

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Bruna Dias França

**TECNOLOGIAS NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

Belo Horizonte - MG

2021

Bruna Dias França

**TECNOLOGIAS NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Kênia Lara da Silva

Belo Horizonte - MG

2021

França, Bruna Dias.
F814t Tecnologias no trabalho dos profissionais de enfermagem em Serviços de Atenção Domiciliar [manuscrito]. / Bruna Dias França. - - Belo Horizonte: 2021.
125f.: il.
Orientador (a): Kênia Lara da Silva.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Serviços de Assistência Domiciliar. 2. Enfermeiras e Enfermeiros. 3. Técnicos de Enfermagem. 4. Fluxo de Trabalho. 5. Tecnologia. 6. Dissertação Acadêmica. I. Silva, Kênia Lara da. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WY 115



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 676 (SEISCENTOS E SETENTA E SEIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA BRUNA DIAS FRANÇA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 9 (nove) dias do mês de julho de dois mil vinte e um, às 9:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*TECNOLOGIAS NO PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR*", da aluna **Bruna Dias França**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Kênia Lara da Silva (orientadora), Edna Aparecida Barbosa de Castro e Elisabeta Albertina Nietzsche, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

"TECNOLOGIAS NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR"

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 09 de julho de 2021.

Profª. Drª. Kênia Lara da Silva

Orientadora (EE/UFMG)

Profª. Drª. Edna Aparecida Barbosa de Castro

(UFJF)

Profª. Drª. Elisabeta Albertina Nietzsche

(Universidade Federal de Santa Maria)

HOMOLOGADO em reunião do CFG
 em 02.08.2021

09/07/2021 16:43

Andréia Nogueira Delfino

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **BRUNA DIAS FRANÇA**.

As modificações foram as seguintes:

Rever o texto segundo as anotações indicadas pela Banca nos arquivos encaminhados.

NOMES

ASSINATURAS

Prof^ª. Dr^ª. Kênia Lara da Silva

Prof^ª. Dr^ª. Edna Aparecida Barbosa de Castro

Prof^ª. Dr^ª. Elisabeta Albertina Nietzsche



Documento assinado eletronicamente por **Kenia Lara da Silva, Membro**, em 09/07/2021, às 14:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Elisabeta Albertina Nietzsche, Usuário Externo**, em 09/07/2021, às 15:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Edna Aparecida Barbosa de Castro, Usuário Externo**, em 09/07/2021, às 16:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 09/07/2021, às 16:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0829639** e o código CRC **01DBD49C**.

Referência: Processo nº 23072.215084/2020-98

SEI nº 0829639

HOMOLOGADO em reunião do CPG
em 021.08.1.2021

Dedico esta pesquisa aos enfermeiros do Serviço de Atenção Domiciliar que, criam e recriam a cada dia em prol de um cuidado de qualidade para os seus pacientes.

E dedico também ao meu pai que partiu antes da conclusão deste estudo, mas sempre me apoiou a concluí-lo.

AGRADECIMENTOS

Após dois anos e meio dedicados para escrever esta dissertação, em meio a um momento onde a sociedade enfrenta grandes desafios, não sei precisar os sentimentos que invadem o meu coração. É uma mistura de emoções. Desenvolvi essa dissertação em um momento pandêmico, enfrentei uma grande perda e aprendi que a vida pode te apontar desafios nunca antes pensados, em segundos. Esta dissertação é resultado de uma trajetória rica de aprendizado acadêmico e pessoal para esta pesquisadora. Desta forma, apresento os agradecimentos a todos que fizeram parte dessa caminhada em minha vida.

Primeiramente, agradeço à Deus pela benção da vida, por sua presença e apoio em toda minha trajetória, me dando força para seguir, sabedoria e perseverança frente a todos os obstáculos. Agradeço por me permitir desenvolver este estudo e por todo o aprendizado conquistado. Sem o teu apoio, certamente eu não teria conseguido

A minha mãe Júnia, agradeço por todo amor que me levou a seguir em frente e a correr atrás dos meus sonhos e objetivos. Eu sei o quanto foi difícil estarmos longe e agradeço por nunca deixar de acreditar que eu seria capaz de vencer esta etapa.

In memoriam do meu pai Bruno, sei que de onde estiver, vai estar feliz e comemorando ao ver este trabalho concluído. Pai, o senhor sempre me questionava se o mestrado estava finalizando, sei que não compreendia muito bem como o curso funcionava, mas acreditava na minha paixão pela enfermagem, pela pesquisa e por ensinar. Obrigada por apoiar minhas escolhas e por tanto amor. Escrevo esse agradecimento com os olhos cheios de lágrimas, sei o quanto queria que estivesse mais perto de vocês, mas mesmo estando longe, o amor estava sempre presente.

Ao meu querido irmão Luís Eduardo, agradeço por todo amor, amizade e carinho. Esteve sempre ao meu lado com um olhar, fala sincera e um abraço suave e leve.

In memoriam, minha madrinha Wanda Campolina, mulher de muita força e luz, foi um exemplo de vida, agradeço por todo carinho, ensinamento, cuidado e incentivo, tudo que aprendi com você foi essencial para que eu chegasse até aqui.

Ao meu parceiro Felipe, essencial nesta caminhada. Agradeço por vivenciar todos os momentos ao meu lado, por acolher minhas angustias, me dando apoio, amor e incentivo nos dias difíceis. Agradeço também pelo interesse em contribuir com a leitura do texto e se envolver, me indicando suas sugestões para melhor clareza deste trabalho.

Aos meus familiares e amigos, agradeço por todo apoio e orações para que esta etapa fosse concluída com êxito.

Aos meus colegas do NUPEPE, obrigada pelos ensinamentos e oportunidade de aprender com vocês.

A professora Kênia Lara da Silva, agradeço imensamente por acreditar no meu potencial desde o 3º período de graduação, momento em que me convidou para participar das pesquisas do núcleo. Agradeço por todo o aprendizado compartilhado e por me direcionar nessa trajetória no campo da pesquisa em enfermagem, por me mostrar que sempre é necessário melhorar e aprender novos métodos e nunca se estabilizar. Você é um grande exemplo de mulher e pesquisadora.

In memoriam da professora Roseni, mulher forte, de coragem e grande pesquisadora, com quem tive a oportunidade de trabalhar e aprender, agradeço imensamente pela oportunidade de conhecê-la e vivenciar momentos especiais ao seu lado. Você fez parte da minha trajetória no campo da pesquisa em enfermagem e me incentivou a seguir nessa área.

Agradeço a agência de fomento que possibilitou o desenvolvimento dessa pesquisa: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais FAPEMIG -Processo: APQ01010-15.

Agradeço a Universidade Federal de Minas Gerais, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

A todos os professores do mestrado, que de certa maneira contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

Às professoras que compõe a banca, agradeço por terem aceitado o convite em contribuir com este trabalho e por me ajudarem a tornar mais próximo o sonho de concluir o mestrado.

Obrigada também aos profissionais de enfermagem que aceitaram participar desta pesquisa.

Vocês foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho.

A todos que me ajudaram e me apoiaram nesses dois anos e meio, muito obrigada!

O trabalho não é a satisfação de uma necessidade, mas um meio para satisfazer outras necessidades. (Karl Marx)

RESUMO

FRANÇA, B. D. Tecnologias no trabalho dos profissionais de enfermagem em Serviços de Atenção Domiciliar. 2021. 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

Introdução: A realização deste estudo partiu da premissa de que a concepção de tecnologia tem sido usada de forma enfática no cotidiano, equivocadamente, pois tem sido compreendida usualmente apenas como um produto, uma máquina. Percebe-se que essa incompreensão conceitual impede o reconhecimento das tecnologias, inovações e criações diárias da enfermagem durante o seu processo de trabalho na atenção domiciliar. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi analisar a utilização das tecnologias no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem no Serviço de Atenção Domiciliar. **Método:** estudo qualitativo, ancorado no referencial teórico-metodológico da dialética marxista. A produção dos dados teve como cenário os serviços de atenção domiciliar do Sistema Único de Saúde dos municípios: Belo Horizonte, Contagem e Pará de Minas, em Minas Gerais, e aconteceu a partir da realização de entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado, com enfermeiros e técnicos de enfermagem do Serviço de Atenção Domiciliar. Os dados foram submetidos à Análise de Discurso Crítica, na perspectiva de Fairclough, possibilitando a discussão de duas categorias empíricas: o trabalho da enfermagem na atenção domiciliar; e as tecnologias no trabalho de enfermagem na atenção domiciliar: das concepções aos improvisos. **Resultados:** indicaram que os enfermeiros e técnicos de enfermagem assumem atividades organizacionais, assistenciais e educacionais/relacionais. E em determinadas situações, esses trabalhadores são estimulados a adaptar e inovar para alcançar o objetivo do cuidado. Isto se dá especialmente pelo trabalho vivo em ato que, pauta-se nas necessidades do trabalho e incentiva as mentes dos trabalhadores a pensar em soluções para as situações singulares do cuidado em domicílio. Dentre as tecnologias identificadas, apresentam-se tecnologias comumente utilizadas no campo da saúde, mas evidenciam-se também tecnologias inovadoras e específicas do Serviço de Atenção Domiciliar, como: elaboração e coordenação de rota; gestão da agenda de visita; classificação de elegibilidade para admissão no Serviço de Atenção Domiciliar; discussão de caso presencialmente ou por WhatsApp; montagem de maleta com materiais necessários para as visitas domiciliares. Identifica-se, também a necessidade de acompanhamento e avaliação das tecnologias implementadas durante o cuidado com os pacientes, para garantir um cuidado de qualidade. **Conclusão:** As tecnologias assistenciais, gerenciais e educacionais utilizadas no processo de trabalho da equipe de enfermagem no Serviço de Atenção Domiciliar foram evidenciadas. Conclui-se que enfermeiros e técnicos de enfermagem assumem atividades organizacionais, assistenciais e educacionais/relacionais. Em determinadas situações, esses trabalhadores são estimulados a adaptar e inovar para cuidar no domicílio.

Palavras-chave: Serviços de Assistência Domiciliar. Enfermeiras e Enfermeiros. Técnicos de Enfermagem. Fluxo de Trabalho. Tecnologia.

ABSTRACT

FRANÇA, B. D. Technologies in the work of nursing professionals in Home Care Services. 2021. 125f. Dissertation (Master's in Nursing) - School of Nursing, University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

Introduction: This study was based on the premise that the concept of technology has been used emphatically in everyday life, wrongly, as it has usually been understood only as a product, a machine. It is noticed that this conceptual misunderstanding prevents the recognition of technologies, innovations and daily creations of nursing during their work process in home care. Therefore, the aim of this study was to analyze the use of technologies in the work process of nursing professionals in the Home Care Service. **Method:** qualitative study, anchored in the theoretical-methodological framework of Marxist dialectics. The data production was set in the home care services of the Unified Health System in the municipalities: Belo Horizonte, Contagem and Pará de Minas, in Minas Gerais, and took place through interviews guided by a semi-structured script, with nurses and nursing technicians from the Home Care Service. Data were submitted to Critical Discourse Analysis, from the perspective of Fairclough, enabling the discussion of two empirical categories: nursing work in home care; and technologies in nursing work in home care: from conceptions to improvisations. **Results:** indicated that nurses and nursing technicians assume organizational, care and educational/relational activities. And in certain situations, these workers are encouraged to adapt and innovate to achieve the goal of care. This is especially due to the live work in action, which is based on the needs of the work and encourages the minds of workers to think of solutions for the unique situations of home care. Among the identified technologies, technologies commonly used in the health field are presented, but innovative and specific technologies for the Home Care Service are also evidenced, such as: route elaboration and coordination; visit schedule management; eligibility classification for admission to the Home Care Service; case discussion in person or by WhatsApp; assembly of a suitcase with materials needed for home visits. It is also identified the need for monitoring and evaluation of the technologies implemented during patient care, to ensure quality care. **Conclusion:** care, management and educational technologies used in the work process of the nursing team in the Home Care Service were evidenced. It was identified that nurses and nursing technicians assume organizational, care and educational/relational activities. In certain situations, these workers are encouraged to adapt and innovate to reach their goal.

Key-words: Home Care Services. Nurses. Licensed Practical Nurses. Workflow. Technology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Mapa de Belo Horizonte.....	28
FIGURA 2 - Mapa de Contagem.....	30
FIGURA 3 - Mapa de Pará de Minas	31
FIGURA 4 - Cadeia I: Critérios para definição das rotas no SAD.....	50
FIGURA 5 - Cadeia II: Processo para definição da agenda/escala de visitas do SAD ..	52
FIGURA 6 - Cadeia III: Processo de admissão	54
FIGURA 7 - Cadeia IV: Captação: desospitalização ou desupalização	57
FIGURA 8 - Cadeia V: Atendimento clínico / consulta de enfermagem	59
FIGURA 9 - Cadeia VI: Curativo no SAD.....	62
FIGURA 10 - Cadeia VII: Orientação dos pacientes, familiares e cuidadores atendidos pelo SAD	68
FIGURA 11 - Cadeia VIII: Rota de visitas no SAD	70
FIGURA 12 - Cadeia IX: Medicação no SAD	76
FIGURA 13 - Cadeia X: Coleta de sangue no SAD.....	79

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Legislação Brasileira do Serviço de Atenção Domiciliar	15
QUADRO 2 - População do estudo.....	32
QUADRO 3 - Dados dos entrevistados	34
QUADRO 4 - Codificação adotada para transcrição das entrevistas	36
QUADRO 5 - Códigos produzidos na análise das entrevistas dos enfermeiros.....	40
QUADRO 6 - Códigos produzidos na análise das entrevistas referente aos técnicos de enfermagem	41
QUADRO 7 - Códigos produzidos na análise das entrevistas referente ao discurso dos enfermeiros e técnicos de enfermagem.....	42
QUADRO 8 - Apresentação das categorias e subcategorias	43
QUADRO 9 - Intercorrências frequentes na AD.....	52
QUADRO 10 - Atividades realizada pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem.....	83
QUADRO 11 - Tecnologias utilizadas pelo enfermeiro no seu processo de trabalho no Serviço de Atenção Domiciliar.....	90
QUADRO 12 - Tecnologias utilizadas pelos técnicos de enfermagem no seu processo de trabalho no Serviço de Atenção Domiciliar.....	93
QUADRO 13 - Apresentação dos imprevistos, criações e adaptação segundo discurso dos entrevistados.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS

ACD	Análise Crítica do Discurso
AD	Atenção Domiciliar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIC	Bolsista de Iniciação Científica
BIPAP	Bilevel Positive Pressure Airway
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAM-AD	Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e outras drogas
CERSAMi	Centros de Referência em Saúde Mental Infantil
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEUG	Gerência de Urgência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ITU	Infecção do trato urinário
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NUPEPE	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Ensino e a Prática de
Enfermagem	
O2	Oxigênio
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Tecnologia Assistencial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Tecnologia Educacional
TG	Tecnologia Gerencial
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO	21
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivo específico.....	21
3 BASES TEÓRICAS	22
4 METODOLOGIA	27
4.1 Referencial teórico-metodológico e abordagem da pesquisa.....	27
4.2 Caminhos metodológicos	28
4.2.1 Cenário do estudo.....	28
4.2.1.1 Município de Belo Horizonte	28
4.2.1.2 Município de Contagem	30
4.2.1.3 Município de Pará de Minas	31
4.2.2 População do estudo.....	32
4.2.3 Coleta de dados	33
4.2.4 Análise dos dados.....	37
4.2.4.1 Etapas do processo de análise.....	39
4.2.5 Aspectos éticos.....	44
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	45
5.1 O TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	45
5.1.1 Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no SAD	45
5.1.2 Atividades desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem no SAD.....	69
5.2 AS TECNOLOGIAS NO TRABALHO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO DOMICILIAR: DAS CONCEPÇÕES AOS IMPROVISOS	85
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICE A	116
APÊNDICE B	118
ANEXO A	119
ANEXO B	120
ANEXO C	121
ANEXO D	122

APRESENTAÇÃO

Durante minha trajetória acadêmica, no curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), tive a oportunidade de me envolver em atividades de pesquisa por meio da inserção como Bolsista de Iniciação Científica (BIC) no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Ensino e a Prática de Enfermagem (NUPEPE), em 2014, dando continuidade a essa trajetória como Bolsista de Apoio Técnico em 2018 e depois como Mestranda do programa de pós-graduação em 2019. A atuação no NUPEPE durante esses anos me possibilitou participar de discussões, reflexões e da produção de conhecimentos sobre questões relacionadas à educação, assistência e gestão em saúde.

Dentre as pesquisas desenvolvidas no NUPEPE participei de pesquisas relacionadas à temática da atenção domiciliar, sendo elas: “Atenção Domiciliar em Saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS no Estado de Minas Gerais”; “Tecnologias na atenção domiciliar e o trabalho da enfermagem na produção do cuidado” e “Custo-Efetividade na Atenção Domiciliar: análise da produção do cuidado orientado por diferentes protocolos”; a partir dessas pesquisas me aproximei do contexto do cuidado domiciliar e meu interesse por essa temática foi crescendo. As pesquisas desenvolvidas sempre despertavam novos questionamentos sobre o processo de trabalho neste cenário, e com isso uma curiosidade de se investigar novas questões e contribuir para o entendimento e desenvolvimento deste campo do trabalho em saúde.

Ao participar das pesquisas sobre atenção domiciliar tive a oportunidade de estudar sobre a temática, realizar coleta de dados com profissionais que atuam neste serviço e acompanhar visitas domiciliares. Por meio dessa experiência foi possível captar pontos importantes característicos da atenção domiciliar. Além disso, em 2020 comecei a atuar como enfermeira na atenção primária e uma das minhas atividades consiste no atendimento domiciliar para os pacientes que necessitam desse cuidado. A partir dessa experiência foi possível perceber que, prestar o cuidado em casa consiste em um desafio para os profissionais e para manter um cuidado de enfermagem de qualidade é preciso utilizar das tecnologias disponíveis.

Assim, estudar o cuidado domiciliar do enfermeiro poderá esclarecer questões levantadas durante as minhas atividades como enfermeira e como pesquisadora. A pesquisa “Tecnologias na atenção domiciliar e o trabalho da enfermagem na produção do cuidado” vai ao encontro com estas questões e pude acompanhar o desenvolvimento da mesma desde

sua proposta inicial, sendo assim, optamos por responder neste estudo de dissertação o objetivo desta pesquisa que busca analisar as tecnologias utilizadas no processo de trabalho do enfermeiro na atenção domiciliar.

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é uma atividade complexa, permeada por significados e sentidos para a humanidade, consistindo em uma ação necessária e inerente à existência humana.

Neste estudo, lidaremos diretamente com o campo do trabalho em saúde, especificamente com o trabalho dos profissionais de enfermagem do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

O trabalho é um campo de versatilidade, uma vez que, de acordo com o que se quer produzir, um trabalho difere do outro. Por exemplo, para produzir saúde existe um modo e para construir uma casa existe outro, ou seja, a operação sobre um determinado objeto, visando determinado produto (a saúde ou a casa) exige técnicas, matéria-prima e maneira de organização do trabalho específicas que podem diferir de acordo com o que se quer (FRIGOTTO, 2008).

A transição demográfica e epidemiológica no cenário mundial, fez emergir a necessidade de adaptação do modelo de atenção em saúde, direcionando diversos cenários a investirem na Atenção Domiciliar (AD) como uma estratégia para atender as demandas da população (BRASIL, 2016). Trata-se de uma alternativa à internação hospitalar que consequentemente contribui para a redução de custos e riscos de complicações inerentes ao ambiente hospitalar. Assim, a relevância da necessidade de implantação dos serviços que realizam o cuidado domiciliar destaca-se na agenda sanitária atual e futura de todos os sistemas de saúde (RAJÃO, MARTINS, 2020; BRASIL, 2020^a).

A AD, segundo o Ministério da Saúde (MS), é uma modalidade de atenção à saúde que busca realizar ações de prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e palição no ambiente domiciliar de maneira integrada com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2016).

As intervenções são realizadas no domicílio do paciente por uma equipe multiprofissional, sendo necessário que esses profissionais se insiram no contexto cultural e social do paciente, e para isso é preciso que o mesmo tenha sensibilidade para compreender as melhores estratégias para realizar o cuidado (BRASIL, 2016).

É possível compreender que o cuidado na AD abarca dimensões para além do cuidado biológico e, nessa perspectiva, conta com o protagonismo do paciente no seu processo saúde-doença e com a participação ativa da família, já que, trata-se de uma proposta de cuidado domiciliar onde os profissionais de saúde não estarão *in locu* a todo momento. Assim, a família

e o paciente tornam-se atores chaves para o processo de planejamento, organização, implantação e controle dos cuidados necessários (BRITO et al. 2013). Neste sentido a prática do cuidado domiciliar pressupõe a interação de três atores, sendo: o paciente; o cuidador que pode ser representado por um familiar, amigo ou vizinho; e o profissional de saúde.

A relação do sistema de saúde com o paciente em cuidado domiciliar, acontece por meio de uma equipe multidisciplinar, que presta o cuidado demandado pelo paciente, que é acompanhado por um cuidador (RAJÃO, MARTINS, 2020). Sendo assim, a AD consiste em um instrumento potente para a promoção de um cuidado estabelecido pelo desenvolvimento de corresponsabilidades estabelecido entre o profissional, paciente e cuidador (KERBER, KIRCHHOF, CEZAR-VAZ, 2008).

A incorporação da AD no Sistema Único de Saúde (SUS), foi viabilizada a partir de diversas normatizações ao longo dos anos, sendo a primeira deliberada em 1998 (RAJÃO, MARTINS, 2020). Dentre as legislações nacionais da AD, destacam-se as apresentadas abaixo (Quadro 1):

Quadro 1: Legislação Brasileira do Serviço de Atenção Domiciliar

DOCUMENTO	DATA	DEFINIÇÃO
Portaria 2.416	23 de março de 1998	Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para a realização de Internação Domiciliar no SUS (BRASIL, 1998).
Portaria 1.531	04 de setembro de 2001	Institui a Portaria GM/MS nº 1.531 para propiciar aos pacientes portadores de distrofia muscular progressiva o uso de ventilação mecânica não invasiva em domicílio, sob os cuidados de equipes específicas para tal, financiadas pelo SUS (BRASIL, 2001)
Lei 10.424	15 de abril de 2002	Regulamenta a assistência domiciliar no SUS por meio de acréscimo de capítulo e artigos à Lei 8080 de 1990 (BRASIL, 2002a).
Portaria 249	16 de abril de 2002	Estabelece a assistência domiciliar como modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso pela Portaria SAS/MS nº 249, 2002, em 16 de abril (BRASIL, 2002b).
RDC n. 11	26 de janeiro de 2006	Apresenta o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar (BRASIL, 2006a).
Portaria 2.529	19 de outubro de 2006	Estabelece a internação domiciliar no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006b).
Portaria 2.029	24 de agosto de 2011	Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (Revoga a Portaria 2529 de 2006) (BRASIL, 2011a).
Portaria 2.527	27 de outubro de 2011	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b).
Portaria 2.959	14 de dezembro de 2011	Habilita estabelecimentos de Saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2011c).

Portaria 1.533	16 de julho de 2012	Altera e acresce dispositivos à portaria 2527 de 27 de outubro de 2011, que Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).
Portaria 963 (revogada pela portaria 825)	27 de maio de 2013	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013a).
Portaria 1.505 (revogada pela portaria 825)	24 de julho de 2013	Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2013b).
Portaria 617	23 de abril de 2014	Estabelece recursos a serem disponibilizados aos Municípios com Serviço de Atenção Domiciliar implantado (BRASIL, 2014).
Portaria 825	25 de abril de 2016	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas (BRASIL, 2016).
Portaria de consolidação nº 1	28 de setembro de 2017	Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - Artigo 307 (BRASIL, 2017).
Portaria 123	20 de janeiro de 2020	Estabelece a suspensão temporária da transferência a Estados e Municípios, de recursos incluídos no Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC), destinados ao custeio de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e Equipes Multiprofissionais de Apoio (Programa Melhor em Casa) (BRASIL, 2020b).

Fonte: Andrade (2017), adaptado pela autora (2021).

A primeira publicação foi a Portaria nº 2416, de 23 de março de 1998, que estabeleceu os requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS (BRASIL, 1998). Após a publicação dessa portaria a incorporação da AD no SUS foi ocorrendo gradativamente, por meio das portarias subsequentes. No entanto foi apenas em 2011 que a AD foi instituída como Política Nacional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da portaria Nº 2.029, de 24 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011a). Esta portaria foi revogada pela Portaria em vigor nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefine a AD no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas (BRASIL, 2016). Com isso, reforça-se a necessidade da discussão da temática nas pesquisas, uma vez que, a AD foi incorporada como uma política pública há menos de 10 anos no país.

A Portaria 825 de 2016, estabelece que, o cuidado domiciliar deve ser desenvolvido por profissionais que compõem as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2016).

A composição mínima de uma EMAD é: profissional(is) médico(s) com carga horária mínima de 40 horas semanais; profissional(is) enfermeiro(s) com carga horária mínima de 40 horas semanais; profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com carga horária mínima de 30 horas semanais; e profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com

somatório de carga horária de no mínimo 120 horas semanais. Uma equipe de EMAD deve atender a uma população adscrita de 100 mil habitantes, tendo como parâmetro o atendimento de 60 pacientes. Já a EMAP tem composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, podendo ser: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional; cujo a soma da carga horária de seus componentes será de, no mínimo, 90 horas de trabalho (BRASIL, 2016).

Dentre os profissionais que atuam na AD, identifica-se na literatura que as equipes agregam um maior número de profissionais da enfermagem, sendo este profissional o responsável pelo maior número de atividades neste serviço e, se destaca pela sua liderança nas diferentes dimensões do cuidado. Evidencia-se ações desenvolvidas por este profissional de articulação, gestão, supervisão, capacitação, coordenação do cuidado, identificação de demandas e encaminhamentos necessários. Além disso, esse profissional tem papel fundamental para o estabelecimento de vínculo com os usuários (ANDRADE et al., 2017).

A enfermagem constitui a maior classe de trabalhadores no campo da saúde. Na prática do cuidado desses profissionais, há possibilidades de criar tecnologias que possam promover o processo de emancipação do sujeito cuidado. Destaca-se a potencialidade deste ambiente como um espaço favorável para criação e inovação em saúde, uma vez que é reconhecido como um espaço peculiar de cuidado permeado por contextos culturais e socioeconômicos. O enfermeiro é um ator central nos serviços de atenção domiciliar, uma vez que atua na gestão e ou na assistência direta ao sujeito (ANDRADE, 2017).

A equipe de técnicos de enfermagem também constitui importante representatividade neste cenário, uma vez que, é a categoria profissional com maior carga horária de atuação nos SAD (BRASIL, 2016) e, conseqüentemente, formam o maior número de trabalhadores desta modalidade. Ademais, exercem as atividades de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem (BRASIL, 2016; COFEN, 1986). Desse modo as ações exercidas e realizadas por esse profissional na AD em conjunto com o enfermeiro conformam o cuidado de enfermagem.

A AD configura-se como um espaço de atenção à saúde não tradicional, peculiar e favorável para a criação de novas tecnologias, já que, consiste em um cuidado extra muros das instituições de saúde que possibilita aos trabalhadores, usuários e familiares envolvidos transcenderem o modelo de saúde hegemônico (FEUERWERKER; MERHY, 2008; BRASIL, 2020a). Portanto, essa modalidade de cuidado exige dos trabalhadores a criação de novas

maneiras de ofertar o cuidado com base nas necessidades e recursos disponíveis na singularidade do domicílio de cada usuário. Assim, o ambiente domiciliar configura-se como uma potência para o movimento de invenção e incorporação de novas tecnologias para o trabalho em saúde.

Existem muitas definições e classificações de tecnologias. Para este estudo optamos por seguir a definição de tecnologias em saúde e classificação proposta por Nietzsche et al. (2005), uma vez que a autora trabalha especificamente com as tecnologias no campo da enfermagem.

Para Nietzsche et al. (2005, p. 345):

tecnologia pode ser entendida como o resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos para a construção de produtos materiais, ou não, com a finalidade de provocar intervenções sobre uma determinada situação prática. Todo esse processo deve ser avaliado e controlado sistematicamente.

Nietzsche et al. (2005) apresenta três tipos de classificação para as tecnologias, sendo elas: a Tecnologia Educacional (TE), Tecnologia Gerencial (TG) e Tecnologia Assistencial (TA).

A TE conforma-se a partir da associação dos conhecimentos científicos com a ação do trabalhador, ou seja, consiste em um conjunto de conhecimentos que torna possível o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento envolvendo todo o processo educacional formal e informal. Para aplicar a TE, é preciso que o educador seja o facilitador do processo ensino-aprendizagem e o educando seja o sujeito participante, sendo necessário que ambos utilizem sua consciência criadora na busca pelo aprendizado (NIETSCHE et al., 2005).

A TG consiste em um processo sistematizado de ações teórico-práticas, utilizadas para a gestão da assistência e dos serviços de saúde e busca intervir no contexto da prática profissional em prol da melhoria de sua qualidade. Essa tecnologia envolve recursos humanos e materiais para sua aplicação (NIETSCHE et al., 2005).

A TA conforma-se a partir da construção de um saber técnico-científico resultante de investigações, teorias e experiências dos sujeitos envolvidos no cuidado. Sendo assim, a TA consiste em um conjunto de ações sistematizadas que conseqüentemente resultam na assistência à saúde dos usuários em situações de saúde e doença (NIETSCHE et al., 2005).

As tecnologias apresentadas por Nietzsche (2005) representam o arcabouço disponível para utilização dos profissionais de enfermagem, e podem cada vez mais ser desenvolvidas e especializadas por trabalhadores motivados para uma melhoria do cuidado à saúde do ser

humano. Assim, ressalta-se a importância de entender como implementar e avaliar apropriadamente as criações e o uso das tecnologias na saúde. As muitas inovações tecnológicas que estão promovendo a prática da enfermagem representam uma chamada para enfermeiros das oportunidades em evolução para a profissão (HARRINGTON, 2017).

No entanto, a concepção de tecnologia tem sido usada de forma enfática no cotidiano, equivocadamente, pois tem sido compreendida usualmente apenas como um produto, uma máquina. Percebe-se que essa incompreensão conceitual impede o reconhecimento das tecnologias, inovações e criações diárias da enfermagem durante o seu processo de trabalho na AD (NIETSCHE et al., 2012). Segundo Neta (2017) as tecnologias neste cenário são pouco conhecidas e reconhecidas pelos profissionais que as desenvolvem.

Neste sentido, ressalta-se a importância de conhecer as inovações tecnológicas produzidas pela enfermagem na AD, uma vez que, a melhora da prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, repercutindo diretamente na qualidade de vida dos usuários envolvidos podem estar associadas à produção e incorporação de novas tecnologias. Mas, além disso, essas inovações tecnológicas se incorporadas sem uma análise crítica podem gerar um aumento considerável dos custos do cuidado, não resultar em melhorias ou até ser danoso ao usuário (LORENZETTI, TRINDADE, PIRES, RAMOS, 2012; AREOSA, 2015).

Ademais, as tecnologias em saúde necessitam ser discutidas, pois, ainda se encontram, incipientemente, abordada na práxis dos profissionais de enfermagem e nas produções científicas (NIETSCHE et al., 2012). O acompanhamento e monitoramento da sua evolução e entraves em relação à inserção e consolidação da AD como modalidade de atenção na RAS se faz necessário (RAJÃO, MARTINS, 2020).

Com base no exposto, definiram-se as tecnologias utilizadas no processo de trabalho de enfermagem na AD, como objeto deste estudo.

Assim, questiona-se: Como ocorre a utilização das tecnologias no trabalho de enfermagem na Atenção Domiciliar? Que inovações tecnológicas têm sido incorporadas durante o processo de trabalho dos profissionais de enfermagem na atenção domiciliar? Como estes profissionais entendem as tecnologias da enfermagem na atenção domiciliar? Quais as ações e atividades são desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante o seu processo de trabalho no Serviço de Atenção Domiciliar? Quais os tipos de tecnologias são utilizadas?

Pressupõe-se que, como o processo de trabalho possibilita ao homem criar e recriar maneiras para atender suas múltiplas demandas, acredita-se que os profissionais da saúde

utilizam, criam e recriam as tecnologias em saúde, mas sem reconhecer esse processo e analisá-lo criticamente.

Espera-se que os resultados deste estudo possam influenciar na discussão sobre a incorporação de tecnologias na AD. Ademais, poderão contribuir para uma reflexão e busca da transformação do processo de trabalho da enfermagem neste cenário de cuidado com apoio de tecnologias que fazem a mediação para a produção das práticas em saúde de qualidade.

Cabe ressaltar ainda que, este estudo trata-se de subprojeto da pesquisa intitulada “Tecnologias na atenção domiciliar e o trabalho da enfermagem na produção do cuidado” desenvolvida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral:

Analisar a utilização das tecnologias no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem no Serviço de Atenção Domiciliar.

2.2 Objetivos específico:

1. Identificar as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante o seu processo de trabalho no Serviço de Atenção Domiciliar e as tecnologias gerenciais, assistenciais e educacionais utilizadas durante esse processo;
2. Compreender como os profissionais entendem as tecnologias no trabalho de enfermagem na Atenção Domiciliar.
3. Identificar as inovações e adaptações tecnológicas no trabalho dos profissionais de enfermagem na atenção domiciliar;

3 BASES TEÓRICAS

Para compreender o uso das tecnologias no processo de trabalho da enfermagem, primeiro precisamos entender o que é trabalho.

Para Marx (2017), o trabalho pode ser entendido como um processo entre o homem e a natureza, no qual o homem, ao agir, consegue mediar a si e a natureza. O filósofo Kosik (1986) assume esta concepção marxiana de que trabalho é um processo que permeia o homem e garante a sua particularidade. Compreende-se que é pelo trabalho que o homem consegue se apropriar da matéria natural preexistente e transformá-la em uma forma útil para a sua sobrevivência. Essa transformação acontece pelo trabalho, no qual se busca alcançar a forma útil pretendida desde o princípio (MARX, 2017).

À produção desses elementos/formas úteis necessários para a vida dos seres humanos, parte do campo social, cultural, simbólico e afetivo. Tais necessidades assumem uma característica conformada historicamente e assumem especificidades pautadas no tempo e espaço. Ressalta-se, ainda, que para alcançar essa forma útil, o objeto resultado do trabalho, a ideia inicialmente surge na imaginação do trabalhador, no seu pensar, tal característica é o que distingue o homem de outros animais (MARX, 2017).

A criação, recriação e o uso dos instrumentos de trabalho, identificam um processo humano que surgiu inicialmente no campo do ideal, do imaginário. Tal autonomia diferencia a espécie humana, que é capaz de criar alternativas e tomar decisões que partem do campo do pensar, ou seja, o homem é um animal capaz de fazer ferramentas (MARX, 2017). Neste sentido, compreendemos que a conformação do objeto de trabalho consiste em uma ação intencional do trabalhador e suas ferramentas.

Depreende-se desse pensamento que os instrumentos de trabalho são constituídos historicamente pelos sujeitos que, ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto. No processo de trabalho em saúde, identifica-se a presença de instrumentos materiais e não-materiais, onde os instrumentos materiais são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, outros; e os instrumentos não materiais são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos e os instrumentos materiais (GONÇALVES, 1992).

No campo da saúde, o trabalho apresenta especificidades importantes, considerando que a matéria prima neste cenário consiste nas necessidades humanas de saúde (GONÇALVES, 1992).

O trabalho em saúde se constitui principalmente, a partir do trabalho vivo em ato. O trabalho morto é definido por Marx como um trabalho pregresso, já realizado, ou seja, está incorporado às máquinas e instrumentos de trabalho, consiste em um trabalho que não vai realizar nenhum produto, pois já foi usado para isto. Já o trabalho vivo é um trabalho que se realiza na atividade do trabalhador, acontece em ato. Assim, o trabalho vivo proporciona ao trabalhador liberdade na execução de sua atividade, podendo proporcionar momentos de criação (FRANCO, MERHY, 2012).

Reconhece-se que, historicamente, a formação de modelos assistenciais para a saúde esteve centrada nas tecnologias duras e leve duras, em busca de conformações mais rígidas de um modelo de cuidado. No entanto, os processos de trabalho deste campo assumem uma multiplicidade de formatações (saberes e práticas) que se instala a partir dos próprios trabalhadores, tal característica é inerente ao trabalho vivo em ato (FRANCO, MERHY, 2012).

O trabalho morto reflete processos com menores graus de liberdade. A prática costuma ser mais estruturada, rígida, pautada em normas, protocolos e regulação. Já no trabalho vivo em ato, o trabalhador conta com uma liberdade maior, que possibilita ao mesmo expressar melhor a criatividade necessária para o trabalho em saúde, fortalecer suas relações e estabelecer vínculos. Se esta liberdade não é proporcionada, o que se identificam são repetições de velhas formas de agir e de usar as tecnologias (FRANCO, MERHY, 2012).

Segundo Gonçalves (1992) o trabalhador que atua no campo da saúde possui um saber que lhe possibilita apreender o sujeito, a partir das suas necessidades biológicas. Para realizar o trabalho este profissional demanda de suas ferramentas e estas constituem técnicas materiais e não materiais.

Para Merhy (2016), o profissional de saúde utiliza “caixas de ferramentas tecnológicas” para o seu agir no processo de trabalho. No campo da saúde, tomando por base o pensamento deste autor, tais ferramentas são consideradas valises tecnológicas. Estas valises ou “caixa de ferramentas tecnológicas” são utilizadas e criadas pelos trabalhadores de modo individual ou coletivo e podem ser consideradas/identificadas como ferramentas-máquinas, conhecimentos, saberes tecnológicos e relações com os atores envolvidos no processo de trabalho. Neste sentido, compreende-se também que cada ferramenta possui muitas propriedades e, por isso, um mesmo instrumento é capaz de diversas aplicações úteis.

A tecnologia pode ser entendida como conhecimento aplicado (técnico e científico). Consiste na aplicação deste conhecimento para construção e uso de instrumentos e processos desenvolvidos com o objetivo de facilitar e ou viabilizar a realização de um trabalho.

Correa (1999) considera que, as tecnologias podem ser divididas conforme o seu conteúdo, natureza ou emprego. Dessa forma, podem ser consideradas mercadorias (tecnologia de produto) e/ou fazer parte de um processo (tecnologia de processo).

A palavra tecnologias vem da junção de “teco” que deriva de *techné* que significa saber fazer, e “logia” que vem de logos, razão do saber fazer, devendo ser compreendida então como razão do saber fazer (SCHALL, MODENA, 2005). Neste sentido, compreende-se que a tecnologia está diretamente ligada ao cenário do trabalho, corroborando para construção do saber, como também, é resultado dessa mesma construção.

O conceito de tecnologias em saúde é apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como: “a aplicação de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida”. Tal definição indica que a tecnologia em saúde consiste em um conjunto de ferramentas que permite ao trabalhador prevenir, tratar e reabilitar o sujeito desta ação (WHO, 2007, p. 106).

Gonçalves (1994), no entanto, amplia tal concepção e considera a tecnologia em saúde “um conjunto de saberes e instrumentos que expressa, no processo de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social”. O significado de tecnologia é atribuído às relações sociais, fator inerente ao campo de trabalho da saúde. Assim, este olhar contrapõe-se ao entendimento reducionista de tal conceito ligado essencialmente aos equipamentos.

Destaca-se, portanto, que, o conceito de tecnologia é muito amplo e não deve limitar-se em uma simples comparação com equipamentos, uma vez que, transcende o concreto e o palpável (ROCHA et al., 2008). Martins e Dal Sasso (2008) reforçam essa ideia quando referem que as tecnologias devem ser entendidas como um processo de criação de um fenômeno, uma vez que, sua perspectiva conceitual deve ir além da simples definição de maquinário.

A tecnologia expressa a maneira como o trabalhador lida com a natureza e cria condições/instrumentos/ferramentas para as suas ações de cuidado. A criação de novas tecnologias se faz presente no cotidiano de trabalho dos profissionais e podem alterar a estrutura anteriormente instalada. Portanto, é também um erro definir a tecnologia apenas como instrumentos e técnicas ou associá-la a compreensão ligada comumente a máquinas. A

tecnologia em saúde não pode ser vista apenas como algo concreto, mas como resultado de um trabalho vivo em ato que se constitui por um conjunto de ações abstratas ou concretas do trabalhador que apresentam como finalidade o cuidado em saúde (MARTINS; DAL SASSO, 2008).

A incorporação de novas formas tecnológicas caracteriza uma reestruturação, que impacta no modo de fazer os produtos da saúde e na sua forma realizar cuidado das pessoas e dos coletivos populacionais. Essa reestruturação é um processo que acontece no cotidiano do trabalho em saúde de diferentes formas e graus de acordo com a necessidade imposta pelos processos de trabalho (FRANCO, MERHY, 2012). Para que esse fenômeno aconteça, as transformações devem alterar a lógica dos processos de trabalho em saúde.

Neste sentido, identifica-se que há diferentes tipos de tecnologias que compõem o cenário do trabalho em saúde, sendo estes “materiais” e “não materiais”. Merhy (2000) classifica as tecnologias em três tipos: Tecnologia dura, tecnologia leve-dura e tecnologia leve. A tecnologia dura consiste em material concreto, que são as máquinas, ferramentas, instrumentos, equipamentos, aparelhos, normas e estruturas organizacionais. A tecnologia leve-dura, por sua vez, são os saberes estruturados e representados pelas disciplinas, tais como a pediatria, saúde pública, e outras. Já as tecnologias leves referem-se à produção de vínculo, comunicação, acolhimento e autonomização dos sujeitos.

Ressalta-se que, para um processo produtivo todas essas tipologias devem estar presentes, e cada uma possui características importantes para o trabalho em saúde. Sabe-se, portanto, que, para agir neste cenário e solucionar os problemas e situações, o trabalhador precisa de tecnologias que envolvam muita criação e criatividade, sendo que tal competência é exercida no trabalho vivo (SANTOS, FROTA, MARTINS, 2016).

A criatividade é definida como o ato de criar, transformar, gerar, inventar, fundar, instituir (FERREIRA, 1986). Essa criatividade, no entanto, não é negar o pensamento racional, mas com base nele construir novas estratégias para solução dos problemas. A criatividade deve ser contextualizada por um olhar atento aos objetos, que se constituem de conceitos e métodos. É ela que estimula o nosso conhecimento para elaboração de novas tecnologias. Neste sentido, a criatividade é fundamental na obtenção de propostas para o aprimoramento do processo de trabalho, na resolução de problemas, conflitos e dificuldades (FELDMAN, RUTHES, CUNHA, 2008).

A definição de inovação permeia a criatividade, já que, refere-se à introdução de algo novo que seja relevante para o ambiente de trabalho (WEST, 1990). Neste sentido, a inovação tecnológica é tida atualmente como essencial no campo do trabalho.

Para este estudo optamos por seguir a definição de tecnologias em saúde e classificação proposta por Nietsche et al. (2005), uma vez que a autora trabalha especificamente com as tecnologias no campo da enfermagem. Nietsche et al. (2005), apresenta três tipos de classificação para as tecnologias, sendo elas: a TE, TG e TA.

A TE conforma-se a partir da associação dos conhecimentos científicos com a ação do trabalhador, ou seja, consiste em um conjunto de conhecimentos que torna possível o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento envolvendo todo o processo educacional formal e informal. Para aplicar a TE, é preciso que o educador seja o facilitador do processo ensino-aprendizagem e o educando seja o sujeito participante, sendo necessário que ambos utilizem sua consciência criadora na busca pelo aprendizado (NIETSCHE et al., 2005).

A TG consiste em um processo sistematizado de ações teórico-práticas, utilizadas para a gestão da assistência e dos serviços de saúde, busca intervir no contexto da prática profissional em prol da melhoria de sua qualidade. Essa tecnologia envolve recursos humanos e materiais para sua aplicação (NIETSCHE et al., 2005).

A TA conforma-se a partir da construção de um saber técnico-científico resultante de investigações, teorias e experiências dos sujeitos envolvidos no cuidado. Assim, a TA consiste em um conjunto de ações sistematizadas que conseqüentemente resultam na assistência à saúde dos usuários em situações de saúde e doença (NIETSCHE et al., 2005).

Essas tecnologias representam um arcabouço disponível para utilização dos profissionais de enfermagem, e podem cada vez mais ser desenvolvidas e especializadas por trabalhadores motivados para uma melhoria do cuidado à saúde do ser humano. Assim, ressalta-se a importância de entender como implementar e avaliar apropriadamente as tecnologias de saúde utilizadas no processo de trabalho em saúde (HARRINGTON, 2017).

4 METODOLOGIA

O estudo apresentado consiste em um subprojeto da pesquisa intitulada “Tecnologias na atenção domiciliar e o trabalho da enfermagem na produção do cuidado” desenvolvida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG, processo APQ01010-15). Neste subprojeto busca-se desenvolver a fase dois da pesquisa que consiste na análise das tecnologias como meios para o trabalho da enfermagem.

4.1 Referencial teórico-metodológico e abordagem da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa ancorada no referencial teórico-metodológico da dialética marxista.

A abordagem qualitativa é utilizada na investigação de fenômenos sociais, e preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados. Segundo Minayo (2014) essa abordagem de pesquisa permite apreender sobre a realidade das ações humanas, bem como fornece uma análise detalhada do contexto social estudado. É por esse método que se aplicam os estudos das relações, crenças, percepções, representações, opiniões e interpretações humanas a respeito de sua vida (MINAYO, 2014).

A pesquisa qualitativa busca interpretar a realidade, descrever e analisar a complexidade do comportamento humano e de suas relações, com o intuito de fornecer dados aprofundados de um determinado comportamento social (MARCONI; LAKATOS, 2010). Além disso, esta abordagem de pesquisa nos concede uma aproximação com a realidade e suas transformações.

Explicita-se a escolha por este método de pesquisa e a relação da dialética marxista com essa abordagem, uma vez que, consiste em um método que visa trabalhar com o real e com suas representações sociais, que se constituem da vivência dos sujeitos e suas transformações (MINAYO, 2007).

A escolha deste referencial justifica-se, pois, a questão em estudo situa-se no contexto do trabalho humano e no processo de mudança existente na sociedade, bem como na construção histórica e na capacidade de transformação e superação das contradições através da práxis.

Este referencial constitui-se por uma teoria científica e crítica da história, e por uma teoria filosófica. Apresenta a ideia de que nada é eterno, absoluto ou fixo. Tanto na natureza

como no campo social, tudo está em permanente transformação, incitando contradições que são superadas pela práxis (CHEPTULIN, 2004; MARX, 2017).

A teoria marxista aborda conceitos que conformam instrumentos para analisar sociedades. Neste sentido, identifica-se que, cada fenômeno que envolve o ser encontra-se cheio de significados e sentidos, que devem ser conhecidos para que possam ser compreendidos, interpretados e modificados. Assim, ao utilizar a dialética marxista como lente para análise de determinado fenômeno, objetiva-se transformá-lo. A transformação consiste em superar uma percepção da realidade em busca de um conhecimento científico, ou seja, a dialética marxista consiste em uma metodologia de pesquisa utilizada pelos pesquisadores que pretendem entender uma determinada realidade social (CHEPTULIN, 2004).

4.2 Caminhos metodológicos

A apresentação detalhada das escolhas metodológicas é importante e necessária para o entendimento dos leitores sobre o caminho percorrido. A seguir estão descritas as etapas da investigação: descrição do cenário do estudo, técnica de coleta e análise dos dados e os aspectos-éticos.

4.2.1 Cenário do estudo

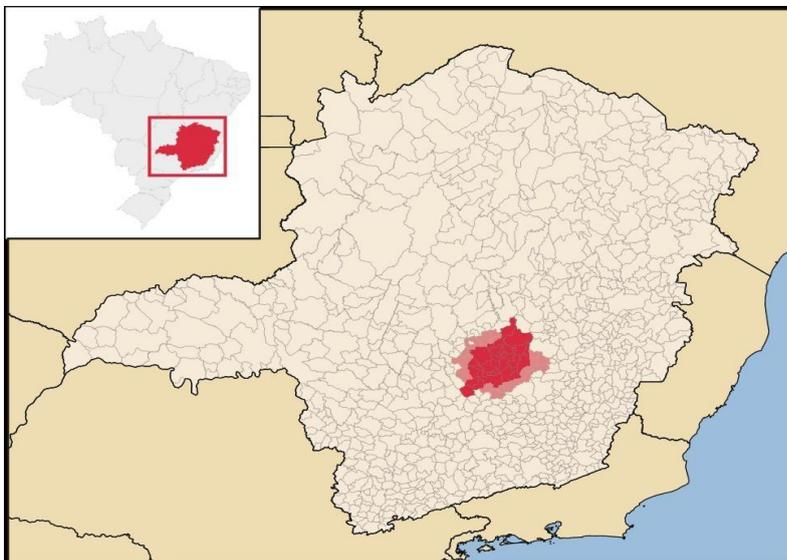
O cenário de pesquisa refere-se a um recorte definido pelo pesquisador que, deve representar a realidade empírica do estudo. Assim, o campo de pesquisa refere-se a um lugar ocupado por pessoas e grupos que tenha relação com o objeto de pesquisa (MINAYO, 1994).

Para este estudo foram incluídos os dados de três municípios do estado de Minas Gerais: Belo Horizonte, Contagem e Pará de Minas, obtidos do banco de dados da pesquisa “Tecnologias na atenção domiciliar e o trabalho da enfermagem na produção do cuidado”.

A pesquisa original partiu da escolha intencional dos municípios cenários que apresentam características organizacionais dos SAD distintas, seja pela variação regional por porte populacional, tempo de funcionamento do serviço e experiências prévias na realização de estudos nestes campos.

4.2.1.1 Município de Belo Horizonte

Figura 1: Mapa de Belo Horizonte.



Fonte: Google imagens, 2021

O município de Belo Horizonte localiza-se no estado de Minas Gerais. Sua população estimada é de 2.521.564 habitantes, conforme estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020). Possui a terceira concentração urbana mais populosa do Brasil.

Este cenário conta atualmente com 152 centros de saúde, 589 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), dois hospitais metropolitanos, oito Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), cinco Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e outras drogas (CERSAM-AD) e três Centros de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAMi). Além disso, conta com serviços de atenção especializada, Urgência e Emergência e de apoio ao diagnóstico (BELO HORIZONTE, 2021).

O SAD no município, atualmente, está sob a coordenação da Gerência de Urgência (GEUG). O serviço é composto por 24 EMAD e oito EMAP. Dessas equipes, 21 EMAD e sete EMAP estão sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) três EMAD e uma EMAP sob a gestão da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Os profissionais de enfermagem incluídos neste estudo estão sob a gestão da SMSA e coordenadas pela GEUG.

Entre as 21 EMAD sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), três equipes são especializadas (pneumologia, pediatria e cuidado paliativo) e 18 EMAD são de cuidados gerais. Cada Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município possui uma EMAD que é composta por dois médicos e dois enfermeiros de 24h, cinco técnicos de enfermagem de 30h e

um assistente social. Nas equipes especializadas a diferenciação está na especialidade médica, sendo um médico intensivista e um pneumologista na EMAD 2, na EMAD Pediátrica são dois pediatras e na EMAD de Cuidado Paliativo são dois médicos paliativista. O atendimento é feito por área de abrangência da residência do paciente, seguindo as divisões de áreas do SAD por centros de saúde.

As EMAPs são compostas por assistente social, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e nutricionistas, sendo referência para todo o município.

4.2.1.2 Município de Contagem

Figura 2: Mapa de Contagem.



Fonte: Google imagens, 2021

Contagem é um município do estado de Minas Gerais que possui uma população estimada de 668.949 pessoas (IBGE, 2020). Dista 23 quilômetros de uma metrópole.

Conta com 79 UBS, nas quais atuam 125 equipes de ESF. Possui cinco UPAs, que realizam atendimentos de urgência e emergência e um Hospital Municipal.

O SAD deste município integra a Superintendência de urgência e emergência que é coordenada pela Fundação de Assistência Médica e Urgência de Contagem (FAMUC). Sendo constituído por sete EMADs, quatro delas denominadas Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar Clínica (EMAD Clínica). As outras três são denominadas EMAD Pediátrica,

Ortopédica e de Cuidados Paliativos, que se diferenciam das Clínicas ao apresentarem uma assistência por especialidade.

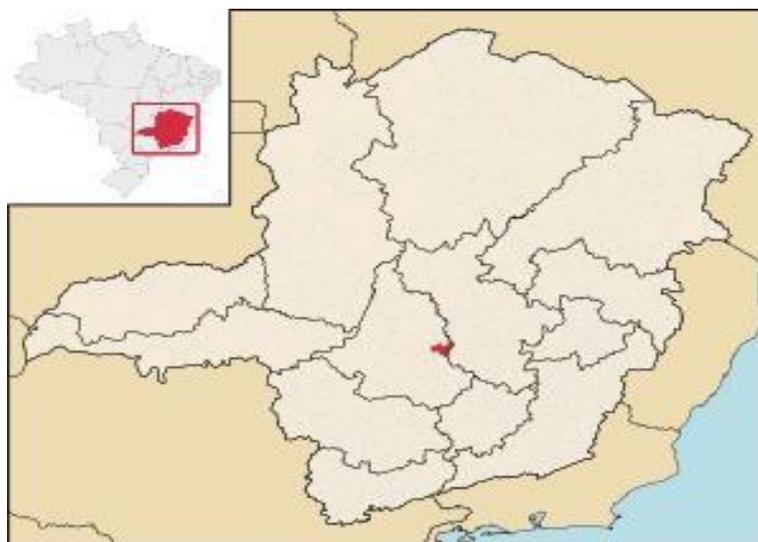
Cada EMAD é composta por dois médicos clínicos, dois enfermeiros, um assistente social e seis técnicos de enfermagem. Nas EMAD especializadas os médicos são: dois pediatras, um cardiologista (equipe cuidado paliativo) e um ortopedista.

As EMADs especializadas atendem a todo o município enquanto as Clínicas atendem às populações distribuídas por um ou mais distritos. As EMADs estão vinculadas a um ponto de atenção. Das quatro EMADs Clínicas três estão vinculadas a UPA de cada um de seus distritos e uma está vinculada ao Hospital Municipal. A EMAD Pediátrica está vinculada a esse mesmo Hospital e a Ortopédica vincula-se a UPA.

O serviço também conta com três EMAPs para o apoio a todas as sete equipes, sendo referência para todo o município. A EMAP é composta por psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos e cirurgião dentista.

4.2.1.3 Município de Pará de Minas

Figura 3: Mapa de Pará de Minas.



Fonte: Google imagens, 2021

O município três possui uma população estimada de 94.808 pessoas (IBGE, 2020). Conta com 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS), quatro postos de saúde, centro de referência a saúde da mulher e criança, rede de atenção para saúde mental, uma UPA 24 horas e uma policlínica.

O município conta com o SAD desde 2013, possui uma EMAD e uma EMAP. O SAD oferece uma atenção por meio de uma equipe composta por 13 profissionais: um médico, dois enfermeiros e equipe de enfermagem, um nutricionista, dois fisioterapeutas, um fonoaudiólogo e um auxiliar administrativo. A equipe atende pacientes que necessitam de atendimento clínico geral.

4.2.2 População do estudo

Na pesquisa qualitativa a definição de amostragem significativa não apresenta padrões numéricos, mas assume uma preocupação com o aprofundamento e a abrangência da realidade estudada. Sendo assim, para uma amostra ideal na pesquisa qualitativa é preciso conseguir dados que alcancem as múltiplas dimensões do objeto de estudo. Para isso, é preciso definir uma população que tenha vinculação com o cenário e com o problema de pesquisa (MINAYO, 2017).

Logo, considera-se significativo incluir nesta pesquisa os enfermeiros e técnicos de enfermagem profissionais do SAD dos municípios selecionados. A escolha desta categoria profissional decorreu da necessidade de compreender a realidade da atuação dos profissionais de enfermagem no SAD, levando em conta o seu protagonismo neste cenário de cuidado (ANDRADE, 2017) e o seu contingente de profissionais que constitui maior número e carga horária. Tais fatores apontam esses trabalhadores como potenciais precursores de inovações e transformações deste cenário de cuidado.

Para delimitar a população deste estudo, inicialmente foi realizada uma reunião com os coordenadores do SAD de cada município cenário do estudo (Belo Horizonte, Contagem e Pará de Minas) para apresentação da pesquisa, e em municípios com mais de uma equipe do SAD, foi solicitado que o coordenador indicasse as equipes a serem entrevistadas. Os participantes que compuseram este estudo foram profissionais de enfermagem que atuam no SAD dos municípios cenários.

A amostra foi composta por 24 profissionais de enfermagem, sendo 13 enfermeiros e 11 técnicos de enfermagem. A especificação por município está apresentada no Quadro 2.

Quadro 2: Participantes conforme município e categoria profissional

Município	Número de EMAD	Número de Profissionais participantes
-----------	----------------	---------------------------------------

BH	24	06 Enfermeiros
		5 Técnicos de enfermagem
Contagem	07	05 Enfermeiro
		04 Técnicos de enfermagem
Pará de Minas	01	02 Enfermeiros
		02 Técnicos de enfermagem

Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2021.

4.2.3 Coleta de dados

Para dar início à coleta de dados, realizou-se contato com a coordenação do SAD em cada um dos municípios selecionados. Este contato tinha como objetivo o agendamento de reuniões presenciais com cada coordenação para apresentar o projeto. As reuniões foram agendadas via contato telefônico e aconteceram em janeiro de 2019, normalmente eram direcionados dois a três pesquisadores para o encontro.

Nos municípios em que havia mais de uma equipe foi solicitada ao gestor/coordenador a indicação de equipes que o mesmo acreditava que poderia contribuir melhor com o objetivo do estudo. O número de indicações não foi restrito, os coordenadores poderiam indicar mais de uma equipe para compor a amostra da pesquisa. Nos municípios de Belo Horizonte e Contagem foram indicadas 2 equipes. No município de Pará de Minas só havia 1 equipe no momento da coleta de dados.

Em cada município, nos foi repassado o contato da equipe indicada pelo coordenador e o endereço da sede em que estavam localizadas para contato inicial e agendamento da data para coleta de dados. Ao entrar em contato com a equipe, agendava-se uma data para coleta de dados e normalmente optava-se por um dia em que todos os profissionais estivessem disponíveis para entrevista. Os profissionais que estavam em férias ou afastamento não participaram da pesquisa. Assim, justifica-se que a coleta de dados com oito técnicos de enfermagem não foi possível.

As entrevistas constituíram a fonte principal dos dados. Optou-se por esta técnica de coleta de dados, uma vez que, a mesma nos fornece dados diretamente do indivíduo entrevistado a partir da sua vivência, possibilitando uma reflexão sobre a sua práxis (MINAYO, 2014). O objetivo é captar as realidades dos sujeitos por meio do discurso e encorajar os participantes a compartilharem suas experiências e realidades com suas palavras e expor os fatos não ditos de

outras maneiras (YIN, 2016). A entrevista dá voz ao entrevistado e produz dados sobre uma temática, assim tal técnica de coleta de dados se torna adequada para o estudo aqui apresentado.

As entrevistas foram orientadas por roteiro aberto, semiestruturado (APÊNDICE B), que permitiu ao entrevistado falar livremente sobre a sua experiência.

Para realizar a entrevista inicialmente o pesquisador buscava estabelecer vínculo com o entrevistado, esclarecer sobre a pesquisa e a confirmação da aceitação do participante. Em seguida, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) era apresentado e assinado em duas vias, sendo uma do entrevistado e outra para a pesquisadora, que deve manter guardado o documento por um período de cinco anos. Concluídos esses procedimentos a entrevista era iniciada com o profissional individualmente. As entrevistas eram realizadas nas sedes dos SAD de cada município, em sala reservada com o profissional que seria entrevistado.

Foram entrevistados 24 profissionais de enfermagem conforme apresentado no Quadro 3, sendo 13 enfermeiros e 11 técnicos de enfermagem. O tempo de duração das entrevistas variou de 10 minutos e 21 segundos a 56 minutos e 45 segundos, tendo duração média de 33 minutos e 02 segundos. Os dados provenientes das falas dos participantes foram gravados, transcritos na íntegra após o término das entrevistas e arquivados.

Visando garantir o anonimato, privacidade e sigilo em relação às informações e declarações prestadas verbalmente, os nomes dos municípios e dos entrevistados foram substituídos por códigos, utilizando-se nome as iniciais da categoria profissional e numeração aleatória dos municípios e entrevistados, sendo:

- ❖ ENF: Enfermeiro
- ❖ TEC: Técnico de enfermagem

Quadro 3: Dados dos entrevistados

Código	Município	Categoria	Sexo	Idade	Estado civil	Tempo de atuação na AD	Participou de curso ou evento sobre AD	Data da Coleta	Tempo de áudio
ENF1	BH	Enfermeira	F	40	Casada	07 meses	Cuidado Paliativo na AD pela UNA-SUS	2/21/2019	0:38:08
ENF2	BH	Enfermeira	F	32	Solteira	10 anos	Não	3/26/2019	0:37:14

ENF3	BH	Enfermeira	F	36	Solteira	09 anos	Congresso Nacional de AD; Seminário de AD	4/17/2019	0:34:55
ENF4	BH	Enfermeira	F	62	Viúva	12 anos	Não	4/25/2019	0:42:02
ENF5	BH	Enfermeira	F	30	Solteira	05 meses	Curso sobre AD em geral	2/20/2019	0:13:54
ENF6	BH	Enfermeira	F	34	Casada	08 meses	Gestão para AD / Atualização sobre AD / Cuidados paliativos na AD	2/21/2019	0:35:15
TEC1	BH	TE	F	33	Casada	02 anos	Não	2/21/2019	0:22:23
TEC2	BH	TE	M	48	Solteiro	11 anos	Ventilação mecânica na AD	2/21/2019	0:51:03
TEC3	BH	TE	F	56	Casado	10 anos	Não	4/17/2019	0:39:13
TEC4	BH	TE	F	38	Divorciada	07 anos	Não	2/21/2019	0:31:13
TEC5	BH	TE	F	40	Casada	03 meses	Feridas na AD	4/25/2019	0:56:45
ENF1	Contagem	Enfermeira	F	39	Solteira	03 anos	Cuidado Paliativo na AD	5/24/2019	0:27:24
ENF2	Contagem	Enfermeira	F	45	Casada	01 ano	Curso sobre AD em geral	5/13/2019	0:43:46
ENF3	Contagem	Enfermeira	F	40	Casada	02 anos	Qualificação na AD pelo Hospital Oswaldo Cruz		
ENF4	Contagem	Enfermeiro	M	48	Casado	04 anos	Não	4/10/2019	0:56:27
ENF5	Contagem	Enfermeira	F	41	Solteira	06 anos	Cuidado Paliativo na AD	5/24/2019	0:26:27
TEC1	Contagem	TE	F	49	Casada	05 anos	Curso sobre AD em geral	5/24/2019	0:28:34
TEC2	Contagem	TE	F	55	Casada	07 anos	Curativo na AD, Cuidado Paliativo na AD e Hipodermóclise	5/13/2019	0:44:16

TEC3	Contagem	TE	F	42	Casada	03 anos	Cuidado Paliativo na AD e Hipodermóclise		
TEC4	Contagem	TE	F	44	Solteira	03 anos	Curso sobre AD em geral	5/15/2019	0:26:00
ENF1	Pará de Minas	Enfermeira	F	35	Solteira	03 anos	FAPAM - Faculdade de Pará de Minas	11/06/2019	0:12:22
ENF2	Pará de Minas	Enfermeira	F	44	Solteira	06 meses	UMA	11/06/2019	0:16:08
TEC1	Pará de Minas	TE	F	23	Solteira	03 meses	Colégio Técnico São Francisco de Assis	11/06/2019	0:10:21
TEC2	Pará de Minas	TE	F	58	Divorciada	02 meses	Colégio Técnico São Francisco de Assis		
TOTAL	3	2	2		4	-	-	-	11:33:50

Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2021.

A transcrição das entrevistas foi realizada na íntegra com auxílio do Programa InqScribe, produzindo um banco de dados. Para transcrever os áudios, foram adotados os códigos propostos por Marcuschi (1986), apresentados no Quadro 4.

Quadro 4: Codificação adotada para transcrição das entrevistas

Categoria	Sinais	Descrição
Falas simultâneas	[[Usam-se colchetes para dois falantes iniciam ao mesmo tempo um turno.
Sobreposição de vozes	[Dois falantes iniciam ao mesmo tempo um turno.
Sobreposições localizadas	[]	Ocorre num dado ponto do turno e não forma novo turno. Usa-se um colchete abrindo e outro fechando.
Pausas e silêncios	(+) ou (2.5)	Para pausas pequenas sugere-se um sinal + para cada 0.5 segundo. Pausas em mais de 1.5 segundo cronometradas, indica-se o tempo.

Dúvidas ou sobreposições	()	Quando não se entender parte da fala, marca-se o local com parênteses e usa-se a expressão inaudível ou escreve-se o que se supõe ter ouvido.
Truncamentos bruscos	/	Quando o falante corta a unidade pôde se marcar o fato com uma barra. Esse sinal pode ser utilizado quando alguém é bruscamente cortado pelo interlocutor.
Ênfase ou acento forte	MAIÚSCULA	Sílaba ou palavras pronunciadas com ênfase ou acento mais forte que o habitual.
Alongamento de vogal	::	Dependendo da duração os dois pontos podem ser repetidos.
Comentários do analista	(())	Usa-se essa marcação no local da ocorrência ou imediatamente antes do segmento a que se refere.
Silabação	-----	Quando uma palavra é pronunciada sílaba por sílaba, usam-se hifens indicando a ocorrência.
Sinais de entonação	” ’ ,	Aspas duplas para subida rápida. Aspas simples para subida leve (algo como uma vírgula ou ponto e vírgula). Aspas simples abaixo da linha para descida leve ou simples.
Repetições	Própria letra	Reduplicação de letra ou sílaba.
Pausa preenchida, hesitação ou sinais de atenção		Usam-se reproduções de sons cuja grafia é muito discutida, mas alguns estão mais ou menos claros.
Indicação de transição parcial ou de eliminação	... ou /.../	O uso de reticências no início e no final de uma transcrição indica que se está transcrevendo apenas um trecho. Reticências entre duas barras indicam um corte na produção de alguém.

Fonte: Marcuschi (1986).

4.2.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi orientada pela Análise Crítica do Discurso (ACD), tendo como base conceitual Norman Fairclough. O autor propõe uma abordagem que articula prática social e linguística na análise. O teórico utiliza o termo discurso para referir-se ao uso da linguagem (texto e discurso) como parte de uma prática social, um modo de ação e representação, socialmente e historicamente situado, em uma relação dialética com a estrutura social (FAIRCLOUGH, 2008).

Fairclough (2008) propõe um quadro tridimensional de análise, sendo que, cada evento discursivo apresenta as dimensões de texto, de prática discursiva e de prática social. O foco da abordagem de ACD para Fairclough está diretamente ligado às transformações na vida social e no papel do discurso para os processos de mudança, assim como nas alterações que o discurso pode ocasionar nas relações e a outros elementos sociais nas redes de práticas (FAIRCLOUGH, 2008).

Para a análise do discurso, realizou-se entrevistas com profissionais de enfermagem. A fala gravada nas entrevistas foi transcrita, evidenciando as questões linguísticas presentes (justaposições entre falantes, pausas, silêncios, entonação, ênfase, interrupções e trechos incompreensíveis). Para isso, foram adotados códigos para uma melhor compreensão da transcrição. A seleção dos trechos analisados por meio da ACD, foi realizada após a leitura das transcrições, visando reduzir o material a dados relacionados às questões da pesquisa. As transcrições foram realizadas visando garantir que os trechos sejam representativos e fiéis ao discurso falado, evitando-se isolar enunciados (RESENDE, 2011).

A análise do texto consiste em uma análise organizada em categorias, relacionadas à: vocabulário (significado e criação de palavras), gramática (transitividade, tema e modalidade), coesão e estrutura textual (controle interacional, polidez, ethos) (FAIRCLOUGH, 2008). Os domínios da análise textual consistem na representação do significado de mundo e da experiência; a constituição, e prática social das identidades dos participantes com as relações sociais e pessoais entre eles; além da reprodução das informações, se existentes ou novas (FAIRCLOUGH, 2008).

Na análise do discurso proposta por este autor, pode-se utilizar as categorias relacionadas à produção do texto (intertextualidade), distribuição do texto (cadeias intertextuais) e consumo do texto (coerência). A análise da prática discursiva é centrada no conceito de intertextualidade, que evidencia sua heterogeneidade, devido a recorrência à textos ou vozes (intertextualidade manifesta) ou por meio de elementos do discurso (interdiscursividade). A ordem do discurso corresponde à as práticas discursivas em sua totalidade (FAIRCLOUGH, 2008).

Fairclough sumariza as diversas categorias linguísticas para a análise, ressaltando a possibilidade de se focalizar nas categorias que serão mais relevantes e úteis (FAIRCLOUGH, 2008). Sendo assim, a definição das categorias analíticas será realizada por meio da leitura de trechos das transcrições, tendo em vista que, a linguística consiste em um instrumento para a crítica social, conforme explicitado por Resende (2009, p. 13):

a utilização de categorias linguísticas, portanto, justifica-se na medida em que possibilita ao analista explorar a materialização discursiva de problemas sociais, em termos dos efeitos dos aspectos discursivos em práticas sociais contextualizadas (vice-versa), da vinculação de textos a discursos particulares, dos efeitos de discursos particulares na constituição de identidades e na legitimação de modos de ação.

A análise da prática social será evidenciada pela natureza de um meio social no qual a prática discursiva é parte e os efeitos da prática discursiva sobre a prática social, podendo ser considerado como categorias os as ordens do discurso e os efeitos ideológicos e políticos do desse discurso para o meio, destacando os efeitos de reprodução ou transformação (FAIRCLOUGH, 2008).

Fairclough (2001) aponta o discurso como um meio para a prática política e ideológica, abarcando as relações de poder e os significados do mundo de posições diversas as relações de poder. Para a análise das dimensões políticas e ideológicas, Fairclough apresenta o conceito de hegemonia de Gramsci, que possibilita a compreensão da mudança e sua em relação com à evolução das relações de poder, permitindo ampliá-la e também considerar sua contribuição aos processos mais amplos de mudança e seu caminho para constituir esse processo.

O processo de análise consistiu da descrição e interpretação dos dados, considerando as três dimensões do quadro tridimensional, buscando a interpretação da prática discursiva, texto e prática social em que se situa o discurso (FAIRCLOUGH, 2008).

4.2.4.1 Etapas do processo de análise

A análise dos dados constituiu-se de três etapas: 1. Transcrição das entrevistas; 2. Codificação e categorização empírica e 3. Análise crítica do discurso.

Na primeira etapa, foi realizada a transcrição das entrevistas na íntegra com auxílio do Programa InqScribe e a organização do corpus textual do banco de dados produzido.

Na segunda etapa, realizou-se a codificação e categorização empírica dos dados. Inicialmente para a codificação, procedeu-se à leitura livre do material empírico. Após essa leitura foi realizada uma nova leitura, mais cuidadosa, na qual foram feitos grifos, tomadas de notas dos textos e iniciada a seleção prévia de recortes potenciais do *corpus* que, conformaram os códigos de análise. Utilizou-se a ferramenta de marcadores de texto do Microsoft® Word para destacar as recorrências de temas que se mostraram úteis em todo o texto.

Para garantir a fidedignidade no processo de codificação dos dados foi realizada uma avaliação por pares, ou seja, um outro pesquisador realizou este mesmo processo de leitura e

marcação. Após a identificação dos códigos por dois pesquisadores um terceiro pesquisador realizou a leitura final para definição dos códigos de análise. Após a codificação, definiu-se a categorização dos dados, a partir do agrupamento dos fragmentos textuais que apresentaram recorrência.

Foram definidos 86 códigos apresentados no Quadro 5, 6 e 7 que geraram duas categorias e duas subcategorias apresentadas no Quadro 8.

Quadro 5: Códigos produzidos na análise das entrevistas referentes as ações enfermeiros

Códigos resposta enfermeiros		
Nº	Código	Total de código
1	Acompanha os registros	2
2	Realiza a avaliação de enfermagem	3
3	Acompanha pacientes mais complexos	2
4	Faz checklist	1
5	Confere bateria e utiliza os telefones institucionais	2
6	Organiza documentos após alta do paciente	1
7	Traça rota, solicita carro e divide os carros para as visitas	7
8	Realiza visita domiciliar	15
9	Faz busca ativa, capta, admite e desospitaliza pacientes	24
10	Discute os casos com a equipe	4
11	Faz medicação	5
12	Avalia lesão, faz curativo e gestão das coberturas	4
13	Prepara e leva as maletas para visita domiciliar	4
14	Faz escala das visitas	4
15	Orienta cuidadores e pacientes	12
16	Avalia se os pacientes encaminhados têm os critérios para admissão no SAD	6
17	Enfrenta algumas dificuldades no cuidado na AD	2
18	Prioriza o cuidado de pacientes em cuidado paliativo	2
19	Observa o cuidado realizado pela família	2
20	Olha o paciente como um todo	4
21	Gerencia o trabalho e para isso tem que ter noção do todo	10
22	Supervisiona, capacita e treina o TE	5
23	Reorganiza agenda de acordo com necessidade	3
24	Lida com intercorrências na AD	6
25	Percebe dificuldades da família/paciente	1

26	Realiza registro e anotações: sobre os pacientes e das estatísticas do programa	13
27	Encaminha para outros serviços	2
28	Realiza o cuidado com apoio de equipe multidisciplinar	4
29	Atende paciente com diferentes patologias e necessidades	1
30	Capta e acompanha pacientes com problemas ortopédicos até a cirurgia	8

Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2021.

Quadro 6: Códigos produzidos na análise das entrevistas referentes as ações dos técnicos de enfermagem

Códigos resposta técnico de enfermagem		
Nº	Código	Total de código
1	Desmonta o prontuário e da baixa nos dados quando paciente recebe alta	3
2	Repassa endereço dos pacientes e rota para motorista do carro	6
3	Realiza visita domiciliar	5
4	Faz captação e admite pacientes com pouca comorbidade	7
5	Faz e confere as medicações	17
6	Faz curativo e auxilia enfermeiro no curativo	7
7	Prepara e leva as maletas com materiais para as visitas	20
8	Orienta e treina cuidadores e pacientes	8
9	Avalia se os pacientes encaminhados têm os critérios para admissão no SAD	1
10	Prioriza o cuidado de pacientes em cuidado paliativo	2
11	Enfrenta algumas dificuldades no cuidado na AD	9
12	Reorganiza grade de visitas de acordo com necessidade	4
13	Lida com intercorrências na AD	6
14	Percebe dificuldades da família/paciente	2
15	Realiza registro e anotações: sobre os pacientes e das estatísticas do programa	10
16	Realiza o cuidado com apoio de equipe	5
17	Atende paciente com diferentes patologias e necessidades	3
18	Capta e acompanha pacientes com problemas ortopédicos até a cirurgia	4
19	Divide os atendimentos por ordem de prioridade	1
20	Separa prontuários	2
21	Recebe demanda de paciente por telefone	1
22	Realiza visita sozinho e nesse caso deve verificar condição de saúde do paciente	1
23	Liga os telefones do SAD	1
24	Afere dados vitais, mensura medidas antropométricas e realiza coleta de exames	15

Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2021.

Quadro 7: Códigos produzidos na análise das entrevistas referente ao discurso dos enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre as tecnologias

Códigos resposta enfermeiros e técnicos de enfermagem		
Nº	Código	Total de código
1	Entende tecnologia como informação, informática, computador, tablet e celular	9
2	Entende que os eletrônicos reduziram o convívio com os outros profissionais	2
3	Entende que a tecnologia (WhatsApp) se tornou fundamental para comunicação	2
4	Entende que a tecnologia é importante para o registro e acesso dos dados de produção	3
5	Entende que tecnologias são os meios utilizados para o trabalho (planilha, escala, cadastros)	5
6	Entende como tecnologia os instrumentos materiais (termômetro, oxímetro, termômetro, bilitron, aspirador, cama, colchão pneumático, aparelho de fototerapia) utilizadas para o trabalho	7
7	Entende a internet como tecnologia	7
8	Entende tecnologia como o novo, inovação	2
9	Entende uso das tecnologias através de cursos e simpósios	1
10	Expressa dúvida no entendimento de tecnologia	9
11	Entende tecnologia como algo que vem para ajudar / facilitar / melhorar	10
12	Entende tecnologia como conhecimento	3
13	Entende que a tecnologia pode ser pessoas	6
14	Entende tecnologias como duras, leveduras e leves	1
15	Entende tecnologias como improvisos e criatividade	34
16	Entende o monitoramento como uma tecnologia	1
17	Descreve tecnologias físicas utilizadas na AD (telefone, glicosímetro, computador, foto, bilitron, aquecedor)	34
18	Descreve o conhecimento estruturado como tecnologias utilizadas na AD	3
19	Descreve o e-mail como uma tecnologia para comunicação na AD	4
20	Descreve como tecnologia utilizada na AD o que tem disponível na mão	4
21	Descreve as tecnologias leves como utilizadas na AD (acolhimento, contato com o paciente)	3
22	Descreve a utilização de tecnologia na AD receber pacientes encaminhados por um formulário online	2
23	Descreve como tecnologia utilizada na AD o O2 para paciente com BIPAP	3
24	Descreve cursos como tecnologia utilizada na AD	2

25	Descreve a fototerapia e BIPAP em casa como tecnologia inovadora	2
26	Nega a existência de tecnologia inovadora	14
27	Descreve dificuldade de acesso à internet e como isso impacta no trabalho na AD	3
28	Descreve dificuldade enfrentada com a utilização do celular na AD	8
29	Descreve que têm tablets, mas não funcionam	1
30	Descreve o computador como uma tecnologia inovadora na AD	1
31	Descreve adaptação para cuidado na AD uma inovação	3
32	Descreve aquecedor, coberturas e compressa de gelo utilizados na AD como tecnologia inovadora	3

Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2021.

Quadro 8: Apresentação das categorias e subcategorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
O trabalho da enfermagem no SAD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atividades desenvolvida pelos enfermeiros no SAD 2. Atividades desenvolvida pelos técnicos de enfermagem no SAD
As tecnologias no trabalho de enfermagem na atenção domiciliar: das concepções aos improvisos	

Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2021.

Na terceira etapa, realizou-se a ACD, com a identificação e exposição de aspectos discursivos/textuais nos excertos dos participantes que contribuiu para interpretação dos dados. A análise foi orientada pelas categorias discursivas: relações semânticas, representação de atores/eventos sociais e a modalidade deôntica como predominantes nos enunciados dos participantes deste estudo.

As categorias analíticas discursivas consistem em formas e significados textuais associados a maneiras particulares de representar práticas sociais. É importante ressaltar que, a escolha de que categoria discursiva utilizada (texto, prática discursiva e prática social) para orientar a análise de um texto não pode ser definida a priori. É sempre uma consequência do

próprio texto/discurso e das questões/preocupações de pesquisa (RESENDE, 2011; SALLES, DELLAGNELO, 2019).

Na análise interna do texto, conforme descrito acima, identificaram-se relações semânticas (causais, condicionais, temporais, aditivas, elaborativas, contrastes) que possibilitaram explicar o significado de determinadas características gramaticais identificadas no texto e o sentido que exercem no contexto da prática discursiva (RESENDE, 2011; SALLES, DELLAGNELO, 2019).

A representação de eventos sociais apontou a forma como os eventos são recontextualizados, como um evento social pode ser representado em outro evento (a entrevista). Assim, neste aspecto da análise textual, elementos de um determinado evento social são seletivamente recontextualizados (algumas coisas são excluídas, incluídas, ganham maior ou menor projeção) o que pode afetar a forma como são representados (RESENDE, 2011; SALLES, DELLAGNELO, 2019).

Por sua vez, a modalidade pode ser vista em termos do comprometimento que o participante assume com aquilo que diz, e está diretamente relacionado ao julgamento em relação ao que é verdadeiro e o que é necessário e revelam a forma como a realidade social é representada (SALLES, DELLAGNELO, 2019). A modalidade é dividida em duas categorias que Fairclough (2003) denomina como epistêmica ou deôntica. No discurso dos participantes deste estudo, especificamente, identificou-se a modalidade deôntica que designa obrigação (isto é, isto deve, será, tem, não é). Ela indica uma ação e pode ser pensada como um recurso de linguagem que aponta o comprometimento de um participante na realização de uma prática (FAIRCLOUGH, 2003).

4.2.5 Aspectos éticos

Em relação aos aspectos éticos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ANEXO A). A solicitação de autorização para a realização da pesquisa foi feita aos responsáveis pelos SAD de Belo Horizonte, Contagem e Pará de Minas (ANEXOS B, C, D).

A coleta de dados foi precedida de discussão com os participantes sobre os objetivos e finalidades do estudo e a assinatura do TCLE (APÊNDICE A).

Todas as etapas deste projeto estão em concordância com a Resolução 466/12 do Ministério da Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os discursos dos entrevistados apresentam aspectos de gêneros discursivos que remetem a atividades específicas ligadas ao trabalho no SAD. Como cada prática social tem um propósito, os excertos deste estudo apresentam as atividades realizadas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem e justificam seu propósito embasado na construção histórica do trabalho em saúde e nas atividades inerentes ao profissional neste serviço.

As atividades realizadas compõem um conjunto de ações características dos profissionais de saúde, mas também apresentam alguns elementos singulares do trabalho no domicílio.

A descrição dos resultados está organizada em duas categorias: *O trabalho da enfermagem na atenção domiciliar e as Tecnologias do SAD*.

5.1 O TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO DOMICILIAR

5.1.1 Atividades desenvolvida pelos enfermeiros no SAD

Nesta subcategoria são apresentadas as ações desenvolvidas pelos enfermeiros do SAD, evidenciadas por meio da análise dos discursos dos entrevistados. Ao relatar o seu trabalho os participantes descrevem: *Estratégias para organização do cuidado no trabalho do enfermeiro; Assistência direta do enfermeiro ao paciente; Atividades educativas e relações com a equipe multidisciplinar*.

Na prática estas três dimensões estão interligadas no fazer cotidiano, mas para fins de apresentação dos resultados separamos em 3 tópicos.

- Estratégias para organização do cuidado no trabalho do enfermeiro

Os enfermeiros assumem um papel na gestão do processo de trabalho no SAD. Esse papel é reconhecido na fala dos entrevistados pelas expressões: *“O papel do enfermeiro é muito gerenciador”, “gerenciamento mesmo do paciente é a gente que faz”, “enfermeiro é que é mais ativo nessa parte de gerenciamento”*.

O papel do enfermeiro é muito gerenciador, igual quando tem consulta especializada nós é que olhamos, né? A gente que olha para poder agendar, nós é que passamos para os pais o dia da consulta e o horário. O enfermeiro é que é mais ativo nessa parte de gerenciamento. (ENF2 CONTAGEM)

Ou pedindo prioridade. Esse gerenciamento mesmo do paciente é a gente que faz. (ENF3 CONTAGEM)

A literatura reconhece o papel do enfermeiro na gestão do trabalho nos serviços de saúde. Duas revisões de literatura confirmam este papel do enfermeiro (ANDRADE, SILVA, SEIXAS, BRAGA, 2017; LEAL, MELO, 2018).

O trabalho do enfermeiro nos serviços de saúde envolve claramente tarefas/ações gerenciais, uma vez que este profissional deve coordenar o processo de trabalho de outros trabalhadores de enfermagem, direcionar o processo de trabalho de outros trabalhadores para assegurar o cuidado em saúde e organizar o ambiente. Devido à natureza das atividades desenvolvidas no trabalho, a enfermeira é considerada um gerente intermediário pela posição que ocupa nos serviços de saúde (LEAL, MELO, 2018).

Na AD, as ações do enfermeiro perpassam a supervisão clínica e administrativa que requer diferentes tecnologias para realização das mesmas. Este profissional desempenha um papel fundamental ao coordenar o plano de cuidados no domicílio e pela sua relação com o paciente, familiar e cuidador. Além disso, cabe ressaltar que a AD configura-se um espaço não tradicional de atenção à saúde, requerendo do enfermeiro pensar na singularidade deste cenário para realizar a gestão do cuidado (ANDRADE, SILVA, SEIXAS, BRAGA, 2017).

Nos discursos “*Tenho que tomar ciência de tudo [...] pra gente começar o dia*”; “*Tenho que tomar fé de tudo*” apresenta-se com a modalidade deôntica (tenho que) a obrigação do ator social enfermeiro no contexto do trabalho no SAD.

Então assim, o enfermeiro aqui tem que ter noção do todo, da escala "A vieram? todos os funcionários!"; aí eu tenho que ver como que está a escala para um dia não vir três e no outro vir um só, eu vou fazendo o redimensionamento. Então assim, eu chego eu tenho que:: tomar ciência de tudo para poder ver o que não precisa ser feito pra gente começar o dia, de repente a gente tem que mudar toda a nossa agenda né? Então assim, tem que tomar fé de tudo, aí a gente tem também uma agenda de eu não sei se mostraram pra vocês, uma agenda que a gente a segue diariamente. (ENF4 BH)

Além disso, a palavra “tudo” no dicionário refere-se a saber o que é essencial, a totalidade das coisas, ou seja, os enfermeiros precisam dominar a totalidade das ações e acontecimentos no SAD. Ao expressar “tudo”, os participantes remetem a um grau de responsabilidade muito amplo o que pode trazer repercussões para o cuidado realizado.

Na mesma direção, a metáfora “*tem que ter uma antena parabólica*” foi utilizada no discurso para indicar que o enfermeiro tem que captar tudo que acontece no SAD levando em consideração sua dinamicidade.

Na expressão “*nada pode faltar nem dá errado*”; a palavra “*nada*” remete um significado semelhante ao da palavra “*tudo*”, uma vez que, sua presença no discurso modaliza a obrigação dos profissionais de impedir que falte algo para a assistência. Para isso, o enfermeiro utiliza de *checklist* como uma tecnologia gerencial.

Bem dinâmico, tem que ter uma antena parabólica, sabe? Porque nada pode faltar nem dá errado! Os profissionais são muito bons, mas mesmo assim, tem dia que está mais voadinho, entendeu? Então assim, pra gente não correr esse risco de chegar lá na casa do paciente: "Eu quero isso! A eu não trouxe!"; então a gente faz checklist, sai cheio de mala parecendo que vamos viajar, tudo a gente leva. (ENF4 BH)

A literatura reafirma este achado ao indicar que o cuidado domiciliar exige do enfermeiro uma abordagem multidimensional, interdisciplinar e holística. Assim, devem-se levar em consideração fatores intrínsecos ao paciente (saúde, religião, nível socioeconômico), fatores relacionados aos profissionais de saúde, fatores relacionados à prestação do cuidado, fatores organizacionais, ambiente da equipe (estrutura, planejamento) e fatores políticos (BUSNEL, VALLET, LUDWIG, 2021). Considera-se que o enfermeiro na AD precisa pensar em “tudo” e “nada pode faltar”. Portanto, o enfermeiro deve estimular em sua prática o “pensamento complexo”, já que a complexidade é um construto que diz respeito à pessoa, ao meio ambiente, à saúde e ao cuidado (BUSNEL et al., 2020).

Para auxiliar o enfermeiro neste processo complexo, são utilizadas tecnologias gerenciais conforme identificado no discurso dos entrevistados. O *checklist* consiste em um instrumento utilizado na AD e na área da saúde de modo geral. Esse instrumento consiste na expressão organizacional do pensamento que norteia o processo de cuidado ao contribuir com os profissionais em uma determinada ação (NETTO, DIAS, GOYANNA, 2016), que não contará apenas com a memória.

Os registros constituem uma importante tecnologia para o processo de trabalho. A leitura dos registros consiste na primeira atividade desenvolvida ao iniciar o turno de trabalho no SAD. Os registros têm a finalidade de descrever, em formato de anotações, as ações realizadas por profissionais no dia anterior e suas pretensões para o dia que se inicia. É uma estratégia de comunicação neste serviço, já que os profissionais se organizam em escalas e o cuidado depende daqueles que assumem o plantão. Constitui-se, assim, uma ação fundamental para a continuidade da atenção.

Todo dia de manhã e de tarde. Então aqui tem tudo, e eu tenho que chegar e ler esse caderno também é muito, sabe? É tudo muito rápido a gente tem que saber. Uma rotina, aí quando admite paciente tem que ser anotado aqui, tem que ser anotado nas agendas que elas estão lá fora com elas, tem que

ser anotado aqui, é tudo. A primeira coisa quando a gente chega a gente tem que tomar é:: tomar ciência do que aconteceu ontem, ver todas as anotações que a gente tem no livro aqui de relatório que a gente relata tudo que está acontecendo, se algum paciente foi admitido, se paciente veio à óbito é:: os pacientes que foram feitos curativo, que colheu sangue fica tudo registrado aqui... algum funcionário que não venha trabalhar, algum motorista:: Então a nossa rotina está toda espelhada aqui, toda registrada (ENF4 BH).

Aí a gente tem que... porque assim, acaba que a atenção domiciliar ela não é só serviço assistencial, ela tem muita coisa burocrática também, a gente tem que digitar muita coisa no E-SUS (ENF6 BH)

No discurso das enfermeiras e enfermeiros, fica evidente a modalidade deôntica, na apresentação das expressões “*eu tenho que chegar e ler esse caderno*”, “*tem que ser anotado*”, “*tem que digitar muita coisa*”, “*ver todas as anotações*”. Este achado afirma a obrigatoriedade do registro e sua leitura pelos profissionais atuantes no SAD. A palavra “rotina” reforça a incorporação dessa atividade como uma ação constante para os atores desse cenário de cuidado em saúde.

A literatura aponta que os registros da equipe de Enfermagem configuram uma das principais formas de comunicação nos quais as informações são fornecidas para toda a equipe, objetivando que as necessidades dos pacientes sejam compreendidas e atendidas. Além disso, o prontuário respalda o profissional e o paciente legalmente quanto às condutas realizadas (MIRANDA et al 2016; BARRETO et al., 2019). Esse documento contribui para a melhoria da qualidade da assistência e legitima o trabalho da Enfermagem. Assim, evidencia-se a importância dos registros efetuados no cotidiano das práticas de saúde (BARRETO et al., 2019) e no SAD não poderia faltar esse instrumento de trabalho.

Os enfermeiros indicam a importância do registro das informações para o serviço, já que, elas podem definir o perfil dos pacientes atendidos, quantitativo de admissões, média de permanência e o desfecho. Os dados preenchidos pelos profissionais contribuem diretamente para a gestão do cuidado, uma vez que possibilita aos trabalhadores acompanharem as ações realizadas, identificar suas potencialidades e fragilidades, e sucessivamente contribuem para o desenvolvimento de ações estratégicas.

É a gente faz a estatística mensal que a gente envia, na verdade a gente agora está fazendo diariamente, teoricamente teria que ser diariamente, porque eles acompanham essa estatística lá no drive e eles acompanham lá; a gente coloca nome, idade, perfil epidemiológico mesmo é o quadro dele para a gente ter uma definição. Para ter uma definição do quadro dos pacientes, com o diagnóstico, o *score* que é a classificação que a gente faz desse paciente pela comorbidade ou de medicamento, avaliação de grau de dependência dele, que fica nesse score aqui e a gente classifica se é alto ou baixo e o destino dele né? A data da alta, o destino se ele foi para o ESF, alta administrativa, internação, óbito ou encaminhamento para a EMAD. E aí gera a estatística e a gente lança compila tudo no sistema e aí tem os dados de número de hospitalizações, de admissões, de pacientes acompanhados, média de permanência... (ENF6 BH)

Contam para a gente e aí a gente fica muito segura, a equipe inteira é toda muito integrada, então isso facilita muito o trabalho. E aí quando a gente volta nós vamos novamente alimentar os indicadores, é se teve alta dar baixa na planilha e nos prontuários, a gente tem evolução no Tablet no E-SUS, né? (ENF3 CONTAGEM)

Neste sentido, a importância das informações contidas nos registros vai além de possibilitar as decisões e condutas no que diz respeito à assistência ao cliente, como também auxilia os setores administrativos e fornece dados para investigações e estatísticas (CAMPOS, SOUZA, SAURUSAITIS, 2008).

O registro dos dados também possibilita um controle externo do trabalho do SAD. Os enfermeiros descrevem o uso de uma planilha para registro das informações iniciais de cadastro, evolução diária e lançamento do desfecho do caso (alta, óbito). O lançamento das informações na planilha permite o acompanhamento pelos gestores do serviço e são utilizados também para o controle da produtividade e resolutividade do SAD pelo MS.

É nós temos também uma planilha do SAD onde são cadastrados paciente e depois da alta, a gente dá alta nesta planilha também e fazemos o registro no E-SUS no Sistema E-SUS que é um sistema do Ministério onde é:: todos os pacientes são cadastrados, são evoluídos diariamente e quando recebem alta a gente dá alta. É basicamente essa a rotina (ENF1 CONTAGEM)

[...] a gente tem que digitar muita coisa no E-SUS, por exemplo, elegibilidade do paciente, produção diária, porque se não, acaba que se a gente não tiver esse fluxo de admissão e de produção as equipes correm até risco de ser desativadas né? Porque se ela não está produzindo como é que o ministério vai ter controle disso, entendeu? (ENF6 BH)

Assim, confirma-se que, para a gestão de um serviço, é de extrema importância conhecer o perfil epidemiológico de sua população, sendo de grande auxílio possuir uma base de dados fidedigna para a tomada de decisão (ANDRADE et al, 2012). No caso do SAD, esta base consiste no preenchimento das planilhas e registros para o controle da produtividade e resolutividade dos casos.

Para identificação dos pacientes na planilha de dados e nos demais registros do SAD, um dos documentos utilizados é o Cartão Nacional de Saúde / “Cartão do SUS”. Este documento foi indicado como uma fonte de representação dos pacientes que possuem histórico de atendimento no SAD, considerando que, após a alta as informações poderão ser acessadas a partir deste documento.

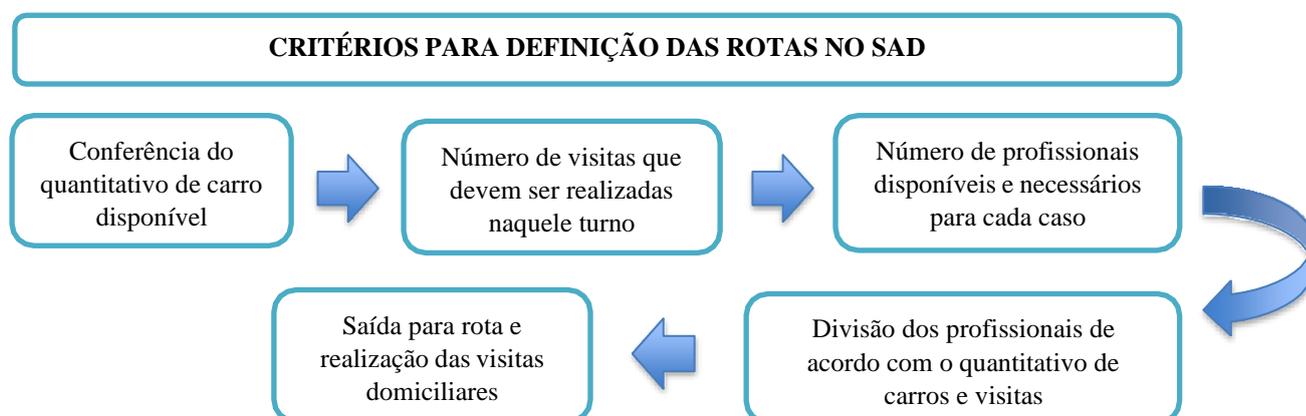
É... mas o que, que a gente faz, eu acho que futuramente a gente informatizando tudo isso, acaba que a gente vai conseguir acessar ou pelo número do paciente ou pelo número do cartão SUS do paciente, a gente vai conseguir ver se ele já foi readmitido ou não. (ENF6 BH)

O Cartão Nacional de Saúde tem como objetivo a modernização dos instrumentos de gerenciamento da atenção à saúde. Este documento busca possibilitar ao SUS a capacidade de identificação individualizada dos usuários (SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS, 2000). Os entrevistados deste estudo expressam o uso desse documento no seu cotidiano de trabalho e indicam sua importância para o processo de identificação dos dados referente aos pacientes do SAD.

Devido a característica do trabalho na AD, pensar na gestão do deslocamento até a casa do paciente consiste em uma estratégia necessária, relatada nos discursos dos enfermeiros. Identifica-se uma demanda maior de visitas para a realização de procedimentos de enfermagem (passar sonda, coletar exame, fazer curativo) e a priorização para as visitas de administração de medicação; pacientes mais graves; pacientes que tiveram algum tipo de intercorrência e pacientes recém admitidos.

No discurso fica expresso também o papel chave do enfermeiro para a coordenação das rotas a partir das prioridades identificadas. Há uma legitimação do papel do enfermeiro nessa coordenação. Esse achado é expresso pela apresentação discursiva do processo de trabalho em cadeia, apresentando as ações que o enfermeiro realiza: avalia o quantitativo de carro disponível, o número de visitas que devem ser realizadas naquele turno, os profissionais disponíveis e necessários para cada caso, realiza a divisão dos profissionais de acordo com o quantitativo de carros e casos.

CADEIA I – Critérios para definição das rotas no SAD.



Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2021.

Uai eu início as minhas atividades, porque o cargo é compartilhado, né? Então a gente vai onde tem as demandas, geralmente a demanda da enfermagem é a maior; aí eu entro dentro do carro, peço o

carro para me buscar e vou onde eles falam "Tem que passar sonda"; "Tem que coletar exame"; "Tem que fazer curativo"; aí os que é prioridade igual medicação que é prioridade principal, aí a gente vai até esses pacientes. Quando... aí quando a gente termina a rota da enfermagem, aí os outros profissionais atendem os pacientes onde tem que atender porque cada um é em um lugar, aí quando dá o horário que todo mundo já terminou suas demandas a gente volta para o setor. (ENF2 PARÁ DE MINAS)

Ô, então assim: eu como enfermeira acabo tendo que coordenar o trabalho, então normalmente eu chego, aí eu olho os casos que a gente tem, eu olho os pacientes que a gente tem agendado no dia, aí a gente prioriza aquilo que vamos supor, às vezes de ontem para hoje ou hoje de manhã teve alguma intercorrência, chegou algum paciente que às vezes a gente tem que priorizar. Então eu vejo essa demanda que a gente tem no dia, quais são os pacientes mais graves, quais são os pacientes que eu consigo reagendar. Então acaba que eu que faço essa: coordenação né? Aí eu olho, devido a nossa rota pra gente poder sair para as visitas; nós temos dois carros né; aí na hora que eu chego, eu já olho isso rapidinho, confiro a agenda, vejo o que a gente tem dividido as tarefas né? Repasso para os técnicos, discuto com a doutora aquilo que é prioridade, o que a gente tem que fazer e a gente sai para poder fazer as visitas. (ENF3 BH)

Se um motorista não vem trabalhar ou se algum familiar liga: "O fulano de tal está passando mal!". Aí a gente tem que largar... mudar nossa agenda e ir lá atender o paciente que não estava na agenda. E a partir daí a gente divide a agenda, a gente tem o quantitativo de funcionários que permite, quando estão todos aqui presentes, quando não tem ninguém de férias, ficar um aqui na base e os outros a gente faz uma divisão; nós temos dois carros e: +pra gente poder otimizar o nosso trabalho né? [...] E a partir daí que a gente tomou fé de tudo, a gente divide o carro, divide os profissionais e saímos para visita. (ENF4 BH)

[...] no dia-a-dia paralelamente as buscas ativas a gente vai fazendo as visitas e vai fazendo o cuidado desse paciente. A gente vai com a equipe completa na casa desse paciente, às vezes, a gente divide a equipe para atender os pacientes (ENF5 BH)

A primeira coisa é definir quais são os pacientes que serão visitados (ENF6 BH)

O planejamento das rotas a cada dia de trabalho no SAD, evita a realização de visitas desnecessárias. Para isso leva-se em conta a prioridade de atendimento e o bairro de moradia de cada paciente. O enfermeiro da equipe é responsável por montar a agenda/escala de visita, levando em consideração o planejamento da rota e as prioridades de atendimento (BRASIL, 2014a).

Um instrumento de gestão muito citado nos discursos dos entrevistados para organização do trabalho na AD são as agendas das visitas domiciliares. A elaboração dessa agenda compõe uma nova cadeia de processo de trabalho citada nos discursos. O objetivo dessa organização é garantir ao paciente um cuidado mais assertivo, e para isso o enfermeiro deve realizar a gestão dos recursos disponíveis e associar com a avaliação das necessidades apresentadas por cada sujeito.

CADEIA II – Processo para definição da agenda/escala de visitas do SAD.



Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2021.

No SAD é necessário reconhecer a possibilidade de intercorrências com agravos, por isso é recomendável antecipar-se com medidas preventivas e caso não tenha sido possível implementá-las, ter agilidade para reconhecê-las, tomando condutas resolutivas imediatas. Assim, é necessário que profissionais, pacientes, familiares e ou cuidadores tenham um canal de comunicação ágil (BRASIL, 2014b). Algumas intercorrências mais frequentes são apresentadas no Caderno de atenção domiciliar de 2014, de acordo com a experiência de vários SADs que vêm atuando no Brasil, sendo essas:

Quadro 9: Intercorrências frequentes na AD

INTERCORRÊNCIAS FREQUENTES NA AD
Hipoglicemia
Dispneia
Febre e infecções
Náuseas e vômitos
Crise convulsiva
Quedas/trauma cranioencefálico
Diarreia
Delirium
Dor abdominal
Suspeita de acidente vascular cerebral
Administração errada de medicamentos

Disfagia
Broncoaspiração
Obstrução de sonda nasointestinal
Dor torácica
Sangramento

Fonte: Brasil, 2014.

Identifica-se que os enfermeiros apresentam, em seus discursos, estratégias para lidar com essas intercorrências: avaliar a necessidade de cada paciente para visitar aquele que precisa do cuidado mais breve possível e reorganizar as visitas pendentes ou que não puderam ser realizadas para os dias subsequentes. Neste sentido, a urgência é definidora do processo de trabalho do enfermeiro no SAD, considerando os atendimentos por urgências clínicas e ou por intercorrências que exigem a atuação do enfermeiro para resolução (alteração de medicação; repassagem de sondas, etc).

Depois a gente já costuma deixar a escala previamente feita, então a gente chega só olha se tem alguma urgência, algum paciente que foi ontem que precisa ir lá hoje alguma coisa assim, se não a gente mantém a escala que já estava feita. Já aconteceu de a gente chegar na casa, e a gente tinha programado de fazer 5 visitas naquela tarde e a gente só conseguir fazer 1 ou 2, porque ficou 2, 3 horas na casa do paciente e aí a gente vai reprogramar, né? Joga para o dia seguinte, vê o que é prioridade naquele dia, aí... é o que a gente sempre fala, hoje mesmo eu estava falando aqui, nós vamos levar 4 prontuários para fazer hoje, porque a gente vai sair um pouco mais tarde, se não der tempo a gente vê o que é prioridade daqueles 4 e faz e o que não der tempo a gente faz no dia seguinte. (ENF3 CONTAGEM)

[...] as vezes, eu estou na rua, aquele paciente não estava na agenda para eu visitar, aí de repente a família liga "Fulano arrancou a sonda, não tomou o remédio, não tomou nenhuma dieta até agora. Arrancou a sonda de madrugada."; eu estou na rua. Então assim, de onde eu estiver eu vou lá para passar a sonda. Então assim, eles confiam muito no nosso trabalho, aí a gente tem que largar... mudar nossa agenda e ir lá atender o paciente que não estava na agenda. (ENF4 BH)

[..] a gente vai nos domicílios também se houver alguma questão pra gente poder fazer uma abordagem mais específica, algum problema pra gente sanar e a gente sai pra visita também (ENF5 CONTAGEM)

A enfermeira vai olhar a grade, porque ela é a responsável pela grade né? A grade de visitas. (TEC2 BH)

[...] intercorrências é medicação de última hora, paciente passando mal, retirada de sonda, entre outras. (TEC2 PARÁ DE MINAS)

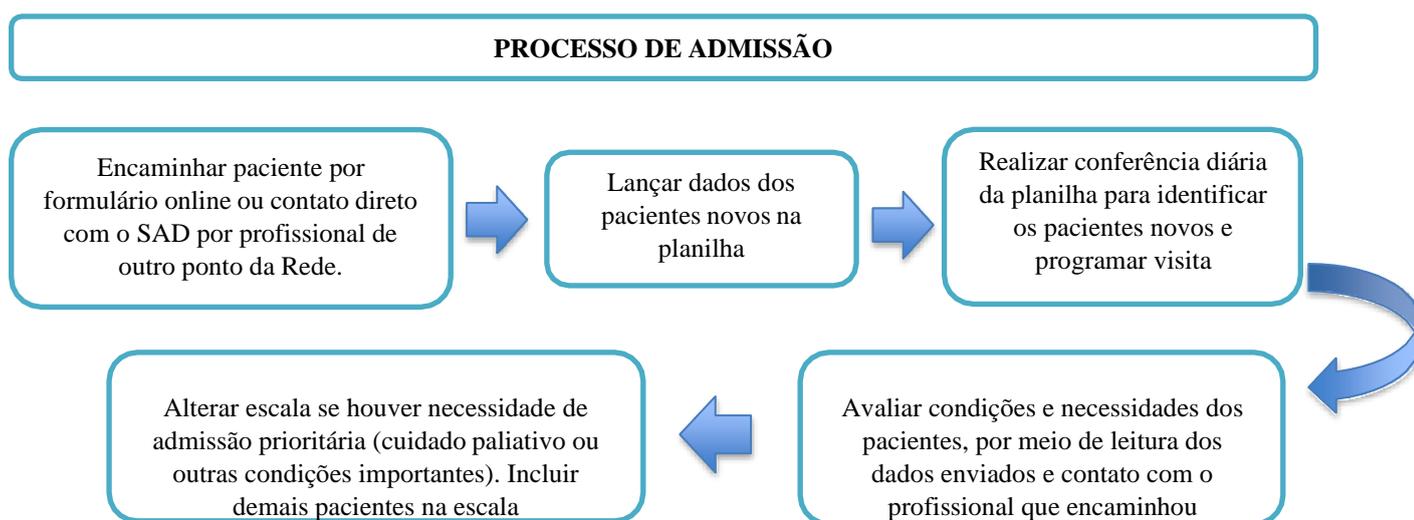
A admissão de novos pacientes também pode ocasionar mudanças na agenda, uma vez que, podem ser encaminhados pacientes com necessidade de atendimento mais brevemente possível. Neste sentido, constrói-se se um discurso que é modalizado pela probabilidade de

modificações na rotina de trabalho seja pelas intercorrências/urgências ou pela necessidade de admissão de novos pacientes.

A organização da oferta de atendimento no SAD, no que se refere à entrada de novos usuários, depende da viabilidade para os atendimentos domiciliares. Para promover a melhor coordenação do serviço, é necessário que se identifiquem os materiais disponíveis, o número de pacientes atendidos e o processo de planejamento das rotas, por serem requisitos necessários para o planejamento formal da assistência que será realizada com os pacientes cadastrados (CASTRO et al. 2018).

O processo de admissão do paciente também é apresentado por meio de uma cadeia de acontecimentos citada nos discursos dos entrevistados:

CADEIA III – Processo de admissão



Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2021.

Todos os dias quando eu chego a primeira coisa é abrir uma planilha que a gente tem que são os pacientes é:: para serem cadastrados, que pedem captação aí ali são as captações de todos os hospitais, aqui da maternidade, é:: Unidades de Saúde e Unidade Básicas, todo mundo que pede captação preenche um formulário na internet e esse formulário vem para a gente nessa planilha. Então diariamente a gente abre a planilha para ver se tem solicitação de paciente novo, é:: se tem a gente entra em contato com a Unidade que solicitou para saber mais detalhes do caso, sumário de alta é:: e aí a gente já joga na nossa escala para colocar aquele paciente... informação da visita vamos dizer assim, né? (ENF3 CONTAGEM)

Então a gente organizava a escala das admissões, às vezes, tinha algum paciente que era admissão prioritária, por exemplo, cuidado paliativo né, que a admissão era prioritária dentre outras admissões que a gente podia colocar para o dia seguinte. Organizava a escala para os dois casos, a agente pegava nossas maletas que geralmente já estavam organizadas, e quando não estava a gente só terminava de acrescentar alguma coisa que se fizesse necessário e saía para as visitas. (ENF1 BH)

Então a gente está recebendo diariamente pacientes que ou estão internados em UPA ou estão internados em hospital que chegam pra gente via contato desses locais, então eles passam o caso pra

gente, oficializa essa transferência de caso por e-mail e aí a gente faz a admissão desse paciente no domicílio e aí a gente vai avaliar qual é a demanda desse paciente para atenção domiciliar. (ENF5 BH)

Além de criar a agenda/escala de visitas, os enfermeiros também são responsáveis pela gestão da escala dos técnicos de enfermagem, e essa organização se faz necessária para não faltar recursos humanos para o trabalho no SAD. Para realizar a construção dessa escala, os enfermeiros contam com o auxílio de instrumentos importantes, sendo: o conhecimento científico dos enfermeiros sobre dimensionamento de pessoal que auxiliará o profissional na construção de uma escala adequada e efetiva para o serviço.

Então assim, o enfermeiro aqui tem que ter noção do todo, da escala "A vieram todos os funcionários!"; aí eu tenho que ver como que está a escala para um dia não vir três e no outro vir um só, eu vou fazendo o redimensionamento. (ENF4 BH)

Inicialmente a gente chega aqui e vê se a escala da equipe está completa e aí a gente vai fazer a nossa grade de visita (ENF6 BH)

O dimensionamento de recursos humanos consiste em uma atividade gerencial que compete ao enfermeiro no que tange à previsão de profissionais a partir da necessidade de cada serviço (COFEN, 2017). Essa tecnologia gerencial contribui para evitar que falte o quantitativo necessário de profissionais, para não comprometer diretamente na qualidade do cuidado e evitar a sobrecarga de trabalho dos profissionais, uma vez que, essa sobrecarga pode contribuir para piores resultados e aumentar a rotatividade e o absenteísmo (VASCONCELOS et al., 2017).

Segundo Vasconcelos et al. (2017) há um subdimensionamento realizado em alguns serviços que pode contribuir para piores resultados no cuidado. Incentiva-se a realização adequada desse instrumento de gestão e a ação dos órgãos e entidades de representatividade da classe trabalhadora para fiscalização e luta pela agenda política no que se refere a proporção de melhores condições para o trabalho da enfermagem nos serviços de saúde em geral.

Neste sentido, fica evidente a importância do uso desse instrumento associado a ação do enfermeiro para conformação de uma tecnologia gerencial que influenciará diretamente no cuidado realizado no SAD. Neste estudo, não se aprofundou na temática do dimensionamento e os discursos não apontam se há uma falta de profissionais que ocasione uma sobrecarga de trabalho. Com isso, aponta-se a necessidade de novos estudos para o entendimento deste campo temático no cenário domiciliar.

Conclui-se que para organização do trabalho no SAD, os enfermeiros assumem um papel chave. Ficou evidente o uso da modalização, a representação de eventos/atores sociais

demonstrada em cadeias que surgem do processo de trabalho e representam a prática social deste cenário, e o uso de metáfora.

Neste contexto organizacional, representação de eventos/atores sociais permitiu analisar “quem faz o quê, a quem e em que circunstâncias” (RESENDE, 2011). Neste caso, identificou-se as ações realizadas pelos enfermeiros e enfermeiras do SAD, para o paciente, na circunstância da organização do cuidado no SAD. Já a modalização nos remete a um comprometimento desses atores com essas atividades em termo de verdade, obrigação e necessidade. E a metáfora no discurso analisado indica gramaticalmente uma afirmação de uma determinada ação pela expressão de uma afirmação relacionada a outro contexto (troca de função).

Para realizar as atividades descritas, referentes à organização do cuidado no SAD, os entrevistados (enfermeiros e técnicos de enfermagem) indicam o uso de tecnologias gerenciais, como: o uso de *checklist* para não esquecer de realizar nenhuma tarefa, realiza a escrita de registros, a leitura dos registros para entender as ações do cuidado, utiliza os dados dos registros para definição de cuidados e gerar dados estatísticos, elabora escala de visitas, altera escala de visita se intercorrências, elabora a escala de técnicos de enfermagem, coordena rotas de visitas e realiza a admissão de pacientes. Essas tecnologias serão discutidas na segunda categoria deste estudo.

- Assistência direta do enfermeiro ao paciente

Nesta dimensão estão contidas as ações destinadas à assistência do enfermeiro ao paciente, ou seja, as ações relacionadas ao cuidado direto como: desospitalização, atendimento clínico, consulta de enfermagem, administração da medicação, curativo e ações diante as intercorrências.

Os discursos apontam que, além de receber os pacientes encaminhados por outros serviços, os enfermeiros do SAD também contribuem ativamente com o processo de desospitalização ou desupalização.

O discurso dos entrevistados permite entender que para realizar a captação, os profissionais devem fazer a busca ativa nas UPAs ou hospitais para identificar os pacientes que têm perfil para o SAD. Essa busca ativa é realizada por meio da leitura dos prontuários ou corrida de leito.

Para que o processo de desospitalização ocorra, desenvolve-se uma cadeia de eventos:

CADEIA IV – Captação: desospitalização ou desupalização.



Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2021.

[...] gente trabalha com a desospitalização. A gente faz busca ativa dentro da UPA e dentro do Hospital para desospitalizar (ENF5 BH)

[...] faz busca ativa nas UPAS e hospitais para a gente ver se tem paciente com perfil para atenção domiciliar. Faz uma busca ativa no prontuário e se a gente vê que aquele paciente tem perfil para AD, realiza a captação (ENF6 BH)

[...] a gente tem uma enfermeira aqui que é responsável pela desospe, aí ela percorre os leitos diariamente e vê se tem algum paciente para a gente, se tem ela já faz a captação. (ENF3 CONTAGEM)

[...] meu trabalho e o trabalho da outra enfermeira que trabalha comigo é fazer a captação desses pacientes. (ENF1 CONTAGEM)

Busco uma listagem de todos os pacientes que estão dentro da UPA e do Hospital Municipal e avalio todos os pacientes um a um, o estado que está, em relação à dor, onde mora, cuidador, eu vejo se ele é elegível e se ele é inclusivo pro SAD ou não (ENF5 CONTAGEM)

Um dos eixos centrais da AD é a desospitalização, que favorece o processo de alta hospitalar. Compreende-se a desospitalização como estratégia de cuidado, em que o paciente está no centro da atenção, variando apenas entre os níveis e o cenário da intervenção. Desta forma, a desospitalização acontece o tempo todo, em todos os cenários de atuação e processos de trabalho (BRASIL, 2020c).

Pode-se apontar três formas para admissão no SAD: encaminhamento pelos serviços que compõem a RAS, demanda espontânea, e a busca ativa, sendo necessário que os profissionais desse serviço organizem seu processo de trabalho para realizar visitas nos serviços, com o objetivo de reconhecer os pacientes que se enquadram nos critérios de admissão do SAD (SOUSA, 2018).

Na busca ativa dos pacientes do estudo são avaliados os critérios de elegibilidade: ser morador do município em que está internado, estar clinicamente estável e ter um cuidador. A aplicação desses critérios consiste em algo crucial para o encaminhamento e admissão do paciente, considerando suas especificidades comparadas ao ambiente hospitalar no qual existe profissionais de todas as áreas preparados para o atendimento a todo o tempo.

Os critérios aqui do SAD são: paciente morador do município, quadro clínico estável, ter um cuidador e ser maior de 12 anos. (ENF5 CONTAGEM)

[...] nós conversamos com os pacientes, apresentamos a proposta do programa, perguntamos se o paciente tem interesse de aguardar em casa, a grande maioria sim, verificamos os critérios que é: ter um cuidador domiciliar; morar em Contagem. (ENF1 CONTAGEM)

Além dos critérios definidos pela gestão de cada municipal, a portaria nº 825 de 25 de abril de 2016, em seus artigos 13 e 14, apresenta que para a admissão de usuários dependentes funcionalmente, será condicionada a presença de um cuidador e serão considerados inelegíveis para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações: necessidade de monitorização contínua; assistência contínua de enfermagem; propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento (BRASIL, 2016).

Após realizar a busca ativa, se algum paciente for elegível, é realizado o processo de admissão a partir do preenchimento de impressos, orientações e conversa com o paciente, família e/ou cuidador.

Neste sentido, essa ida para casa tem diversos significados e marca o começo de uma nova etapa para as famílias, com inseguranças e o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos para identificação de sinais de risco para a saúde do paciente. A mudança do hospital para casa supera uma simples mudança física e torna-se um campo relacional (CASTRO, MOREIRA, 2018).

Como já foi descrito, os pacientes admitidos no SAD podem ser captados pelos enfermeiros do serviço, mas também podem ser encaminhados por outros profissionais de diferentes pontos da rede.

Busca ativa dentro da UPA e Hospital, avalia se o paciente é elegível e o SAD faz a desospitalização e desupalização. Se o paciente é apto para o programa eu faço a admissão dele, que a gente chama de captação dele, que é preenchimento de impressos, orientação para o paciente, conversa com a família (ENF5 CONTAGEM)

[...] a forma formal é via planilha ou enfermeira da captação. As pediatras lançam lá "Solicito captação do paciente leito tal para ganho de peso". Aí a gente já sabe, transfere e vai lá. (ENF2 CONTAGEM)

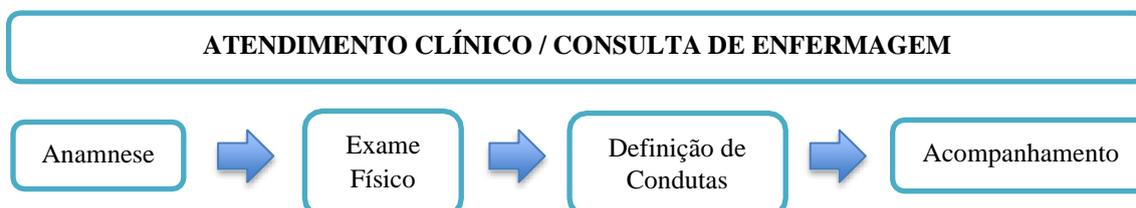
[...] é multi isso, na cidade inteira, todo mundo fazendo as transferências e aí a gente vai admitindo pacientes (ENF5 BH)

Na literatura, a comunicação e articulação entre pontos da RAS são alicerces para o exercício da transversalidade do cuidado em busca da integralidade da assistência. Fica clara a importância de implantar leitos de retaguarda, sistematizar o processo de trabalho contribuindo com a contrarreferência, favorecer a interface junto à Atenção Básica para reforçar os cuidados com o paciente e, com isso, evitar internações desnecessárias. Essa relação do SAD com os demais pontos da RAS se estabelece durante os processos de admissão e alta do paciente (XAVIER, NASCIMENTO, JUNIOR, 2019).

Salienta-se que, em alguns municípios, a equipe do SAD encontra-se sediada dentro da UPA, o que favorece essa comunicação e articulação do SAD com este ponto da RAS, facilitando a tomada de decisões referentes ao cuidado junto ao usuário e contribuindo também para o processo de desospitalização (CASTRO et al., 2018).

Após admissão do paciente no SAD, inicia-se o processo de cuidado neste cenário da rede. Os discursos apontam o atendimento clínico de enfermagem e a consulta de enfermagem domiciliar e para isso o profissional precisa realizar alguns processos em cadeia como: anamnese, exame físico, definição de condutas e acompanhamento. A partir desse atendimento, as condutas serão pensadas e definidas de acordo com a especificidade de cada caso.

CADEIA V – Atendimento clínico / consulta de enfermagem.



Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2021.

Realiza o atendimento clínico de enfermagem (ENF1 BH)

Faz a consulta de enfermagem, conversa com a mãe, anamnese, vê como que o neném está, pesa, faz exame físico e define as condutas (ENF2 CONTAGEM)

[...] nós fazemos uma avaliação e quando a gente julga necessário marcamos com o ortopedista ou com a cardiologista, cada um na sua área dependendo da necessidade (ENF1 CONTAGEM)

As ações realizadas é a captação de pacientes para acompanhamento no domicílio, visita domiciliar, aferição de dados vitais, observação, acompanha se o paciente está seguindo as orientações dos profissionais. (TEC1 CONTAGEM)

Segundo Dantas, Santos e Tourinho (2016), a consulta de enfermagem apresenta a cientificidade do trabalho dessa profissão, além de respaldar a tomada de decisão, prever e avaliar as consequências da aplicação do cuidado de enfermagem no processo saúde-doença do indivíduo.

As atividades que compõem esse atendimento realizado pelos enfermeiros e enfermeiras (anamnese, exame físico, diagnóstico, definição de condutas e acompanhamento) constituem o arcabouço tecnológico para a consulta de enfermagem realizada no SAD. Esse processo possibilita aos profissionais captar as necessidades do paciente de forma mais sistemática e definir condutas.

Neste sentido, a consulta de enfermagem é considerada uma tecnologia, na qual o profissional enfermeiro possui completa autonomia para desenvolver estratégias de cuidado abrangentes para a promoção da saúde do paciente, da família ou da comunidade (OLIVEIRA et al., 2012). No discurso dos entrevistados, essa tecnologia específica do enfermeiro é realizada para o cuidado dos pacientes desse cenário de cuidado.

A expressão *“eu tenho que acompanhar essa parte também”* e *“essa parte toda fica comigo”* reforça a reponsabilidade desses atores não apenas com as questões organizacionais, mas também com o cuidado assistencial dos pacientes atendidos no SAD. A modalidade deôntica expressa nestas falas reforçam a necessidade da atuação do enfermeiro legitimando o seu papel no cuidado direto.

De um paciente mais complexo eu tenho que acompanhar essa parte também. Essa parte toda fica comigo e a assistência propriamente, pacientes mais graves eu tenho que olhar de forma mais sistemática (ENF3 BH)

Tem que olhar o paciente como um todo no domicílio, precisa muito do enfermeiro, geralmente nas visitas, o paciente em casa ele demanda muito esse olhar do cuidado (ENF6 BH)

A atuação do enfermeiro na AD é influenciada tanto pelo perfil dos pacientes quanto pela singularidade de cada domicílio. Em uma revisão de literatura, evidencia-se que as ações do enfermeiro na AD perpassam a supervisão clínica, administrativa e a assistência mediada por procedimentos relacionais, educacionais e técnicos que, requer deste profissional o uso de

diferentes tecnologias para o processo de trabalho no contexto domiciliar (ANDRADE, SILVA, SEIXAS, BRAGA, 2017).

O discurso dos entrevistados indica que o enfermeiro possui um olhar diferente do olhar dos outros profissionais indicando a especificidade da atenção no cuidado domiciliar.

Olhar do médico e enfermeiro são diferentes. O olhar do enfermeiro é você ver se esse paciente está sendo mudado de decúbito, se o paciente está sendo colocado no ambiente mais social da família ou ele está ficando só na cama e ninguém está vendo-o. (ENF6 BH)

Fica evidente que o olhar do enfermeiro se volta para captar as necessidades físicas (mudança de decúbito), sociais (convívio com a família) e psicológicas (ninguém está vendo-o) do paciente. A expressão “*Tem que olhar o paciente como um todo no domicílio, precisa muito do enfermeiro [...] demanda muito esse olhar do cuidado*” reforça esse achado.

Neste sentido, evidencia-se que os enfermeiros assumem um olhar mais holístico no SAD comparado a outros profissionais que atuam neste cenário e buscam se concentrar em intervenções de cuidados de saúde e enfermagem (RAJALIN, FAGERSTRÖM, 2019). Essa prática social encontra-se presente no cotidiano de trabalho dos atores entrevistados e para desempenhá-la os enfermeiros contam com o seu conhecimento e formação para melhor atender ao paciente.

Dentro das ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no SAD, a administração de medicação consiste em uma das ações prioritárias.

O enfermeiro faz medicação (ENF1 BH)

Medicação é prioridade principal. (ENF1 PARÁ DE MINAS)

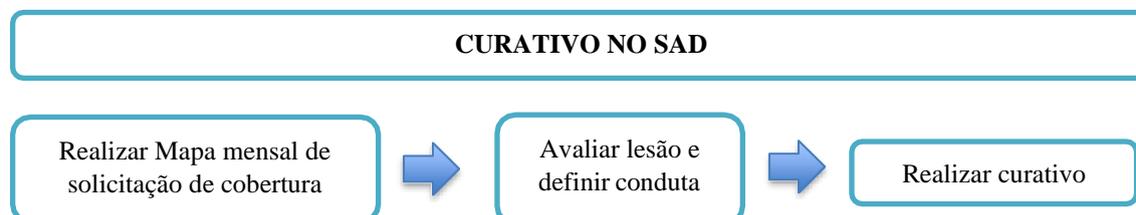
Assim, no processo de trabalho da equipe de enfermagem no SAD, fica evidente a necessidade de uma gestão do processo de administração medicamentosa (preparação do medicamento, verificação dos dados da prescrição e paciente e administração dos medicamentos prescritos). Com isso, para realizar essa atividade os profissionais contam com os conhecimentos específicos adquiridos durante sua formação e experiência profissional para monitorizar o tratamento, identificar e notificar as possíveis reações adversas (KOVNER, MENEZES, GOLDBERG, 2005; CESTARI et al. 2017). O conjunto dessas ações necessárias para esse processo de trabalho dos enfermeiros evidencia as tecnologias assistenciais (monitorização do tratamento) (NIETSCHKE et al., 2005).

Segundo Sun et al. (2019), enfermeiros e enfermeiras que atuam nos cuidados domiciliares compartilharam preocupações sobre os riscos associados à polifarmácia e a transições de tratamento (profissionais para o paciente, família e ou cuidador) para a continuidade do cuidado no momento em que a equipe do SAD não estiver no domicílio.

Além disso, a literatura descreve uma preocupação com a segurança do paciente, associada a administração de medicamentos, uma vez que, além da técnica se faz necessária a associação do conhecimento específico do profissional (tecnologia assistencial) para evitar práticas inadequadas e inseguras de administração de medicamentos (SUN et al., 2019). Dentre as contribuições dos enfermeiros e enfermeiras para a segurança do paciente, destacam-se na literatura os cuidados com a higienização das mãos, manejo dos materiais, administração de medicamentos e identificação de riscos ao paciente (CESTARI et al. 2017; SUN et al., 2019).

Outra atividade citada pelos profissionais entrevistados trata-se da realização de curativos. Para realizar os curativos há uma racionalização do processo que se inicia com a solicitação de coberturas.

CADEIA VI – Curativo no SAD



Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2021.

[...] tem um mapa mensal de curativo para receber as coberturas, eu faço. (ENF3 BH)

Avaliar lesão (ENF5 BH)

Se houver necessidade que eu faça um curativo, fazer desbridamento da ferida é exclusivo do enfermeiro (ENF4 BH)

[...] fazer curativo (ENF2 PARÁ DE MINAS)

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no tratamento de feridas e sua compreensão teórica do tratamento básico influencia fundamentalmente a qualidade da terapia/tratamento (ZARCHI et al., 2014).

Nota-se ainda que, o enfermeiro assume um papel chave neste processo e ele utiliza de tecnologia gerencial (Realizar mapa mensal para solicitação de coberturas) e assistencial (realizar avaliação da lesão, fazer o curativo e se necessário o desbridamento mecânico da lesão).

Foi evidenciado que, no cotidiano dos serviços de saúde, os enfermeiros assumem atividades gerenciais e assistenciais, desempenhando um papel central nos sistemas de saúde e no atendimento dos pacientes, participando de ações relacionadas com a gestão e assistência para o atendimento das demandas do serviço (VENTURA, FREIRE, ALVES, 2016). No caso do processo de trabalho para realização de curativo, os enfermeiros assumem um papel na gestão de recursos materiais e legitima as ações assistenciais a partir da avaliação da lesão e definição de conduta a ser desempenhada. O avanço das tecnologias do cuidar e a padronização de um método e sua aplicabilidade correta garantem o reconhecimento do trabalho prestado pelo enfermeiro no cuidado com as lesões de pacientes (FAVRETO, BETIOLLI, SILVA, CAMPA, 2017).

O conhecimento científico da enfermagem no cuidado de feridas é reconhecido internacionalmente. É apontado na literatura a importância da busca contínua pelo conhecimento para uma atuação cada vez mais qualificada por esses profissionais no domicílio do paciente. Segundo García et al. (2019), a prevalência de feridas crônicas reduziu pela metade após atualização/treinamento dos enfermeiros sobre a temática, sendo possível reduzir gastos no atendimento de paciente com lesões no domicílio e melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

Há uma diversidade dos casos possíveis de atendimento no SAD. No discurso são citadas as principais situações acompanhadas no SAD: pacientes com sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC), feridas crônicas e agudas, desospitalização, Infecção do trato urinário (ITU) e pneumonia.

No SAD as situações que são mais atendidas são os pacientes com sequela de AVC, feridas crônicas e agudas, desospitalização, reabilitação e medicação endovenosa, ATB, cuidados com pneumonia e ITU (ENF5 CONTAGEM)

As condições clínicas mais frequentes na AD, segundo o caderno de atenção domiciliar (2014), são: síndrome da imobilidade, disfunções cognitivas e alterações comportamentais, déficit sensoriais, doenças respiratórias crônicas, doenças respiratórias agudas, doenças cardiovasculares, ITU, reabilitação neurofuncional e motora, feridas e outras afecções de partes moles, reabilitação nutricional, iatrogenias, neoplasias, constipação, transtornos de saúde mental, doenças infectocontagiosas crônicas, síndrome da fragilidade, síndromes neurológicas da infância ao envelhecimento, ad materno-infantil e doenças osteomusculares (BRASIL,

2014b). Os apontamentos confirmam essas condições. No entanto, devem-se levar em conta as singularidades de cada equipe e região.

Considerando as condições de saúde, cabe ressaltar que o cenário domiciliar apresenta limitações que indicam a necessidade de habilidades para lidar com intercorrências que possam acontecer com os pacientes, conforme citado no tópico sobre organização do trabalho no SAD. Os discursos apresentam intercorrências vivenciadas e às suas ações estratégicas para lidar com tais situações, sendo a conduta principal acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Este serviço após contato, se direciona ao domicílio, realiza o atendimento possível do caso e encaminha o paciente para o local de atendimento necessário naquele momento.

Uma intercorrência com o paciente? A gente chama o SAMU, se nós estamos dentro da casa do paciente, nós vamos ligar para fazer o contato com o SAMU. Um dia nós chegamos e a criança estava cianótica, aí a gente faz o contato, até liguei para a neuro e tudo aí também esse contato, às vezes, aqui com no Hospital a gente nem espera o SAMU. [...] se tiver só o enfermeiro com os técnicos, o enfermeiro é quem vai fazer esse contato, vai aguardar o SAMU chegar e enquanto o SAMU não chega nós não... não vamos deixar esse paciente em casa sozinho (ENF3 CONTAGEM)

Aqui a gente trabalha em conjunto, quando tem intercorrência a gente atende mesmo que o paciente seja do turno da tarde, porque o paciente não pode ter prejuízo. (ENF4 BH)

Assim, deve-se pensar nas intercorrências e agravos possíveis neste cenário limitado de recursos. É recomendável antecipar-se com medidas preventivas e ter agilidade para reconhecer as possíveis situações de urgência e emergência durante as visitas, tomando condutas resolutivas (BRASIL, 2014b).

Os profissionais do SAD devem deixar claro aos familiares e ou cuidadores em quais situações o paciente deve ser levado para o serviço de urgência e emergência, levando em consideração que no cuidado domiciliar a equipe não está no domicílio o tempo todo, mas realiza o acompanhamento por meio de visitas (BRASIL, 2014b).

Segundo Su et al. (2021), a comunicação eficiente com o paciente é a chave para um plano de redução de readmissão hospitalar bem-sucedido. Uma comunicação bem conduzida pela enfermagem pode identificar problemas em desenvolvimento e diminuir a readmissão hospitalar não planejada. Além disso, instrumentos para o gerenciamento de risco têm sido estudadas para auxiliar os profissionais que atuam neste cenário a reduzir a readmissão hospitalar durante o cuidado domiciliar (SU et al., 2021).

Nesta dimensão sobre a assistência direta ao paciente, fica evidente nos achados que são utilizadas tecnologias assistenciais e gerenciais para o desenvolvimento das atividades inerentes ao processo de trabalho no SAD. Identifica-se o uso das tecnologias assistenciais: fazer busca

ativa; fazer atendimento/consulta de enfermagem; captar as necessidades físicas, sociais e psicológicas do paciente; administrar medicação; avaliar lesão, definir conduta e realizar curativo; identificar possíveis intercorrências e tomar condutas (aciona o SAMU se necessário). Além destas, identificou-se uma tecnologia gerencial: fazer mapa mensal de solicitação de curativo. Essas tecnologias serão discutidas na segunda categoria.

No âmbito da análise do discurso, foi possível identificar essas tecnologias por meio da representação de eventos/atores sociais as ações realizadas por enfermeiros e enfermeiras do SAD, na circunstância da assistência direta ao paciente, sendo esse processo apresentado pelos entrevistados como acontecimento em cadeias. Já a modalização nos remete a um comprometimento desses atores com essas atividades, tomadas neste sentido como algo necessário.

Conclui-se esse tópico com as ideias de Marx que toma o trabalho como uma transformação de algo pela mão do ser humano. Nota-se a essência desse pensamento presente nas ações apresentadas pelos discursos por meio da representação em cadeia e modalização, e, ainda, evidencia-se essa transformação por meio das tecnologias assistenciais e gerenciais identificadas neste tópico.

- O enfermeiro, suas atividades educativas e relações com a equipe multidisciplinar

A terceira dimensão do trabalho do enfermeiro é citada a realização de atividades educativas e de articulação com os demais membros da equipe multidisciplinar.

Nos discursos evidencia-se que os enfermeiros assumem a orientação, capacitação e supervisão dos técnicos de enfermagem. O uso da expressão “tenho” no discurso dos entrevistados, indica a modalidade deôntica, ou seja, o enfermeiro reconhece essa atividade como sua obrigação. Já a palavra “também” nos remete a uma inclusão/adição, ou seja, essa atividade (orientar, capacitar e supervisionar) se somam às demais desenvolvidas pelo enfermeiro no SAD.

Enfermeiro fica com a questão dos técnicos também... orientação, capacitação, supervisão de enfermagem. Estar acompanhando os TE porque às vezes a gente tem um técnico que tem procedimentos que eles ainda nunca viram, eu não posso deixar ir sozinho. Tenho que orientar os técnicos. (ENF3 BH)

Para orientar, capacitar e supervisionar, o enfermeiro apoia-se na tecnologia educacional disponível, sendo seu principal instrumento o conhecimento específico na área da enfermagem, comunicação efetiva e estratégias educativas para ensinar o outro profissional.

A supervisão em enfermagem é um elemento essencial para se adquirir qualidade da assistência. Ela oferece meios para organizar e avaliar o trabalho e subsidia o processo de educação permanente - educação que acontece para o trabalho (CARVALHO, GAMA, SALIMENA, 2017). Neste processo, cabe ao enfermeiro compartilhar o conhecimento, respeitar e conhecer a individualidade de cada componente da equipe e através da prática e da educação, levar cada profissional de enfermagem a realizar o seu melhor para o cuidado ao paciente no SAD (SILVA, FINAMORE, SILVA, BARBOSA, 2015).

Além de orientar os técnicos de enfermagem, os discursos evidenciam que os enfermeiros também orientam os pacientes, familiares ou cuidadores. A realização desta atividade (orientar) relatada nos discursos indica uma relação semântica evidenciada pelo propósito desta ação (continuidade do cuidado) que, consiste em uma ação/atividade fundamental no cenário do SAD, já que, o profissional não estará 24 horas ao lado do paciente.

Segundo Neta (2017), as tecnologias educacionais consistem em uma estratégia de ensino aprendizagem que pode contribuir para o avanço no modo como se produz a saúde na atenção domiciliar. Evidenciou-se que as práticas educativas vão além da prevenção e da promoção da saúde, devido ao destaque dos processos educativos voltados para a terapia e para tratamento do paciente em cuidado domiciliar. As práticas educativas contribuem para os processos de tomada de decisão e para a gestão do cuidado em casa por aumentar o nível de conhecimento e habilidades básicas dos pacientes, familiares e ou cuidadores, além de impactar, na redução de reinternações devido ao ensino e compreensão dos atores (NETA, 2017).

No discurso dos entrevistados, são ressaltadas as orientações sobre o cuidado com o acesso, dúvidas e inseguranças da família, reforço das orientações recebidas no hospital ou UPA.

Durante a visita orienta os cuidadores e paciente. A orientação permite a continuidade do cuidado, orienta cuidado com acesso [...] trabalha as dúvidas e insegurança da família, reforça orientações recebidas no hospital ou UPA. Importante usuário e cuidador orientados, não sair com dúvidas. [...] a boa evolução depende da orientação, passa todas as questões do cuidado para o paciente e família (ENF1 BH)

[...] nós fazemos a orientação (ENF1 CONTAGEM)

A expressão “*boa evolução depende da orientação, passar todas as questões do cuidado para o paciente e família*”, nos remete a uma relação semântica indicada pelo propósito (boa evolução) que, depende da orientação desses atores e da consequência gerada por meio dessa ação para o paciente.

Este achado nos remete a relação entre a boa evolução e a orientação, nos indicando a dependência entre elas para um bom cuidado no SAD. Isso nos indica a importância do uso das tecnologias educacionais neste cenário.

A educação em saúde é apontada como uma importante prática do enfermeiro na AD, que contribui para o aprendizado e desenvolvimento de habilidade de pacientes, familiares e ou cuidadores, para garantia da continuidade do cuidado na ausência da equipe do SAD (ANDRADE, SILVA, SEIXAS, BRAGA, 2017). Nos encontros com os cuidadores, evidencia-se uma atuação dinâmica e atenciosa das equipes do SAD, permeadas pelo diálogo e orientações aos cuidadores e pacientes (POZZOLI, CECÍLIO, 2017).

Uma estratégia apontada no discurso dos enfermeiros para captar as necessidades educativas dos pacientes, familiares e ou cuidadores é “observar”, “olhar”, “enxergar”. Por meio da observação *in locu* os profissionais conseguem entender quais as dificuldades apresentadas pelos pacientes, família ou cuidadores.

Para reforçar a importância dessa estratégia de observação no SAD, os discursos apresentam a expressão “tem que ter”, indicando uma modalidade deontica que, nos remete que tal ação (observar/olhar/enxergar) consiste em uma tarefa tida como necessária para garantia de um cuidado de qualidade.

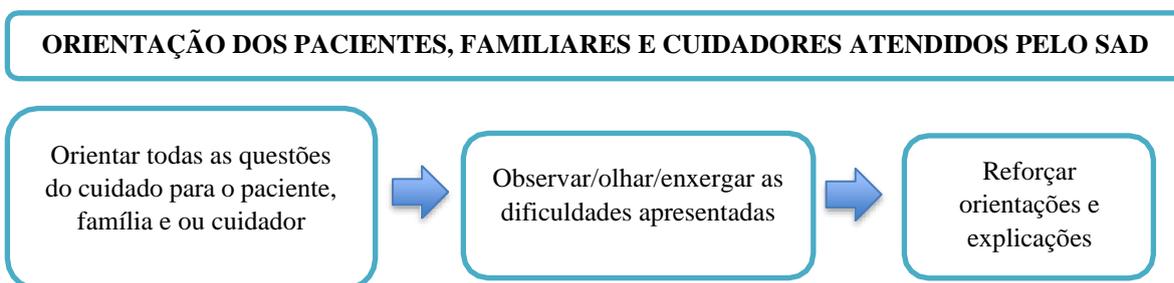
Observar se está sendo realizado mudança de decúbito, como é a dieta do paciente, a lavagem de sonda, manejo da sonda pela família. (ENF6 BH)

Pacientes com dificuldade de entender como tomar o medicamento e horário. Tem que ter um olhar para enxergar as dificuldades e reforçar as explicações. (ENF1 BH)

Segundo a literatura, o enfermeiro utiliza a observação como uma estratégia para obter informações e compreender o contexto do cenário de cuidado de forma mais abrangente. Ao desenvolver a observação, o enfermeiro terá uma visão ampla, que certamente favorecerá suas ações acerca das necessidades dos pacientes e da equipe de enfermagem (CARVALHO, GAMA, SALIMENA, 2017).

A orientação dos pacientes, familiares e cuidadores conforme descrito neste tópico, desenvolve-se por meio de uma cadeia de eventos:

CADEIA VII - Orientação dos pacientes, familiares e cuidadores atendidos pelo SAD



Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2021.

Outro aspecto do trabalho do enfermeiro no SAD consiste na relação com os demais profissionais desse serviço. Nos discursos evidenciou-se como uma prática dos profissionais a discussão dos casos para o alinhamento de conduta.

Discuto com a médica as prioridades, a gente olha os casos e discute a proposta de alta (ENF1 BH)

Depois que a gente chega das visitas discute os casos para alinhar conduta. [...] uma vez por semana a gente faz discussão de casos da equipe manhã e tarde para alinhar conduta, a equipe multi, aí os vários olhares a gente discutindo o que fazer com o paciente (ENF6 BH)

Esse cuidado na AD é multidisciplinar (ENF5 BH)

Grupo do WhatsApp facilita encaminhamento para EMAP. No EMAD se tornou fundamental, porque nós temos um grupo no WhatsApp que, a gente coloca as pendências, a gente conversa entre si sobre questão de pacientes. (TEC5 BH)

Pozzoli e Cecílio (2017) ressaltam o trabalho em equipe no SAD, sendo mais frequente a atuação dos profissionais de enfermagem com o médico ou a atuação individual da equipe de enfermagem e dos fisioterapeutas, que frequentemente atuam em uma visita secundária. De certa maneira, esse modo de atendimento não indica um trabalho em equipe, mas um trabalho por especialidade (POZZOLI, CECÍLIO, 2017). Sendo assim, evidencia-se a importância da discussão de casos para alinhamento das condutas com o paciente em busca de uma assistência de qualidade.

Na análise dos dados foi possível identificar que as atividades educativas e a relação com a equipe são sustentadas pelas tecnologias educacionais: orientação e capacitação de técnico de enfermagem e paciente, familiares e ou cuidadores; e discussão de caso em equipe. Tecnologia gerencial (supervisão de técnico de enfermagem) e pela tecnologia assistencial (observação das necessidades do paciente). No entanto, os discursos não deixam claro as

estratégias utilizadas para aplicar essas tecnologias. Essas tecnologias serão discutidas na segunda categoria.

No campo da análise do discurso, foi possível identificar essas tecnologias por meio da representação de eventos/atores sociais as ações realizadas por enfermeiros e enfermeiras do SAD, na circunstância de suas atividades educativas, sendo esse processo apresentado pelos entrevistados como acontecimento em cadeia. Já a modalização nos remete um comprometimento desses atores com essas atividades educacionais e relacionais do processo de trabalho no SAD.

Conclui-se esse tópico com a compreensão de que o trabalho dos enfermeiros no SAD possui uma série de responsabilidades e deveres para com a equipe de enfermagem, pacientes e instituição e para isso ele organiza suas atividades através dos processos de trabalho gerenciais, assistenciais e educativos. Sendo essa prática de trabalho confirmada por meio da análise dos discursos que confirma a realização dessas ações em sua prática social no cenário de trabalho.

5.1.2 Atividades desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem no SAD

Nesta subcategoria são apresentadas as ações desenvolvidas pelos Técnicos de enfermagem, evidenciadas por meio da análise dos discursos dos entrevistados para essa pesquisa. O trabalho dos técnicos, assim como o do enfermeiro, está organizado em três dimensões: *O técnico de enfermagem e o seu papel para organização do cuidado; Assistência direta do técnico de enfermagem ao paciente e O técnico de enfermagem e suas atividades educativas e relações com a equipe multidisciplinar*

- O técnico de enfermagem e o seu papel para organização do cuidado

Os técnicos de enfermagem descrevem como incorporam em sua prática a leitura dos registros, com o objetivo de entender o cuidado realizado anteriormente e quais as condutas necessárias. Além de ler os registros anteriores, o discurso dos técnicos de enfermagem apresenta a importância de registrar as atividades realizadas, achado também identificado no discurso dos enfermeiros.

[...] a gente lê o relatório, para ver as demandas do dia anterior, os pacientes que chegam, as admissões que tem, olha a agenda para ver quais são as visitas que estão agendadas, olha a agenda

clínica com a do enfermeiro, porque os técnicos acompanham ou o médico ou o enfermeiro nas visitas ou os dois ao mesmo tempo (TEC3 BH)

[...] aí olha toda essa questão da agenda e do livro administrativo também, a gente coloca tudo que nós fizemos, todas as coletas, todas as medicações, curativos, visitas clínicas, tudo no livro administrativo para não ter erro. Então nós temos duas garantias, né? Que é a agenda, o livro administrativo e a evolução do prontuário do paciente. (TEC5 BH)

Chega na unidade, lê o livro de registro para ver o que aconteceu no plantão anterior, depois vê se o motorista já chegou. (TEC1 CONTAGEM)

Chegando a gente tem que lançar no computador a produção da visita (TEC1 BH)

O código de ética da profissão indica que é responsabilidade da equipe de enfermagem registrar informações relativas à sua assistência no prontuário e em outros documentos próprios da enfermagem (COFEN, 2007). Segundo Ferreira et al. (2020), os registros de enfermagem não devem ser vistos apenas como uma obrigatoriedade, mas é necessário compreender sua importância e as suas implicações decorrentes da ausência ou incompletude desses registros. Assim, para a prática de registros das atividades, é indispensável a competência técnico-científica da equipe de enfermagem, conformando-se assim uma tecnologia gerencial do trabalho fundamental.

Outra atividade descrita pelos técnicos de enfermagem consiste em pensar na logística e na rota de visitas. Pensar estrategicamente nas rotas torna-se importante, uma vez que contribui para “otimizar o tempo” gasto no trânsito, economizar gastos com o combustível e realizar todas as visitas programadas numa racionalização gerencial e econômica do processo de trabalho.

CADEIA VIII – Rota de visitas no SAD.



Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2021.

Faz aquela logística né? Para ficar bom para otimizar tempo, para não gastar tanta gasolina pro motorista e para a gente ganhar, realmente, tempo [...] eu já traço uma rota pra gente vim cortando caminho pra facilitar [...] eu falo com motorista os endereços quando é um endereço que ele já conhece fica mais fácil, quando é novo coloca no GPS (TEC2 BH)

[...] a gente passa para o:: motorista a rota e se der para alguém da EMAP ir junto (TEC5 BH)

A rota é feita tentando colocar uma casa mais próxima da outra para otimizar tempo, porque a gente roda o município todo (TEC3 CONTAGEM)

Faz a rota de forma a otimizar o tempo, colocando pacientes de localidades próximas para atender oito visitas diárias. (TEC2 CONTAGEM)

Esses resultados do processo, nos indicam uma relação semântica evidenciada por propósitos/metapas (otimizar tempo, economizar gasolina) que, estão condicionadas à logística da rota pensada por esses atores.

O processo de transporte do SAD é considerado um desafio específico deste cenário. A logística para a elaboração das rotas consiste em uma iniciativa dos profissionais do serviço. Para evitar visitas infrutíferas, uma estratégia que pode ser utilizada consiste no contato prévio por telefone. Dessa forma, diariamente, a enfermeira da equipe deve ser encarregada de montar a agenda das visitas (BRASIL, 2014b).

Evidencia-se com este achado uma tecnologia gerencial inovadora, específica deste cenário de atuação dos profissionais de enfermagem. Ressalta-se que, para construção dessa tecnologia gerencial dos profissionais entrevistados apontam a relação entre o profissional e seus instrumentos, conforme conceito definido por Nietzsche et al. (2005).

Além de pensar nas rotas, os técnicos de enfermagem apontam em seu discurso estratégias para identificar certa especificidade da casa do paciente, por exemplo, questionar: “O carro para na porta?”. Essa informação contribui para o entendimento e planejamento da rota e para identificar as condições de acesso ao domicílio.

Alguns usuários não falam que eles moram em beco, né? Então eu já peguei essa maldade, eu sem e com muito jeitinho brasileiro, eu estou te admitindo “ah aonde você mora dona Maria?” "O carro para na porta? ah não, para não? Então tá! (TEC2 BH)

Essa modalidade de atenção no domicílio nos indica aspectos singulares e diferentes estratégias da equipe para lidar com a múltiplas situações, pois possibilita o contato com a realidade e contexto de vida do sujeito, propiciando a construção de um atendimento condizente com a realidade de cada paciente (ANDRADE et al., 2013).

Os discursos apontam a montagem e reposição das maletas do SAD, uma atividade fundamental para a realização do cuidado durante a visita domiciliar, uma vez que *“a gente ir na casa do paciente é ao contrário, geralmente é o paciente que vem a nós e na EMAD não, a EMAD vai até a casa do paciente”*.

Os entrevistados apontam três tipos de maletas preparadas para o atendimento: uma maleta com os medicamentos e materiais para sua administração bem como para coleta de exames, uma maleta com os materiais para curativos e uma maleta com os materiais para primeiros socorros.

As expressões citadas (*“as maletas que trabalho a gente arruma todos os dias”*; *“A primeira coisa que a gente faz é montar a maleta que a gente usa”*; *“eu preparo todo esse material, deixo preparado”*; *“a gente faz montagem da maleta e a reposição de materiais”*) nos indicam uma naturalização da tarefa, montar maletas, no discurso dos técnicos de enfermagem do SAD.

[...] as maletas que trabalho a gente arruma todos os dias no final do plantão deixa tudo arrumadinho tem os materiais que a gente precisa para o básico: seringa, agulha, água destilada, equipo, algodão, álcool, esparadrapo, essas questões assim. (TEC2 BH)

A primeira coisa que a gente faz é montar a maleta que a gente usa com os materiais, a gente confere tudo. A maleta que a gente leva sempre é a maleta para medicação e coleta de exames. Tem a maleta também de curativo, se vai ter curativo ou não a gente leva essa segunda maleta que é específica para o curativo e essa outra a gente sempre leva independente se tem ou não (TEC4 BH)

Então a gente leva uma maleta de primeiros socorros, que tem tudo ali que a gente precisa para um atendimento básico de primeiros socorros, preparo essa maleta, porque... a gente chega na casa do paciente é ao contrário, geralmente é o paciente que vem a nós e na EMAD não, a EMAD vai até a casa do paciente. Leva uma maleta de curativo e leva outra maleta de medicação juntamente com a coleta, aí eu preparo todo esse material, deixo preparado. Cada técnico tem a sua maleta de curativo, de medicação, tem as maletas que são de uso comunitário e a maleta de urgência. Essa questão das maletas e tudo, das bolsas nós é que recolocamos, repomos o material, a gente desfaz e refaz as maletas, repõe o que foi usado e isso aí é parte do técnico de enfermagem (TEC5 BH)

A gente chega olha a agenda, prepara o material, as bolsas, a bolsa de curativo, prepara a bolsa de medicação porque tem paciente que chega que é medicação venosa (TEC3 BH)

[...] a gente faz montagem da maleta e a reposição de materiais. (TEC2 CONTAGEM)

A montagem dessas maletas consiste em um trabalho realizado por esses atores e sua preparação conta com a gestão dos materiais que serão necessários em cada visita e quais procedimentos serão realizados. Opera-se com uma importante tecnologia de gestão.

A previsão de materiais é considerada uma atividade corriqueira no cotidiano da equipe de enfermagem e tem a finalidade de garantir condições apropriadas ao desenvolvimento da assistência aos pacientes nos cenários de saúde (FREITAS et al., 2020).

A maleta de visita consiste em um material do cenário domiciliar, onde são colocados dos materiais necessários para o cuidado em domicílio. O termo “maleta” é mencionado no Caderno de atenção domiciliar de 2014, referindo-se ao uso desse material, mas sem aprofundar

na logística de sua montagem e gestão (BRASIL, 2014a). Este achado nos indica uma inovação tecnológica gerencial do cenário domiciliar, evidenciada pelo discurso dos entrevistados, uma vez que, segundo Nietsche et al. (2005) a TG consiste em um processo teórico-práticas, utilizadas para a gestão dos serviços, em busca de intervir no contexto do trabalho em prol da melhoria de sua qualidade.

Os técnicos de enfermagem assumem, no discurso, uma autonomia para alterar a escala de visitas em função das intercorrências ou gravidade do paciente. Esse discurso legitima a relação de trabalho entre dois atores e sua coerência expressa pelos discursos.

[...] se entra um antibiótico e eu não tenho mais espaço, então esse paciente do curativo vai ter que esperar pro do antibiótico entrar porque antibiótico não tem conversa. Então por isso que essa grade é mexida todos os dias praticamente. Sim, é flexível. (TEC2 BH)

E temos autonomia dada pelas enfermeiras de mexer na escala de visitas. (TEC2 CONTAGEM)

[...] o trabalho divide de acordo com prioridades, a prioridade costuma ser da aplicação de antibióticos, fazer curativo, retirada de sonda, coleta de exames e urina. (TEC2 PARÁ DE MINAS).

A literatura indica que, para um trabalho em equipe é necessário o estabelecimento de confiança entre a equipe técnica de enfermagem e as enfermeiras ou enfermeiros do serviço. Por sua vez, o estabelecimento da confiança depende diretamente do tempo de trabalho em conjunto com os profissionais. Outro elemento fundamental para o trabalho em equipe consiste no respeito e reconhecimento das ações desenvolvidas por outro profissional, isso contribui com o processo de trabalho. Assim, o trabalho entre a equipe de enfermagem depende de colaboração, aceitação da participação do outro em determinadas atividades de acordo com as especificidades teórico-prática de cada profissão (SOUSA et al., 2016).

Segundo Marques et al. (2017), o técnico de enfermagem é um trabalhador que pode desenvolver algumas atividades que não comprometam legalmente sua atuação, como a ajuda e desenvolvimento de atividades que favorecem a rotina diária do serviço. No cenário domiciliar especificamente, os achados apontam que, o técnico de enfermagem assume a responsabilidade de alterar a escala de visita, previamente montada pelo enfermeiro, em caso de intercorrência ou piora do quadro de saúde de pacientes.

Os discursos apontam também que, o técnico de enfermagem desenvolve ações destinada a organização de prontuários e demais impressos. Essa função foi evidenciada nos discursos como uma obrigação dos técnicos de enfermagem. Contudo, também é ressaltado que outros profissionais (médico e enfermeiro) também podem realizar essa tarefa.

[...] se tem prontuário para desmontar a gente desmonta, se tem que dar baixa a gente dá baixa (TEC1 BH)

Quando o paciente recebe alta, tem que dar baixa nos dados dele do SAD. (TEC1 CONTAGEM)

Quando dá alta por exemplo, a gente chega, desmonta o prontuário, o prontuário é uma função minha como uma função do enfermeiro e do médico também, aqui a gente meio que trabalha em equipe. (TEC3 BH)

Além de desmontar os prontuários os técnicos de enfermagem também separam os prontuários e os impressos necessários para realização das visitas domiciliares. O prontuário é um documento onde consta todas as informações e ações realizadas com o paciente consistindo em um documento fundamental durante as visitas domiciliares. Neste sentido, os impressos (fichas utilizadas pelos profissionais do SAD), não podem faltar nas visitas domiciliares.

[...] a gente separa os prontuários. (TEC1 BH)

Separa os prontuários para as visitas da manhã e aí a gente sai, tem os impressos, tem uma pasta de impressos, a gente sai com os prontuários (TEC3 CONTAGEM)

O processo de organização desses documentos realizado pelo técnico de enfermagem, consistem em uma característica do SAD, considerando que, o técnico de enfermagem é um trabalhador que pode desenvolver atividades organizacionais solicitadas e direcionadas pelos enfermeiros. A construção do trabalho em equipe requer uma dinâmica de flexibilidade, negociações e acordos entre os profissionais para a divisão de responsabilidades. (KOBAYASHI, LEITE, 2004).

Em todo os cenários de saúde encontra-se presente o instrumento prontuário para garantir a continuidade do cuidado e qualidade do mesmo, já que, possibilita a comunicação contínua entre os profissionais e consiste em um documento legal para o registro diário de informações referentes aos atendimentos (NETTO, DIAS, GOYANNA, 2016; FERREIRA et al., 2020).

Neste tópico fica evidente o uso das tecnologias gerenciais existentes para o processo de trabalho dos técnicos de enfermagem.

Identifica-se o uso das tecnologias gerenciais: registro das atividades desenvolvidas pelo TE; leitura dos registros, pensar na logística das rotas de visitas; montar das maletas; separar prontuário e impressos para as visitas; desmontar prontuários; repor materiais utilizados na

maleta; alterar escala de visitas se intercorrências. Essas tecnologias serão discutidas na segunda categoria.

No campo da análise do discurso, foi possível identificar essas tecnologias por meio da representação de eventos/atores sociais as ações realizadas por técnicos de enfermagem do SAD, na circunstância da organização da assistência ao paciente.

- Assistência direta do técnico de enfermagem ao paciente

Nos momentos das visitas domiciliares os técnicos de enfermagem exercem a assistência direta aos pacientes do SAD.

As visitas domiciliares são realizadas normalmente em duplas para facilitar o processo de trabalho, e são realizadas “*em média de oito a dez pacientes por dia com a equipe*”. Além disso, visitar os pacientes admitidos recentemente é uma prioridade.

Para facilidade do processo de trabalho as visitas são feitas em dupla. (TEC2 BH)

O dia que a gente chega, se tem paciente anterior esse paciente automaticamente não vai receber visita é dado prioridade para os pacientes que estão chegando, nós temos até 48 horas para fazer visita (TEC3 BH)

Visita em média de oito a dez pacientes por dia com a equipe que é de enfermeiros, técnicos e médico (TEC3 CONTAGEM)

Os técnicos de enfermagem apresentam a dinâmica das visitas domiciliares e reafirmam os achados evidenciados no discurso dos enfermeiros.

As visitas domiciliares constituem a base para o processo assistencial no trabalho destes profissionais, uma vez que é por meio dessa visita que o cuidado é realizado. No entanto, cabe ressaltar que há vários processos que antecedem a visita propriamente dita tais como a captação por meio da Desospitalização ou Desupalização; a admissão; a definição da escala de visitas do SAD e a organização das rotas.

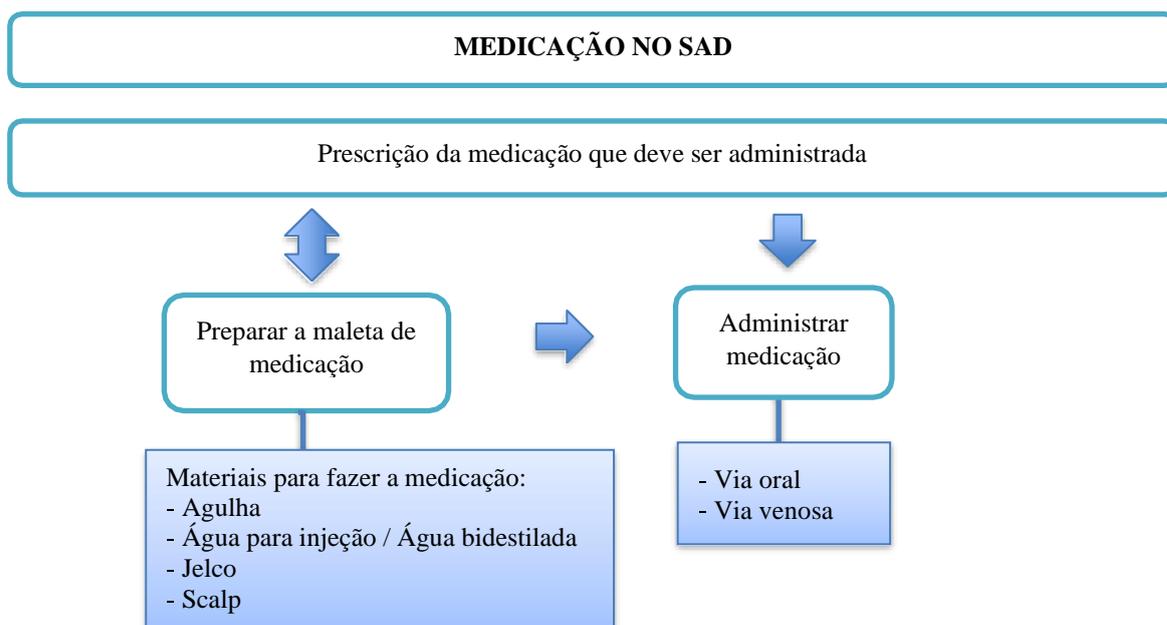
A Visita Domiciliar (VD) é, em sua essência, um meio de trabalho fundamental para o cuidado em saúde. A compreensão do domicílio enquanto espaço de características peculiares e inerente as práticas sociais das pessoas, como seus hábitos, crenças e valores, revela nesse ambiente um grande potencial para a reinvenção das práticas em saúde, onde há necessidades e problemas que permeiam a saúde (QUIRINO et al. 2020).

Quando a visita domiciliar é realizada, uma atividade prioritária para os técnicos de enfermagem é a administração de medicamentos. A expressão “*A medicação acaba sendo*

nosso calcanhar de Aquiles”, remete a uma intertextualidade com alusão, nos indicando um reconhecimento dessa prática como prioridade na rotina dos técnicos de enfermagem do SAD.

Para que a medicação seja realizada adequadamente, os discursos indicam uma cadeia de ações, sendo:

CADEIA IX – Medicação no SAD.



Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2021.

A medicação acaba sendo nosso calcanhar de Aquiles. Para medicação é preciso organizar bem, tem a questão dos procedimentos de enfermagem específicos de puncionar veia, a gente sabe que alguns antibióticos são feitos mais rápido e outros precisam demorar (TEC2 BH)

[...] a gente faz medicação venosa quando é prescrito (TEC3 BH)

[...] é só os materiais para fazer a medicação. Agulha, ABD que é a água para preparar medicação, jelco, scalp, tudo que precisa para fazer a medicação. O paciente que saiu aqui da UPA aí a gente que leva o antibiótico dele separadinho. Geralmente são só antibióticos que vem dos hospitais ou UPA, analgésico essas coisas eles pegam no centro de saúde e as medicações de uso contínuo. (TEC4 BH)

O técnico fica mais por conta das medicações (TEC1 BH)

[...] administração de antibiótico intramuscular e venoso, algumas vezes a gente tem medicamento via oral também de pacientes que nascem de mães com HIV positivo, aí a gente vai em casa administrar as últimas doses do medicamento que é via oral para ter certeza que o neném está recebendo (TEC2 CONTAGEM)

A medicação constitui uma atividade muito presente no processo de trabalho dos técnicos de enfermagem. Para realizar esta atividade, esses profissionais contam com as tecnologias assistenciais e gerenciais.

A administração de medicação no domicílio consiste em uma atividade que necessita das etapas: prescrição, dispensação e administração, sendo responsabilidade do técnico de enfermagem a administração dessa medicação, conforme evidenciado nos discursos (KOLLERUP, CURTIS, SCHANTZ LAURSEN, 2018).

Segundo Kollerup, Curtis, Schantz (2018), o contexto do cuidado (domicílio) desafia a segurança do paciente durante a administração de medicamento desde a organização no armazenamento dos medicamentos e checagem dos prazos de validade. Com isso, é necessário atentar-se para esse armazenamento e esclarecer os passos para uma administração segura aos pacientes, familiares e ou cuidadores.

A realização de curativos também foi bastante citada pelos técnicos enfatizando que “*Sempre tem curativo o dia inteiro*”. Eles apontam que realizam certos tipos de curativo, mas os casos mais complexos são assistidos pelos enfermeiros com o seu auxílio.

Sempre tem curativo o dia inteiro. (TEC2 PARÁ DE MINAS)

[...] paciente que é ferida a gente vai para auxiliar a enfermeira no curativo, porque muitas vezes a ferida é estéreo [...] se faço curativo, o material sujo tem que levar para CME, fazer a troca lá, a gente deixa o sujo lá e pega um material limpo (TEC3 BH)

Realizamos os curativos quando necessário. (TEC2 CONTAGEM)

A resolução do COFEN nº 567 de 2018 regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes no campo de feridas e atribui ao técnico de enfermagem o cuidado aos pacientes com feridas: realizar o curativo nas feridas sob prescrição e supervisão do enfermeiro; auxiliar o enfermeiro nos curativos; informar a pessoa quanto aos procedimentos realizados e aos cuidados com a ferida; registrar no prontuário do paciente; e manter-se atualizado participando de programas de educação permanente. Neste sentido, o curativo é uma prática rotineira deste profissional e realizada em diferentes pontos da RAS.

Para realizar o curativo, os profissionais contam com os instrumentos materiais e com o conhecimento específico, formando assim, uma tecnologia assistencial do cuidado no SAD (NIETSCHKE et al., 2005). No tópico sobre organização do cuidado, os discursos apontam o uso de uma maleta específica para o curativo no ambiente domiciliar.

A aferição dos dados vitais (temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação), é uma atividade comum no processo de trabalho dos técnicos de enfermagem no SAD.

[...] gente olha dados vitais (TEC2 CONTAGEM)

A gente verifica dados vitais. (TEC4 CONTAGEM)

Técnicas de enfermagem aferem os dados vitais (ENF1 CONTAGEM)

[...] acompanhar o paciente de perto, colher os dados vitais. (TEC1 CONTAGEM)

Os sinais vitais são parâmetros que indicam o estado de saúde baseado no controle da pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura dos pacientes. São considerados mecanismos de comunicação para o profissional sobre o estado do paciente e gravidade da doença. A aferição dos parâmetros contribui para que o enfermeiro e enfermeira defina os diagnósticos de enfermagem, elabore suas propostas de intervenções e tome decisões sobre a terapêutica (CHESTER, RUDOLPH, 2011).

Neste sentido, o monitoramento dos sinais vitais de uma pessoa envolve um observador usando seus próprios sentidos para determinar uma conduta a partir dos parâmetros. A aferição desses parâmetros é produzida pela utilização de instrumentos, como esfigmomanômetro, estetoscópio ou termômetro, mas ainda assim o ato de monitoramento é realizado diretamente pelo profissional. O monitoramento desses dados é considerado uma tecnologia, desenvolvida a partir das ações medir e agir, e tornou explícita a cadeia de eventos, ações, processamento e decisões que ligam o paciente ao profissional (NANGALIA, PRYTHERCH, SMITH, 2010).

Outra atividade presente nas falas dos entrevistados são as coletas de exames laboratoriais. No SAD, os técnicos de enfermagem realizam a coleta do material para o exame durante a visita domiciliar.

[...] paciente que é coleta de RNI a gente tem que fazer coleta de sangue depende da demanda do paciente, [...] aí a gente faz coleta no domicílio quando é pedido. (TEC3 BH)

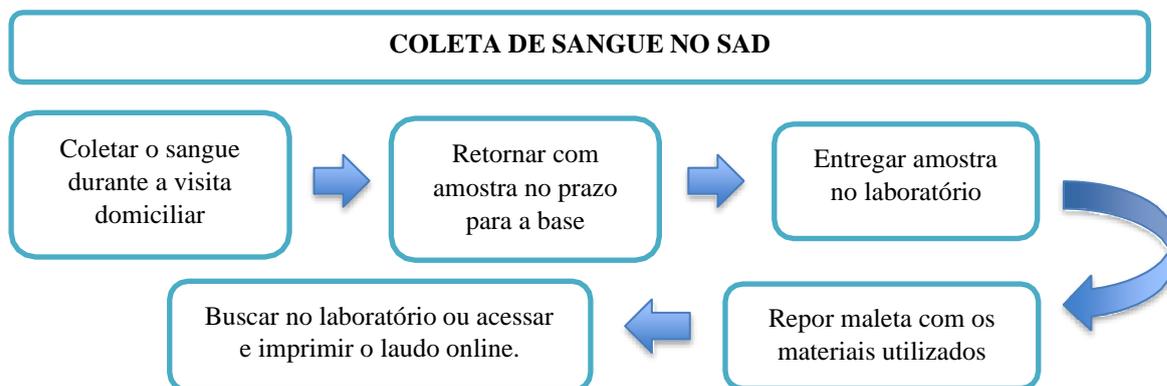
Coleta de sangue é muito comum, coleta de sangue (TEC2 BH)

Tem que coletar sangue (TEC5 BH)

A gente coleta material para exame laboratorial no caso de fototerapia, a gente sempre avalia com coleta de bilirrubina. (TEC3 CONTAGEM)

Os discursos dos entrevistados apontam a atividade de coleta de sangue e sua cadeia racional no SAD, conforme apresentado no esquema abaixo:

CADEIA X – Coleta de sangue no SAD.



Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2021.

Após a coleta no domicílio, volta aqui para base, entrega o sangue no laboratório e repõe a mala. Quando sai o resultado, imprime o resultado de exame, a gente pega lá no laboratório ou imprime, a gente tem acesso aqui da sala e a gente imprime (TEC4 BH)

[...] quando tem coleta de sangue a gente tem que encaminhar essa coleta para o laboratório. Então a gente tem que está atenta a está pegando esses resultados no laboratório. (TEC3 BH)

Encaminhamos os pedidos juntamente com a coleta de sangue para os laboratórios, também a gente pede os resultados. [...] as coletas porque, não pode passar de duas horas e meia a três horas as coletas senão a gente perde o material (TEC5 BH)

Essa cadeia nos indica mais uma atividade desenvolvida pelos técnicos de enfermagem a partir do uso das tecnologias gerenciais e assistenciais. São descritas como responsabilidade desse profissional coletar a amostra, levar a amostra do material no tempo adequado para o laboratório, repor os materiais utilizadas na maleta de coleta e quando o resultado for lançado, este deverá buscar ou imprimir o laudo para posterior análise.

Segundo Peduzzi e Anselmi (2004) as atividades acima descritas pelos técnicos de enfermagem caracterizam a prática de trabalho rotineiras dos técnicos de enfermagem, sendo essas: administração de medicamentos, curativos, verificação de parâmetros vitais e coleta de material para exames laboratoriais. No âmbito da atenção domiciliar, o técnico de enfermagem realiza predominantemente ações de aferição de sinais vitais, realização de curativos, procedimentos simples e orientações sobre cuidado em saúde (ARAÚJO et al., 2020)

Com isso, evidencia-se uma atuação deste profissional ainda ancorada nos aspectos curativistas, a partir da sua atuação nas práticas do cuidado eminentemente técnicas frente as condições de saúde atendidas, o que reflete, de certo modo, seu processo de formação no cenário domiciliar (ESTEVÃO et al., 2019).

Além das atividades apresentadas, os técnicos de enfermagem apresentam em seu discurso, o desafio de “*colocar as normas, as regras dentro do espaço que é deles [dos pacientes]*”. O uso da metáfora “*a gente tira leite de pedra*” reafirma essa dificuldade enfrentada no cuidado domiciliar, no entanto nos indica que, os profissionais conseguem alcançar êxito em seu trabalho.

[...] é um desafio de você ter que ser profissional, ter que colocar as normas as regras dentro do espaço o que é dele [...] eu acho que a gente consegue tirar leite de pedra, por conseguir organizar bem e assistir os pacientes à medida que eles precisam. (TEC2 BH)

Os técnicos de enfermagem apresentam em seu discurso o desafio enfrentado neste cenário de cuidado, que não é um ambiente de domínio do profissional, mas do paciente. Este achado nos confirma a singularidade da AD e o desafio para ocorrência do processo de trabalho e resultado adequado neste cenário.

Nesse sentido, o cenário domiciliar apresenta uma singularidade que exige do profissional um olhar específico para a vida de cada paciente, família e cuidador, que não cabe em fluxos pré-estabelecidos e apresentam desafios que estimulam os profissionais a pensar em estratégias capazes de atender às necessidades dos atores envolvidos no cuidado (PROCÓPIO et al., 2019).

Os achados evidenciam práticas hegemônicas presentes no cenário da saúde e legitimam a relação entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem a partir da identificação das ações e tecnologias utilizadas por esses atores.

Identifica-se neste tópico o uso das tecnologias assistenciais utilizadas pelos técnicos de enfermagem em suas ações no processo de trabalho do SAD, sendo essas: administrar medicação, realizar ou auxiliar no curativo, aferir dados vitais e coletar exames. Essas tecnologias serão melhor discutidas na segunda categoria deste estudo.

No campo da análise do discurso, foi possível identificar essas tecnologias por meio da representação de eventos/atores sociais nas ações realizadas por técnicos de enfermagem do SAD, na circunstância da assistência ao paciente.

- O técnico de enfermagem e suas atividades educativas e relações com a equipe multidisciplinar

Nesta dimensão estão contidas as atividades educativas executadas pelos técnicos de enfermagem na AD.

No discurso há menção aos verbos orientar, alertar e treinar referente ao processo educacional em diferentes situações: orientação realizada por um enfermeiro ao técnico de enfermagem, orientação sobre como evitar a proliferação da dengue, treinamento de mães para realizar o cuidado, esclarecimento de dúvidas.

[...] como eu vim, eu vim da EMAD Oeste eu tive uma enfermeira muito boa lá e ela sim nos orientava muito com relação a essa questão do entrar na casa do paciente (TEC2 BH)

[...] a gente chega na casa, aquele tanto de lixo, aquele tanto de copos, aquela confusão. Então eu já entro falando "Dona Maria olha e a dengue! A senhora limpa como? Já pediu alguém? Já acionou a prefeitura para orientar a senhora? Eu sou profissional, eu tenho que alertar (TEC2 BH)

Mas o mais trabalhoso mesmo é as crianças com PCs (Paralisia Cerebral) para treinar mesmo essas mães e fazer elas terem segurança com os cuidados para elas caminharem sozinhas com eles. (TEC3 CONTAGEM)

Orienta a mãe se ela tiver alguma dúvida (TEC4 CONTAGEM)

Nota-se que as ações educativas têm como finalidade ensinar os pacientes, familiares e ou cuidadores para que eles possam assumir os cuidados uma vez que, os profissionais de saúde não estarão o tempo inteiro no domicílio do paciente.

Segundo Andrade et al. (2019), conhecer-na-ação necessita da repetição de atividades que fazem parte do processo de trabalho de cada trabalhador, indicando traços característicos da profissão. Durante as visitas domiciliares os enfermeiros orientam os pacientes, familiares e/ou cuidadores sobre o cuidado e os técnicos de enfermagem. Neste sentido, esse conhecer é obtido no fazer e nas relações com outras pessoas, nos indicando uma tecnologia educacional.

Os técnicos de enfermagem também assumem ações de orientação aos pacientes, familiares e/ou cuidadores. Assim, destaca-se também a atuação do técnico de enfermagem enquanto profissional de saúde nos serviços para a prestação de cuidados de enfermagem a população, sendo suas ações asseguradas legalmente pela supervisão do enfermeiro (ARAÚJO et al., 2020).

Deste modo, destaca-se a importância e a necessidade de orientar os familiares e/ou cuidadores para que os mesmos se sintam seguros para desempenhar um papel ativo no cuidado

ao paciente (KIM, YEOM, 2016). Sendo essa ação um papel dos enfermeiros e técnicos de enfermagem do SAD.

Um dos entrevistados reporta que, quando o paciente não segue as orientações, a equipe opta por reinterná-lo. A força desse discurso para mudança de hábito, parte do princípio de que, normalmente os pacientes admitidos no SAD, preferem continuar no conforto do lar, do que retornar para o ambiente hospitalar. Mas para que o SAD permaneça responsável pelo paciente o mesmo precisa seguir as orientações e condutas de saúde prescritas.

Se o paciente não está seguindo as orientações volta com ele para UPA. Vai visitar e o paciente não está em casa. (TEC1 CONTAGEM)

O trabalho em equipe realizado neste cenário também é reafirmado nos discursos dos técnicos de enfermagem. Nas expressões “*Cada profissional tem o seu papel*” e “*cada um vai fazendo o seu papel, de forma muito automática*” nota-se uma naturalização dessa característica no trabalho com uma equipe em que cada profissional tem o seu papel definido.

A gente meio que trabalha em equipe. (TEC3 BH)

Cada profissional tem o seu papel. Então eu trabalho com as duas médicas e as duas enfermeiras. (TEC5 BH)

O pessoal vai chegando e aí a enfermeira, e cada um vai fazendo o seu papel, de forma muito automática não automatizada, assim, no sentido da normalidade. (TEC2 BH)

As condições dinâmicas e complexas em que opera a assistência domiciliar são totalmente diferentes da assistência hospitalar. A segurança do paciente na área de saúde domiciliar é baseada no trabalho da equipe multidisciplinar com base em uma ideologia de cuidado que aprimora a assistência por meio da autonomia, a partir do desenvolvimento de competências e do bom relacionamento com paciente, familiares e/ou cuidadores. Deste modo, em busca de estabelecer esse trabalho em equipe, a comunicação se torna o instrumento de trabalho principal desses atores do SAD para assistência de qualidade ao paciente (LINDBLAD, FLINK, EKSTEDT, 2018).

A partir da análise dos achados deste tópico, foi possível identificar que os técnicos utilizam das tecnologias educacionais durante o seu processo de trabalho, mas também são objetos dessa ação, ou seja, as tecnologias educacionais também são utilizadas com esses atores pelos enfermeiros ao orientá-los.

Além disso, destaca-se também a relação desses profissionais com a equipe multidisciplinar para realização de um cuidado efetivo no SAD. O trabalho em equipe foi

apontado como naturalizado pelos atores deste cenário e considerado em suas falas uma tecnologia de trabalho importante para definição do cuidado aos pacientes.

Portanto, a análise dos discursos evidenciou a representação que as tecnologias educacionais assumem na prática social do trabalho desses atores (técnicos de enfermagem), aspecto que será discutido na segunda categoria.

Assim, com base nos resultados dessa categoria, destaca-se as atividades semelhantes e divergentes desenvolvidas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, conforme demonstrado abaixo:

Quadro 10: Atividades realizada pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem

ATIVIDADES DO ENFERMEIRO	ATIVIDADES DO TE
Organização do cuidado	
<i>Uso de checklist para não esquecer das tarefas</i>	
<i>Registra as atividades realizadas</i>	<i>Registra as atividades realizadas</i>
<i>Lê registros anteriores</i>	<i>Lê registros anteriores</i>
<i>Calcula as estatísticas com os dados dos registros</i>	
<i>Elabora escala de visita</i>	
<i>Analisa as intercorrências e define conduta</i>	
<i>Elabora escala de técnicos de enfermagem</i>	
<i>Realiza admissão de pacientes</i>	
<i>Altera escala de visita se intercorrências</i>	<i>Altera escala de visitas se intercorrências</i>
<i>Elabora escala de técnicos de enfermagem</i>	
<i>Solicita cobertura</i>	
<i>Coordena as rotas de visita</i>	
	<i>Repõe materiais utilizados na maleta</i>
	<i>Monta maleta para visita</i>
	<i>Ajuda a pensar na logística da rota</i>
	<i>Separa prontuários e formulário</i>
	<i>Desmonta prontuários</i>
	<i>Leva impressos e prontuários para as visitas</i>
Assistência direta ao paciente	
<i>Faz busca ativa para desospitalizar</i>	
<i>Realiza atendimento clínico / Consulta de enfermagem</i>	
<i>Capta as necessidades físicas, sociais e psicológicas do paciente</i>	
<i>Administra medicação</i>	<i>Administra medicação</i>
<i>Avalia lesão</i>	
<i>Define conduta</i>	

<i>Realiza curativo</i>	<i>Realiza curativo</i>
<i>Identifica possíveis intercorrências</i>	
<i>Aciona o SAMU se necessário</i>	
	<i>Aferir dados vitais</i>
	<i>Coletar exames laboratoriais</i>
Atividades educativas e relações com a equipe multidisciplinar	
<i>Orienta paciente, família e ou cuidador</i>	<i>Orienta paciente, família e ou cuidador</i>
<i>Orienta TE</i>	
<i>Capacita TE</i>	
<i>Supervisiona TE</i>	
<i>Discute caso em equipe multidisciplinar</i>	
	<i>Trabalho em equipe</i>
	<i>Treina paciente, família e ou cuidador</i>

Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2021.

Nota-se que os enfermeiros assumem mais atividades que os técnicos de enfermagem. Além disso, é perceptível que as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros necessitam de um conhecimento científico específico e mais amplo, quando comparado as ações realizadas pelos técnicos de enfermagem.

A análise dessa categoria nos aponta o uso de instrumentos utilizados pelos profissionais para desempenhar suas atividades no cotidiano do trabalho no SAD. Marx (2011), descreve que, nas mais antigas cavernas, foram encontrados instrumentos sendo o uso e a criação de meios de trabalho, uma característica específica do trabalho humano.

A história do capitalismo envolve a história de um prodigioso desenvolvimento da produtividade por meio do desenvolvimento da tecnologia. Deste modo, o trabalho da equipe de enfermagem no SAD vai de encontro aos pensamentos de Marx sobre a força produtiva ou produtividade do trabalho, que, depende de diversas circunstâncias, sendo essas: a habilidade dos trabalhadores, o desenvolvimento da ciência e do grau da sua aplicação tecnológica nos diversos cenários de trabalho, as combinações sociais da produção, a extensão e eficácia dos meios de produção e as condições puramente naturais (MARX, 2011).

5.2 AS TECNOLOGIAS NO TRABALHO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO DOMICILIAR: DAS CONCEPÇÕES AOS IMPROVISOS

Nesta categoria são apresentadas e discutidas as tecnologias assistenciais, gerenciais e educacionais utilizadas pelos profissionais de enfermagem no SAD. Os achados indicam as concepções sobre as tecnologias e os instrumentos do processo de trabalho dos profissionais de enfermagem e as adaptações e improvisos que estes realizam.

O discurso dos profissionais de enfermagem quando questionados “Qual o seu entendimento por tecnologia?” indicaram uma imprecisão sobre essa definição. As expressões apresentadas para enunciar o seu entendimento foram:

Quando você chama em tecnologia é tudo que se usa? É tudo que se usa para atingir o objetivo final, né? (ENF2 BH)

Complexo esse conteúdo, bem amplo né, eu até fico pensativa em tudo que poderia contemplar as tecnologias. (ENF5 BH)

Penso que não deve ser só informática, né? Computador, celular, eu penso que não seja só isso, eu penso que sejam instrumentos que a gente usa no dia a dia (ENF5 CONTAGEM)

Tecnologia é sempre para melhorar, né? (TEC1 CONTAGEM)

Tudo é tecnologia, né? (TEC3 CONTAGEM)

Quando você fala em tecnologias você pensa em questões caras, né? PRESUNÇÃO (TEC2 BH)

Este achado nos apresenta uma dificuldade de reconhecimento dos entrevistados sobre o termo questionado. As respostas dos entrevistados partiram de uma presunção, sobre o que estes pensavam ser tecnologias, mas nenhuma afirmação sobre o conceito foi feita. Nota-se a partir desse achado um desconhecimento teórico sobre as tecnologias, e isso pode afetar diretamente no seu uso e reconhecimento no processo de trabalho do SAD.

Além disso, observa-se uma redução usual da tecnologia a equipamentos. A tecnologia deve ser compreendida como o conjunto de ações materiais e humanas que compõem um movimento para uma ação transformadora (SCHRAIBER; MOTA, NOVAES, 2008).

No entanto, alguns entrevistados fazem menção sobre tecnologias como sendo algo relacionado ao profissional e seu conhecimento específico. Os discursos remetem que o profissional “*não deixa de ser uma tecnologia, até porque está tudo armazenado aqui*”, sendo o seu aliado o conhecimento específico.

A gente não deixa de ser uma tecnologia, até porque está tudo armazenado aqui. Cabeça, conhecimento. Porque as vezes, a gente chega bate o olho e você já vê que, nem precisa do aparelho as vezes. (ENF3 CONTAGEM)

Conhecimento mesmo, cada questão que a gente aprende a gente aplica diretamente na casa do paciente. (ENF6 BH)

Os profissionais de enfermagem realizam o processo de cuidado que envolvem e desenvolvem ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam no conhecimento científico desse trabalhador, buscando a promoção, manutenção ou recuperação da saúde. Assim, o cuidado de enfermagem e a tecnologia estão interligados, já que, a tecnologia consiste na expressão do conhecimento científico específico e sua transformação (SCHWONKE, LUNARDI, SANTOS, BARLEM, 2011). Os entrevistados apresentam a concepção da literatura sobre o profissional ser uma potente tecnologia no trabalho, capaz de transformar seu produto a partir do conhecimento.

Nas falas dos entrevistados há expressões de dúvida sobre tecnologia inovadora (“*Como tecnologia inovadora?*”, “*Tecnologia inovadora?*”), nos indicando um desconhecimento dos entrevistados sobre a existência de algo novo no seu processo de trabalho.

Como tecnologia inovadora? (TEC1 BH)

Nada de novo assim... (ENF1 BH)

Não me recordo de algo muito inovador tecnológico assim, no nosso dia-a-dia. No dia-a-dia mesmo a gente não tem essas tecnologias mais inovadoras. (ENF3 BH)

[...] não sei te falar assim, prontamente algo inovador não (ENF5 BH)

Como tecnologia inovadora, eu não sei. (TEC2 BH)

Tecnologia inovadora? Não, são todas já de bastante tempo. (TEC5 BH)

Não vejo tecnologia inovadoras, as tecnologias têm que avançar mais. (TEC1 CONTAGEM)

[...] os materiais que a gente usa, não tem muito avanço de tecnologia também não. (TEC4 BH)

A temática tecnologia necessita ser repensada pelos profissionais de enfermagem para que sofra expansão, pois, ainda se encontra incipientemente reconhecida. Deste modo, os profissionais de enfermagem devem buscar o conhecimento para reflexão dessa temática para exercerem a consciência crítica, criativa e ética, das proposições tecnológicas emancipatórias de sua práxis (NIETSCHE et al., 2012).

Apesar da dificuldade para definir ou reconhecer as tecnologias, os participantes apontam o computador e o tablet como um recurso tecnológico. Essas tecnologias contribuem para o acesso a informações, contribuindo para acessibilidade dos dados do serviço por outros setores da saúde (Governo Federal) e para a organização do trabalho por meio da construção de escalas e planilhas digitais. Fica claro que o computador consiste em um instrumento que auxilia os profissionais na organização do serviço, sendo, portanto, um instrumento que conforma as tecnologias gerencias.

Tem a tecnologia da informação, voltada para informática, computador, sistema, equipamento. (ENF1 BH)

[...] tendo acesso a um computador, tendo acesso a essa tecnologia, tem acesso a várias informações. E tem a questão também da gente tá fazendo a nossa produção no computador e que já vai direto para questão do governo Federal e eles acessam tudo isso. (TEC5 BH)

Tem o computador e tablet, no tablet é feito um relatório de todas as crianças que a gente visita no sistema do governo. Aqui temos o computador para escalas, planilhas de pacientes, tablet onde os nossos pacientes são cadastrados no sistema do governo Federal. (TEC2 CONTAGEM)

Em um estudo, o uso do computador foi apontado como um instrumento que possibilita a produção de vídeos, desenvolvimento de supermídias, acesso online a *chats* e pesquisas e, quando bem utilizado, esse instrumento pode transformar o trabalho do enfermeiro e ser fundamental para o seu processo de trabalho (NERI, BRASILEIRO, 2019).

Segundo Nietzsche et al. (2012), a informática tem contribuído significativamente para o aumento da produtividade e da confiabilidade nos diferentes processos de trabalho humano. Neste sentido, além do computador, a internet também é citada nos discursos como um instrumento que contribui para o processo de trabalho no SAD. Nas expressões “*O que facilita a vida da gente é a internet*” e “*se você tem uma dúvida você vai lá no computador e logicamente tem que ter uma internet*”; os participantes atribuem a internet um elemento necessário para o processo de trabalho no SAD e aliado ao computador esse instrumento amplia sua possibilidade de utilização para os profissionais desse serviço.

O que facilita a vida da gente é a internet. Tem resultado de exame a gente utiliza a internet para estar acessando. [...] Já existia a muito tempo a internet, mas o uso da internet dentro do serviço é recente (TEC1 BH)

Quando a gente tem alguma dúvida, vou dar um exemplo, ferida e tem uma cobertura que você está querendo usar no paciente, se você tem uma dúvida você vai lá no computador e logicamente tem que ter uma internet, porque não adianta ter computador sem internet, aí você vai pesquisar, né? (ENF2 PARA DE MINAS)

A internet é apontada na literatura como um instrumento utilizado de apoio a prática profissional ao possibilitar: a aquisição de novos conhecimentos e informações; esclarecimento de dúvidas; estímulo de novas ideias; uso de prontuários eletrônicos e contribuição para as práticas educativas. A pesquisa contribui para o esclarecimento de dúvidas e favorece a assistência e uma prática baseada em evidências. Assim, o uso da internet pode ser considerando um grande potencial para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem (SANTOS, MARQUES, 2006; TABORDA, RANGEL, 2015). No entanto, deve-se destacar que nem todas as informações disponibilizadas online são verídicas e baseadas em conhecimento científico, por isso, novas pesquisas devem ser desenvolvidas buscando identificar como esse instrumento tem sido utilizado pelos profissionais do SAD (TABORDA, RANGEL, 2015).

O e-mail consiste em um instrumento utilizada no SAD que necessita da conciliação de dois instrumentos, computador e internet. No discurso dos entrevistados o e-mail é descrito como uma importante fonte de comunicação para o processo de trabalho no SAD. A expressão “*tudo vai por e-mail e antes tinha que ir tudo por malote*” refere-se a uma menção sobre o meio de comunicação do passado e sua evolução nos tempos presentes, a partir do e-mail, ou seja, esse instrumento favoreceu uma mudança de prática social neste serviço.

O e-mail, que é o meio de comunicação da gente, agora tudo vai por e-mail e antes tinha que ir tudo por malote aquela confusão, você não sabia se chegava (TEC1 BH)

[...] recebe nossos e-mails, nossos encaminhamentos pelo computador. (ENF4 BH)

Outro instrumento incorporado no processo de trabalho do SAD é o telefone. Esse instrumento contribui diretamente para continuidade do cuidado e em situações de urgência/emergência enfrentadas pelos pacientes, familiares e ou cuidadores, uma vez que por meio desse instrumento é possível o contato com a equipe e da própria equipe com o serviço de urgência. Este achado indica uma prática recente, mas já naturalizada pelos sujeitos desse cenário.

Já fica automático na hora da admissão "Dona Maria são os nossos telefones aqui a gente trabalha todos os dias, durante o dia, pode ligar inclusive nos finais de semana. (TEC2 BH)

O celular corporativo deve ser passado para o cuidador na primeira visita para comunicação de dúvida ou intercorrência. (TEC2 CONTAGEM)

A tecnologia nossa é o telefone. (ENF4 BH)

O aplicativo *WhatsApp* também foi mencionado como um recurso utilizado no processo de trabalho do SAD para comunicação rápida e facilitada entre profissionais. As expressões “utiliza”, “facilita”, “torna muito mais rápida”, nos indica uma prática vivenciada pelos atores entrevistados e aprovada a partir da experiência, para o processo de comunicação dentro desse serviço.

Utiliza o Whatsapp para comunicar com o médico quando necessário. (TEC1 PARÁ DE MINAS)

O Whatsapp facilita a comunicação. A torna muito mais rápida. (TEC2 PARÁ DE MINAS)

Grupo do WhatsApp facilita encaminhamento para EMAP. No EMAD se tornou fundamental, porque nós temos um grupo no WhatsApp que, a gente coloca as pendências, a gente conversa entre si sobre questão de pacientes. (TEC5 BH)

Computador, internet, celular e *WhatsApp* consistem em instrumentos utilizados pelos profissionais do SAD para realização de ações diversas como construção de planilhas e escalas; comunicação entre paciente e profissional; comunicação entre profissional e profissional sobre o processo de trabalho; esclarecimento de dúvidas.

Segundo Neta (2017), o *WhatsApp* é utilizado no SAD como um instrumento de gestão, onde é possível identificar as ações de cada ator (quem solicitou e quem negou algo). É apontado também o uso desse instrumento para a comunicação entre os profissionais por meio da criação de grupos internos com a equipe do SAD. Ressalta-se, ainda, que os pacientes do SAD também fazem uso do *WhatsApp* por meio de mensagens, áudios, fotos e vídeos, como uma forma de acesso aos profissionais (NETA, 2017). Assim, neste estudo, o *WhatsApp* foi descrito como uma potente estratégia de comunicação entre profissionais e pacientes. Além disso, destaca-se a comunicação em tempo real dos atores em diferentes espaços, tornando a comunicação e condutas necessárias mais rápidas e efetivas.

Nos discursos dos entrevistados, há também menção de outros instrumentos que têm relação direta com as tecnologias assistenciais, como: oxímetro de pulso, termômetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, Bilispot/Bilitron, aquecedor, balança, cilindro de oxigênio e concentrador de oxigênio.

Utilizamos no SAD o oxímetro de pulso, termômetro digital. E tem a tecnologia também que eu acho interessantíssimo, levar o Bilispot. (TEC3 CONTAGEM)

Ganho de peso, fototerapia... a gente tem Bilitron, temos os aquecedores (ENF3 CONTAGEM)

Fototerapia em casa é muito importante, era algo que só se tinha no hospital. Ninguém imaginava que teria em casa. É um aparelho que não deve ser barato. (TEC2 CONTAGEM)

Como tecnologias tem o esfigmomanômetro, estetoscópio, é:: termômetro, oxímetro... são todas tecnologias que nós utilizamos aqui na atenção domiciliar (ENF1 CONTAGEM)

A gente vai pesar na nossa balança, a gente faz um acompanhamento com a nossa balança. (ENF2 CONTAGEM)

Oxímetro também é tecnologia? Temos oxímetro, temos termômetro, temos essas coisas que facilitam a vida da gente (TEC1 BH)

Outra tecnologia interessante também é o O2 (oxigênio), tem crianças com BIPAP (Bilevel Positive Pressure Airway). O paciente recebe a bala de O2 em casa, o concentrador de oxigênio e o oxímetro de pulso. (TEC3 CONTAGEM)

Nota-se que as tecnologias utilizadas são as usuais para assistência de enfermagem em qualquer cenário de saúde. Contudo, os entrevistados ressaltam algumas tecnologias que consideram o uso “inesperado” para o cuidado no domicílio como o Bilisport para fototerapia.

A análise desses achados permite identificar claramente a representação de eventos e atores sociais no contexto do SAD, uma vez que nos discursos é possível investigar como os atores desse estudo representam sua prática social no SAD ao descreverem: quem faz o quê, a quem e em que circunstâncias essas atividades são realizadas (RESENDE, 2011). Esta análise será melhor ilustrada no quadro 11 e 12.

Na primeira categoria, discutiram-se as tecnologias assistenciais, educacionais e gerenciais utilizadas no processo de trabalho dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. No quadro 11 e 12 essas tecnologias serão apresentadas juntamente com os achados dessa categoria.

Quadro 11: Tecnologias utilizadas pelo enfermeiro no seu processo de trabalho no Serviço de Atenção Domiciliar

ATIVIDADE DO ENFERMEIRO	TECNOLOGIAS		FINALIDADES	TIPO DE TECNOLOGIA
	INSTRUMENTOS/ PRODUTOS	PROCESSO/ AÇÃO DO TRABALHADOR		
<i>Organização do cuidado</i>				
Registrar as atividades realizadas	- Prontuário - Conhecimento de enfermagem sobre escrita de registros na saúde.	Registro escrito	Garantir a continuidade do cuidado, meio de comunicação multiprofissional e respaldo legal	Tecnologia Gerencial
Usar de checklist	- Checklist	Uso de checklist	Não esquecer de algo.	

Ler registros anteriores	<ul style="list-style-type: none"> - Prontuários - Livro de relatório diário - Formulários. 	Leitura das ações	Continuidade do cuidado segundo as necessidades do paciente do SAD
Lançar produtividade	<ul style="list-style-type: none"> - Planilha de produtividade Sistema do MS 	Digitação de dados	Produção de estatísticas do serviço para controle e avaliação da coordenação local e do MS
Coordenar rota	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento de enfermagem sobre coordenação e gestão - Carro - Equipe - Escala de visitas 	Coordenação de rota (avalia o quantitativo de carro disponível, o número de visitas a ser realizadas naquele turno, os profissionais disponíveis e necessários para cada caso, realiza a divisão dos profissionais de acordo com o quantitativo de carros e casos)	Realizar visita dos pacientes agendados e levar os profissionais necessários para a assistência de cada paciente
Elaborar agenda/escala de visita e alterar se intercorrências	<ul style="list-style-type: none"> - Agenda de visita (documento) - Conhecimento de enfermagem sobre triagem de casos mais urgentes. 	Gestão da agenda de visita (Elaboração da agenda com base nos pacientes do SAD, realização de mudança na agenda se intercorrências, reagendamento de visitas não realizadas de acordo com quadro clínico)	Realização das visitas em tempo adequado, atendendo os pacientes conforme a necessidade e intervindo nas intercorrências
Admitir paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Formulário de admissão - Telefone - Planilha de pacientes encaminhados para SAD - Agenda de visitas - Conhecimento de enfermagem 	Admissão de paciente (Leitura dos formulários preenchidos com o caso do novo paciente ou diálogo por contato direto do profissional que está encaminhando o paciente; lançamento dos dados na planilha de pacientes do SAD; inclusão do paciente na agenda de visitas; realização de visita domiciliar para avaliação do paciente)	Admitir paciente e prestar assistência domiciliar aos pacientes elegíveis para o atendimento do SAD.
Elaborar escala de técnicos de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de técnico de enfermagem - Conhecimento de enfermagem sobre redimensionamento de pessoal e escala. 	Alocação dos técnicos de enfermagem por turnos para não faltar recursos humanos em nenhum turno	Realização das atividades no SAD, atendimento ao paciente.
Realizar mapa mensal de coberturas	<ul style="list-style-type: none"> - Mapa de coberturas - Registro do mapa - Envio do mapa para gestão de insumos 	Realização do mapa de coberturas, com base nos insumos disponíveis e os que precisam ser solicitados	Ter as coberturas disponíveis para o curativo no SAD

	- Conhecimento de enfermagem sobre gestão de insumos			
<i>Assistência direta ao paciente</i>				
Fazer busca ativa no hospital/UPA	- Conhecimento de enfermagem - Aplicação dos critérios de elegibilidade - Conversa com o paciente, família e ou cuidador.	Classificação de elegibilidade segundo os critérios (Morar no município em que está internado; ter um cuidador; estar clinicamente estável) e conversa sobre o SAD.	Desospitalização e admissão no SAD	Tecnologia assistencial apoiada pela tecnologia de gestão (critérios de elegibilidade)
Realizar atendimento de enfermagem	- Conhecimento de enfermagem - Materiais para o exame físico - Prontuário	Realização de anamnese, exame físico, definição de condutas e acompanhamento.	Diagnóstico das necessidades de cada paciente para definir as intervenções a serem feitas.	Tecnologia assistencial apoiada pela tecnologia de gestão (prontuário)
Captar as necessidades do paciente nas visitas domiciliares	- Conhecimento de enfermagem - Olhar do enfermeiro	Identificação das necessidades físicas, sociais e psicológicas para intervenção.	Melhorar o cuidado	Tecnologia assistencial
Realizar medicação	- Materiais para administrar a medicação - Receita - Medicação - Conhecimento de enfermagem sobre medicação	Técnica de administração da medicação	Tratamento do paciente	
Avaliar lesão, definir conduta e realizar curativo	- Materiais para realização do curativo - Conhecimento de enfermagem sobre lesões	Técnica de curativo, classificação de lesões e definição de coberturas.	Cuidados com lesão	
Lidar com intercorrências e definir conduta	- Conhecimento de enfermagem sobre urgências e emergência - Telefone para contato com o SAMU se necessário - Maleta de urgência e emergência	Identificação de gravidade, atendimento básico e acionamento do SAMU	Intervenção sobre as intercorrências	
<i>Atividades educativas e relações com a equipe multidisciplinar</i>				
Capacitar, orientar e supervisionar o técnico de enfermagem	- Conhecimento de enfermagem sobre o trabalho do técnico de enfermagem	Capacitação e Supervisão do trabalho do técnico de enfermagem por meio do esclarecimento de dúvidas e auxílio na realização dos procedimentos que o	Assegurar que o técnico de enfermagem realize o seu trabalho de forma adequada.	Tecnologia Educacional

	Observação: Não apresentam os métodos utilizados	técnico de enfermagem ainda não realizou		
Orientar paciente, família e ou cuidador	- Conhecimento de enfermagem - Comunicação	Orientação e esclarecimento de dúvidas das famílias sobre o cuidado	Assegurar que paciente, família e ou cuidador consigam realizar/continuar o cuidado no domicílio	
Observar as dificuldades do paciente, família e ou cuidador durante as visitas domiciliares	- Observação das ações realizadas pelo paciente, família e ou cuidador	Identificação das dificuldades e reforço das orientações e explicações	Assegurar um cuidado de qualidade para o paciente	
Discutir/compartilhar casos em equipe multidisciplinar	- Conhecimento de enfermagem sobre os casos acompanhados pelo SAD - <i>WhatsApp</i> - Reunião	Discussão de caso presencialmente ou pelo aplicativo <i>WhatsApp</i>	Articulação das condutas entre a equipe	Tecnologia Educacional, gerencial e assistencial

Fonte: Elaborado pelo autor, Belo Horizonte, 2021

Quadro 12: Tecnologias utilizadas pelo técnico de enfermagem no seu processo de trabalho no Serviço de Atenção Domiciliar

ATIVIDADE DO ENFERMEIRO	TECNOLOGIAS		FINALIDADES	TIPO DE TECNOLOGIA
	INSTRUMENTO / PRODUTOS	PROCESSO/ AÇÃO DO TRABALHADOR		
<i>Organização do cuidado</i>				
Registrar as atividades realizadas	- Prontuário - Conhecimento de enfermagem sobre escrita de registros na saúde.	Registro escrito	Garantir a continuidade do cuidado, meio de comunicação multiprofissional e respaldo legal	Tecnologia Gerencial
Ler registros anteriores	- Prontuários - Livro de relatório diário - Formulários.	Leitura das ações	Continuidade do cuidado segundo as necessidades do paciente do SAD	
Ajudar a pensar na logística da rota	- Conhecimento de enfermagem	Elaboração de rota	Otimizar tempo e economia de combustível	
Alterar agenda de visitas se intercorrências	- Escala de visita, - Conhecimento de urgência e emergência na saúde	Alteração da agenda de visitas se intercorrência	Atender os pacientes conforme necessidade	
Montar maleta para visita	- Maleta - Materiais necessários para as visitas	Montagem de maleta com materiais necessários	Levar todos os materiais necessários para o cuidado	

Repor materiais utilizados na maleta	- Maleta - Insumos necessários	Reposição dos materiais utilizados	Levar todos os materiais necessários para o cuidado	
Separar prontuários para as visitas	- Prontuário - Agenda de visitas	Separação de prontuário para as visitas	Levar prontuário dos pacientes que serão visitados para o registro	
Desmontar prontuários	- Prontuário	Desmonte de prontuário após alta	Manter arquivos atualizados	
Levar impressos do serviço para as visitas	- Impressos	Levar impressos necessários para as visitas	Uso dos impressos na visita	
<i>Assistência direta ao paciente</i>				
Realizar medicação	- Materiais para administrar a medicação (Agulha, água para injeção, jelco, scalp) - Receita - Medicação - Conhecimento de enfermagem sobre medicação - Prontuário	Técnica de administração da medicação	Tratamento do paciente	Tecnologia assistencial
Realizar ou auxiliar no curativo	- Materiais para realização do curativo - Conhecimento de enfermagem sobre lesões - Prontuário	Técnica de curativo, realização de conduta definida pela enfermeira.	Cuidados com lesão	
Visita domiciliar	- Maleta - Prontuários - Formulários - Conhecimento de enfermagem - Carro - Agenda de visitas	Atendimento ao paciente	Cuidado à saúde do paciente de acordo com a necessidade	
Aferir dados vitais	- Materiais para aferição dos dados (oxímetro, aparelho de PA, estetoscópio, termômetro) - Conhecimento de enfermagem sobre parâmetros vitais - Prontuário	Aferição dos dados e interpretação	Entender a condição de saúde do paciente.	
Coletar exames laboratoriais	- Conhecimento de enfermagem sobre coleta de exames - Maleta com materiais necessários para coleta	Coleta do exame	Entender condição de saúde do paciente	

	- Prontuário			
<i>Atividades educativas e relações com a equipe multidisciplinar</i>				
Orientar paciente, família e ou cuidador	- Conhecimento de enfermagem - Comunicação	Orientação e esclarecimento de dúvidas das famílias sobre o cuidado	Assegurar que paciente, família e ou cuidador consigam realizar/continuar o cuidado no domicílio	Tecnologia Educacional
Trabalhar em equipe	- Conhecimento de enfermagem sobre os casos acompanhados pelo SAD - Comunicação	Trabalho em equipe	Assegurar uma assistência de qualidade para o paciente.	Tecnologia Educacional, gerencial e assistencial
Treinar paciente, família e ou cuidador	- Conhecimento de enfermagem - Comunicação	Treinamento do paciente, família e ou cuidador	Que paciente, família e ou cuidador consigam realizar o cuidado	Tecnologia Educacional

Fonte: Elaborado pelo autor, Belo Horizonte, 2021

A análise dos dados demonstra que os participantes utilizam tecnologias gerenciais, assistenciais e educacionais durante o seu processo de trabalho no SAD. Destaca-se alguns termos utilizados como referência para o desenvolvimento das atividades desses atores no processo de trabalho do SAD, como: técnica, instrumento e processo que constituem a tecnologia. No entanto, fica evidente nos discursos que o entendimento dos entrevistados sobre tecnologias é fragmentado, ou seja, eles compreendem que utilizam instrumentos, realizam técnicas e processos, mas não associam a relação dessas ações com as tecnologias.

Contudo, destaca-se que a falta de compreensão desses atores sobre a amplitude conceitual da tecnologia não os impede de utilizá-las.

Para Nietzsche (1999, pp 23-24) técnica pode ser entendida como:

um saber prático, uma habilidade humana de fabricar, construir e utilizar instrumentos, uma parte originária do cotidiano a nível da própria atividade empírica e outra originária da necessidade de estabelecerem procedimentos sistematizados para a operacionalização de uma atividade prática.

E tecnologia é definida por Nietzsche (1999, pp 32-33):

como processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos/saberes ordenados, organizados e articulados para o emprego no processo de concepção, elaboração, planejamento, execução/operacionalização e manutenção de bens materiais e simbólicos e serviços produzidos e controlados pelos seres humanos com uma finalidade prática específica.

Além dessas definições, a compreensão de que as técnicas e tecnologias de enfermagem são consideradas um instrumental que constituem o saber de enfermagem utilizado pelos profissionais no desenvolvimento cotidiano de sua práxis (NIETSCHE et al., 2012), torna-se relevante para a discussão dos achados.

A instrumentalização consiste em tudo que proporciona a facilitação, conhecimento e orientação ao cliente e profissional que reflete na melhoria do cuidado e na assistência prestada (NIETSCHE, 1999). Os instrumentos e as atividades de trabalho são citados pelos entrevistados como algo comum do seu cotidiano de trabalho, mas não há reconhecimento as tecnologias conformadas pelas associações desses dois processos.

Assim, fica evidente o uso das tecnologias no cotidiano do trabalho do enfermeiro e técnico de enfermagem no SAD. Dentre as tecnologias identificadas, apresenta-se tecnologias comumente utilizadas no campo da saúde, mas evidencia-se tecnologias inovadoras e específicas do SAD, como: elaboração e coordenação de rota; gestão da agenda de visita; classificação de elegibilidade para admissão no SAD; discussão de caso presencialmente ou por *WhatsApp*; montagem de maleta com materiais necessários para as visitas domiciliares.

Deste modo, pode-se confirmar a ideia de Nietzsche et al. (2012) que aponta as tecnologias como um conjunto de conhecimentos que inovam a prática cotidiana da enfermagem em seus campos de atuação (gerência, assistência, ensino, pesquisa e extensão).

Além disso, as inovações tecnológicas desenvolvidas no cenário de trabalho estão promovendo a prática da enfermagem e representam uma chamada para enfermeiros das oportunidades em evolução para a profissão (HARRINGTON, 2017).

Nietzsche (1999, pp 279-280) descreve também a tecnologia como algo flexível, na medida em que media a atuação de um sujeito que pode realizar modificações. Entretanto, embora flexível, a tecnologia não é algo indefinido e sua permanência é relativa as mudanças no campo científico que a sustenta. Deste modo, a temática das tecnologias no SAD, enquanto processo e produto, ainda não é reconhecida pelos seus atores, mas encontra-se em desenvolvimento.

Os participantes referem também adaptações e improvisos realizadas no SAD, descritas no discurso dos enfermeiros e técnicos de enfermagem como um recurso utilizado quando falta de instrumentos.

Os *improvisos*, *criações* e *adaptações* são ações consideradas no discurso dos entrevistados como necessária para realizar o cuidado no domicílio. Os discursos remetem a

necessidade/obrigatoriedade de realizar essas ações e nos indica uma prática comumente realizada por esses profissionais durante o cuidado dos pacientes.

[...] penso em certos improvisos que a gente faz na casa desse paciente. A gente tem que, às vezes, improvisar no domicílio para realizar o cuidado. (ENF5 BH)

Para atender o paciente a gente usa mesmo é a criatividade. (ENF1 BH)

[...] a gente acaba assim, criando muito! [...] a gente adapta para poder facilitar a nossa rotina, às vezes com ideias simples a gente consegue fazer um ambiente mais adequado. (ENF3 BH)

Uma das adaptações identificadas pelos participantes deste estudo consiste no uso do cabide como suporte de soro. Esse improviso foi descrito como: *“não tem um suporte para pôr um equipo, aí a gente usa geralmente um cabide que já virou assim, moda!”*. A expressão “moda” nos indica que, a utilização deste item (cabide) é muito frequente e assumida na prática pelos atores entrevistados.

A gente improvisa muito suporte, as vezes não tem aí prego na parede ou às vezes pendura um cabide na beiradinha da janela. (ENF5 BH)

[...] a gente chega vai bater um prego na parede colocar um cabide para servir de suporte de soro (ENF6 BH)

A gente chega na casa de um paciente você tem que pendurar um soro, pendura no cabide, roupeiro. (ENF3 BH)

[...] vai fazer medicação geralmente não tem um suporte para pôr um equipo, aí a gente usa geralmente um cabide que já virou assim, moda! [...] quando a gente prepara a medicação a primeira coisa que a gente pede é o cabide. (TEC4 BH)

[...] a gente teve uma paciente que estava em cuidado paliativo e a gente ligou um esquema para ela de soro, só que a gente precisava que ficasse alto, e daí a parede dela não dava para colocar prego porque se batia caia, o prego não fixava e não tinha como mexer e mudar a disposição de onde ela estava para colocar perto de alguma coisa, porque era tudo muito pesado. Aí... tem vassoura, peguei o cabo de vassoura, preciso de prego, cabo de vassoura e martelo. Pregos e martelo eu já tenho aqui, preciso do cabo de vassoura, e de alguma coisa para a gente amarrar, a gente mesmo usou, a gente pegou esparadrapo, a gente fez do cabo de vassoura um suporte de soro. Batemos um prego na porta, amarramos na cabeceira de forma que ficasse mais alto, e colocamos esparadrapo e fita crepe para poder fixar e virar suporte de soro. E em outras situações, não tendo isso, mas tendo uma janela perto a gente pega cabide para colocar; às vezes precisa de alguma coisa a gente pede: "A me dá um ganchinho, um arame só pra gente fixar aqui" (ENF1 BH)

Outra estratégia citada por um dos entrevistados foi referente a buscar suporte de ovos de páscoa em uma loja e utilizá-los durante o processo de cuidado no SAD

[...] assim que passa a Páscoa eu vou na Lojas A e peço a gerente suporte, explicou a situação, falo do meu serviço e ela me dá um saco. Aquele suporte de ovo de Páscoa, a gente usa aquilo como suporte de soro. (TEC2 BH)

O uso do cabide consiste em uma prática naturalizada e, na impossibilidade do seu uso, fica claro o empenho dos profissionais em pensar em estratégias com recursos domésticos.

Os entrevistados apresentam também, outras situações em que foi preciso improvisar para suprir materiais hospitalares que não se encontram disponíveis no domicílio dos pacientes como a cama hospitalar. Para os entrevistados, “*ter cama hospitalar é artigo de luxo, nem todos conseguem*”. Em busca de suprir essa necessidade, os profissionais buscam alternativas por meio das adaptações realizadas na cama comum. Assim, são apresentadas nos discursos as seguintes estratégias:

Por exemplo, assim, eu já cansei de chegar em casa de paciente e o paciente é acamado e tem uma cama muito inadequada, com a população que a gente trabalha ter cama hospitalar é artigo de luxo, nem todos conseguem. Então a gente cria, a gente pede: "Ô você conhece alguém que conhece um marceneiro, um serralheiro que às vezes, emenda a cama e sobe a cama para facilitar tanto o trabalho nosso:"; porque igual eu que sou muito alta, paciente que fica muito baixo para mim é bem sofrido, tanto para a família. (ENF3 BH)

Elevar uma cama, coloca um tijolo debaixo da cama para ele elevar a cabeceira para esse paciente diminuir o risco de disfagia. (ENF6 BH)

A criação do profissional configura o trabalho vivo em ato que oferece aos trabalhadores experienciar a sua liberdade para realização de atividades produtivas durante o seu processo de trabalho (FRANCO; MERHY, 2012). Evidencia-se a experiência do trabalho vivo em ato pelos profissionais de enfermagem do SAD, a partir da descrição de suas criações para realizar o cuidado. Contudo, também representam a falta de acesso a certos instrumentos e equipamentos que não são disponibilizados para o cuidado no domicílio.

Segundo Neta (2017), para efetivarem o cuidado em domicílio, os profissionais são movidos por seus graus de liberdade, que estimulam a confecção de instrumentos para o trabalho na atenção domiciliar, sendo identificado em sua pesquisa: a criação de suporte de cabos de vassouras para a administração de dieta, medicação e hidratação por sonda entérica e cabides, luvas de procedimento e ataduras fixadas nas janelas como suporte para soroterapia.

Foram descritos diferentes *improvisos, criações e adaptações* no ambiente doméstico com a finalidade de assegurar que a assistência seja realizada. Sintetizamos no quadro a seguir:

Quadro 13: Apresentação dos improvisos, criações e adaptação segundo discurso dos entrevistados

Discurso	“Improvisos”, “criações” e “adaptações”	Motivo para o improviso, criação e adaptação
Outro dia tinha uma <u>paciente com o pé desarticulado e a gente improvisou uma tala com um papelão que ela tinha em casa, porque a gente não tinha gesso</u> . A gente <u>ensinou</u>	Tala de papelão	Ausência de gesso

<u>a família a fazer</u> , quando o papelão perdia aquele endurecimento dele <u>a família trocava</u> . (ENF6 BH)		
<u>Orienta a família fazer rampa de madeira para o paciente descer com a cadeira</u> (ENF6 BH)	Orienta família a fazer rampa de madeira	Paciente em uso de cadeira de rodas
Uma coisa que a gente <u>improvisa muito sonda nasoentérica</u> , a gente <u>coloca triway para fazer o fechamento da sonda</u> , para adaptar <u>porque a gente não tem o equipo certo</u> . (ENF6 BH)	Uso de triway para fazer o fechamento de sonda nasoentérica improvisada	Ausência da sonda específica
Se o <u>paciente não tem uma bolsa de compressa eu oriento o paciente a usar uma luva</u> . (TEC3 BH)	Usar luva como compressa	Paciente não tem bolsa de compressa
É claro que a gente improvisa algumas coisas, por exemplo, <u>se não tem um Triway, se não tem um extensor eu uso um equipo</u> , como se diz <u>eu faço um extensor para resolver o problema ali na hora se eu não tenho</u> . (TEC3 BH)	Improvisa extensor com equipo	Ausência de extensor

Fonte: Elaborado pelo autor, Belo Horizonte, 2021.

A análise das representações de eventos sociais apresentada pelos discursos dos profissionais de enfermagem, esquematizada no quadro 13, explicita que os *improvisos*, *criações* e *adaptações* são impulsionados pela falta de instrumentos durante o cuidado no domicílio. Segundo Paim et al. (2009), as adaptações e inventos, como substitutivos em situações de carências de instrumentos mínimos à implementação de cuidados de enfermagem, foram evidenciados historicamente. As denominadas inovações e adaptações tecnológicas dos profissionais de saúde, eram consideradas adequadas para o cuidado e de baixo custo, ou seja, obtinham sucesso em seu objetivo e por um valor pequeno.

Segundo Nietzsche et al. (2005), os técnicos de enfermagem se sentem valorizados quando suas criações e meios próprios para prestar o cuidado são oportunizados. Essas criações são consideradas como instrumentos do processo de trabalho de enfermagem.

A evidência dessas situações descritas indica que as adaptações são realizadas quando não há determinadas estruturas físicas e instrumentos específicos para o cuidado dos pacientes. Há, portanto, a ausência de insumos básicos necessários para o cuidado e que o SAD deveria ter acesso.

Neste sentido, os *improvisos*, *criações* e *adaptações* são ações necessárias e presentes na rotina de trabalho no SAD e surgem da ausência de determinados insumos básicos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar a utilização das tecnologias no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem no Serviço de Atenção Domiciliar. A partir disso, evidenciou-se as tecnologias assistenciais, gerenciais e educacionais utilizadas no processo de trabalho da equipe de enfermagem no Serviço de Atenção Domiciliar.

A análise dos discursos permitiu descrever e caracterizar a prática social dos enfermeiros no SAD, sendo possível identificar nessas ações as tecnologias utilizadas para realização das atividades desses atores sociais, sendo que a descrição dessas permitiu evidenciar elementos singulares do trabalho do enfermeiro e do técnico de enfermagem no domicílio.

Identificou-se que os enfermeiros e técnicos de enfermagem assumem atividades organizacionais, assistenciais e educacionais/relacionais. Em determinadas situações, esses trabalhadores são estimulados a adaptar e inovar para alcançar o seu objetivo. Isso se dá especialmente pelo trabalho vivo em ato que se pauta nas necessidades do trabalho e incentiva as mentes dos trabalhadores a pensar em soluções para as situações singulares do cuidado em domicílio.

Com isso, fica evidente o uso das tecnologias no cotidiano do trabalho do enfermeiro e técnico de enfermagem no SAD. Dentre as tecnologias identificadas, apresenta-se tecnologias comumente utilizadas no campo da saúde, mas evidencia-se também tecnologias inovadoras e específicas do SAD, como: elaboração e coordenação de rota, gestão da agenda de visita, classificação de elegibilidade para admissão no SAD, discussão de caso presencialmente ou por *WhatsApp* e montagem de maleta com materiais necessários para as visitas domiciliares.

Assim, a pesquisa busca dar visibilidade as tecnologias assistenciais, gerenciais e educacionais presentes na atenção domiciliar e aos desdobramentos do seu uso no processo de trabalho. Essa visibilidade permite reflexões sobre o uso das tecnologias no cenário domiciliar e sua potencialidade por ser um ambiente estimulante para criações e recriações dessas tecnologias.

A presença das tecnologias no processo de trabalho da enfermagem no cenário domiciliar fica evidente neste estudo. No entanto, nota-se que os profissionais ainda desconhecem a potencialidade e a presença dessas tecnologias no seu processo de trabalho, confirmando o pressuposto adotado nesta dissertação. Entretanto, esse desconhecimento não impede a utilização dessas tecnologias, mas pode impedir o seu reconhecimento e sua divulgação para o aproveitamento em outras realidades.

Neste sentido, aponta-se a necessidade de incluir a temática sobre as tecnologias em saúde nas grades curriculares dos cursos de enfermagem e incentivar ações de educação permanente e continuada sobre a mesma. O conhecimento sobre o assunto contribuirá para a identificação das inovações tecnológicas da enfermagem no campo da saúde, favorecendo o reconhecimento da profissão e avanço do cuidado neste ponto da RAS.

Destaca-se que a maioria das adaptações realizadas no domicílio são estimuladas pela ausência de determinado material, sendo importante investir em novas pesquisas com enfoque centrado nessas adaptações para melhor descrição das condições de cuidado ofertado aos pacientes em cuidado domiciliar.

Os resultados sinalizam implicações significativas para o contexto prático e teórico, por facilitar a identificação das tecnologias utilizadas no cenário domiciliar e por apontar os processos de trabalho em que são utilizadas. Além disso, possibilita a divulgação de adaptações realizadas para o cuidado domiciliar, favorecendo a discussão dessas adaptações no campo político e científico.

Deste modo, ao descrever as tecnologias gerenciais, assistenciais e educacionais utilizadas no processo de trabalho dos enfermeiros na atenção domiciliar, os achados dessa investigação evidenciam novos conhecimentos em relação ao tema. Identifica-se, também, a necessidade de acompanhamento e avaliação das tecnologias implementadas durante o cuidado com os pacientes, para garantir um cuidado de qualidade, uma vez que, as subjetividades das realidades vivenciadas no domicílio disparam a criatividade desses profissionais.

Apesar das facilidades produzidas a partir do uso das tecnologias, ressalta-se a necessidade da realização de um processo de trabalho pautado na ética profissional fundamentada no cuidado em saúde. Assim, busca-se estimular novos estudos que investiguem as tecnologias criadas e recriadas pelos profissionais e o impacto do seu uso para o cuidado dos pacientes em domicílio.

O presente estudo pode contribuir com o campo político da Atenção Domiciliar, na medida que ressalta a importância de investir em práticas de educação permanente sobre a temática das tecnologias, aponta as reais necessidades desse cenário e de investimento em tecnologias ainda incipientes, mas necessárias.

Cabe reconhecer, como limite da pesquisa, a possibilidade de possuírem outras tecnologias utilizadas no SAD, além das citadas neste estudo que poderiam fazer parte da análise, no entanto, os cenários selecionados apresentavam, características distintas, com o objetivo de identificar as principais tecnologias utilizadas. Reconhece-se, contudo, que podem

existir outras realidades que necessitem de tecnologias específicas para realizar o cuidado domiciliar.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. M. **Aprendizagem reflexiva de enfermeiras na atenção domiciliar: caminhos para uma práxis criadora**. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. 207p.
- ANDRADE, A. M. et al. Prática da enfermeira na atenção domiciliar: o cuidado mediado pela reflexividade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 4, p. 1009-1016, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0431>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QFhDR5HvSrfm63BxpWHW6N/?lang=pt> >. Acesso em: 29 Out 2020.
- ANDRADE, A. M. et al. Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 1, 2013. DOI 10.9789/2175-5361.2013v5n1p3383. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2025/pdf_698>. Acesso em: 12 dez 2020.
- ANDRADE, A. M.; SILVA, K. L.; SEIXAS, C. T.; BRAGA, P. P. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 199-208, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xthfygXQ5vsvcplymV3qfHn/?lang=pt#> >. Acesso em: 05 jan 2021.
- ANDRADE, C. T. et al. A importância de uma base de dados na gestão de serviços de saúde. **Gestão e Economia em Saúde - Einstein**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 360-365, 2012. DOI <https://doi.org/10.1590/S1679-45082012000300018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/MrKT3Z4MTTq8NqM9j7xcBLK/?lang=pt#>>. Acesso em: 29 Out 2020.
- ARAUJO, M. S. et al. Análise das normativas orientadoras da prática do técnico de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 3, p. e20180322, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0322>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/FHVBh77HPS6CLJkSMVGc6Kq/?lang=pt> >. Acesso em: 05 jan 2021.
- AREOSA J. Riscos sociais, tecnologias e acidentes. **Mulemba**, v. 5, n. 9, p. 19-53, 2015. DOI: <https://doi.org/10.4000/mulemba.348>. Disponível em: <https://journals.openedition.org/mulemba/348>>. Acesso em: 21 dez. 2020.
- BARRETO, J. J. S. et al. Registros de enfermagem e os desafios de sua execução na prática assistencial. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. e-1234, 2019. DOI 10.5935/1415-2762.20190082. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1050660>>. Acesso em: 10 jan 2021.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude>>. Acesso em: 1 mai. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 abr. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução **RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Diário oficial da união, Brasília, DF, 26 jan. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2014b. 184 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/atencao_domiciliar_sus.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Diário oficial da união, Brasília, DF, 28 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.531 de 04 de setembro de 2001**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva. Diário oficial da união, Brasília, DF, 04 set. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012**. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da união, Brasília, DF, 16 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.505, de 24 de julho de 2013**. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Diário oficial da união, Brasília, DF, 25 jul. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 123, de 20 de janeiro de 2020**. Estabelece a suspensão temporária da transferência a Estados e Municípios, de recursos incluídos no Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC), destinados ao custeio de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e Equipes Multiprofissionais de Apoio (Programa Melhor em Casa). Diário oficial da união, Brasília, DF, 20 jan. 2020b. Seção 1, p. 49.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998**. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de Internação Domiciliar no SUS. Diário oficial da união, Brasília, DF, 23 mar. 1998. Seção 1, p. 106.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Revogada). Diário oficial da união, Brasília, DF, 19 out. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da união, Brasília, DF, 24 ago. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Revogada). Diário oficial da união, Brasília, DF, 27 out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.959, de 14 de dezembro de 2011**. Habilita estabelecimentos de Saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Diário oficial da união, Brasília, DF, 14 dez. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 617, de 23 de abril de 2014**. Estabelece recursos a serem disponibilizados aos Municípios com Serviço de Atenção Domiciliar implantado. Diário oficial da união, Brasília, DF, 23 abr. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário oficial da união, Brasília, DF, 25 abr. 2016. p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário oficial da união, Brasília, DF, 27 mai. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria SAS/MS nº 249, de 16 de abril de 2002**. Aprova na forma do Anexo I desta Portaria, as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Diário oficial da união, Brasília, DF, 16 abr. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2020a. 98 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. **Desospitalização**: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Brasília, 2020c. 170 p.

BRITO, M. J. M. et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 603-610, set-dec. 2013. DOI <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20130002>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/Nhc646sMKwwZJDMXMMwZSrt/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 21 dez. 2020.

BUSNEL, C.; LUDWIG, C.; RODRIGUES, M. G. R. Complexity in nursing practice: Toward a new conceptual framework in nursing care. **Recherche en soins infirmiers**, v. 140, p. 7-16, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3917/rsi.140.0007>. Available from: <<https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/mdl-32524804?src=similardocs>>. Access in: 10 fev. 2021.

BUSNEL, C.; VALLENT, F.; LUDWIG, C. Tooling nurses to assess complexity in routine home care practice: Derivation of a complexity index from the interRAI-HC. **Nursing open**, v. 8, n. 2, p. 815-823, 2021. DOI <https://doi.org/10.1002/nop2.686>. Available from: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33570265/>>. Access in: 10 fev. 2021.

CAMPO, J. F.; SOUZA, S. R. O. S.; SAURUSAITIS, A. D. Auditoria de prontuário: avaliação dos registros de aspiração traqueal em terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 358-366, 2008. DOI <https://doi.org/10.5216/ree.v10i2.8034>. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/8034>>. Acesso em: 10 fev. 2021.

CARVALHO, N. A.; GAMA, B. M. B. M.; SALIMENA, A. M. O. A supervisão sob a ótica dos enfermeiros: reflexos na assistência e trabalho em equipe. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 69, 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.23973/ras.69.68>. Disponível em: <<https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/68/91>>. Acesso em: 12 fev. 2021.

CASTRO, E. A. B. et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.39, p. e2016-0002, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rngenf/a/npgPRKrXL4gftMvhvnQhzqd/?lang=pt#>>. Acesso em: 12 fev. 2021.

CASTRO, E. A. B.; MOREIRA, M. C. N. (Re)conhecendo suas casas: narrativas sobre a desospitalização de crianças com doenças de longa duração. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. e280322, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280322>. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4008/400858445022/html/index.html>>. Acesso em: 12 fev. 2021.

CESTARI, V. R. F. et al. Aplicabilidade de inovações e tecnologias assistenciais para a segurança do paciente: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. e45480, 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.45480>. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45480>>. Acesso em: 12 fev. 2021.

CHEPTULIN, A. **A dialética materialista: categoria e leis da dialética**. 2. ed. São Paulo: Alfa Omega, 2004.

CHESTER, J. G.; RUDOLPH, J. L. Vital signs in older patients: age-related changes. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 12, n. 5, p. 337-343, 2011. DOI [10.1016/j.jamda.2010.04.009](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.04.009). Available from: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21450180/>>. Access in: 10 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução COFEN nº 311/2007**. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 2007. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 15 mai. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução COFEN nº 543/2017, de 18 de abril de 2017**. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de

enfermagem. Brasília: COFEN, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html>. Acesso em: 15 mai. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - COREN. **Manual de orientações para os profissionais de enfermagem de home care e cooperativas prestadores de serviços na assistência domiciliar do Distrito Federal**. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2019/07/manual-home-care-ok.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2021.

CORREA, M.B. Tecnologia. *In*: CATTANI, A. D. Organizador. **Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 292. (251)-(257).

DATAS, C. N.; SANTOS, V. E. P.; TOURINHO, F. S. V. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. **Texto contexto – enfermagem**, v. 25, n. 1, p. e2800014, 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500002800014>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/VtXc5rmVKh3H7QYrCPVRB8d/?lang=pt>>. Acesso em: 15 mai. 2021.

ESTEVIÃO, A. S. C. et al. Percepções e práticas do técnico de enfermagem sobre a Visita Domiciliar na Atenção Primária. **Revista de Enfermagem UFJF**, v. 5, n. 1, p. 1-17, 2019. DOI 10.34019/2446-5739.2019.v5.26768. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/26768/19965>>. Acesso em: 15 mai. 2021.

FAIRCLOUGH, N. **Analysing discourse: textual analysis for social research**. London: Routledge, 2003. p. 288.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 2 ed. 2001. p. 320.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2008.

FAVRETO, F. J. L.; BETIOLLI, S. E.; SILVA, F. B.; CAMPA, A. O papel do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. **Revista Gestão e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 37-47, 2017. Disponível em: <<http://www.herrero.com.br/files/revista/filea2aa9e889071e2802a49296ce895310b.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2021.

FELDMAN, L. B.; RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 2, p. 239-242, Apr. 2008. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000200015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mai. 2021.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, L. L. et al. Análise dos registros de técnicos de enfermagem e enfermeiros em prontuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 2, p. e20180542, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0542>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200156&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mai. 2021.

FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 440. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5798651/mod_resource/content/1/Avaliacao%20compartilhada%20do%20cuidado%20em%20saude%20vol2.pdf>. Acesso em: 04 mai 2021.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A. contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008. DOI <https://scielosp.org/article/rpsp/2008.v24n3/180-188/>. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/rpsp/2008.v24n3/180-188/#ModalArticles>>. Acesso em: 27 janeiro 2021.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2. p.151-163, 2012. DOI <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>>. Acesso em: 16 mai. 2021.

FREITAS, P. C. et al. Performance do enfermeiro/equipe de enfermagem na dispensação de materiais para assistência ao usuário no domicílio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, n. spe, p. e20190151, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190151>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000200416&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mai. 2021.

FRIGOTTO, G. Trabalho. In: PEREIRA, I. B. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 478. (399)-(404).
GONÇALVES, R. B. M. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cadernos CEFOR**, São Paulo, n.1, 1992. p. 53.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994. p. 278.

HARRINGTON, L. New Health Technologies Advancing Nursing Practice. **AACN Advanced Critical Care**, v. 28, n. 4, p. 311–313, 2017. DOI 10.4037/aacnacc2017604. Available from: <<https://aacnjournals.org/aacnacconline/article-abstract/28/4/311/2289/New-Health-Technologies-Advancing-Nursing-Practice?redirectedFrom=fulltext>>. Access in: 21 dez. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Minas Gerais, Belo Horizonte.

População estimada 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>>. Acesso em: 16 mai. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Minas Gerais, Contagem.

População estimada 2020. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/contagem/panorama>>. Acesso em: 16 mai. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Minas Gerais, Pará de Minas.

População estimada 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/para-de-minas/panorama>>. Acesso em: 16 mai. 2021.

JIMÉNEZ-GARCÍA, J. F. et al. La enfermera de práctica avanzada en la adecuación de los tratamientos de las heridas crónicas complejas. **Enfermería Clínica**, v. 29, n. 2, p. 74-82, 2019. DOI <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.02.001>. Disponível em:

<<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-enfermera-practica-avanzada-adecuacion-S1130862119300488>>. Acesso em: 16 mai. 2021.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 304-312, jun. 2008. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000200012>.

Disponível em <<https://www.scielo.br/j/tce/a/MNL4wwHwnvcs74Z5pK6Gvgz/?lang=pt>>. Acesso em: 18 maio 2021.

KIM, E. Y.; YEOM, H. E. Influence of home care services on caregivers' burden and satisfaction. **Journal of clinical nursing**, v.25, n. 11-12, p. 1683-1692, 2016. DOI 10.1111/jocn.13188. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26898819/>>. Acesso em: 16 mai. 2021.

KOBAYASHI, R. M.; LEITE, M. M. J. Formação de competências administrativas do técnico de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 221-227, Apr. 2004. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200011>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/9RscQtZjYn6cdDK7v7Cp98x/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 04 mai 2021.

KOLLERUP, M. G.; CURTIS, T.; LAURSEN, B. S. Visiting nurses' posthospital medication management in home health care: an ethnographic study. **Scandinavian journal of caring sciences**, v. 32, n. 1, p. 222-232, 2018. DOI 10.1111/scs.12451. Available from: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28771756/>>. Access in: 16 may 2021.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

KOVNER, C.; MENEZES, J.; GOLDBERG, J. D. Examining nurses' decision process for medication management in home care. **Joint Commission journal on quality and patient safety**, v. 31, n. 7, p. 379-85, 2005. DOI 10.1016/s1553-7250(05)31051-8. Available from: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16130981/>>. Access in: 16 may 2021.

LEAL, J. A. L.; MELO, C. M. M. Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 413-23, 2018. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0468>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/H5KSSxTn68HGqwbWsqPXWvG/?lang=pt>. Acesso em: 04 mai 2021.

LINDBLAD, M.; FLINK, M.; EKSTEDT, M. Exploring patient safety in Swedish specialised home healthcare: an interview study with multidisciplinary teams and clinical managers. **BMJ Open**, v. 8, n. 12, p. e024068, 2018. DOI 10.1136 / bmjopen-2018-024068. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30552273/>. Access in: 16 may 2021.

LORENZETTI, J.; TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto contexto – enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 432-439, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/63hZ64xJVrMf5fwsBh7dnnq/?lang=pt>. Acesso em: 21 dez. 2020.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 297 p.

MARCUSCHI, L. A. **Análise da conversação**. São Paulo: Ática, 1986. (Série Princípios).

MARQUES, J. P. D. et al. Satisfação no trabalho hospitalar de técnicos de enfermagem com formação superior. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, p. e-1061, 2017. DOI 10.5935/1415-2762.20170071. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1199>. Acesso em: 04 mai 2021.

MARTINS, C. R.; DAL SASSO, G. T. M. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. **Texto e contexto enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 11-12, jun-mar 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/01.pdf>. Acesso em: 04 mai 2021.

MARX, K. **O Capital Livro I: crítica da economia política**. São Paulo: Boitempo, 2011. p. 894.

MARX, K. **O Capital: mercadoria, valor e mais valia**. Lebooks, 1st edition, 2017. p. 111.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 4, n. 6, fev 2000. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000100009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/hWjdyMG9J4YhwPLLXdY3kfd/?lang=pt>. Acesso em: 04 mai 2021.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 3.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1994. p. 80.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 04 mai 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 393.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MIRANDA, P. C. et al. A importância do registro de enfermagem em busca da qualidade. **Gestão em Foco**, p. 1-6, 2016. Disponível em: <<https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-federal-de-santa-catarina/o-cuidado-no-processo-de-viver-humano-i-condicao-clinica-de-saude/pratico/a-importancia-do-registro-de-enfermagem-em-busca-da-qualidade/5011389/view>>. Acesso em: 04 mai 2021.

NANGALIA, V.; PRYTHERCH, D. R.; SMITH, G. B. Health technology assessment review: Remote monitoring of vital signs - current status and future challenges. **Critical Care**, v. 14, n. 233, p. 1-8, 2010. DOI 10.1186 / cc9208. Available from: <<https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc9208>>. Access in: 04 mai 2021.

NERI, Y. C. S.; BRASILEIRO, M. S. E. O uso de novas tecnologias no trabalho do enfermeiro: uma revisão sistemática. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 10, p. 113-124, 2019. Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/tecnologias-no-trabalho>>. Acesso em: 04 mai 2021.

NETA, F. C. C. G. Tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho vivo na atenção domiciliar. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. 133 p.

NETTO, J. J. M.; DIAS, M. S. A.; GOYANNA, N. F. Uso de instrumentos enquanto tecnologia para a saúde. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 1, p. 65-72, 2016. DOI <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n1p65-72>. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/655>>. Acesso em: 04 mai 2021.

NIETSCHE, E. A. et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 344-353, maio-jun. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/D73Y67WhnhmbtqX58czmzL/?lang=pt>>. Acesso em: 27 janeiro 2021.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?** 1999. Tese (Doutorado), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999. 352 p.

NIETSCHE, E.A. et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 2, n. 1, p. 182-189, 2012. DOI <https://doi.org/10.5902/217976923591>. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3591/3144>>. Acesso em: 21 dez. 2020.

OLIVEIRA, S. K. et al. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 155-161, 2012. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100023>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100023>>. Acesso em: 04 abr. 2021.

PAIM, L. et al. Demarcação histórica da enfermagem na dimensão tecnológica. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 542-548, Sept. 2009. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000300018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2021.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. L. O auxiliar e o técnico de enfermagem: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 425-429, Aug. 2004. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000400008>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2021.

POZZOLI, S. M. L.; CECILIO, L. C. O. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1116-1129, Dec. 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711510>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401116&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2021.

PROCOPIO, L. C. R. et al. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 592-604, Apr. 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200592&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr. 2021.

QUIRINO, T. R. L. et al. A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 253-273, jul. 2020. DOI <https://doi.org/10.12957/sustinere.2020.50869>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/50869/34330>>. Acesso em: 04 mai 2021.

RAJAO, F. L.; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1863-1877, mai. 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wqxNqstXftvkTvLxzHz3gJn/?lang=pt> >. Acesso em: 23 nov. 2020.

RAMALHO, V.; RESENDE, V. **Análise de discurso (para a) crítica: o texto como material de pesquisa**. Campinas: Pontes, 2011.

RESENDE, V. M. **Análise de discurso crítica e realismo crítico: implicações interdisciplinares**. Campinas: Pontes, 2009. p. 94.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L.; WAL, M. L.; CARRARO, T. E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Florianópolis, v. 61, n. 1, p.113-6, 2008. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000100018>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/kmVnsg8zYHPf4CRgjjPx4bj/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 04 mai 2021.

SALLES, H. K.; DELLAGNELO, E. H. L. A Análise Crítica do Discurso como alternativa teórico-metodológica para os estudos organizacionais: um exemplo da análise do significado representacional. **Organizações & Sociedade**, v. 26, n. 90, p. 414-434, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1984-9260902>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/osoc/a/VSrfdMxTzNDzmdqB7LSFs9C/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 04 fev. 2021.

SANTOS, S. G. F.; MARQUES, I. R. Uso dos recursos de Internet na Enfermagem: uma revisão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 212-216, Apr. 2006. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000200017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2021.

SANTOS, Z. M. S. A. **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza: EdUECE, 2016. 482 p. Disponível em: <<http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/Ebook%20-%20Tecnologia%20em%20Saude%20-%20EBOOK.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2021.

SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. As novas tecnologias de informação e comunicação em educação em saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. (Org.). **Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 708. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/w5p4j/pdf/minayo-9788575413920.pdf>>. Acesso em: 04 mai. 2021.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A.; NOVAES, H. M. D. Tecnologias em saúde. In:

PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. revista e ampliada, Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>>. Acesso em: 04 mai. 2021.

SCHWONKE, C. R. G. B. et al. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 189-192, Feb. 2011. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100028>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2021.

SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS. Ministério da Saúde. O cartão nacional de saúde: instrumento para um novo modelo de atenção. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 561-564, 2000. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000500020>. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000500020>>. Acesso em: 10 jan 2021.

SILVA, R. C.; FINAMORE, E. C.; SILVA, E. P.; BARBOSA, V. J. O papel do enfermeiro como educador e pesquisador, e a integração entre prática baseada em evidências e educação permanente. **Políticas Públicas: Desafio do Milênio**, v. 5, n. 10, p. 417-430, 2015. DOI <https://doi.org/10.5752/P.2236-0603.2015v0n0p417-430>. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/view/2313>>. Acesso em: 04 mai. 2021.

SOUSA, R. B. A atenção domiciliar na desospitalização de pacientes. **Revista Científica da Escola Estadual Saúde Pública Goiás “Cândido Santiago”**, v. 4, n. 2, p. 102-113, 2018. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/78/100>>. Acesso em: 04 mai. 2021.

SOUZA, G. C.; PEDUZZI, M.; SILVA, J. A. M.; CARVALHO, B. G. Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 642-649, Aug. 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400642&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2021.

SU, M. C. et al. LACE Score-Based Risk Management Tool for Long-Term Home Care Patients: A Proof-of-Concept Study in Taiwan. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 3, 2021. DOI <https://doi.org/10.3390/ijerph18031135>. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33525331/>>. Access in 11 may 2021.

SUN, W. et al. Exploration of home care nurse's experiences in deprescribing of medications: a qualitative descriptive study. **BMJ Open**, v. 9, n. 5, p. e025606, 2019. DOI 10.1136/bmjopen-2018-025606. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/5/e025606>>. Access in 11 may 2021.

TABORDA, M.; RANGEL, M. Percepções de profissionais de Saúde sobre a influência do uso da internet no cotidiano do trabalho. **Revista da Educação Profissional**, v. 41, n. 2, p. 6-29, 19 ago, 2015. Disponível em: <https://www.bts.senac.br/bts/article/view/66>>. Acesso em: 11 jun 2021.

VAARTIO-RAJALIN, H.; FAGERSTRÖM, L. Professional care at home: Patient-centredness, interprofessionality and effectivity? A scoping review. **Health Social Care in the Community**, v. 27, n. 4, p. e270-e288, 2019. DOI 10.1111/hsc.12731. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hsc.12731>>. Access in 11 may 2021.

VASCONCELOS, R. O. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem hospitalar: estudo com parâmetros oficiais brasileiros de 2004 e 2017. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p 1-8, 2017. DOI 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0098. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0098.pdf>. Acesso em: 11 jun 2021.

VENTURA, P. F. E. V.; FREIRE, E. M. R.; ALVES, M. Participação do enfermeiro na gestão de recursos hospitalares. **Revista Gestão & Saúde**, v. 7, n. 1, p. 126–147, 2016.

Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3398>>. Acesso em: 30 abr. 2021.

WEST, M. A. The social psychology of innovation in groups. In: WEST, M. A.; FARR, J. L. **Innovation and creativity at work: psychological and organizational strategies**. Chichester: Wiley; 1990. p. 309-34.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Health technology, 2007. Disponível em: <<https://www.who.int/health-technology-assessment/about/healthtechnology/en/#:~:text=A%20health%20technology%20is%20the,and%20improve%20quality%20of%20lives.>>. Acesso em: 04 abr. 2021.

XAVIER, G. T. O.; NASCIMENTO, V. B.; JUNIOR, N. C. Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. e180151, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180151> .Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/XNVpTMx4nsXYKgjfdwG8jv/?lang=pt> >. Acesso em: 30 abr. 2021.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016. p. 336.

ZARCHI, K. et al. Significant differences in nurses' knowledge of basic wound management - implications for treatment. **Acta dermato-venereologica**, v. 94, n. 4, p. 403-7, 2014. DOI 10.2340/00015555-1770. PMID: 24352474. Available from: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24352474/>>. Access in 11 may 2021.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais

TÍTULO DA PESQUISA: Tecnologias desenvolvidas na atenção domiciliar em saúde e o trabalho da enfermagem

Prezado(a) Sr.(a)

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa cujo título está referido acima, e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. O objetivo desse estudo é: analisar tecnologias desenvolvidas na atenção domiciliar em saúde. Os objetivos específicos do estudo são: mapear as tecnologias empregadas por gestores, profissionais, cuidadores e usuários de serviços de atenção domiciliar, públicos e privados; identificar entre as tecnologias aquelas que são consideradas inovadoras; identificar as tecnologias utilizadas como meios do trabalho da enfermagem. Este estudo justifica-se pela necessidade de conhecer as tecnologias desenvolvidas na atenção domiciliar, que caracterizam a criação/invenção do cuidado nessa modalidade de assistência. A identificação das tecnologias pode revelar novas estratégias e maneiras de cuidar com potencial para a inovação em saúde e na enfermagem. A realização da pesquisa poderá contribuir para a prática de enfermagem e para o cuidado.

A pesquisa é coordenada pela Professora Doutora Kênia Lara Silva e a coleta de dados será desenvolvida em duas fases:

- **Fase 1:** Entrevistas com gestores/coordenadores, profissionais, usuários/cuidadores dos serviços de atenção domiciliar procurando-se identificar as tecnologias desenvolvidas na atenção domiciliar.
- **Fase 2:** Entrevistas com os profissionais de enfermagem das equipes de atenção domiciliar procurando-se identificar o uso das tecnologias no seu trabalho.

Você está sendo convidado para participar da fase 1 (E SE FOR UM PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM, TAMBÉM DA FASE 2), por ser um profissional da atenção domiciliar. Este é um estudo descritivo-exploratório, portanto, todos os participantes estarão incluídos num mesmo grupo amostral. Caso aceite participar, procederemos á entrevista com 07 questões sobre o trabalho no dia-dia e sobre o uso das tecnologias na atenção domiciliar.

Para isto, é necessário esclarecê-lo (a) em relação a alguns procedimentos:

- Serão garantidos aos participantes anonimato, privacidade e sigilo em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa.
- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, a coordenadora da pesquisa, Kênia Lara Silva, que pode ser encontrada no endereço Avenida Alfredo Balena, 190, sala 508, Escola de Enfermagem da UFMG. Telefone: (31)3409-9181. Para maiores esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, saiba que a pesquisa foi analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º andar. CEP: 31270-91. Tel: (0xx31) 3409-4592. Email: coep@prpq.ufmg.br e pelo Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - Rua Frederico Bracher Júnior, 103, 3º andar/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309.
- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de auto-estima, prestígio e/ou econômico-financeiros. Contudo, ressalta-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos é sujeita a risco, desse modo os riscos, poderão ser decorrentes de constrangimentos na realização das entrevistas. Reafirmamos que a pesquisadora responsável e seu grupo de pesquisa, estarão disponíveis para ouvir e auxiliar aos entrevistados em todas as etapas deste estudo para evitar e reduzir os possíveis danos relacionados aos riscos da pesquisa. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos na sala 508 da Escola de Enfermagem da UFMG.
- Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos ou penalidades para o participante.
- Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação, mesmo diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.
- Concluída a pesquisa, os resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.
- Caso participe, em qualquer momento poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como, sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido assinada em duas vias e uma delas deverá ficar em sua posse.

Atenciosamente,

Kênia Lara Silva
Pesquisadora Responsável

Bruna Dias França
Pesquisadora Responsável

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com o pesquisador sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

_____, _____, _____ de 20__.

Nome/ assinatura do participante

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista da pesquisa**PESQUISA: TECNOLOGIAS NA ATENÇÃO DOMICILIAR E O TRABALHO DA ENFERMAGEM NA PRODUÇÃO DO CUIDADO****ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

Nome (iniciais): _____

Sexo: F () M () Idade: _____ Estado Civil: _____

Formação Profissional: _____ Tempo de Formação: _____

Instituição Formadora _____

1. Como é o seu trabalho na Atenção Domiciliar? (Descreva o que faz diariamente no trabalho, desde a hora que você chega até o momento em que encerra o seu turno de trabalho.)
2. O que você entende por tecnologias? Descreva as tecnologias que você utiliza diariamente no seu trabalho na Atenção Domiciliar. Dentre as Tecnologias que você citou, qual (is) você destaca como sendo uma Tecnologia Inovadora? Por quê?

ANEXO A – Carta de autorização da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 44483316.3.0000.5149

Interessado(a): Profa. Roseni Rosângela de Sena
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 28 de julho de 2015, o projeto de pesquisa intitulado "Tecnologias na atenção domiciliar e o trabalho da enfermagem na produção do cuidado" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – Carta de anuência do município de Belo Horizonte



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**
GOVERNANDO PARA QUEM PRECISA



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa **Tecnologias na atenção domiciliar e o trabalho da enfermagem na produção do cuidado**, sob a responsabilidade da pesquisadora Kênia Lara Silva, CPF 043.865.626-13, cujo objetivo é analisar tecnologias desenvolvidas na atenção domiciliar em saúde e a relação com o trabalho da enfermagem e autorizamos que este estudo seja executado no Serviço de Atenção Domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Esta Carta de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 09 de Maio de 2018



Renata Mascarenhas Berpárdes
Diretoria de Assistência à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA



Cláudia Fidelis Barcaro
Gerência de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

Gerência de Educação em Saúde/GEESA
Diretoria de Promoção à Saúde e Vigilância Epidemiológica
Subsecretaria de Promoção e Vigilância à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA/BH
Rua Frederico Bracher Júnior, nº103 - 3º andar - Pedro Escláquio - CEP 31.720-000 - Belo Horizonte/MG.
Telefone: (31) 3277.8361 / 3416 e Fax: (31) 3277.8368. E-mail: geesa@smsh.bh.br

ANEXO C – Carta de anuência do município de Contagem



MUNICÍPIO DE CONTAGEM
Fundação de Assistência Médica e de Urgência de Contagem

Carta de Anuência

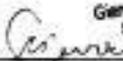
Em resposta à solicitação para realização de pesquisa pela proponente **Roseli Rosângela de Sena e pela Coordenadora Kênia Lara Silva**, responsáveis pelo projeto de pesquisa intitulado " **TECNOLOGIAS NA ATENÇÃO DOMICILIAR E O TRABALHO DA ENFERMAGEM NA PRODUÇÃO DO CUIDADO**", que tem como objetivo analisar tecnologias desenvolvidas na atenção domiciliar em saúde e a relação com o trabalho da enfermagem, fomentando as reflexões e estudos existentes atualmente nesta questão.

1. O projeto de pesquisa apresentado é coerente com o método adequado;
2. Toda documentação exigida está de acordo com a legislação vigente para realização da pesquisa;
3. A execução do projeto foi autorizada pela responsável da Superintendência de Urgência e Emergência, Sra. Danielly Aparecida de Jesus e pelo Diretor da Atenção Domiciliar, Sr. Joaílson Santos Guimarães, através do MEMO/SMS/SURG/305.2018;
4. A Secretaria Municipal de Saúde não terá nenhuma despesa decorrente da participação nessa pesquisa;
5. Os resultados desta pesquisa devem ser apresentados à Secretaria Municipal de Saúde de Contagem.

Ressaltamos a necessidade de que os autores deixem explícito, em toda e qualquer publicação feita a partir dessa pesquisa, a participação do SUS Contagem.

À disposição para quaisquer esclarecimento.

Atenciosamente,


Giane Rita de Souza Ferreira
Superintendência de Gestão de Pessoal
Secretaria Municipal de Saúde

Avenida General David Sarnoff, 3113 / Cidade Industrial / Contagem / MG
CEP 32.210-110 / Telefone: (31) 3363-5276 / www.contagem.mg.gov.br

ANEXO D - Carta de anuência município de Pará de Minas

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Policlínica N. Sra. da Piedade, Praça Galba Veloso, s/nº Centro - Pará de Minas/ MG
CEP:35660-003 / Telefone: (37) 3233-5800 Fax: (37) 3233-5813



Pará de Minas, 12 de abril de 2018

Ofício nº 99/2018
Ref: Declaração de Consentimento

Prezada Senhora,

Com os cordiais cumprimentos e tendo em vista as exigências para realização da Pesquisa "Tecnologias desenvolvidas na atenção domiciliar em saúde e o trabalho da enfermagem", venho por meio deste, declarar que estamos cientes dos propósitos do estudo, os procedimentos que serão realizados e as garantias de confidencialidade, de esclarecimentos permanentes e que afirmamos a participação da Secretaria Municipal de Saúde de Pará de Minas, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa, sem penalidades ou prejuízos.

Na oportunidade, agradecemos a oportunidade e desejamos que o estudo contribua com melhorias na resolutividade e qualidade dos atendimentos prestados à população.

Atenciosamente,

Paulo Augusto Teixeira Duarte
Sec. M. Saúde - Interior Saúde

Paulo Augusto Teixeira Duarte
Secretário Municipal de Saúde

Ilma. Sra.
Profa. Patricia Pinto Braga

Universidade Federal de São João del-Rei.
Curso de Enfermagem - Campus Centro Oeste - Dona Lindu
Rua Sebastião Gonçalves Coelho 400, Chanadour, Divinópolis/MG Brasil.
<https://ufsj.edu.br/coen/>