



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

PROGRAMA MELHOR EM CASA: processo de trabalho da equipe multiprofissional

Reila Campos Guimarães de Araujo¹
Cácia Régia de Paula²
Cristiane Aparecida de Macedo³
Juliana Flávia Ferreira e Silva Paranaíba⁴
Bruno Bordin Pelazza⁵
Ludmila Grego Maia⁶
Lucila Pessuti Ferri Gleydson Alves Silva⁸
Gleydson Alves Silva⁸

RESUMO: O Programa Melhor em Casa é uma das estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa ampliar a assistência prestada aos pacientes oriundos do serviço de urgência, emergência e hospitais. A atuação multiprofissional é fundamental, haja vista que a atenção domiciliar nada mais é que "substituição" do cuidado hospitalar, onde o paciente, em sua própria casa, recebe assistência de forma individualizada. Objetivou-se caracterizar o processo de trabalho da equipe multiprofissional no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado na Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD), de um município do Sudoeste Goiano, da região de Saúde Sudoeste I. Os resultados obtidos na pesquisa apontaram que o sexo feminino predominou na equipe, e em relação à faixa etária dos entrevistados, 80% dos profissionais de saúde possuíam idade entre 25 e 35 anos. Outro fator investigado para caracterização dos profissionais foi o tempo em que o profissional atuava no SAD. Por meio deste estudo foi possível identificar que o serviço envolve um conjunto de ações que garante a continuidade do cuidado, exigindo das profissionais estratégias de saúde e incentivando a corresponsabilização de familiares/cuidadores na integralidade e humanização do cuidado aos pacientes assistidos no domicílio.

¹ Enfermeira, Doutoranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás (UFG). Professora Mestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Jataí (GO), Brasil. E-mail: reilacampos@gmail.com

² Enfermeira. Mestre. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Jataí (GO), Brasil. Email: caciaregia@gmail.com

³ Enfermeira. Especialista em Auditoria de Serviços de Saúde. Rio Verde (GO), Brasil. E-mail: cristiannirv@gmail.com

⁴ Bióloga, Especialista em Anatomia e patologia associada, Técnica Administrativa em Educação, Universidade Federal de Jataí, Curso de Medicina (GO), Brasil. E-mail: julianaflaviaparanaiba@gmail.com

⁵ Enfermeiro, Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Professor do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Jataí (GO), Brasil. E-mail: bordizim@hotmail.com

⁶Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás (UFG). Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Jataí (GO), Brasil. Email: lgregomaia@yahoo.com.br

⁷ Enfermeira. Mestre. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Jataí (GO), Brasil. Email: cilapessuti@bol.com.br

⁸Profissional de Educação Física. Especialista em Saúde Pública. Assistente Técnico em Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de Goiás - Regional Sudoeste I. Rio Verde (GO), Brasil. E-mail: gleydsonalvesilva@gmail.com





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

Palavras-chave: Política de saúde; Promoção da saúde; Continuidade da assistência ao paciente.

BETTER AT HOME PROGRAM: work process of the multiprofessional team

ABSTRACT: The Better at Home Program is one of the strategies of the Unified Health System (SUS), which aims to extend the care provided to patients coming from the emergency department, emergency room and hospitals. Multiprofessional work is fundamental, considering that home care is nothing more than a "substitution" of hospital care, where the patient, in his/her own home, receives assistance in an individualized way. The objective of this study was to characterize the work process of the multiprofessional team in the Home Care Service (SAD). A descriptive, exploratory study with a qualitative approach was carried out in the Multidisciplinary Home Care Team (EMAD) of a municipality in the Southwest region of Goiania of Southwest Health I region. The results obtained in the study indicated that the female has predominated in the team. Regarding the age group of the interviewees, 80% of health professionals were aged between 25 and 35 years. Another factor investigated to the characterization of the professionals was the time in which the professional worked in the SAD. Through this study it was possible to identify that the service involves a set of actions that guarantees the continuity of care, requiring strategies from the health professionals and encouraging co-responsibility of family / caregivers in the integrality and humanization of care to patients assisted at home.

Keywords: Health politics; Health promotion; Continuity of patient care.





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

INTRODUÇÃO

A década de 80 foi marcada por grandes movimentos sociais, sendo um dos grandes marcos, a criação de um Sistema Único de Saúde – SUS, que atendesse a população de forma universal, equânime e integral. A proposta de criação do SUS formalizou-se na VIII Conferência Nacional de Saúde, mas somente em 1990 foi regulamentado por meio das Leis Orgânicas: Lei 8080/1990 e Lei 8142/1990.

O SUS tem como mecanismo de promoção ao direito a saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) que integra ações e serviços simultâneos em níveis crescentes de complexidade, e a Atenção Básica dentro do espaço da Estratégia Saúde da Família – ESF (SILVA & ASSIS, 2015).

No Brasil a Atenção Básica é desenvolvida de forma descentralizada, o mais próximo possível da população, e é por meio dela que a população deve procurar atendimento, ou seja, funcionar como porta de entrada para o usuário (BRASIL, 2011).

De acordo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, pode-se caracterizar Atenção Básica como: "um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde".

O principal objetivo da PNAB é desenvolver uma atenção integral que irá impactar na situação de saúde, na autonomia das pessoas, nos determinantes e nos condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2016a). Desta forma, os profissionais de saúde que atuam nas equipes passaram a observar o usuário em todo seu contexto familiar e social, ou seja, o indivíduo é visto em sua singularidade e sua inserção junto à família e comunidade (LANZONI & MEIRELLES 2012).

Uma das estratégias do SUS, em parceria com estados e municípios que visa ampliar a assistência prestada aos pacientes oriundos do serviço de urgência, emergência e hospitais é o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que conta com Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2016a).





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

A tendência para implantação do serviço de Atenção Domiciliar está ligada a vários fatores como, por exemplo, as reinternações, o acúmulo dos serviços de emergência, custos altos, e elevado número de óbitos (MALAGUTTI, 2012).

O Programa Melhor em Casa é voltado para a Atenção Domiciliar (AD), assistência multiprofissional gratuita em domicílio. Foi lançado em 08 de novembro de 2011 pelo Ministério da Saúde (MS) e visa "atender pacientes com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos ou em situação pós-cirúrgica [...]" (BRASIL, 2011). Constitui-se como importante evolução no SUS, pois ajuda a desocupar os leitos hospitalares, melhora o atendimento e regulação dos serviços de urgência e emergência dos hospitais (BRASIL, 2011).

Devido ser esta uma modalidade assistencial "nova", muitos municípios brasileiros ainda não implantaram o Programa Melhor em Casa, isto ocorre também em Goiás, onde poucos implantaram o Programa. Entre os que implantaram em Goiás está Quirinópolis, município pertencente à macrorregião Sudoeste, na jurisdição da Regional Sudoeste I.

Configura-se cuidado domiciliar uma conjunção de atividades, realizadas em casa, de simples a mais complexa, onde o foco é o paciente e o seu familiar, e o objetivo final é a prevenção, recuperação e manutenção do indivíduo fora do ambiente hospitalar (MALAGUTTI, 2012).

De acordo com o MS, há uma economia de até 80 % dos custos hospitalares com pacientes em casa, se comparado aos hospitalizados (BRASIL, 2011). Do mesmo modo França & Viana (2006) afirmam redução nos gastos institucionais além de maior disponibilidade de leitos, o que reduz índices de infecção hospitalar. Em se tratando de atendimento domiciliar o CRP-SP (2001), discorre sobre questões que vão desde a relação custo-benefício até a procura pela humanização do tratamento.

Conforme a Portaria de nº 963, de 27 de maio de 2013, a Atenção Domiciliar no SUS substitui e/ou complementa as internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais, reorganiza o processo de trabalho dos cuidadores e visa à humanização da atenção, a desinstitucionalização e o aumento da autonomia dos usuários, tudo isso auxiliado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2016b).





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

O SAD é composto pela EMAD tipo 1 e tipo 2, e pela EMAP e devem estar cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). A EMAD tipo 1 é composta por profissionais médicos e enfermeiros, com carga horária de 40 horas de trabalho semanais, profissionais fisioterapeuta e/ou assistente social com carga horária de 30 horas de trabalho semanais e auxiliares e técnicos em enfermagem com carga horária de 120 horas de trabalho semanais para a equipe (BRASIL, 2016b).

Já a EMAD tipo 2 é composta pelos profissionais médicos, com carga horária de 20 horas de trabalho semanais, profissionais enfermeiros, com carga horária de 30 horas de trabalho semanais, com um profissional fisioterapeuta ou um assistente social com carga horária de 30 horas de trabalho semanais, e auxiliares e técnicos em enfermagem com carga horária de 120 horas de trabalho semanais (BRASIL, 2016b).

Será acionada a EMAP quando for indicada clinicamente para complementar as ações de saúde da AD. A EMAP é composta por três (03) profissionais de nível superior, que poderá ser escolhido dentro das opções de acordo com a Portaria vigente, sendo assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional. Para Brasil (2016b) a soma de suas cargas horárias semanais de trabalho será de 90 horas, ou seja, nenhum profissional pode ter menos de 20 horas semanais trabalhadas.

Conforme a publicação de Brasil (2013), as atribuições das equipes de saúde no domicílio englobam coordenar e participar de educação para a saúde, fornecer esclarecimentos e orientações à família, compreender o indivíduo como sujeito do processo, manutenção e recuperação de sua saúde, realizar reuniões com o paciente e a família para planejamento e avaliação terapêutica.

A característica do trabalho em saúde das equipes de Atenção Domiciliar somada ao fato de que seu contato com o paciente não se dá em estabelecimento de saúde, e sim no domicílio, impõe que se desenvolva saberes e habilidades para facilitar o provimento e a disponibilização de tecnologias de saúde de acordo com as necessidades dos pacientes (BRASIL, 2013).

O processo de trabalho é uma tarefa multiprofissional no cuidado terapêutico, que consiste na ação do cuidar, portanto, exige competência técnica e





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

ética. De acordo com a gestão no cuidado da Atenção Domiciliar, segundo Lopes & Sousa (2015), as competências profissionais na assistência domiciliar envolvem "distinguir entre referir ou consultar com qualquer um dos vários profissionais de saúde para alcançar resultados positivos na Atenção Domiciliar". Alegam ainda que, a equipe deve comunicar e "colaborar com as pessoas, seus cuidadores, profissionais de saúde e outros trabalhadores, para incorporar informações específicas no planejamento global e na implementação de cuidados da equipe" (LOPES & SOUSA, 2015).

Diante a mudança do perfil epidemiológico da população, faz-se necessário a atuação ampla da equipe multiprofissional na atenção domiciliar, onde há envolvimento do processo de trabalho no apoio à equipe, seja na internação domiciliar ou em outros cuidados domiciliários (FRANCO & MERHY, 2008).

Constitui para o cuidado em equipe multiprofissional, considerar o papel do enfermeiro que realiza diversas atividades, atua em diferentes áreas do cuidar, gerenciar, educar, pesquisar e questões políticas em que todas se relacionam continuadamente e ao mesmo tempo (FERNANDES & SILVA, 2013). Neste sentido, o enfermeiro tem o papel essencial no processo de trabalho, realiza um conjunto de atividades prioritárias tanto no atendimento individual quanto em equipe, educação em saúde e em serviço, coordenação da equipe e procedimentos de rotinas e visitas domiciliares (SILVA & ASSIS, 2015).

Já o profissional fisioterapeuta nos serviços de AD à saúde, atua nos agravos nas doenças crônico-degenerativas e traumáticas, ou seja, como reabilitador, e seu objetivo é tratar as sequelas (RIBEIRO, 2002). O nutricionista integra a equipe multiprofissional do Programa, e instrumentaliza a realização do diagnóstico nutricional da população, onde recebe uma instrução específica que lhe permite, a partir de então a observar os valores socioculturais, propor orientações dietéticas cabíveis e necessárias, adequando-as aos hábitos da unidade familiar, à cultura, às condições fisiológicas, e à disponibilidade de alimentos (ASSIS et al., 2002).

E com a finalidade de oferecer serviços em condições a não favorecer doença, torna-se propício para a equipe multiprofissional o desenvolvimento do trabalho do psicólogo, na prevenção e promoção da saúde mental, tanto no nível de atenção primária como na manutenção dos aspectos saudáveis, sempre





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

considerando os recursos disponíveis na comunidade e suas potencialidades (FRANÇA & VIANA, 2006).

Diante da questão apresentada, o presente estudo objetivou descrever sobre o papel da equipe multiprofissional do Serviço de Atenção Domiciliar e conhecer as potencialidades e desafios da atuação da equipe na Atenção Domiciliar.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualiquantitativa. A coleta de dados foi realizada na Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD), de um município do Sudoeste Goiano, da região de Saúde Sudoeste I. Foram considerados participantes da pesquisa, profissionais de saúde vinculados a EMAD, pertencentes ao município, de ambos os sexos, que estavam registrados em seus respectivos conselhos, com vínculo empregatício na EMAD no prazo de no mínimo de 6 meses e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos os profissionais que estavam em período de férias ou licença durante o período em que o estudo foi realizado.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista, utilizando um questionário, construído pelos pesquisadores, com perguntas semiestruturadas que faziam referência ao profissional de saúde em seu processo de trabalho. Esse questionário passou por um processo de refinamento, no qual profissionais especialistas na área puderam opinar sobre sua estrutura e clareza. As entrevistas ocorreram no período de fevereiro a abril de 2017 e tiveram duração de 2 horas, perfazendo um total de 5 entrevistas; Teve como entrevistados os seguintes profissionais: 01 Enfermeiro, 01 Fisioterapeuta, 02 Nutricionistas e 01 Psicólogo. E para tal, utilizou-se o espaço físico da EMAD Edinho Couto. Utilizou-se de estatística descritiva simples para tratar as variáveis (sexo, idade e tempo de atuação dos profissionais) referentes ao perfil dos participantes.

Este estudo obedeceu às normas do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Rio Verde – UNI-RV, sob o parecer de nº: 1.966.916





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificamos que o sexo feminino predominou na equipe, representando 80% do total dos entrevistados e o sexo masculino 20%. Outro fator encontrado foi em relação à faixa etária, 80% dos profissionais de saúde entrevistados possuíam idade entre 25 e 35 anos, ou seja, eram adultos jovens (figura 1).

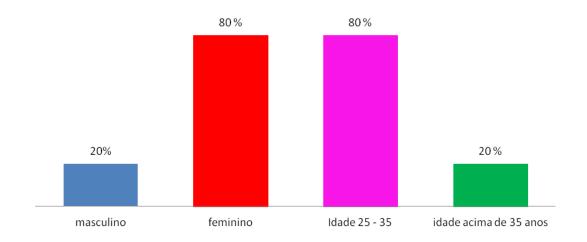


Figura 1. Percentual dos profissionais de saúde, por sexo e idade, que atuam no SAD. Quirinópolis GO, 2017. Fonte: Autoria própria, 2017

Esses achados corroboram com estudos que confirmam tendência de maior participação do sexo feminino nas equipes de saúde (ZANETTI et al., 2010; CORRÊA et al., 2012; ALVES, PENNA & BRITO, 2004). Foram identificados em estudo sobre o perfil do profissional de nível superior nas equipes de Estratégia de Saúde da Família que a maioria também é do sexo feminino (COSTA et al., 2013). De acordo com pesquisadores Alves, Penna & Brito (2004) em estudos sobre perfil gerencial de Unidades Básicas de Saúde (UBS), constatou-se que 89,83% dos entrevistados eram do sexo feminino e 10,17% do sexo masculino. Verificou-se pelos resultados o destaque para prevalência feminina na Atenção Básica. Do mesmo modo Corrêa et al., (2012) em estudos sobre perfil sociodemográfico dos profissionais da atenção básica em Cuiabá comprovou que os profissionais são, em sua maioria jovens na faixa etária de 26 a 30 anos.



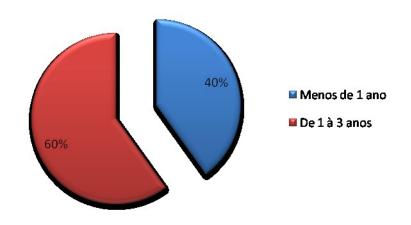


EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

Foram encontrados resultados de pesquisas que possam ser comparados com os achados desse estudo (Zanetti et al., 2010; Corrêa et al., 2012; Costa et al.,2013; Alves, Penna & Brito 2004), porém nenhum desses estudos refere-se a Atenção Domiciliar, isso ocorre porque o Programa Melhor em Casa é uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde.

Outro elemento investigado para caracterização dos profissionais do SAD, foi o tempo em que o profissional atua no SAD. A pesquisa buscou identificar os aspectos relativos à classificação em anos de experiência. A figura 2 demonstra que a maior parte deles 03 (60%) era composta por profissionais com experiência de 01 a 03 anos de trabalho, enquanto que 02 (40%) estavam na equipe à menos de 12 meses.

Figura 2. Tempo de atuação dos profissionais na equipe do SAD. Quirinópolis GO, 2017.



Fonte: Autoria própria, 2017

Estudos semelhantes comprovam que os profissionais entrevistados possuem experiência média de três a quatro anos no serviço de atenção domiciliar (ROZANI & SILVA, 2008). Em comparação com estudos realizados por Loch-Neckel et al., (2009) o tempo de atuação e participação na equipe de atenção domiciliar era de 40,0%, ou seja, estavam na equipe há menos de seis meses, e 60,0% atuavam na mesma equipe em um período de um ano a três anos. Os achados desse estudo





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

corroboram com estudo de Mendonça et al., (2010), que demonstram a permanência dos profissionais em até 04 anos (60%) na equipe multidisciplinar do SAD.

Os dados obtidos permitem refletir sobre algumas questões importantes no processo de trabalho da equipe, dada a natureza da complexidade do Programa SAD. O presente estudo buscou caracterizar o processo de trabalho da equipe de saúde, considerando aspectos de vivência, potencialidades, processo administrativo e desafios. Mesmo tendo optado por desenvolver um estudo predominantemente qualitativo, recorreu-se à quantificação, como forma de caracterizar os sujeitos. Assim sendo, a tabela 1, mostra os resultados da percepção dos profissionais frente ao processo de trabalho, potencialidades e desafios do Programa SAD. Foram 07 categorias que abordaram experiência, planejamento, expectativa e resolutividade da Rede de Serviços.

Tabela 1. Categorias identificadas na percepção dos profissionais do SAD em relação ao processo de trabalho e desafios. Quirinópolis GO, 2017.

	-				
Categorias relacionadas	Concordaram parcialmente	Indiferente	Concordaram totalmente	Discordaram parcialmente	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Processo de trabalho Consideram a vivência com profissionais da equipe multidisciplinar no programa melhor em casa em ações e planejamentos algo extremamente valioso. A corresponsabilização	-	-	5 (100%)	<u>-</u>	
e à definição de um plano terapêutico conjunto é uma forma de evitar que o SAD aumente a sobrecarga da equipe	2 (40%)	-	3 (60%)	-	
Conseguir junto à equipe potencializar o grau de intervenções e construir novas ações aumenta a	1 (20%)	-	4 (80%)	-	





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

resolutividade do serviço

Desafios O fortalecimento do serviço do SAD depende primordialmente de aumentar a resolutividade da atenção primária à saúde.	3 (60%)	-	2(40%)	-
Considera que qualquer equipe multiprofissional que se implante vai se deparar com a potência do trabalho e do território, e com os limites de uma rede em saúde.	-	1 (20%)	4 (80%)	-
É consenso no grupo que os profissionais devem atender às demandas existentes, porém houve dificuldade em delinear as reais necessidades da comunidade.	-	-	4 (80%)	1 (20%)

Fonte: Autoria própria, 2017

Devido ao crescimento do número de equipes de saúde da família nota-se a importância no novo modelo como prática reorganizadora dos cuidados primários de saúde. A partir de então, percebe-se que é necessário discutir questões relacionadas à qualificação e resolubilidade das equipes de saúde (SILVA & CALDEIRA, 2010).

Os profissionais que fazem parte da equipe devem atentar em conhecer as famílias e suas particularidades, e a partir da identificação de suas necessidades, desenvolver ações de planejamento que organize e execute os determinantes do processo saúde/doença (ESCOREL et al., 2007). Ainda para os autores, o processo de trabalho com o apoio da equipe multiprofissional capacitada a prestar assistência integral com o intuito voltado aos cuidados, com enfoque na reabilitação e inclusão





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

social, exige qualificação dos profissionais inseridos e adesão ao programa por parte dos mesmos.

Torna-se necessário que os profissionais que atuam na AD se organizem na implantação de ações que facilitem o acompanhamento na manutenção e recuperação da saúde dos usuários que já estão desinstitucionalizados, ou seja estão em casa em situações vulneráveis e sem possibilidade de procurar atendimento (ANDRADE et al., 2013).

O conjunto de normas como regulação das relações sociais de trabalho, capacitação e formação profissional e criação de condições adequadas de trabalho é capaz de organizar um ambiente de processo de trabalho diferenciado, que determina mudança no modelo assistencial no sentido de ofertar atenção domiciliar resolutiva, que irá garantir qualidade de vida ao paciente (MENDONÇA et al., 2010).

A valorização da comunicação, com a interação da equipe multidisciplinar, contribui para construção e promoção da saúde do paciente, onde agregado a especificidade de cada profissão, condiz às necessidades reais da prática do trabalho em equipe, onde se faz necessário a reavaliação constante. Neste intuito, a prática do trabalho em equipe concilia as características de cada profissão, com a experiência vivida, e contribui no aprimoramento das ações prestadas (SILVA & SANTOS 2012).

Outro elemento identificado para a caracterização do SAD foi o tempo em que atuam no programa, referindo a experiência como fator construtivo na convivência multiprofissional. Nos estudos de Matos, Pires & Sousa (2010), os profissionais que participaram do estudo discorrem que as relações de trabalho no SAD são de extrema valia, sendo que a interação da equipe quanto ao planejamento da assistência aos cuidados terapêuticos e na realização dos mesmos, constitui em motivação para permanência nos profissionais estudados, o fato de se trabalhar em equipe, coloca em prática a necessidade da troca de experiência com base na comunicação autêntica, no respeito ao outro, no seu conhecimento e no acolhimento das diferenças.

Em se tratando de saúde, a equipe multiprofissional consegue compreender o paciente em sua mais ampla necessidade, potencializando o processo saúde/doença, onde se constroem estratégias que gera ações de





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

intervenções, e potencializa a resolutividade dos problemas (MOTTA & AGUIAR, 2007).

Para Loch-Neckel et al., (2009) a necessidade dos conhecimentos da assistência de profissionais de outras categorias, faz-se essencial para capacitá-los a prestar melhor cuidado com seus pacientes de maneira ampla e fortalecedora.

Devido a várias modificações de trabalho no setor da saúde, estão sendo realizados diversos modelos de estudos, para que se reformule a graduação dos profissionais que atuam nessa área. Vem sendo analisadas modificações e formas de se trabalhar em equipe servindo de referência onde se constrói experiências com as multiprofissões (MEDEIROS et al., 2011).

A equipe multiprofissional visa potencializar o grau de intervenções e construir novas ações para aumentar a resolutividade do serviço, aproximar os profissionais das pessoas, famílias e comunidades, assumir compromisso de prestar assistência integral de acordo com as reais necessidades do paciente, identificar os fatores de risco aos quais ele está exposto e intervir de forma apropriada (ROSA & LABATE, 2005).

Outro fator que caracteriza o SAD é o tempo de permanência dos profissionais na equipe multidisciplinar, potencializando assim suas ações em equipe.

Espera-se resolver as potencialidades do SAD através da atenção primária, na forma de prevenção e intervenção dos agravos, em sua total integralidade, na abordagem do problema, com a resolução da sua complexidade, promoção e recuperação da saúde (D'OLIVEIRA et al., 2009).

Dentre as correlações das profissões, na sua total integralidade com a humanização, torna-se possível a interação dos diálogos em diferentes campos de saber e prática, fazendo com que as ações sejam mais competentes, e deem origem a um propósito comum, a partir do conhecimento do que cada profissional pode realizar para uma melhor atuação conjunta, dividindo-se as tarefas e a sobrecarga dos mesmos (SANTOS & CUTOLO, 2003).

De acordo com comparações em estudos de Vilela et al. (2009), é possível compreender que, para os profissionais, o fato do cuidar se difunde com a ideia de integralidade, com o conhecimento das dimensões do cotidiano do usuário e a elaboração de respostas adequadas a reconhecer, acolher, compreender as





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

necessidades de cada usuário, além da forma como a equipe de trabalho determina a sua atividade e se organiza para atender às demandas existentes.

Os profissionais da equipe multiprofissional discorrem que quanto maior for o contato com o usuário e família, melhor é o entendimento da relação entre a queixa e o cotidiano do usuário e, a partir de então, o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde. A equipe potencializa o grau de intervenções e constrói novas ações e se complementa sobre a necessidade das relações sustentarem-se na cooperação e na troca entre as profissões, na interação entre os profissionais, na articulação das ações e planejamentos (MATOS, PIRES & SOUSA, 2010).

Visto que a Atenção Básica é a porta de entrada da saúde, não diferindo assim dá Atenção Domiciliar, mas que, no entanto se deparam claramente com a vulnerabilidade do cotidiano, sendo necessárias políticas de investimentos, direcionados a "capacitação profissional, insumos, ampliação das equipes de saúde e criação de mecanismos democráticos de gestão" (MEDEIROS et al., 2011).

Por ser uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde, o Programa Melhor em Casa, identifica outro elemento característico, a percepção dos profissionais em relação aos desafios do Programa SAD (tabela 1).

Devido à diversidade de categorias de profissionais na atenção básica, acumula-se a dificuldade do município em mantê-los contratados, fixos, ou no cumprimento de suas horas de trabalho no Serviço de Atenção Básica (MENDONÇA et al., 2010). Na área da saúde, com os crescentes progressos da ciência e o acelerado avanço tecnológico, torna-se necessário frequente evolução profissional com base em conhecimento multiprofissional sólido que lhes permitam enfrentar a diversidade de desafios do processo saúde/doença (MENDONÇA et al., 2010). Sendo assim, a AD é vista como uma modalidade assistencial de caráter substitutivo ou complementar às intervenções hospitalares e/ou ambulatoriais, e visa à continuidade do cuidado, interagindo as RAS, no âmbito domiciliar (BRASIL, 2013).

Entre os desafios propostos para a implantação dos princípios do SAD, está em fazer com que os profissionais se envolvam no processo de trabalho preconizado para a saúde do indivíduo e da família, onde o foco central é o indivíduo, a família e seu entorno. Essa possibilidade só poderá ser concreta com a





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

integração dos profissionais através do trabalho multiprofissional (MEDEIROS et al., 2011).

No entanto, o maior dos desafios é a diminuição da internação hospitalar e a distribuição do atendimento à população, pois, o atendimento domiciliar é tendência cada vez mais aceita e isso inclui mudança cultural da população e dos profissionais de saúde (ROSA & LABATE, 2005). Para a unidade do SAD, os desafios são muitos, o número excessivo de usuários atendidos pela equipe, a carência de uma rede de suporte, a necessidade de atividades regulares de capacitação e a insuficiência da formação dos profissionais, prejudica a resolutividade das ações para a promoção de saúde (VILELA et al., 2009).

Ao questionar os entrevistados desta pesquisa, no tocante ao processo de trabalho em equipe multiprofissional no Programa Melhor em Casa, pergunta-se sobre a elaboração de Instrumentos de Trabalho como Manuais e Instrutivos: E_1 "elaborei os instrumentos da minha cabeça, necessidade que o SAD teve, e de organização também".

O entrevistado demonstra que a necessidade de trabalho que o Programa apresentou fez com que elaborasse um documento que reunisse de forma sistematizada as informações sobre as normas, rotinas, procedimentos e prontuário. Os documentos apresentados pelo E_1 demonstram que o mesmo seguiu as recomendações do Conselho Regional de Enfermagem – COREN/ GO (ROSSO et al., 2014).

As considerações utilizadas por Fleury (2012) falam sobre o acesso ao serviço e a judicialização de saúde, que podem ser observadas também no depoimento do entrevistado ao ser questionado sobre materiais e equipamentos de alto custo. Segundo o entrevistado de todos os pacientes que foram e são atendidos pelo Programa até o presente momento, apenas 02 usuários entraram na justiça. E_1 "Só tem duas que fizeram isso". Essa resposta retrata uma realidade comum onde a judicialização do SUS é o uso de recurso judicial como forma de exigibilidade do direito de todo cidadão.

Como o Programa Melhor em Casa é considerado um programa inovador e de recente implantação no Brasil, poucas cidades brasileiras fizeram adesão e habilitaram o serviço. Ao ser questionado sobre documentação de implantação o entrevistado relata: *E*₁ "eu só tenho o CNES, não importo com mérito não, quero que





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

a coisa dobre do jeito que tá". Aqui, um sentimento expressa-se como representação do comprometimento e envolvimento com o serviço. Alcançar a ampliação do programa implica em várias questões e barreiras que não serão abordadas aqui nesse estudo.

Mas ao analisar o "desabafo" do entrevistado percebe-se o anseio em fazer com que o serviço seja expandido. Para os autores Feuerwerker & Merhy (2008), expandir ações inovadoras é uma constante renovação de pactos e conhecimentos que assegure o cuidado e a ampliação ou renovação das tecnologias envolvidas na atenção. Essa abordagem tem sido instituída nas práticas de intervenções terapêuticas no interior do domicílio do usuário.

Ao ser questionado sobre como ocorre as visitas domiciliares, o entrevistado relata: E_1 "não, a gente não agendava, eu pego de surpresinha mesmo". Segundo o profissional, o vínculo que existe entre a equipe e a família/cuidadores permite essa abordagem espontânea. Segundo Coelho & Jorge (2009) o vínculo é a tecnologia "leve" utilizada nas relações da Estratégia de Saúde da Família como parte do princípio onde os profissionais devem estabelecer a responsabilização pela área adstrita.

Uma escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecem o paciente e familiares em condições de se tornarem independentes na sua própria produção de saúde, ou seja, a corresponsabilização (LOPES, SAUPE & MASSAROLI 2008).

Nesse sentido, pode-se afirmar, segundo Savassi & Dias (2006) que a visita domiciliar, se amplia no conhecimento de práticas voltadas como parte de um processo de atenção continuada e multiprofissional, no qual se realizam práticas sanitárias, assistenciais e sociais, evidenciadas pelo olhar da integralidade dos usuários. Essa prática pode ser classificada nas categorias preventivas, terapêuticas, reabilitadoras e por acompanhamento de cuidados paliativos.

Em relação à prestação dos cuidados, a maioria dos cuidadores domiciliares é do sexo feminino em geral pessoas da família. Tal fato pode ser explicado pela tradição de serem as mulheres a desempenharem funções de casa, que com frequência, divide esta atividade com seus afazeres diários onde justifica se sua maior disponibilidade para o cuidado da família (GONÇALVES et al., 2006).

Ao ser interrogado sobre quem são os prestadores de cuidados assistenciais no domicílio o entrevistado alega que: *E*₁ "alguns tem cuidadores, mais





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

a maioria dos pacientes é familiar". O cuidado domiciliar é representado por várias características, e cabe a equipe multiprofissional interpretar e instrumentalizar o cuidado. Quando questionado sobre desafios, o entrevistado E_2 explica que devido à complexidade da assistência na sua área o seu maior desafio é: E_2 "a água, e hipoglicemia, porque principalmente as primeiras dietas da manhã, não são passadas no horário, as vezes eu chego lá as dez horas da manhã, e o paciente ainda não recebeu nenhuma dieta". Em estudos realizados por Lacerda & Santos (2007), "a necessidade de comer e beber são instintivos universais, pois o ser humano precisa de nutrientes para viver e conservar a saúde", p.63.

A maioria dos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa é idosa. Os autores Lacerda & Santos (2007) afirmam que para se obter qualidade de vida, os idosos dependem em grande parte daquilo que bebem e comem, necessitando de nutrientes em quantidade, qualidade, harmonia e adequação para atender suas necessidades corporais. Dietas inadequadas podem acelerar o processo patológico e dificultar a recuperação desses pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção domiciliar exibe o conceito de uma modalidade assistencial que reorganiza o trabalho em saúde, e foi possível identificar que esta consiste em um serviço que envolve um conjunto de ações que garanta a continuidade do cuidado, exigindo das profissionais estratégias de saúde que aporte o cuidado ao doente e a família. Nessa perspectiva, um ponto a ser destacado diz respeito às potencialidades encontradas ao compartilhar o cuidado com a família no cenário domiciliar.

Os profissionais apresentaram desafios que envolvem demandas físicas, psíquicas e sociais e demonstram que o cuidar em domicílio muitas vezes é desafiador para equipe de saúde e para o cuidador/familiar. Embora seja evidente o potencial da equipe, vale salientar que permanecem os desafios do cuidar, permeados de saberes clínicos ampliados e por saberes singulares. Faz-se necessário reconhecer a importância desse novo modelo assistencial na qualificação da assistência, assim como incentivar a corresponsabilização de





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

familiares/cuidadores na integralidade e humanização do cuidado aos pacientes assistidos no domicílio.

É importante destacar algumas limitações deste estudo, como o fato de a amostra ser pequena, ter sido escolhida por conveniência em virtude de ser uma proposta inovadora e com poucos municípios com o programa implantado.

Acredita-se que este estudo possa contribuir para sensibilização e reflexão a respeito do tema na prática e desencadear novas investigações acerca da referida temática, posto que, suscita outras especulações a respeito do processo de trabalho da equipe multiprofissional do Serviço de Atenção Domiciliar ao compartilhar o cuidado dos pacientes assistidos em domicílio.

REFERÊNCIAS

·	. Casa Ci	vil. Ministéri	io da Sat	úde. Gabine	te do Ministro.	Portaria nº	963, de		
27	de	maio	de	2013.	2016(b).	Disponível	em:		
<pre><bvsms.saude.gov.br 2013="" bvs="" gm="" prt0963_27_05_2013.html="" saudelegis="">. Acesso</bvsms.saude.gov.br></pre>									
em 12 de outubro de 2016.									
	. Ministér	io da Saúde	. Secreta	ıria de Atenç	ção à Saúde. D	EPARTAMEI	NTO DE		
ATENÇ	ÃO BÁS	ICA. Cad	lerno de	e atenção	domiciliar. N	linistério da	Saúde,		
Secreta	ria de <i>A</i>	Atenção à	Saúde,	Departame	nto de Atenç	ão Básica.	Brasília:		
Ministério da Saúde, 2013.									

ALVES, P.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. **Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde.** Rev Bras Enferm, Brasília (DF), v.57, n.4, p.441-446, 2004.

ANDRADE, A. M.; BRITO, M. J. M.; SILVA, K. L.; MONTENEGRO, L. C.; CAÇADOR, B. S.; FREITAS, L. F. C. **Organização das Redes de Atenção à Saúde na perspectiva de profissionais da Atenção Domiciliar**. Rev Gaúcha Enferm, v.34, n.1, p.111-117, 2013.

ASSIS, A. M. O.; SANTOS, S. M. C.; FREITAS, M. C. S.; SANTOS, J. M.; SILVA, M. C. M. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. Rev. Nutr., Campinas, v.15, n.3, p.255-266, 2002.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** 2016(a). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 10 de setembro de 2016.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 14(Supl. 1), p.1523-1531, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO - CRP-SP. **O** atendimento domiciliar em Psicologia. PSI Jornal de Psicologia: São Paulo, ano 19, n. 128, 2001.

CORRÊA, A. C. P.; ARAÚJO, E. F.; RIBEIRO, A. C.; PEDROSA, I. C. F. **Perfil** sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de **Cuiabá - Mato Grosso**. Rev. Eletr. Enf. [Internet], v. 14, n. 1, p.171-80, 2012. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a20.htm. Acesso em 18 de maio de 2017.

COSTA, S. M.; PRADO, M. C. M.; ANDRADE, T. N.; ARAÚJO, E. V. P. P.; JUNIOR, W. S. S.; FILHO, Z. C. G.; RODRIGUES, C. A. Q. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p.90-6, 2013.

D'OLIVEIRA, A. F. L. P.; SCHARAIBER, L. B.; HANADA, H.; DURAND, J. **Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero:** uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 4, p.1037-1050, 2009.

ESCOREL, S. L.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, v. 21, n. 2, 2007.

FERNANDES, C. M.; SILVA, S. M. L. **Gerência do Cuidado do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família**: Revisão Integrativa. Rev. Rene, v.14, n.2, p. 438-47, 2013. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/11755 Acesso em 28 de setembro de 2016.

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. Rev Panam Salud Publica, v. 24, n.3, p. 180–8, 2008.

FLEURY, S. **Judicialização pode salvar o SUS**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, 2012.

FRANÇA, A. C. P.; VIANA, B. A. Interface Psicologia e Programa Saúde da Família – PSF: Reflexões Teóricas. PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, v. 26, n.2, p. 246-257, 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Atenção domiciliar na saúde suplementar**: dispositivo da reestruturação produtiva. Ciência & Saúde Coletiva, v.13, n.5, p. 1511-1520, 2008.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SENA, E. L. S.; SANTANA, L. W. S.; VICENTE, F. R. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 15, n. 4, p.570-7, 2006.

LACERDA, N. C.; SANTOS, S. S. C. **Avaliação nutricional de idosos**: um estudo bibliográfico. Rev. Rene. Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 60-70, jan./abr.2007.

LANZONIL, M. M. G.; MEIRELLES, S. H. B. A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica e implicações para a enfermagem. Acta Paul Enferm, v. 25, n. 3, p. 464-70, 2012.





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

LOCH-NECKEL, G.; **Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica**: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, (Supl. 1), p. 1463-1472, 2009.

LOPES, J.M.C.; SOUSA, A.I. Competências profissionais na assistência domiciliar. In: LOPES, J.M.C.; SOUSA, A.I. A gestão do cuidado na Atenção Domiciliar. Curso de Especialização em Atenção Domiciliar: Módulo 3. UFSC. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. p. 21-30. Disponível em: https://unasus.ufsc.br/espatencaodomiciliar/files/2017/03/modulo-3_Atenção-Domiciliar.pdf> Acesso em 28 de setembro de 2016.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. **Visita Domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa.** Cienc Cuid Saude, v. 7, n. 2, p. 241-247, 2008.

MALAGUTTI, W. **Assistência Domiciliar** – ATUALIDADES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 313 p.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; SOUSA, G. W. **Relações de trabalho em equipes interdisciplinares**: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 63, n. 5, p.775-81, 2010.

MEDEIROS, C. S.; CARVALHO, R. N.; CAVALCANTI, P. B.; SALVADOR, A. S. O Processo de (Des) Construção da Multiprofissionalidade na Atenção Básica: Limites e Desafios a Efetivação do Trabalho em Equipe na Estratégia Saúde da Família Em João Pessoa-PB. R brasci Saúde, v. 15, n. 3, p. 319-328, 2011.

MENDONÇA, M. H. M.; MARTINS, M. I. C.; GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. **Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n.5, p. 2355-2365, 2010.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. **Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro**: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Ciência & Saúde Coletiva, v.12, n.2, p.363-372, 2007.





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

RIBEIRO, K. S. Q. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde. Fisioterapia Brasil, v.3, n.5, p.311-318, 2002.

RONZANI, T. M.; SILVA, C.M. **O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. 1p. 23-34, 2008.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R. C. **Programa saúde da família:** a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-am Enfermagem, v.13, n.6, p.1027-34, 2005. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae> Acesso em: 04 de maio de 2017.

ROSSO, C. F. W.; CRUVINEL, K. P. S.; SILVA, M. A. S.; ALMEIDA, N. A. M.; PEREIRA, V. M.; PINHEIRO, D. C. S. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás.** Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, Goiânia, 2014, 336p.: il.

SANTOS, M. A.M.; CUTOLO, A. R. L. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. Arquivos Catarinenses de Medicina V. 32. n. 4 de 2003. Disponível em http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/153.pdf Acesso em: 02 de julho de 2018.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS, M. F. **Visita Domiciliar.** Grupos de estudo em saúde da família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/265043476> Acesso em 06 de junho de 2017.

SILVA, A. L.; SANTOS, N. J.; Concepções e práticas do trabalho e da gestão de equipes multidisciplinares na saúde. Revista de Ciências da Administração, v. 14, n. 34, p. 155-168, dez 2012. Disponível em < https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/2175-8077.2012v14n34p155/23433>. Acesso em: 02 de julho de 2018.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. **Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n.6, p.1187-1193, 2010. Disponível em https://www.researchgate.net/ Acesso em 06 de junho de 2017.





EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

SILVA, S. S.; ASSIS, A. M. M. O cuidar da enfermeira na saúde da família: fragilidades e potencialidades no Sistema Único de Saúde. Rev Esc Enferm Usp, v. 49, n. 4, p.603-609, 2015. Disponível em http://www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em: 28 de setembro de 2016.

VILLELA, W. V.; ARAÚJO, W. V.; RIBEIRO, S. A.; CUGINOTTI, A. P.; HAYANA, E. T.; BRITO, F. C.; RAMOS, L. R. **Desafios da Atenção Básica em Saúde**: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.6, p. 1316-1324, 2009.

ZANETTI, T. G; SAND, I. C. P. V.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; KOPF, A. W.; ABREU, P. B. **Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família**: um estudo de caso. Cienc Cuid Saude, v. 9, n.3, p. 448-455, 2010.