

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO**  
**GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR COM ÊNFASE NA GESTÃO EM**  
**REDES**

**IDENTIFICANDO OS SERVIÇOS E RECURSOS DA REDE NO**  
**MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO: TECENDO REDES E**  
**CONSTRUINDO A INTEGRALIDADE DO CUIDADO**

**LÉIA DILENE PIOVESAN SCHLINDVEIN**

**ORIENTADOR: SATI JABER MAHMUD**

**CO-ORIENTADOR: HELOISA ARRUSSUL BRAGA**

**PORTO ALEGRE**

**2015**

LÉIA DILENE PIOVESAN SCHLINDVEIN

**IDENTIFICANDO OS SERVIÇOS E RECURSOS DA REDE NO MUNICÍPIO DE  
SÃO LEOPOLDO: TECENDO REDES E CONSTRUINDO A INTEGRALIDADE DO  
CUIDADO**

Trabalho apresentado como pré-requisito de conclusão do Curso de Especialização em Atenção Domiciliar com Ênfase em Gestão de Redes. Parceria do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientador: Sati Jaber Mahmud  
Co-orientador: Heloisa Arrussul Braga

PORTO ALEGRE

2015

*“(...) a formação ilusória da autossuficiência está sempre lá, à espreita do melhor momento para colocar-se em cena, ameaçando apagar o incômodo da precariedade humana e a dependência do sujeito ao outro (...).”*

*(Joel Birman)*

## RESUMO

A Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde, representada pelo Programa Melhor em Casa, é regulamentada pela Portaria nº 963 de maio de 2013, e constitui-se numa nova “modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes. Oferecida no domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde”. Considerando que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) está em processo de habilitação no município de São Leopoldo, ponderamos ser importante identificar os possíveis parceiros na rede de atenção à saúde, políticas públicas intersetoriais, redes formais e informais existentes na comunidade, estabelecendo fluxos e mecanismos que permitam conexões que favoreçam a complementariedade das ações do SAD e a resolutividade das ações em saúde. O projeto se propõe a identificar na rede, os serviços prioritários na interlocução com a atenção dispensada no SAD e, que possam subsidiar sua atuação, construindo um material de referência que identifique os serviços prestados na rede, formas de acesso e contato. Considerando a concepção ampliada de saúde e a complexidade da atenção prestada pelo SAD, a organização do serviço deve ter presente a importância de pensar e propor a organização dos serviços que compõe a rede de atenção acolhendo sua complexidade e sendo resolutiva.

**Palavras-chave:** Atenção domiciliar. Rede. Integralidade. Intersetorialidade. Serviço de Atenção Domiciliar.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	5
2 PROBLEMA.....	7
3 JUSTIFICATIVA.....	8
4 OBJETIVOS.....	9
4.1 OBJETIVO GERAL.....	9
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
5 REVISÃO DE LITERATURA .....	10
6 METODOLOGIA .....	17
7 CRONOGRAMA .....	18
8 RECURSOS NECESSÁRIOS .....	19
9 RESULTADOS ESPERADOS .....	20
REFERÊNCIAS.....	21

## 1 INTRODUÇÃO

O município de São Leopoldo fica localizado na grande Porto Alegre – 35 km – conforme dados do BRASIL. IBGE (2010), o município possui 214.087 habitantes.

A rede de saúde do município na Atenção Básica conta com 13 Estratégias de Saúde da Família (ESF) totalizando 25% de cobertura, 19 Unidades Básicas de Saúde e 01 Unidade móvel de saúde, perfazendo 50% de cobertura de Atenção Básica (AB).

A rede secundária é composta por 03 centros de saúde, 01 centro de especialidades, 01 centro de vigilância em saúde, 03 CAPS, Farmácias Municipal, Distrital e Popular e SAMU. Na rede terciária o município conta com 01 hospital geral e 01 centro de oncologia; nesta modalidade a rede de saúde conta ainda com clínicas conveniadas para desintoxicação e comunidades terapêuticas<sup>1</sup>. Em 2013, o município assumiu a Gestão Plena em Atenção à Saúde.

O recurso financeiro aplicado em saúde pelo município é de 38,82%, sendo que deste valor, 50% é gasto hospitalar. Conforme a gestão do hospital, este gasto na atenção terciária inviabiliza um investimento maior na atenção básica (FIGUEIREDO, 2015).

No mês de agosto de 2015, considerando a insuficiente cobertura de Estratégia de Saúde da Família, o município colocou em prática o serviço de “Saúde em Casa”, que visa atender pacientes sem condições de mobilidade de comparecer ao serviço de saúde. A equipe responsável pelo serviço é composta por 01 médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente administrativo e motorista (BETTINELLI, 2015).

Conforme informação da equipe de coordenação da Atenção Básica, o projeto para a implantação do Serviço de Atenção Domiciliar nos moldes do Programa “Melhor em Casa” para o município, foi submetido e está em fase de habilitação.

---

<sup>1</sup> Os dados dos serviços de saúde existentes o município foram disponibilizados pela coordenação de Atenção Básica no primeiro semestre de 2015. Diferindo dos sites oficiais, segundo informações por motivo de processamento dos dados.

A Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), representada pelo Programa Melhor em Casa, regulamentada pela Portaria nº 963 de maio de 2013, constitui-se numa nova

modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, oferecida no domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. 2013).

A portaria redefine ainda a AD no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes da AD, os requisitos para organização do SAD, as modalidades de AD, a habilitação e o financiamento do serviço.

Considerando que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) está em processo de habilitação no município de São Leopoldo, ponderamos ser importante identificar os possíveis parceiros na Rede de Atenção à Saúde (RAS), políticas públicas intersetoriais, redes formais e informais existentes na comunidade, estabelecendo fluxos e mecanismos que permitam conexões que favoreçam a implementação das ações do SAD e a resolutividade das ações em saúde.

Desta forma, este trabalho se propõe a identificar na rede de serviços, quais destes poderiam ser prioritários na interlocução com a atenção dispensada no SAD e, que possam subsidiar sua atuação e implementação. Propõe-se a construção de um material de referência que identifique os serviços prestados na rede, as formas de acesso e contato.

## **2 PROBLEMA**

Necessidade de identificar os serviços da rede de atenção à saúde (RAS), políticas públicas intersetoriais, redes formais e informais existentes na comunidade, a fim de captar parceiros que possam contribuir no compartilhamento do cuidado dispensado pelo SAD, garantindo a integralidade da atenção e a sustentabilidade das ações e do serviço.



### 3 JUSTIFICATIVA

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) está em processo de habilitação no município de São Leopoldo. Neste momento se faz necessário identificar os possíveis parceiros na Rede de Atenção à Saúde (RAS), políticas públicas intersetoriais, redes formais e informais existentes na comunidade, estabelecendo fluxos e mecanismos que permitam conexões que favoreçam resolutividade do SAD.

Conhecer os serviços disponíveis na rede de atenção a saúde e nas políticas intersetoriais, identificando parcerias e organizando fluxos são aspectos que poderão subsidiar a atuação e implementação do SAD; é através do reconhecimento e confiança entre as políticas públicas que se aumenta a confiança de atenção às diversas necessidades que podem surgir na ocasião da internação domiciliar. Considerando ainda que a atenção em rede seja indispensável para melhorar a qualidade e a resolutividade das ações em saúde (FERLA (2004), apud CECCIM; FERLA, 2006).

Atender o paciente e sua família é estar atento as suas necessidades. Na Atenção Domiciliar (AD) a necessidade latente se expressa no cuidado à enfermidade em pacientes restritos ao domicílio, traduzido pela equipe em cuidados à saúde. Redimensionando o cuidado, cada situação expressa sua necessidade particular que vão se singularizando – se explicitando e ensejando intervenções que extrapolam o cuidado privado da saúde – requerendo uma diversidade de serviços, recursos e tecnologias.

A identificação de parcerias que possam servir de referência e caminhos ao longo da atenção domiciliar potencializa o cuidado e amplia a resolutividade e o acesso a direitos. Com frequência encontramos serviços que tomados pela demanda ou fechados em sua presunção de saberes, desconhecem ou não reconhecem a rede como possibilidade de enfrentamento às dificuldades cotidianas de atenção e cuidado.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar os serviços ofertados na RAS, políticas públicas intersetoriais, redes formais e informais existentes na comunidade, fomentando a construção de parcerias e fluxos que servirão de referência no compartilhamento do cuidado dispensado pelo SAD.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar a rede de serviços;

Identificar a possibilidade de construção/parcerias com definição de referências;

Elaborar material – “guia” – identificando os serviços prestados na rede, servindo de referência para a equipe do SAD.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

As redes articulam e integram intencionalmente indivíduos, grupos e serviços, como estratégia organizativa, ajudando a potencializar as ações, a maior resolutividade e sustentabilidade.

O termo rede, rede social ou rede de recursos é amplamente utilizado para designar a articulação e relação que se estabelece entre instituições e grupos que se articulam em torno de uma determinada área de atuação, por exemplo, a rede de saúde, de assistência social, de atenção à criança, etc. A noção de rede remete ainda a várias concepções e significados, estando presente a ideia de conexão, comunicação e vinculação.

As redes, segundo Faleiros (1997) são constituídas por dois tipos: as redes primárias e secundárias. A primeira corresponde às relações mais próximas estabelecidas pelos sujeitos, podendo ser as relações afetivas, familiares e de amizades; a segunda corresponde às relações formalmente instituídas, de cunho técnico/profissional e de diferentes serviços; sendo sempre a sua construção processual e dinâmica; sem limites definidos e auto organizável, as redes se estabelecem por relações horizontais de cooperação entre os sujeitos.

Conforme Gonçalves e Guará (2010), “construir redes significa apostar em relações humanas articuladas entre pessoas e grupos que, no debate das diferenças, possam ajustar intenções mais coletivas e produtivas para todos”. Desta forma, a atuação em rede supõe compartilhamento, socialização, mobilização, dando sentido à participação de cada sujeito. Podemos dizer ainda que o trabalho em rede requer e, é parte da construção de confiança entre os atores e sujeitos sociais que a integram na busca de soluções mais coletivas e efetivas para determinada situação ou problema.

Corroborando, Giongo (2003) define a rede social como um “... grupo de pessoas, significativas umas para as outras, que, ao realizarem intercâmbios entre si e com outros grupos significativos, podem potencializar os recursos que possuem”. Podemos considerar os recursos como sinônimos de produção de cuidado, uma vez que integram ou complementam a atenção à determinada situação da vida particular ou social.

A produção de cuidado na concepção de Ferla (2004 apud CECCIM; FERLA, 2006) traz consigo a construção de serviços e ações implicados em responder as necessidades que chegam aos serviços. Apontam para a construção de uma rede que seja a tradução da prática cuidadora e resposta efetiva ao encontro usuário – ações e serviços. A construção de ações e serviços vai se dando de forma natural à medida que novas necessidades se apresentam no contexto social, por demanda direta dos usuários ou da própria organização dos serviços. Devemos ter presente que a construção de ações e serviços independente de sua natureza, não se constitui em rede se não representar resposta efetiva ao encontro com o usuário, ou seja, se não estiver aberta ao compartilhamento e responsabilidade na resolutividade de suas ações. Trabalhar em rede é um processo subjetivo que se dá a partir da vivência de cada sujeito que a compõe.

Compreendendo a necessidade de atender os indivíduos na integralidade e os determinantes do processo saúde-doença, temos presente que a rede de saúde não se restringe ao setor saúde e precisa incluir no cuidado outros setores das políticas públicas relacionados a este processo. Os determinantes do processo saúde-doença indicam a necessidade de interação entre as políticas públicas, portanto, a intersetorialidade.

A intersetorialidade presente na construção das redes contribui na constituição de sua potencialidade e resolutividade se considerarmos que a necessidade de cuidado pode ser múltipla e variar no curso do cuidado. A intersetorialidade trata-se da articulação entre políticas públicas através do desenvolvimento de ações conjuntas com intencionalidade coletiva de garantir a integralidade do atendimento de uma determinada situação de vulnerabilidade ou risco individual e/ou coletivo. A integralidade é entendida aqui como uma forma de produção de cuidado que extrapola o âmbito dos serviços de saúde, considera-se o indivíduo na sua amplitude da vida social. Considerar o indivíduo na sua integralidade é compreender os diversos fatores sociais, econômicos, políticos, religiosos e culturais que estão envolvidos e que fazem parte da vida em sociedade.

Ao mencionar as linhas de cuidado Ferla (2004, apud CECCIM; FERLA, 2006, p. 168) aponta que as linhas de cuidado tem como pressuposto

sua extensão à intersectorialidade, e por seu potencial a resolutividade, deve possibilitar o surgimento de laços de confiança entre os serviços, gestão setorial, instâncias de controle social, e redes sociais, indispensáveis para melhorar a qualidade e resolutividade das ações de saúde.

Desta forma, cabe aos profissionais envolvidos na atenção ao usuário desenvolver a capacidade de propor alianças para garantir o trabalho intersectorial. Estes autores apontam ainda que a porta de entrada, em última instância, são as ações e os serviços de saúde e a saída, às redes sociais. Neste sentido, o Caderno de Atenção Domiciliar aponta que a relação entre uma ou várias partes dos setores (intersectorialidade) visam alcançar resultados para a saúde de modo mais efetivo, eficiente e sustentável do que poderia ser alcançado se o setor saúde agisse de forma isolada. No trabalho intersectorial é importante reconhecer que nenhum setor isolado tem poder suficiente para dar conta individualmente do problema e que a ação intersectorial pode possibilitar ações mais potentes e resolutivas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012).

No curso da internação domiciliar, a atenção pode variar das técnicas de apoio individual que inclui a atenção clínica, os medicamentos, a reabilitação, o acesso a informações, a referência a situações de crise a reabilitação, para a necessidade da abordagem social e cultural do usuário e familiar/cuidador incluindo recursos que podem ser acessados no âmbito da comunidade e das políticas intersectoriais, como acesso a renda, recursos materiais, apoio espiritual, desenvolvimento de convivência e resolução de conflitos intrafamiliares. As situações crônicas que requerem acompanhamento terapêutico a longo prazo irão requerer um rol maior de recursos, em consequência, a participação das redes de suporte, sejam formais ou informais, nestas incluídas o suporte familiar e local – mais próximo ao usuário e de fácil acesso. Na atenção clínica a unidade de saúde de atenção básica deve ser considerada a principal referência do usuário.

Considerando a concepção ampliada de saúde e a complexidade da atenção prestada pelo SAD, a organização do serviço deve ter presente a importância de pensar e propor a organização dos serviços que compõe a rede de atenção, acolhendo sua complexidade e sendo resolutiva.

Na implantação do serviço de AD, já é condição para habilitação, a existência do SAMU ou serviço móvel de atenção às urgências, hospital de referência e

retaguarda laboratorial e diagnóstica. O serviço de atenção domiciliar precisa compor com as unidades básicas de saúde, organizações não governamentais, assistência social, educação, conselhos de direito, etc. Compôr é acima de tudo estabelecer uma relação de confiança que garantindo o acesso e a acolhida, contribua na resolutividade, numa relação de reciprocidade.

Neste sentido Fagundes (2006, apud CECCIM e FERLA, 2006, p.171) trabalha com o conceito de redes quentes lembrando que estas são “geradoras de efeitos de diferenciação pela dinâmica de conectividade ou de conjunção”. Segundo Ceccim e Ferla (2006) a transformação de redes quentes em processo ininterrupto de cuidado requer o envolvimento de usuários e trabalhadores encarnados. A rede como sinônimo de apoio e cuidado implica a existência de disponibilidade de serviços e profissionais para compartilhar interesses em torno de demandas comuns.

Pensando na humanização e integralidade do cuidado, foi constituída as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as respectivas linhas de cuidado. Fruto de um acordo tripartite, no final de 2010, foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS, no qual consta a seguinte conceituação das RAS: “São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010).

As principais características das RAS são:

formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades da população; responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014, p. 9).

Considerando seus pressupostos, a RAS tem se tornado uma estratégia para aperfeiçoar o funcionamento do SUS com vistas à assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita. É por meio de uma RAS que se permite prestar assistência contínua a determinada população no tempo e lugar certos, com o custo e qualidade mais apropriada.

A partir da Portaria nº 4.279, foram pactuadas as redes temáticas e seus componentes, entre eles a atenção Domiciliar (BRASIL, 2014). Com vistas à implantação da Atenção Domiciliar, em 2011, se dá o lançamento do Programa Melhor em Casa.

Nesta perspectiva, a AD destaca-se como uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar as já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com vistas à garantia de continuidade de cuidados.

A AD envolve todos os pontos de atenção à saúde e representa esforços de mudança para a organização dos serviços de saúde, no que se refere a prestar assistência ao paciente no seu ambiente de domicílio, buscando superar o modelo assistencial centrado em cuidados hospitalares, apesar do reconhecimento de que estes são imprescindíveis em situações características.

Brasil. Ministério da Saúde (2012) aponta que para garantir eficiência e efetividade no trabalho em equipe e no cuidado em AD é pressuposto indispensável a articulação em rede dos diversos serviços que compõe assistência e cuidado. Ainda, Brasil. Ministério da Saúde (2012, p. 38), destaca a importância da articulação entre os serviços e a “definição de referências e caminhos ao longo das redes no sentido do compromisso, orientando o usuário sobre os caminhos preferenciais que devem ser percorridos e garantindo acesso ao conjunto de tecnologias necessárias”. A gestão do cuidado em atenção domiciliar de certa forma é considerada complexa, pois envolve a integração e interação de praticamente todos os componentes da rede.

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição (2003, p. 9) aponta como um dos princípios orientadores da Atenção Domiciliar o “estímulo a redes de solidariedade” ressaltando que o processo de assistência domiciliar é complexo, destacando dentre as razões que a “assistência domiciliar necessita a participação e apoio dos elementos familiares, da vizinhança e do uso de uma rede de apoio disponível ou a ser construída na comunidade e sociedade”. Também ratifica a importância de inserir a assistência domiciliar na política de saúde e assistência social do município, atribuindo ao gestor municipal a responsabilidade na

organização e estabelecimento de referências especializadas que se façam necessárias e o estímulo ao desenvolvimento e utilização das redes de apoio.

O manual de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição caracteriza a assistência domiciliar como uma

modalidade de atenção à saúde integrada aos projetos sociais e políticos da sociedade da qual faz parte, deve estar conectada aos movimentos que buscam melhorias na área da saúde. Em nível de atuação local, a equipe de atenção básica deve identificar parcerias na comunidade (seja com igrejas, associações de bairro, clubes, ONGS, dentre outros) que viabilize e otimize a assistência prestada no domicílio (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2003, p. 14).

A atenção domiciliar independente da modalidade que assume – AD 1 desenvolvido pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, AD 2 ou AD 3 desenvolvidos pelas equipes do Melhor em Casa, – para garantir a integralidade do cuidado, eficácia e efetividade, assim como sua sustentabilidade tem como pressuposto o trabalho apoiado a interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Brasil. Ministério da Saúde (2012), no que se refere à gestão, traz como aspecto de subsidio a atuação do SAD, a organização dos fluxos, que se darão entre o SAD e os pontos da rede, seja na promoção do acesso a insumos ou a serviços. Assinalando que o maior objetivo é a garantia da continuidade e a qualidade do cuidado, independente de como se dará a construção e pactuação dos fluxos. Para facilitar a tarefa, o caderno sugere a elaboração de formulários específicos para a AD que possibilitem o trânsito do paciente, ampliação da comunicação promovendo a conexão com os pontos de atenção (rede) e realização de reuniões entre os profissionais da AD e os serviços da rede visando qualificar o cuidado e promover discussões de caso, etc. Neste sentido, o trabalho em rede oportuniza a criação de conhecimento e aprendizados a partir de programas, serviços e intervenções em andamento (BRASIL. Ministério da Saúde. 2012).

A articulação como parte do processo de trabalho profissional contribui na forma como os serviços se incluem enquanto constituintes da rede. Trabalhar na perspectiva de rede requer do profissional buscar alternativas, construir caminhos e fluxos, onde o indivíduo consiga estabelecer possibilidades de complementariedade do cuidado. Trabalhar em rede constitui o desafio de implementar a cultura e prática



do trabalho em rede, onde profissionais e instituições atuam como mediadores entre os diversos interesses que atravessam a produção de saúde.

O trabalho em rede constitui um processo dinâmico que depende de inúmeros fatores objetivos e subjetivos, sejam estes, profissionais, materiais, culturais, entre outros; precisam ser ativados constantemente dando sentido à construção do trabalho em rede.

A organização e trabalho em rede é um processo, nunca um estado acabado. Para Meneses (2007, p. 24) “as redes sociais são um sistema aberto em permanente construção, que se constroem individual e coletivamente” considerando que estas são modificadas em sua estrutura por migração e emigração, por adesão ou saída de indivíduos e instituições. Desta forma, poderíamos considerar que as redes são formas não institucionalizadas de organização.

## 6 METODOLOGIA

A fim de atingir o objetivo proposto busca-se identificar os serviços ofertados na Rede de Atenção à Saúde (RAS), políticas públicas intersetoriais, redes formais e informais existentes na comunidade descrevendo os fluxos de acesso de cada serviço que possam ser parceiros na implementação da atenção dispensada no SAD, considerando que estes servirão de referência no compartilhamento do cuidado dispensado aos usuários e familiares/cuidador.

A identificação da rede de serviços e coleta de dados deve se dar através de recursos eletrônicos, contatos telefônicos e na disponibilidade dos serviços com visita previamente agendada. Os serviços devem ser identificados quanto à modalidade de atenção prestada, especificando contatos e endereços.

Avaliando a importância da reciprocidade entre os serviços é importante que todos os envolvidos na rede tenham conhecimento das possibilidades e recursos disponíveis e que podem, em certo momento, ser dispensados em algum ponto da rede aos usuários do SAD.

Desta forma, identificados os serviços, nas demandas acolhidas e formas de acesso/fluxo, propõe-se a construir um material gráfico que sirva de referência para a equipe do SAD e a rede.

## 7 CRONOGRAMA

<b>ETAPAS DO TRABALHO</b>	<b>PERIODO DE EXECUÇÃO DAS ETAPAS</b>
Elaboração Tema do Projeto	Junho a julho de 2015
Revisão Bibliográfica	Julho a agosto de 2015
Coleta dos Dados	Setembro de 2015
Construção do Material de Referência	Outubro de 2015 – permanente
Entrega do Trabalho	Até Novembro de 2015
Apresentação do Trabalho	Dezembro de 2015

## 8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Na elaboração deste trabalho serão utilizados recursos de acesso simples e com baixo custo, considerando que o mesmo não tem investimento institucional. Por compor requisito para a obtenção de título, o recurso humano será provido pela aluna que o desenvolveu. Os recursos materiais seguem listados na tabela.

MATERIAL	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO (R\$)	PREÇO TOTAL (R\$)
Micro computador	1 unidade	R\$ 1.600,00	R\$ 1.600,00
Pacote de papel A4 Branco - 500 folhas	1 pacote	R\$ 11,20	R\$ 11,20
Cartucho de Tinta para impressora (cor preta)	2 unidades	R\$ 18,00	R\$ 32,00
Caneta	2 unidades	R\$ 1,50	R\$ 3,00
Telefone	06 cartões	R\$ 25,00	R\$ 150,00
		<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.796,60</b>

Os custos serão de inteira responsabilidade da aluna proponente. Posteriormente havendo interesse, o material de referência impresso – guia de recursos – poderá ser replicado em maior quantidade e qualidade gráfica.

## 9 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se identificar neste momento de implantação do SAD uma parcela dos serviços ofertados na rede de atenção à saúde, políticas públicas intersetoriais, redes formais e informais existentes na comunidade, em especial os serviços que atenderiam com maior recorrência a indivíduos que estão em AD. A partir da identificação destes serviços, busca-se a construção de fluxos que servirão de referência no compartilhamento do cuidado a ser dispensado pelo SAD.

A construção do “guia de recursos” devesse servir de referência para a equipe de AD e aos demais componentes da rede, tendo como objeto o trabalho integrado e compartilhado; na possibilidade de ofertar o cuidado à saúde de forma resolutiva e efetiva, servindo de disparador do processo de articulação dos serviços que servirão de suporte às ações de cuidados/atenção dispensados.

No processo de construção do “guia de recursos”, considera-se que, não estando implantada a AD no município de São Leopoldo, alguns recursos/serviços ainda não se façam de fácil identificação, outros talvez precisem ser pensados e construídos a partir da identificação da necessidade que se faz naturalmente no curso da implantação de um novo serviço. Outra possível limitação à identificação de muitos dos serviços, pode se dar pela não inserção da aluna na rede de serviços do município de São Leopoldo. Por se tratar de um processo dinâmico, a dificuldade em acessar informações pertinentes à rede e as condições legítimas de sua articulação e fluxo, presentes no processo de construção do guia, pode se apresentar também no cotidiano do trabalho.

## REFERÊNCIAS

BETTINELLI, Sonia. Saúde em Casa inicia hoje em São Leopoldo: o objetivo é suprir a falta de equipes de Saúde da Família. **Jornal VS**. São Leopoldo, 28 ago. 2015. Caderno de Política, p. 04.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)> Acesso em: 10 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria, nº 963, de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html) Acesso em: 17 out. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. 2015. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde. Experiência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição**. Porto Alegre:[s.n.], 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Linha de cuidado a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Rosemeri; MATTOS, Rubes Araujo de (Org.) **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 165-184.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em serviço social**. São Paulo: Cortez, 1997.

FIGUEIREDO, Ana Paula. Plano emergencial do HC entra em vigor: Centenário terá 39 leitos a menos, sendo 14 da psiquiatria. **Jornal VS**. São Leopoldo, 24 ago. 2015. Caderno de Política, p. 04.

GIONGO, Cláudia Deitos. Tecendo relações: o trabalho com famílias na perspectiva de redes sociais. In: SCHEUNEMANN, Arno V; HOCH, Lothar Carlos (Org.). **Redes de apoio na crise**. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, 2003.

GONÇALVES, Antonio Sérgio; GUARÁ, Isa Maria F. Rosa. Redes de proteção social na comunidade. In: GUARÁ, Isa Maria F. Rosa. **Redes de proteção social**. São Paulo : Associação Fazendo História : NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010. p. 11-20.

MENESES, María Piedad Rangel. **Redes sociais – pessoais**: conceitos, práticas e metodologia. 2007. Tese (Doutorado) – Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.