo do PTS,³ que, associado às atividades burocráticas, constituem fatores prejudiciais para o cuidado compartilhado.

Embora possa ser uma barreira relacionada ao local de estudo e não seja de governabilidade dos participantes, eles apontaram como importante a fragilidade para o cuidado compartilhado e a limitação na disponibilidade de transporte dos profissionais do SAD - e, em alguns casos, também da APS - para o atendimento domiciliar. Essa fragilidade pode impactar na qualidade e na resolutividade da assistência ofertada ao paciente em domicílio.¹⁵ No contexto da eSF, a proximidade com o domicílio representa um facilitador do acesso aos serviços de saúde. Isto porque, de um lado, os usuários normalmente não

necessitam de grandes deslocamentos nem da utilização de meios de transporte para obterem atendimentos em saúde; por outro, os profissionais acessam a população com maior facilidade.

Contudo, as equipes do SAD não possuem a mesma facilidade e carecem de meios para efetivar suas ações. Assim, considerando que a atuação das equipes do SAD não substitui (mas complementa) a atuação das equipes da APS, um estudo de revisão da legislação sobre políticas públicas atinentes à organização da AD no SUS apontou a necessidade de reestruturar a rede de atenção e a oferta regular de transporte para os profissionais. Asseverou ainda que a disponibilidade de tempo destinado para os profissionais das eSF e Nasf-AB atenderem pacientes em domicílio na frequência necessária se caracteriza como uma das dificuldades vivenciadas pelas equipes da APS.²¹ Desse modo, é necessário que os profissionais dos serviços em estudo sigam os critérios definidos em portarias para a elegibilidade e priorização dos usuários a serem acompanhados na AD.

Outra dificuldade apontada diz respeito às falhas nos encaminhamentos de paciente elegíveis para o SAD. Os participantes destacaram a importância da descrição detalhada de cada caso direcionado ao serviço, o que pode minimizar os encaminhamentos desnecessários de condições com possibilidades de manejo e resolução pela APS. Um estudo realizado em Santa Catarina, com enfoque no uso da teleconsultoria articulada às centrais de regulação, sugere o uso de logística dos encaminhamentos dos pacientes dentro da RAS, considerando o risco dos indivíduos, as agendas e os exames dos serviços de saúde.²²

Salienta-se que a discussão dos casos que são de atendimento comum entre as equipes poderia ser favorecida por sistemas de apoio e logísticas que compõem a estrutura operacional da RAS. Isso porque, para viabilizar a AD, é preciso haver uma gestão com planejamento estratégico, logística, uso de tecnologias e informatização em saúde para avaliar as necessidades biopsicossociais do paciente, além de profissionais qualificados para essa modalidade assistencial.¹⁰ Essa limitação do cuidado compartilhado poderia ser contornada, portanto, pela existência de prontuários eletrônicos interligados e utilizados pelas equipes da APS, SAD e demais pontos da RAS. Esse recurso facilitaria o registro e as trocas de informações necessárias para referência e contrarreferência, assim como a longitudinalidade e integralidade no cuidado ao paciente em AD.¹⁶

Destarte, a pesquisa reafirmou que as ações para um cuidado domiciliar compartilhado entre a APS e SAD devem se pautar nas necessidades dos pacientes e nas

metas para o autocuidado. Também corroborou que a elaboração do plano de cuidado e definição do papel de cada equipe nos atendimentos é importante para melhoria da qualidade da atenção às pessoas com condição crônica. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais desses dois serviços estejam alinhados na perspectiva de um trabalho conjunto, pois quando os profissionais se apoiam e reconhecem a importância de cada categoria e a competência de cada serviço, o cuidado flui e possibilita o alcance dos objetivos do trabalho em saúde.²³

Ademais, esta pesquisa identificou que é importante implementar, ainda no campo de formação do profissional, ações que promovam a vivência e o conhecimento sobre o cuidado domiciliar compartilhado. Isso pode ser operacionalizado com o desenvolvimento prático de planos de cuidado que estimulem a integração entre as equipes de saúde da família, Nasf-AB, equipes do SAD, além dos demais serviços, como CAPS, ambulatórios especializados e hospitais.¹ Dessa maneira, reforça-se a importância de as instituições de ensino (públicas e privadas) potencializarem o desenvolvimento de atividades pedagógicas relacionadas ao trabalho colaborativo. Isso deve ser feito de modo a instigar a reflexão sobre a importância e praticabilidade do compartilhamento do cuidado, conscientizando os alunos de que esse cuidado exige planejamento, integração e organização conjunta de ações entre os diversos serviços da RAS.⁸

Como apontado em uma revisão integrativa,¹⁵ a presente pesquisa ressaltou a importância da implementação de ações de educação permanente e de sistemas informatizados para gerenciar, horizontalmente, os processos de trabalho das equipes e sinalizar riscos. Isso possibilitaria uma visão abrangente do usuário, planejamento, coordenação e avaliação das ações realizadas na AD, longitudinalidade do cuidado e articulação com os demais pontos da RAS.

Nesse sentido, verifica-se que a colaboração interprofissional tem potencial para contribuir com a reestruturação do modelo de saúde no Brasil,²⁴ uma vez que essa prática amplia a resolubilidade e a qualidade da atenção em saúde, em especial no contexto da AD. Esse modelo de assistência requer a implantação de práticas de cuidado que priorizem as reais necessidades dos pacientes e seus familiares e, para a sua efetivação, é necessário fortalecer a educação interprofissional na formação dos profissionais.⁸

Contudo, um estudo que comparou atitudes relacionadas à colaboração interprofissional autorrelatadas por diferentes equipes da APS com a realidade observada de seus processos de trabalho, constatando divergências

entre o falado e o vivido em relação à interprofissionalidade na rotina de trabalho dos serviços estudados. Ou seja, os processos de trabalho observados evidenciaram poucas situações de práticas interprofissionais.²⁵

Essa realidade não é muito diferente do constatado no presente estudo, com a ressalva de que os participantes demonstraram, em seus depoimentos, que valorizam e reconhecem os benefícios do trabalho compartilhado, tanto para a qualidade da assistência prestada quanto para a organização do processo de trabalho. Porém, não o colocam em prática por dificuldades estruturais dos serviços envolvidos.

Como possíveis limitações desta pesquisa, destaca-se a não inclusão de profissionais pertencentes a todas as equipes do município que atuam no SAD. No entanto, a estratégia de discussão em grupo utilizada possibilitou que profissionais de diferentes serviços compartilhassem e discutissem suas percepções sobre as limitações e potencialidades da assistência no contexto domiciliar. Isso fornece subsídios para um melhor enfrentamento da fragilização das ações de cuidado não só aos participantes do estudo, mas a todos os profissionais que atuam nessa modalidade de assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostraram que, na percepção dos profissionais atuantes na eSF, Nasf-AB e SAD, o compartilhamento do cuidado domiciliar é uma estratégia que potencializa a AD por permitir o estabelecimento de metas que favorecem a pessoa assistida e sua família.

A técnica utilizada na coleta de dados possibilitou o encontro dos profissionais das diferentes equipes e estimulou uma discussão conjunta sobre suas práticas assistenciais e as mudanças necessárias para seu aprimoramento. Foram apontadas como estratégias favoráveis ao compartilhamento do cuidado, o planejamento e a realização conjunta de ações e reuniões entre as equipes, a expansão no número de equipes e unidades de saúde, a agenda de trabalho compartilhada e a definição dos fluxos dentro da RAS. Por sua vez, assinalaram como entraves para sua efetivação a deficiência de transporte e de comunicação entre equipes dos diferentes serviços, a fragilidade na formação dos profissionais, o conhecimento insuficiente dos mesmos sobre os critérios de elegibilidade para a AD e a inexistência de planejamento conjunto do cuidado.

Ressaltaram que a comunicação entre as diferentes equipes que compõem a Rede de Atenção à Saúde, com troca de informações e discussões sobre os dados

clínicos dos usuários, possibilitaria ir além das notas de alta, contribuindo para o atendimento das especificidades de cada caso.

Esses resultados podem subsidiar a reflexão sobre a AD a fim de aprimorar suas potencialidades e minimizar fragilidades, assim como pode contribuir para qualificação da assistência entre os diferentes serviços que compõem a RAS, especialmente pela identificação dos elementos relacionados ao próprio processo de trabalho que influenciam no cuidado compartilhado.

REFERÊNCIAS

1. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL, Santos MLM. Home Care within the Unified Health System: challenges and potentialities. *Divulg Saúde Debate*. 2019[citado em 2020 mar. 14];43(121):592-604. Disponível em: 10.1590/0103-1104201912123
2. Huguet XB, Ramírez EL, Lombardo FC. Propuestas para la atención domiciliaria del siglo XXI. *Aten Primaria*. 2018[citado em 2019 dez. 14];50(5):264-6. Disponível em: 10.1016/j.aprim.2017.11.003
3. Muniz EA, Freitas CASL, Oliveira EN, Lacerda MR. Atenção domiciliar na estratégia saúde da família: perspectivas de idosos, cuidadores e profissionais. *Estud Interdiscip. Envelhec*. 2018[citado em 2020 dez. 14];23(2):13. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/61187/52447>
4. Sawchuk P. Caring for patients at home. *Can Fam Physician*. 2019[citado em 2020 mar. 15];65(2):149. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6515498/>
5. Silva AE, Sena RR, Braga PP, Paiva PA, Dias OV. Challenges in ways of thinking and doing home care management in Minas Gerais. *Ciênc Cuid Saúde*. 2017[citado em 2020 mar. 24];16(1). Disponível em: 10.4025/cienccuidsaude.v16i1.33190
6. Walters JK, Sharma A, Malica E, Harrison R. Supporting efficiency improvement in public health systems: a rapid evidence synthesis. *BMC Health Serv Res*. 2022[citado em 2022 mar. 15];22 (293). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07694-z>
7. Ministério da Saúde (BR). 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 União*. 2016[citado em 2020 set. 10];153(78 Seção 1):33-8. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/04/2016&jornal=1&pagina=33&totalArquivos=112>
8. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saúde Pública* 2021[citado em 2022 jun. 14];37(3):e00042620. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>

9. Mendes EV. As redes de Atenção à Saúde. 2^a ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011[citado em 2020 dez. 02]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/as-redes-de-atencao-a-saude/>
10. Lameirão MV, Cariello TF, Rodrigues RRD. Application of the SWOT matrix in a Family Health Strategy team. *Cadernos ESP*. 2020[citado em 2021 jul. 07];14(1): 89-93. Disponível em: [/cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/222](http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/222)
11. Bardin L. Análise de conteúdo. 70^a ed. São Paulo: Grupo Almedina; 2016.
12. Pinto LF, Giovanella L. The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). *Ciênc Saúde Colet.* 2018[citado em 2019 fev. 18];23(6):1903-14. Disponível em: 10.1590/1413-81232018236.05592018
13. Voltolini BC, Andrade SR, Piccoli T, Pedebôs LA, Andrade V. Estratégia saúde da família meetings: na indispensable tool for local planning. *Texto Contexto Enferm.* 2019[citado em 2020 mar. 24];28. Disponível em: [/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0477](https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0477)
14. Silva TF, David HMSL, Romano VF. Análise do acolhimento a partir das relações na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2020[citado em 2022 mar. 15];15(42):2326. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)232](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)232)
15. Define APF, Francisco CM, Kpoghomou MB. Atendimento domiciliar da população idosa: potencialidades e desafios desta modalidade. *Rev Recien.* 2019[citado em 2020 nov. 15];9(28):113-22. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/322/pdf>
16. Rossetto V, Toso BRGO, Rodrigues RM. Organizational flowchart of home care for children with special health care needs. *Rev Bras Enferm.* 2020[citado em 2020 dez. 15]; 73(suppl 4):e20190310. Disponível em: 10.1590/0034-7167-2019-0310
17. Cruz MJB, Santos AF, Macieira C, Abreu DMX, Machado ATGM, Andrade EIGL. Avaliação da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: comparando o PMAQ-AB (Brasil) e referências internacionais. *Cad Saúde Pública.* 2022[citado em 2022 mar. 24];38(2):e00088121. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088121>
18. Ferreira JA, Marques RC, Silva KL, Duarte ED, Schreck RSC. Compreensão das necessidades de saúde do homem em assistência domiciliar: estratégia para a contra-hegemonia. *Ciênc Cuid Saúde.* 2021[citado em 2022 fev. 20];e58613. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.58613>
19. Barbosa NG, Zanetti ACG, Souza J. Genograma e ecomapa como estratégias lúdicas de ensino de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm.* 2021[citado em 2022 jun. 14];74(3):e20201106. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1106>
20. Savassi LCM, Reis GVL, Dias MB, Vilela LO, Ribeiro MTAM, Zachi MLR, et al. Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: Recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SBMFC e da ABRASAD. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2020[citado em 2022 mar. 24];15(42):2611. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt-biblio-1147119#fulltext_urls_biblio-1147119
21. Savassi LCM. The current challenges of Home Care in Primary Health Care: an analysis in the National Health System perspective. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2016[citado em 2019 out. 12];11(38):1-12. Disponível em: 10.5712/rbmf11(38)1259
22. Maeyama MA, Calvo MCM. A Integração do Telessaúde nas Centrais de Regulação: a Teleconsultoria como Mediadora entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. *Rev Bras Educ Méd.* 2018[citado em 2020 mar. 15];42(2):63-72. Disponível em: 10.1590/1981-52712015v42n2RB20170125
23. Melo LC, Lima FR, Bracarense CF, Ferreira JFMF, Ruiz MT, Parreira BDM, et al. Inter-professional relationships in the Family Health Strategy: perception of health management. *Rev Bras Enferm.* 2022[citado em 2022 mar. 24];75(3):e20210636. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0636>
24. Durans KCN, Silva MCP, Miranda AF, Sousa HF, Lima SF, Pasklan ANP. Atitudes relacionadas a colaboração interprofissional entre os profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Res Soc Dev.* 2021[citado em 2022 jan. 18];10(4):e57110413392. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13392>
25. Ribeiro AA, Giviziez CR, Coimbra EAR, Santos JDD, Pontes JEM, Luz NF, et al. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2022[citado em 2022 mar. 24];26:e20210141. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0141>