

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO  
DOMICILIAR À SAÚDE:  
CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA**

**CURITIBA  
2006**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**SORIANE KIESKI MARTINS**

**DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO  
DOMICILIAR À SAÚDE:  
CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda

CURITIBA  
2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SISTEMA DE BIBLIOTECAS  
BIBLIOTECA CENTRAL – COORDENAÇÃO DE PROCESSOS TÉCNICOS

Martins, Soriane Kieski

Diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde:  
contribuições da enfermeira / Soriane Kieski Martins. - Curitiba,  
2006.

124f. : il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná,  
Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem

Inclui bibliografia e anexos

1. Enfermagem domiciliar. 2. Cuidados domiciliares de saúde.  
3. Serviços de enfermagem – Organização. 4. Enfermagem –  
Orientação profissional. I. Lacerda, Maria Ribeiro, 1956-. II.  
Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde.  
Programa de Pós Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.73

# **TERMO DE APROVAÇÃO**

**SORIANE KIESKI MARTINS**

## **DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:            Profª. Dra. Maria Ribeiro Lacerda  
                                  Departamento de Enfermagem, UFPR

Profª. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann  
Universidade Federal de Santa Catarina

Profª. Dra. Ivete Palmira Sanson Zagonel  
Universidade Federal do Paraná

**Curitiba, 22 de dezembro de 2006.**

*A duas importantes pessoas em minha história de vida:  
meu marido Paulo e minha filha Mariane.*

## AGRADECIMENTOS

Algumas pessoas marcam a nossa vida para sempre, umas porque nos ajudam na construção, outras porque nos apresentam projetos de sonho e outras ainda porque nos desafiam a construí-los. Por esses motivos, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho, mas gostaria de registrar algumas pessoas, sem ordem de importância, que foram imprescindíveis em minha vida durante a realização do Curso de Mestrado em Enfermagem e na elaboração desta pesquisa.

Agradeço a Deus a força para continuar esta caminhada.

A minha família: pais, irmãos e sogros, em especial, a meu marido Paulo e minha filha Mariane agradeço a compreensão de minhas ausências durante o mestrado.

A meus amigos, em especial, à Ana Maria, Jania e Patrícia, o conforto nas horas mais difíceis.

A meus colegas de turma, em especial, à Samanta, o auxílio na coleta de dados.

A minha orientadora Maria Ribeiro Lacerda, acompanhar-me nesta etapa de minha vida.

Aos participantes deste estudo, especialmente à Raquel Ferraro Cubas, possibilitar a coleta de dados.

Aos membros da banca, o aceite para examinar este estudo.

À Secretaria Municipal da Saúde e aos colegas de trabalho, o respeito, a paciência e o carinho.

Aos professores o incentivo e apoio.

Ao Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem, pelas discussões esclarecedoras.

Ao Programa de Pós-graduação da UFPR, o atendimento sempre solícito e a oportunidade de realizar o mestrado.

Não tenho um caminho novo  
O que tenho de novo  
É o jeito de andar...

(autor desconhecido)



# SUMÁRIO

<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES</b> .....	<b>ix</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>x</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xi</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>7</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>8</b>
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS EM SAÚDE .....	8
3.2 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	11
3.2.1 Princípios Norteadores do Sistema Único de Saúde.....	12
3.2.2 Estrutura Administrativa do Sistema Único de Saúde .....	13
3.2.3 Atenção à Saúde .....	15
3.2.4 Atenção à Saúde no Paraná e em Curitiba .....	19
3.3 ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE .....	21
3.3.1 Atendimento Domiciliar à Saúde: Conceituações.....	23
3.3.2 Impasses no Atendimento Domiciliar à Saúde .....	25
3.3.3 Organização do Serviço de Saúde para o Atendimento Domiciliar .....	27
3.4 PRINCÍPIOS PARA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DE AÇÕES EM SAÚDE NO ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE .....	28
3.4.1 Planejamento .....	29
3.4.2 Atuação de Profissionais da Saúde.....	33
3.5 ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE E SEU CONTEXTO .....	34
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>38</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	38
4.2 SUJEITOS DA PESQUISA.....	39
4.3 ASPECTOS ÉTICOS .....	40
4.4 LOCAL DA PESQUISA .....	41
4.5 COLETA DE INFORMAÇÕES .....	41
4.5.1 Questionário .....	42
4.5.2 Grupo Focal.....	43
4.5.2.1 Desenvolvimento do Grupo Focal.....	44
4.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES .....	47
<b>5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES</b> .....	<b>49</b>
5.1 TEMA 1: RETRATO DO CENÁRIO ORGANIZACIONAL DAS AÇÕES DO ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE NO CONTEXTO PESQUISADO... 50	
5.1.1 Compreensão das Categorias Conceituais do Atendimento Domiciliar à Saúde (ADS) .....	50
5.1.2 Expressões dos Profissionais sobre o Atendimento Domiciliar à Saúde.....	54
5.1.2.1 Determinantes sociais interagindo no atendimento domiciliar à saúde ....	54
5.1.2.2 Recursos humanos e capacitação diante da demanda do serviço.....	56
5.1.2.3 Solicitações e condições de provimento do ADS pelo serviço de saúde..	59
5.1.2.4 Critérios de elegibilidade para o ADS: possibilidades de atendimento pelas equipes .....	64
5.1.2.5 As (im)possibilidades de planejamento para o ADS nas unidades de saúde.....	71
5.1.3 Atribuições dos Profissionais: um trabalho em equipe .....	75

5.2 TEMA II – ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA O ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE .....	79
5.2.1 Avaliando o Indivíduo, a Família e o Contexto Domiciliar para Atuar em Atendimento Domiciliar à Saúde .....	79
5.2.2 O Planejamento do Atendimento Domiciliar à Saúde sob a Perspectiva dos Profissionais .....	83
5.2.3 Ações e procedimentos possíveis no Atendimento Domiciliar à Saúde .....	86
<b>6 DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE.....</b>	<b>89</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>96</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>108</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – REPRESENTAÇÃO DO MOVIMENTO ENTRE AS CATEGORIAS QUE PERMEIAM O ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE .....	91
QUADRO 1 – TEMAS, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMERGIDAS DA COLETA DE INFORMAÇÕES .....	49
QUADRO 2 – DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DO ADS .....	93

MARTINS, S.K.; **Diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde:** contribuições da enfermeira. Curitiba, 2006. 124p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Ribeiro Lacerda

Os objetivos deste estudo são identificar a realidade para a realização da organização do atendimento domiciliar à saúde (ADS) num distrito sanitário, segundo a perspectiva dos profissionais de saúde, e estabelecer diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde. A fim de atender a Resolução 196/96, o projeto de pesquisa passou por aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, em 14 de dezembro do mesmo ano, sob o Protocolo n° 172/2005. Trata-se, portanto, de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, cuja coleta de informações ocorreu em duas etapas, entre abril e julho de 2006. Na primeira, utilizou-se o questionário, um instrumento com a finalidade de originar temas, os quais foram trabalhados na segunda etapa do estudo, através do grupo focal. A amostra compôs-se por 24 profissionais de saúde de diferentes categorias, que atuam na atenção básica em um distrito sanitário da Cidade de Curitiba, no Estado do Paraná. As informações foram analisadas segundo a proposta de categorização, pois as respostas fornecidas pelos participantes foram variadas, o que facilitou a organização e o agrupamento dos temas, e resultou em dois temas centrais: Retratando o cenário organizacional de ações em atendimento domiciliar à saúde, do qual derivaram três categorias Compreensão conceitual das categorias, o trabalho em equipe e as expressões dos profissionais, e desta originou cinco subcategorias: os determinantes sociais interagindo no ADS, os recursos humanos e capacitação diante da demanda do serviço, as solicitações e condições de provimento pelo serviço de saúde, os critérios de elegibilidade, e as (im)possibilidades de planejamento para o ADS. O segundo tema foi a Organização dos serviços para o Atendimento domiciliar à saúde, que resultou em três categorias: Avaliando o indivíduo, a família e o contexto domiciliar para atuar em atendimento domiciliar à saúde, o planejamento sob a perspectiva dos profissionais de saúde e Ações e procedimentos possíveis no atendimento domiciliar à saúde. O enfoque para a busca das diretrizes organizacionais em ADS teve como finalidade fomentar um processo compatível com a literatura, a legislação e sugestões, opiniões, posturas e atitudes de profissionais do serviço de saúde local, no intuito de sustentar que experiências, anseios, expectativas tivessem coerência e aproximação com as necessidades reais da população por eles atendidos. A elaboração de uma proposta normativa de diretrizes ao ADS foi um desafio, uma jornada a partir de identificação e análise de problemas, a qual revelou a necessidade dos gestores de conhecer a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde, para então agir considerando fatores que interferem no ADS, de modo a repercutir na organização local e, conseqüentemente, na realização do cuidado.

**Palavras-chave:** Serviços de assistência domiciliar, enfermagem, organização, prática profissional.

MARTINS, S.K.; **Guidelines to home care organization:** nurses' contributions. Curitiba, 2006. 124p. Dissertação (in Nursing), Federal University of the Paraná.

Adviser: Dr<sup>a</sup> Maria Ribeiro Lacerda

The goals of this research are to identify the reality of home care organization at a sanitary district, according to health professionals' perspective, and to establish outlines to organize domiciliary health attendance (DHA). In order to take care of Resolution 196/96, the research project passed for approval for the Committee of Ethics in Research of the Health Department of Curitiba, in 14 of December of the same year, under the Protocol n° 172/2005. It is a qualitative, exploratory, and descriptive study, and the data collecting happened in two parts, from April to July of 2006. In the first phase, a questionnaire was used as a tool to originate themes, which were treated in the second part, through the focal group. The sample was formed by 24 health professionals from different areas, who work in basic health assistance at a sanitary district in Curitiba, State of Paraná. Information collected was analyzed according to the categorization proposal, because of the diversity of the questionnaire answers. Such variety facilitated organizing and grouping the themes, and as a result two central themes emerged: *Describing the organizational scenery of home care actions*, this theme originated three categories. Conceptual understanding of the categories, the work in team and the expressions of the professionals, and from this five subcategories were originated: the social determinatives interacting in the DHA, the human resources and qualification ahead of the demand of the service, the provisions requests and conditions for the service of health, the criteria of eligibility, and the (im)possibilities of planning for the DHA. As the second theme was the Organization of the services to domiciliary health attendance, that resulted in three categories: Evaluating the individual, the family and the domiciliary context to act in domiciliary health attendance, the possible planning under the perspective of the health professionals and Action and procedures in the domiciliary health attendance. The focus of searching for home care organizational guidelines is to stimulate the development of a care process compatible with the literature, and with the law, taking into account health professionals' suggestions, opinions, and attitudes, in order to defend that their experience, desires, and expectation are close to the patients' real needs. The guideline proposal for home care was a challenge, a journey that started with the identification and analysis of the problems. It revealed the health managers' necessity of knowing the health professionals' reality, to work considering the factors that interfere with domiciliary health attendance, as to improve the local organization, and, consequently, the way care happens.

**Keywords:** Home care services, Nursing, Organization, Professional practice

# 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil passou por mudanças sociais, econômicas e políticas, decorridas de processos de transformações internas e mundiais, e que incluem o crescimento do País, sendo que o perfil demográfico da população e os padrões epidemiológicos brasileiros têm contribuído para essa configuração.

Atualmente, dois aspectos referentes às transformações do processo demográfico e do padrão epidemiológico são o envelhecimento da população e a mudança do perfil de morbimortalidade, ocasionados pelo aumento das doenças crônico-degenerativas e de seqüelas e mortes por causas externas, como violência e acidentes.

Quanto a isso, o Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2004-2007 entende que “o atual quadro demográfico brasileiro é resultado de várias modificações, tais como a queda da fecundidade, a redução da natalidade, o aumento da esperança de vida e o progressivo envelhecimento da população” (BRASIL, 2004a, p.7).

Observa-se claramente que o País passa por transformações em seu perfil demográfico e, entre 1991 e 2000, houve aumento de oito anos na esperança de vida ao nascer, que passou de 60,7 para 68,5 anos. A população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos é de aproximadamente 15 milhões de habitantes, e aumenta consideravelmente o contingente desse grupo etário (BRASIL, 2004a, p.7).

Esses dados demonstram o envelhecimento da população e, em decorrência disso, houve também aumento do número de doenças crônicas, fato que contribui para a alteração do perfil de morbimortalidade do País, pois isso gera maior número de internações hospitalares e evidencia tendência de agravar a situação.

Cabe enfatizar que, embora pessoas de todas as faixas etárias busquem o atendimento dos serviços de saúde, essa necessidade torna-se maior para os idosos, devido às transformações próprias da idade (aspectos biológico, psicológico e social). Isso requer, portanto, assistência particular que considere as perdas específicas do envelhecimento, incluindo-se a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a manutenção e reabilitação do estado de saúde. Uma das

possibilidades de satisfazer essa demanda é o atendimento domiciliar à saúde, que contribui para a reorganização de serviços de saúde.

Sob tal ótica, há enfrentamentos novos nos serviços de saúde, pois:

[...] esses novos consumidores são muitas vezes vorazes por serviços de saúde devido à habitualidade de procurarem a assistência médico-hospitalar e hospitalização como fonte de solução para suas demandas de saúde, e passam, com essa utilização descontrolada, a gerar dificuldades no controle e financiamento dos gastos com a assistência à saúde de nossa população (BRAZ, 2000, p. 2).

Frente à situação e às reformulações das políticas de saúde ocorridas no Brasil nos últimos anos – por meio da modificação do modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico, unicausal, baseado somente no olhar biológico e curativo, acrescido ao avanço de tecnologias e das ciências – a assistência à saúde tornou-se extremamente onerosa para o País.

Nesse sentido, mudanças no sistema de saúde têm permeado o processo de reforma sanitária, na tentativa de estabelecer princípios organizativos e operacionais, tais como redirecionamento do modelo de atenção baseado na epidemiologia e descentralização e regionalização, ou seja, um modelo multicausal e integral, no campo preventivo, em promoção da saúde, alicerçado na atenção básica de saúde (MENDES, 2001).

Historicamente, desde sua formação, a sociedade brasileira valoriza ou privilegia como melhor atendimento à saúde, em detrimento da atenção básica, aquele que dispõe de tecnologias de ponta e de alta complexidade, que se encontra institucionalizado, e o hospital é o *locus* imediatamente procurado, em caso de doença. Culturalmente, os membros da sociedade brasileira herdaram o hospital como melhor caminho para a saúde, mesmo que, em muitas situações, o indivíduo apresente recuperação mais rápida, confortável e com maior autonomia quando atendido em seu próprio domicílio.

Apesar dessa questão em relação à assistência hospitalar, foi necessária a reorganização da prática assistencial à saúde, com a implantação do Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, tendo em vista que a realidade socioeconômica do País e, conseqüentemente, as necessidades atuais da população vêm acarretando estrangulamento do atendimento à saúde. Isso posto, existe tendência à redução de leitos, à otimização deles para casos agudos e

realização de cirurgias e atendimentos ambulatoriais, o que desfoca a atenção hospitalocêntrica, à qual não cabe mais hospitalização prolongada, com vistas à eficiência técnica e equidade de assistência à saúde da população.

É evidente também que somente a intervenção para a recuperação do corpo biológico não responde de forma plena às necessidades de saúde da população. Há demanda para maior atenção à qualidade de vida, promoção da saúde e afirmação da cidadania, em reconhecimento do ser humano, que deve agir e participar como membro do mundo e responsabilizar-se também por ações de respeito e preservação da vida.

Essa configuração de modelo de atenção à saúde tem como ênfase o aspecto social e, mais recentemente, a atenção à família, considerando-se o território, o estilo de vida, a promoção da saúde e seus fundamentos. Assim, muitos indivíduos recebem alta do hospital e vão para casa, com o objetivo de restabelecer-se junto a sua família. No entanto, a lógica embutida nessa estratégia de atendimento, além do reconhecimento de outras necessidades, também inclui a diminuição de gastos públicos com a hospitalização.

Na tentativa de suprir necessidades de atendimento à saúde vivenciadas no País – tais como: o crescente aumento dos atendimentos à população idosa, a portadores de doenças crônicas degenerativas e seqüelas provenientes de doenças ou acidentes; o fato de as pessoas buscarem assistência à saúde intensiva de tecnologia, que gera aumento dos gastos; a mudança do foco curativo para um enfoque na integralidade do ser humano; a intensificação da prevenção de doenças; a promoção da saúde e a necessidade de redução de custos – pondera-se a inserção de novas alternativas de assistência, como a atenção domiciliar à saúde, com ênfase no atendimento domiciliar à saúde e, nessa perspectiva, torna-se importante os serviços de saúde se readequarem para agregar esse modelo.

O atendimento domiciliar à saúde, segundo Lacerda *et al.* (2006), é a modalidade com maior abrangência da atenção domiciliar à saúde. Para Lacerda (2000a), trata-se de uma atividade de acompanhamento às pessoas no tratamento, na recuperação e na reabilitação, que responde às necessidades individuais e familiares, providencia adaptações da estrutura física e auxilia na adaptação da família à situação de cuidado, no contexto domiciliar.



Nessa estratégia,<sup>1</sup> o contexto cultural e social dos indivíduos e das famílias precisa ser entendido, para que se possa realizar atendimento à saúde efetivo, pois os vínculos de cooperação e solidariedade no domicílio são imprescindíveis.

O atendimento ao indivíduo e a sua família em seu próprio ambiente denota importante possibilidade de garantir melhora do nível de qualidade de vida e saúde. No entanto, também existem dificuldades na conformação do sistema de saúde para realizar o atendimento domiciliar, pois, apesar da demanda na atenção à saúde, não houve mudança na estrutura vigente, ou seja, permanecem os mesmos recursos – materiais e pessoais – para suprir as modalidades de assistência. Assim, há, por um lado, crescente carência da população por atendimento e, por outro, a necessidade de organização dos serviços de saúde para absorver essa nova demanda, o que compromete muitas vezes o próprio serviço de atenção básica e a qualidade da assistência prestada.

No Brasil, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) procura seguir princípios como a universalidade, a equidade, a integralidade, a regionalização e hierarquização, a resolutividade, a participação social e a complementaridade do setor privado, na tentativa de viabilizar o acesso ao atendimento à saúde de forma descentralizada, ou seja, “os estados e os municípios têm autonomia política, administrativa e financeira” (CHIORO e SCAFF, 2005, p.9). Há normas e leis para seu funcionamento, que preconizam o levantamento dos problemas de saúde da população e o planejamento de ações de saúde coletivas ou individuais, e exigem assim organização nos diversos níveis de atenção. Dessa forma e com base nos princípios, os gestores do SUS progressivamente percebem a necessidade de implementar estratégias, como formas de atender ou suprimir os problemas identificados na saúde da população.

Nessa percepção, há a necessidade de agregar valores e sentimentos, que, em muitos momentos, foram deixados de lado em detrimento da priorização do financiamento e, conseqüentemente, da ciência e da tecnologia. Então, o domicílio também passa a ter valor fundamental no tratamento e na recuperação dos indivíduos, e isso modifica a estrutura organizacional e a forma de prestar assistência à saúde.

---

<sup>1</sup> *Estratégia* compreende a arte de aplicar os meios disponíveis com vistas à consecução de objetivos específicos ou, ainda, a habilidade de previsão de possíveis reações às ações empreendidas e no direcionamento que as levará ao crescimento (WIKIPEDIA, 2006).

Em virtude disso, o atendimento domiciliar à saúde ocorre em *locus* diferenciado e é passo importante a ser dado, porém, requer ajustes para que se concretize como uma alternativa, pois somente sua implementação não resolverá as atuais demandas. Essa alternativa seria um complemento da reorganização do sistema de saúde, incluindo-se os aparatos de organização normativa, recursos materiais e humanos para sua concretização.

É preciso considerar, ainda, que as especificidades do atendimento domiciliar à saúde são importantes, haja vista que ocorre no domicílio, local de contextos de vida e relações familiares, positivas ou não. A inserção de profissionais de saúde neste tipo de atendimento requer clareza de seus papéis, desempenho, postura e atitude condizentes com a situação do ambiente, o que traz à tona uma gama de relações e conhecimentos profissionais. Requer, também, organização com bases sólidas do serviço de saúde local, área em que o domicílio se situa, no intuito de sustentar as necessidades encontradas pelos profissionais de saúde, no que se refere a treinamentos e capacitações, equipamentos próprios para uso em domicílio ou mesmo na avaliação da viabilidade de manutenção do indivíduo em seu lar, a fim de disponibilizar, se necessário, outras formas de atendimento, incluindo-se o atendimento institucional.

Com a organização dos serviços para o atendimento domiciliar à saúde, pode haver contribuições para a diminuição da sobrecarga existente na rede básica, e principalmente no hospital, e como conseqüência ajuda na eficiência e na eficácia do atendimento à saúde da população. Atuando no domicílio, os profissionais de saúde aproximam-se dos problemas de saúde vivenciados pelo indivíduo e pela família. A partir de diagnósticos, propõem, dentre outras ações, aquelas voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, assim, estimulam o cuidado de si e do outro e a autonomia do indivíduo. Dessa forma, também contribuem para redução da procura dos serviços de atenção básica, o que, conseqüentemente, reflete-se na redução de internamentos, riscos e custos, bem como traz colaborações à qualidade de vida das pessoas e melhora a satisfação das pessoas atendidas. Nessa perspectiva, privilegiam-se a promoção e a prevenção da saúde, a humanização da atenção, a ampliação dos espaços de atuação dos profissionais de saúde, a redução de riscos e a autonomia do indivíduo.

Tal modalidade de atendimento, portanto, requer um olhar crítico, que contemple as atuais necessidades da população, visando não só à eficácia do

sistema de saúde, mas, principalmente, a atender as exigências e necessidades de comunidades. Tal organização deve dar suporte para o indivíduo e sua família, sem significar simplesmente transferência de aparatos do hospital para o domicílio. Nessas circunstâncias, pode ocorrer sobrecarga familiar e até mesmo ônus financeiro, o que exige atenção especial para sua implantação.

Diante do cenário atual de vida e saúde da população e das reformas nas políticas públicas de atenção básica para realizar assistência de forma a valorizar dignamente o ser humano e suas interfaces, busco responder à seguinte questão: Como organizar o atendimento domiciliar à saúde de um distrito sanitário de um município?

Ao responder a essa questão pretendo contribuir com os serviços de saúde, oferecer subsídios às ações e às formas de atuação dos profissionais, de modo a fomentar um processo compatível com essa modalidade de atenção. Busco, ainda, obter maior clareza acerca da co-responsabilidade das instituições e dos profissionais quanto a seu papel no atendimento domiciliar à saúde, de modo a configurar, assim, um pequeno passo para a otimização do modelo de atenção à saúde, lançando um olhar de valor ao ser humano e cooperando com o desenvolvimento de ações coletivas e atitudes que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

## 2 OBJETIVOS

Esta dissertação propõe-se a atingir os seguintes objetivos:

- Identificar a realidade para a realização do atendimento domiciliar à saúde em um Distrito Sanitário, segundo a perspectiva dos profissionais de saúde;
- Estabelecer diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde em um Distrito Sanitário de um município.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Por meio dos conhecimentos existentes na literatura, busco subsidiar com conceitos o estudo ora desenvolvido. Nessa perspectiva, incluo uma breve apresentação das políticas públicas brasileiras e da organização do sistema de saúde no País, que engloba os princípios norteadores e a estrutura administrativa do SUS, bem como a atenção à saúde e a abrangência nacional do atendimento domiciliar à saúde. Acrescento também dados do Estado do Paraná e do Município de Curitiba, considerados relevantes para o presente trabalho.

Na seqüência, discorro sobre o atendimento domiciliar à saúde, os diferentes conceitos e impasses, a organização dos serviços de saúde e os princípios para estrutura e constituição de ações em saúde para o atendimento domiciliar à saúde.

#### 3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS EM SAÚDE

Ao realizar um recorte no levantamento histórico, o fato que destaco em relação à política de saúde no Brasil ocorreu em 1923, com a Lei Elói Chaves, que criou as caixas de aposentadorias e pensões, pois havia problemas principalmente com a saúde do trabalhador e a necessidade de prestar-lhe assistência médica.

A partir do segundo mandato de Getúlio Vargas (1951 a 1954), houve considerável avanço da estrutura hospitalar, e a maioria dos hospitais públicos brasileiros foram construídos nesse período. Ao mesmo tempo, adotava-se cada vez mais o modelo de saúde americano, em que se incorporava tecnologia numa visão de saúde hospitalocêntrica e, naturalmente, de alto custo, que fortalecia a indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares.

Com a tecnologia concentrada nos hospitais, entendia-se que eles fossem o local adequado para cuidar de todos os problemas de saúde, mas ainda predominava a idéia da saúde pública.

O sanitarismo campanhista não respondia mais às necessidades de uma economia industrializada, que foi concebida concomitantemente à mudança da previdência social (CHIORO e SCAFF, 2005).

A III Conferência Nacional de Saúde, de 1963, foi outro fato importante nas transformações no sistema de saúde. Nessa conferência, apareceram as primeiras manifestações que reivindicavam a elaboração de uma política social, época em que se discutiam reformas de base no País. Dentre outros temas, a conferência defendeu a municipalização do sistema de saúde.

Na década de 1970, a assistência médica foi estendida aos trabalhadores rurais, com a criação de uma superestrutura: o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Essa política de saúde permanece até hoje, embora com algumas diferenças. No final da década de 1970, houve aumento do número de leitos e encarecimento dos custos de internação, o que causou declínio no padrão da saúde pública. O primeiro sinal de deterioração do controle da saúde e doença em geral foi a epidemia de meningite em São Paulo, abafada pelo governo militar (MENDES, 1995).

Em 1976, criou-se o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), como instância de aglutinação de massa crítica sobre as questões de saúde, e que envolvia pessoas que estavam nas universidades, nos departamentos de medicina social, e também trabalhadores do próprio sistema, tais como SUCAM, SESP, INAMPS, secretarias estaduais de saúde e outros (MENDES, 1995).

Concomitantemente aos eventos nacionais e às mudanças na legislação, intensificou-se o crescimento da periferia das cidades, por êxodo rural e mecanização da lavoura, e isso pressionou os governos locais no sentido de adotar medidas para o atendimento básico em saúde. Com a exigência social, o poder municipal começou a entrar no sistema de saúde pela primeira vez na história, contudo, sem participar da formulação da política nacional de saúde, tal como a criação das primeiras redes de serviços ou unidades de saúde, principalmente nas capitais.

Como suporte no cenário nacional às necessidades da população, um acontecimento marcante foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1986, a qual contou com a participação da iniciativa privada e também de outras instâncias. Discutiu-se e definiu-se o conjunto de princípios que passaram a ser conhecidos como Princípios da Reforma Sanitária Brasileira (VENÂNCIO, 2005). Dentre seus principais objetivos, destacam-se: universalização do atendimento, equidade, integralidade das ações e descentralização.

Paralelamente ao movimento social de reforma sanitária, surgiu em 1987 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), numa conjuntura bastante adversa. Administrativa e tecnicamente, o SUDS não foi bem-sucedido, mas, no ponto de vista político, foi altamente estratégico, pois na Constituição Federal de 1988 estão sintetizados os princípios elaborados na VIII Conferência Nacional de Saúde (VENÂNCIO, 2005).

Assim, como resultado central da VIII CNS, estabeleceu-se um consenso político que permitiu a adequação do projeto da Reforma Sanitária, caracterizado por três aspectos principais: o conceito abrangente de saúde, saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a instituição de um sistema único de saúde.

Em 1988, com a nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias criaram condições para a viabilização plena do direito à saúde. Com a finalidade de regulamentar o sistema de saúde, editaram-se as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/90 e nº 8.142/90, o Decreto nº 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), em 1991 e 1993 (MENDES, 2001).

Com a Lei nº 8.080/90 foi regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), que agregou todos os serviços estatais, das esferas federal, estadual e municipal, e os serviços privados, desde que contratados ou conveniados, responsabilizados, mesmo sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais (MENDES, 2001).

Na regulamentação do SUS estão as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, enquanto na Lei nº 8142/90 estão descritos a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e os mecanismos de transferências de recursos financeiros na área da saúde. Contudo, segundo Tavolari, Fernandes e Medina (2000), a distribuição de recursos para a atenção domiciliar é insipiente, sendo necessária a vontade política para promover mudança de paradigma e adoção de atenção domiciliar pelo sistema público de saúde.

Logo, a reforma sanitária foi o ápice na nova política de saúde efetivamente democrática, considerando-se a descentralização, a universalização e a unificação, porém, somente com a Constituição Federal de 1988 houve certa garantia resultante dessa luta, com a criação do Sistema Único de Saúde, que se pauta em “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”.

O objetivo maior desse sistema não é simplesmente obter a ausência de doença, mas sim um requisito para o exercício pleno de cidadania, que envolve o indivíduo, o coletivo e o ambiente com todas suas inter-relações (ANDRADE, 2001). Porém, na transferência de recursos ou no financiamento do setor saúde, a arrecadação depende do sistema fiscal, ou seja, arrecadação e distribuição de recursos advindos de impostos, o que torna os poderes estadual e municipal co-responsáveis pelo financiamento, ao contrário do que preconiza o orçamento único previsto na Constituição. Com o SUS organizado dessa maneira, observa-se o estrangulamento dos investimentos referentes à saúde, fator que leva à manutenção do setor saúde nos dias atuais.

### 3.2 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Com a finalidade de compreender como ocorre organização do sistema de saúde no Brasil e considerando-se a amplitude, a heterogeneidade e a complexidade de nosso País, seguem algumas observações pertinentes ao tema.

O Brasil ocupa o quinto lugar no mundo em extensão territorial e o primeiro na América Latina, tem área de 8,5 milhões de km<sup>2</sup>. Nesse espaço, existem diversidades sociais, econômicas, demográficas e culturais, dentre outras. O País está estruturado em três níveis político-administrativos, que compreendem a União, 26 estados, 5.560 municípios e o Distrito Federal, distribuídos em cinco regiões geopolíticas (BRASIL, 2004a).

A política de saúde vigente é estabelecida pelo Sistema Único de Saúde, o qual visa a dar assistência à população com base no modelo de promoção, proteção e recuperação da saúde, e leva em conta os princípios de descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado, na formatação do modelo de atenção à saúde do País.

Segundo o artigo 4º da Lei Federal nº 8.080, o Sistema Único de Saúde é o “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por Órgãos e Instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público e complementarmente pela iniciativa privada” (BRASIL, 1990a).



### 3.2.1 Princípios Norteadores do Sistema Único de Saúde

A descentralização dos serviços no Sistema Único de Saúde ocorre no intuito de viabilizar as políticas públicas do País, cujo sistema de saúde confere aos estados e municípios autonomia política, administrativa e financeira, bem como o estabelecimento de normas e leis para seu funcionamento.

Assim, o sistema de saúde conta com a seguinte subdivisão territorial (MENDES, 2001, p. 52):

Nível estadual: envolve todo o território estadual, centraliza serviços de altíssima densidade tecnológica;

Nível macrorregional: é um território de prestação de serviços, em que são ofertados serviços de maior densidade tecnológica, os quais estão distribuídos pelos pólos secundários de atenção;

Nível microrregional: espaço de relação, negociação e programação entre Secretaria Estadual e Municipal de Saúde; e

Nível municipal: espaço político-administrativo do município, cujo gestor do Sistema Único de Saúde é a Secretaria Municipal da Saúde, a qual deve abarcar no mínimo a atenção primária de saúde.

Assim, há transferência do gerenciamento e da organização dos serviços, tanto da União para os estados como dos estados para os municípios. Contudo, Mendes (1998) explica que, devido às características singulares da organização dos serviços de saúde e à extrema diversidade da população, dos recursos econômicos e da capacidade gerencial dos municípios brasileiros, pode haver perda de qualidade dos serviços, ineficiência e baixa sustentabilidade desse processo.

Soma-se a essa complexidade o fato de o SUS ser regido por princípios relacionados à organização: descentralização; regionalização e hierarquização; resolutividade; participação social; e complementaridade do setor privado, como mencionado.

Chioro e Scaff (2005, p.10) detalham esses princípios:

A **descentralização** é entendida como redistribuição das responsabilidades de ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Parte da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. É uma estratégia para a organização do sistema de saúde

tanto para o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais como de democratização, de forma a possibilitar à população maior controle e acompanhamento das ações.

A **regionalização** e **hierarquização** permitem conhecimento maior dos problemas de saúde da população de área delimitada, favorecem, então, ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. Desse modo, considerando as características de cada região, sejam elas geográficas, epidemiológicas, necessidades da população, dentre outras, o gestor prioriza e planeja as ações de saúde, de forma a atender a população. A partir dessa realidade e lógica, ele organiza os serviços de saúde, em seus diferentes níveis de atenção.

A **resolutividade** é a capacidade do serviço de enfrentar um problema de saúde e resolvê-lo até o nível de sua complexidade, trate-se de problema de saúde coletiva ou individual.

A **participação social** é garantida constitucionalmente por meio de entidades representativas nos Conselhos de Saúde, e os foros de discussão ocorrem periodicamente nas três esferas de governo, mediante as conferências de saúde, com a finalidade de definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde.

A **complementaridade do setor privado**, também definida pela Constituição Federal, ocorre quando, por insuficiência do setor público, há necessidade de contratação de serviços privados, a fim de complementar os serviços de saúde.

### 3.2.2 Estrutura Administrativa do Sistema Único de Saúde

Para organizar de forma ampla os serviços de saúde, desencadeou-se o princípio de regionalização, o qual busca estabelecer a universalização da cobertura e do acesso da atenção às populações, por meio dos distritos sanitários. Conforme Mendes (1995, p.160), “é um espaço geográfico, populacional e administrativo, ao lado da criação de instâncias de coordenação do conjunto de estabelecimentos de saúde, em busca da transformação das práticas sanitárias para obter impacto sobre a situação de saúde da população”.

Faz parte desse processo a territorialização do sistema de saúde, fundamentada no processo de planejamento da vigilância à saúde, ou seja, o reconhecimento do território no município, considerando-se as relações entre condições de vida, acesso às ações e aos serviços de saúde, por meio de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários. A partir dessa apropriação, o gestor define prioridades entre os problemas encontrados, em prol de um planejamento e uma definição de ações, na busca de melhorar as condições de saúde, com eficácia e eficiência política, econômica e social, a fim de reduzir no processo saúde-doença riscos de adoecimento, de seqüelas e de óbitos.

O território, então, passa a constituir um dos elementos chave do processo, ou seja, os distritos sanitários estão intimamente vinculados a determinado conjunto territorial e social, que configura o modo de redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e dos serviços de saúde. Assim, responde às demandas e às necessidades de saúde da população e principalmente colabora para a solução dos problemas de saúde nesse espaço predefinido (MENDES, 1995).

Por outro lado, cabe ressaltar que a descentralização, ou melhor, a transferência da responsabilidade das ações para o âmbito local, tem-se ampliado, o que ocasiona diferenças regionais e sociais e, principalmente, desagrega muitas responsabilidades nacionais e estaduais, particularmente, no que diz respeito a condições de vida. Desse modo, cabe à administração local tomar decisões e executá-las, no sentido de prover as necessidades de saúde da população.

O contexto assim retratado mostra transferência de responsabilidades, a qual vem recebendo críticas, como:

[...] as políticas sociais e de saúde perderam a sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional e estadual, caindo numa visão focalista onde o *local* é privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas eficientes e acordes às necessidades da população [...] onde as pessoas e famílias passam a ser as responsáveis últimas por sua saúde e bem-estar (NORONHA e SOARES, 2001, p.446).

### 3.2.3 Atenção à Saúde

Segundo o SUS e seus princípios, um serviço de saúde está estruturado hierarquicamente a partir dos níveis de atenção, ou seja, varia de acordo com a complexidade e a densidade tecnológica, que influenciam o custo e a viabilidade da solução de problemas. Há uma rede integrada de serviços em diversos níveis de atenção, e a atenção básica é considerada a porta de entrada do indivíduo para esse sistema, cujas ações estão voltadas para prevenção de doenças e promoção da saúde (STARFIELD, 2002).

Para Mendes (1998), a atenção primária estrutura-se descentralizadamente, seu sujeito é coletivo, seu instrumento básico é a epidemiologia e sua oferta deve ser territorializada. Já os níveis secundários e terciários, devido aos recursos diferenciados, têm caráter mais centralizado, o sujeito é o indivíduo, seu instrumento básico é a clínica e sua oferta não necessita de ser territorializada.

A atenção primária também compartilha características com outros níveis de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico), são características de todos os níveis de atenção. [...] A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar (STARFIELD, 2002, p. 28).

Outra divisão hierárquica a se considerar na atenção à saúde são os três grandes campos: assistência, intervenções ambientais e políticas externas ao setor de saúde. Neles enquadram-se todas as ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde, representadas pela promoção, proteção e recuperação, nas quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo.

É importante assinalar que o sistema de saúde necessita de consolidar-se, para que sejam desenvolvidas atividades não somente nos níveis mais básicos, que têm importância ímpar, mas também ações conjuntas nos níveis secundário e terciário, que configurem atividades de média e alta complexidade, bem como no nível quaternário, que visa à reabilitação, limitação do dano, a ações voltadas para a adequada qualidade de vida.

Com essa configuração e com o decorrer dos anos, busca-se melhoria do sistema de saúde. Mesmo passando por diversas fases, o sistema de assistência à saúde resultante é extremamente hospitalocêntrico. Para Mendes (2001), existem muitos obstáculos para consolidação do SUS, que necessita de organização e planejamento que efetivamente contemplem as necessidades da população, com readequação dos recursos, diminuição das desigualdades no atendimento e ampliação da capacidade de atendimento, dentre outros, reconhecendo-o como sistema fragmentado.

Citando a Carta de Ljubljana da OMS de 1996, Mendes (2001) discorre sobre outros impasses.

As reformas com a atenção primária à saúde como uma filosofia, deveriam assegurar que os serviços de saúde de todos os níveis protejam e promovam a saúde, melhorem a qualidade de vida, previnam e tratem as doenças, reabilitem as pessoas e cuidem dos doentes em sofrimento e em estado terminal. Elas deveriam reforçar a decisão conjunta pelo usuário e pelo prestador da atenção e promover a abrangência e continuidade da atenção dentro de seus ambientes culturais específicos (MENDES, 2001, p. 113).

Nesse sentido, a atenção domiciliar passa a ter como um de seus enfoques a contribuição para essa reorganização, partindo do princípio de que várias ações de saúde são desenvolvidas no domicílio por uma equipe de profissionais que primeiramente faz um diagnóstico da realidade, identifica as necessidades e os recursos existentes, o contexto familiar e domiciliar do indivíduo.

O objetivo principal do atendimento domiciliar, para Carletti e Rejani (1996), é a promoção da manutenção ou a restauração da saúde, bem como a adaptação das funções do indivíduo, a fim de favorecer o restabelecimento de sua independência e autonomia, e tornar-se assim complementar ao modelo de assistência hospitalar. Essa modalidade contempla ainda as atuais necessidades de saúde dos indivíduos, ou seja, uma assistência mais humanizada, personalizada e com inserção da família no processo de cuidado.

O atendimento domiciliar à saúde compreende a necessidade de acompanhamento e monitoramento de uma pessoa que carece de cuidados contínuos no domicílio por um período de tempo – curto ou não – com vistas a seu restabelecimento, considerando-se suas necessidades como indivíduo, família e

contexto domiciliar, que subsidiem os ajustes necessários para a realização do cuidado.

Sob essa ótica, há readequação da organização de políticas públicas de saúde para a implantação do ADS, pois existe demanda da população, tendência de diminuição de leitos, fechamento de hospitais e adoção de cirurgias ambulatoriais, o que leva à implementação da atenção domiciliar à saúde, com a finalidade de reduzir custos, contribuir para efetividade e eficácia do sistema de saúde e melhorar a qualidade da assistência.

Ao analisar o contexto nacional no que tange a essa questão, cabe ressaltar que o Brasil conta com 6.012 hospitais e 451.320 leitos hospitalares cadastrados, e desse total 86,5% são destinados ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004a). Ainda, houve redução de 5,73% no número de hospitais a partir do ano de 2002 e queda de 11,01% de leitos hospitalares. Esses dados são de suma importância e devem ser relacionados aos fatos anteriormente citados, como o crescente volume de acidentes, o aumento de doenças crônico-degenerativas e suas manifestações secundárias.

Essa redução no número de leitos hospitalares aconteceu não apenas no Brasil, mas também em outros países, como o Canadá, e também na Europa. Mendes (2001, p.120) refere-se a países da Europa, informando que:

[...] as explicações para a redução desses leitos são várias, mas resultam da combinação da política de contenção de custos, melhor gerência, e do processo de substituição em alguns países e que visa a aumentar os limiares de atenção ambulatorial geral e especializada e a incrementar novos pontos de atenção à saúde intra e extra-hospitalares, o que acaba por reduzir as internações.

Mendes (2001) também explicita que o resultado final será a transformação do hospital em um lugar exclusivo para eventos agudos, e os casos não agudos serão destinados a pontos de atenção à saúde extra-hospitalares.

No entanto, a concentração e a manutenção de tecnologia e especialização no âmbito hospitalar aumentaram o custo da internação, o que mostra a necessidade de reorganizar o sistema de saúde brasileiro.

Nesse sentido, Cruz, Barros e Ferreira (2001, p.1) colocam que “a implantação de serviços de saúde domiciliar pode ser a estratégia que possibilitará

um maior aproveitamento dos leitos hospitalares e um melhor atendimento das necessidades terapêuticas dos grupos humanos da comunidade”.

O desafio do sistema público brasileiro está em integrar a atenção domiciliar com os outros pontos de atenção à saúde do sistema, incluindo as equipes de saúde da família. Além disso, há que se considerar, concretamente, as condições de habitabilidade de grandes contingentes da população brasileira e as condições singulares das famílias das pessoas sob atenção domiciliar. Porque a atenção domiciliar representa, sempre, um custo social e econômico adicional para as famílias que dela se utilizam (MENDES, 2001, p.128).

Frente a essa necessidade e esse desafio, o governo brasileiro aprovou em abril de 2002 a Lei nº 10.424, a qual dispõe sobre a Assistência Domiciliar no Sistema Único de Saúde, em complemento à Lei nº 8.080 (BRASIL, 2002a). Em outubro de 2003, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) propôs uma resolução referente ao regulamento técnico que normatiza o funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar, a qual foi aprovada em 26/01/2006 (ANVISA, 2006).

No Plano Nacional de Saúde (PNS) – um Pacto pela Saúde no Brasil, que contempla ações pertinentes aos anos 2004 a 2007 – há menção à reorganização da prática assistencial, ao fortalecimento da atenção básica, à desinstitucionalização, com o desenvolvimento de modalidades assistenciais alternativas à prática hospitalar, bem como ênfase na humanização do atendimento (BRASIL, 2004a).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde elaborou um documento preliminar sobre as Diretrizes para a Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde, que norteia a organização desses serviços em âmbito nacional (BRASIL, 2004b).

Recentemente, em 19 de outubro de 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.529, em 19/10/2006, que estabelece a internação domiciliar no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006b).

Há, portanto, um movimento em nosso País no sentido de organizar esse tipo de assistência, haja vista a necessidade de normatizar serviços públicos que já incorporaram o atendimento domiciliar à saúde em seu cotidiano.

### 3.2.4 Atenção à Saúde no Paraná e em Curitiba

Diante do panorama até aqui descrito, também é necessário conhecer o cenário estadual (Paraná) e municipal (Curitiba), com a finalidade de compreender as interfaces de cada instância no que concerne à saúde.

No Estado do Paraná, o Censo de 2000 registrou uma população total de 9.563.458 habitantes, sendo 4.826.038 do sexo feminino e 4.737.420 do sexo masculino (PARANÁ, 2005).

Do total da população do estado, 1.135.886 habitantes estão acima dos 60 anos, e perfazem 11,87%. Em 1991, a esperança de vida ao nascer era de 65,71 anos, e passou para 69,83 anos em 2000. Esse indicador é maior do que o indicador do País (68,5 anos). Outro dado importante é que 81,4% da população residem em grandes centros urbanos. No Paraná, em 2004, as principais causas de óbitos foram doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas, nessa ordem (PARANÁ, 2005).

Os dados obtidos da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná, em 2002, indicam 475 hospitais, sendo 119 hospitais públicos, 347 hospitais privados e nove filantrópicos, e um total de 29.351 leitos hospitalares (PARANÁ, 2005).

O estado conta ainda com 22 unidades regionais de saúde, que servem de apoio para os municípios desenvolverem suas ações, e seis unidades macrorregionais de saúde, cujo objetivo principal é articular as regionais de saúde, para que juntas possam solucionar problemas comuns e trocar experiências.

A capital do estado compõe, junto com 28 municípios, a 2ª Regional de Saúde. Em Curitiba, a Secretaria Municipal da Saúde vem, desde o início dos anos 1980, ampliando significativamente sua rede de unidades de saúde (US) e experimentando diversidade em oferta de serviços, de modelos assistenciais e de políticas de saúde que servem de subsídio para a implementação da atenção à saúde em todo o País.

Atualmente, o Município de Curitiba conta com 1.757.903 habitantes, sendo 915.283 do sexo feminino e 842.620, do sexo masculino. Desse total, 149.979 encontram-se acima de 60 anos de idade, o que representa 8,5% do total de habitantes do município. Observa-se que esse indicador é menor do que o apresentado pelo estado (CURITIBA, 2005).



Em 1979, foi criada em Curitiba a Diretoria de Saúde, que integrava o Departamento de Desenvolvimento Social, com propostas de ampliar a rede de unidades de saúde, no intuito de permitir maior acesso da população a esses serviços e dar continuidade às atividades de promoção e prevenção da saúde, que nessa época eram desenvolvidas por profissionais de 10 unidades sanitárias (DUCCI *et al.*, 2001).

Na década de 1980, agregaram-se ao atendimento programado as atividades que já eram realizadas, priorizando mulheres, crianças e portadores de hipertensão.

A I Conferência Municipal de Saúde ocorreu em 1991 e foi marco na história da saúde do município, por elaboração do 1<sup>o</sup> Plano Municipal de Saúde de Curitiba, aprovado pelo Conselho Local de Saúde. No ano seguinte, ocorreu a descentralização de vários setores e a distritalização da Secretaria Municipal da Saúde. Na época, foram criados oito distritos sanitários no município, responsáveis por ações voltadas para vigilância em saúde em uma área definida, e instituídas as autoridades sanitárias locais, ou seja, profissionais assumiram a coordenação de uma unidade de saúde, bem como se tornaram responsáveis por área definida ou área de abrangência daquela unidade de saúde.

A gestão plena teve início em 1998, com dois papéis fundamentais: 1) a gestão do SUS no município, responsabilizando-se pelo recebimento e a distribuição dos recursos financeiros; e 2) o controle, a avaliação e a auditoria dos serviços (DUCCI *et al.*, 2001).

A rede de serviços da Secretaria Municipal da Saúde atualmente é composta por nove distritos sanitários (DS), e é, segundo Kalinowski (2000, p. 41), a estrutura responsável pelo gerenciamento e pela operacionalização dos programas e projetos de saúde de certo número de unidades. Nos distritos encontram-se inseridas 110 US, sendo 47 unidades de saúde com Programa de Saúde da Família, seis unidades de saúde 24 horas, uma unidade de atenção ao idoso, uma unidade de atenção à mãe curitibana. Há ainda um hospital municipal e um laboratório municipal, dentre outros serviços (CURITIBA, 2005).

Com a intenção de implementar ações de vigilância à saúde, adotou-se como experiência a Estratégia da Saúde da Família, em 1992, primeiramente na Unidade de Saúde Pompéia, situada na região sul da cidade. No ano seguinte, na região oeste, implantou-se a Unidade de Saúde São José, com características populacionais e área geográfica diferenciadas da Unidade de Saúde Pompéia.

Segundo Romanó *et al.* (1999), foi uma experiência que deu certo, com várias limitações, mas que aos poucos foram superadas, agregando experiência para a implantação em outras unidades de saúde.

Conforme Romanó *et al.* (1999, p. 55), a implantação do Programa de Saúde da Família no Município de Curitiba iniciou-se nas seguintes regiões:

1992 – primeira experiência na Unidade de Saúde Pompéia;

1995 – toma-se conhecimento do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde. Nessa época, Curitiba contava com cinco unidades de saúde em funcionamento (São José, Palmeiras, Dom Bosco, Jardim da Ordem e Pompéia);

1996, junho – ampliação para 19 unidades de saúde, espalhadas em todos os distritos sanitários, completando 24 equipes.

Exposto de forma breve o cenário atual do sistema de saúde em nosso País, estado e município, bem como a crescente busca de soluções para melhoria compartilhada da atenção à saúde (população e gestores), torna-se relevante compreender o atendimento domiciliar à saúde e seus desdobramentos, uma vez que é caminho para implementar o sistema de saúde em sua integralidade.

### 3.3 ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE

No século XVI, por volta do ano 1540, foram inauguradas várias casas de caridade, e já havia recomendações para a prática do atendimento domiciliar. O enfoque era caritativo e solidário, na maioria das vezes, era executado por mulheres da comunidade ligadas à igreja ou irmãs de caridade. Essa característica foi conservada por muito tempo, posteriormente, esse atendimento desenvolveu-se em diversos países, voltado para prevenção de doenças e promoção da saúde, agregando paulatinamente novos conhecimentos (TAVOLARI, FERNANDES e MEDINA, 2000).

No Brasil, as primeiras atividades domiciliares ocorreram por volta de 1830, com os médicos indo às casas. No início do século passado, a partir de 1920, as visitas eram realizadas por visitadoras sanitárias da Cruz Vermelha Brasileira. Posteriormente, o cientista Carlos Chagas implementou o modelo americano das

enfermeiras visitadoras, no qual os hospitais contratavam as enfermeiras com experiência e prática domiciliar para cuidar das autoridades da época em suas casas, pois a alta burguesia tinha grande resistência ao atendimento hospitalar (ARAÚJO, 2000).

Na década de 1940, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação SESP), o atendimento domiciliar era utilizado para grupos humanos acometidos de doenças como tuberculose, hanseníase, sexualmente transmissíveis e outras, na própria comunidade (MENDES, 2001). Assim, a visita domiciliar passou a ter um caráter fiscalizador, pois considerava-se que estas doenças ocorriam devido as condições da habitação, necessitando de profilaxia adequada, as quais desencadeavam outras ações como a orientação para mudança de hábitos dos moradores e correção dos defeitos da habitação.

A enfermeira visitante passou a ser uma solução para aquelas ameaças urbanas e a visita no local de residência dos cidadãos pobres e doentes, visava o cuidado ao enfermo, orientações a família de como cuidar do caso e como evitar o alastramento da enfermidade.

Ao longo das décadas seguintes, o atendimento domiciliar à saúde propagou-se, inseriu-se em serviços públicos e privados, na tentativa de complementar a assistência à saúde hospitalar, e assumiu conotação diferenciada dos tempos passados, pela forma de gestão, organização e composição de equipes multidisciplinares.

Dessa forma, alguns serviços e localidades se organizaram independentemente de decisão nacional e de diretrizes mínimas para a prática do atendimento domiciliar à saúde. Assim, há vários municípios que buscam alternativas para a implementação e o desenvolvimento desse atendimento, na tentativa de otimizar os recursos financeiros da saúde, tais como as cidades de Londrina, Santos, Campinas e Belo Horizonte, dentre outras.

A Prefeitura de Londrina, uma das cidades pioneiras no atendimento domiciliar no Paraná, implantou o Sistema de Internação Domiciliar no ano de 1996, e tinha como filosofia de trabalho a promoção da melhoria na qualidade de vida dos pacientes e da família, por meio de atendimento diferenciado, de modo a valorizar o ser humano (LONDRINA, 2006). Com características semelhantes, serviços de atendimento domiciliar começam a ser estruturados pelos municípios que percebem a necessidade da população e de serviços de saúde.

### 3.3.1 Atendimento Domiciliar à Saúde: Conceituações

A tentativa de implementar o atendimento domiciliar à saúde em diversos serviços no Brasil tem como característica a adoção de rotinas existentes em outros serviços ou países. Elas nem sempre se adaptam à realidade brasileira, o que é fator preocupante, uma vez que se busca melhor assistência à população, delineamento de fluxo para todos os níveis de atenção à saúde, bem como redução dos custos para o sistema de saúde.

Com essa consideração inicial, torna-se necessária a compreensão dos conceitos pertinentes aos desdobramentos da atenção à saúde domiciliar, no intuito de esclarecer as diferenças entre eles. Para Lacerda *et al.* (2006), existem dificuldades tanto por parte dos profissionais de saúde para distinguir e compreender tais conceitos quanto pelo fato de haver diversidade de definições na literatura.

Conforme diretrizes gerais da Anvisa (2006), a atenção domiciliar é um termo genérico que envolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas no domicílio. O Ministério da Saúde explicita ainda que a atenção domiciliar à saúde surge entre a rede hospitalar e a rede básica, integrando duas modalidades específicas: a assistência domiciliar e a internação domiciliar (BRASIL, 2004b).

Diante dessa exposição, a atenção domiciliar à saúde envolve todos os níveis de atenção à saúde. Embora o cenário da ação terapêutica seja o domicílio, a assistência prestada pode variar conforme o atendimento necessário, desde uma visita domiciliar para educação em saúde ou imunização na atenção primária de saúde até o internamento domiciliar na atenção secundária de saúde ou ainda terciária, que requer assistência especializada com tratamentos complexos e de cunho hospitalar. Os profissionais (do hospital e domicílio) devem manter intercâmbio para implementar ações que facilitem a reabilitação e permitam a recuperação do estado de saúde do indivíduo.

Os grandes objetivos do atendimento domiciliar à saúde são o fornecimento direto de cuidados à saúde aos pacientes em casa e a sensibilização tanto do paciente quanto da família para alcançar as metas de saúde e a independência dos serviços formais de assistência.

Acrescentam Lacerda *et al.* (2006, p. 90) que

[...] a atenção domiciliar à saúde é a modalidade de maior amplitude, sendo um termo mais genérico, que engloba e também representa o atendimento domiciliar, a visita e a internação domiciliares, as quais possibilitam a realização e a implementação da atenção domiciliar, de modo que todas as ações possam vir a influenciar o processo de saúde-doença das pessoas.

Em síntese, segundo a Anvisa (2006, p.2) “a assistência domiciliar é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio”.

Esclarecem Lacerda e Giacomozzi (2005) que tanto os profissionais da saúde como a literatura consideram o atendimento domiciliar a modalidade inserida na atenção à saúde domiciliar, também chamada de assistência ou cuidado domiciliar.

O cuidado, assistência ou atendimento domiciliar, segundo Lacerda (2000a), é compreendido como atividade de acompanhamento a pessoas no tratamento, na recuperação e na reabilitação, que responde às necessidades individuais e familiares, providencia adaptações da estrutura física e auxilia na adaptação da família à situação de cuidado, no contexto domiciliar. O atendimento domiciliar compreende não somente as atividades assistenciais, indicadas após as visitas programadas, mas também atua na prevenção secundária que compreende as ações de diagnóstico precoce e tratamento imediato dos problemas de saúde e das limitações das capacidades.

A visita domiciliar é considerada um instrumento para a realização de assistência domiciliar, no intuito de viabilizar o cuidado, por meio da identificação de problemas, e possibilita conhecer as condições de vida e saúde das famílias (LOPES, 2002). É, também, utilizada para subsidiar intervenções ou o planejamento de ações para promoção da saúde das pessoas, e compreende ações que se iniciam antes e continuam após a visita ao usuário (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001).

A internação domiciliar, segundo o Ministério da Saúde, é uma “modalidade assistencial inserida nos sistemas locais de saúde do SUS integrando as ações da rede básica, urgência e emergência e área hospitalar” (BRASIL, 2006b, p.7). A definição de internação domiciliar proposta pela Anvisa (2006, p.2) esclarece que ela “é um conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada”.

Na Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006, a internação domiciliar é definida como “um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim” (BRASIL, 2006b, p.1).

Compreendo o atendimento domiciliar à saúde, ações possíveis de serem realizadas no domicílio, desencadeadas a partir de avaliação, que considerem as condições individuais, familiares e domiciliares, delineando e propondo ações estruturadas e consensadas entre equipe interprofissional, família e indivíduo, as quais visam o cuidado em todas as suas interfaces quanto a prevenção, tratamento, recuperação e reabilitação do indivíduo, contemplando ainda o acompanhamento e reavaliações constantes com o objetivo terapêutico, de readaptação e restabelecimento da independência e autonomia do indivíduo.

Considero que o ADS permite certa flexibilidade, devido ao indivíduo e sua família participarem e consentirem do planejamento e das ações a serem desenvolvidas, contribuindo para sua eficácia.

### 3.3.2 Impasses no Atendimento Domiciliar à Saúde

O atendimento domiciliar à saúde vem demonstrando ser um dos caminhos aos serviços de saúde. Oferece ao indivíduo e a sua família a possibilidade de manter maior controle sobre o processo de tomada de decisões relacionadas ao cuidado à saúde e a possibilidade de individualização da assistência proposta. Nesse sentido, há tendência crescente de responsabilizar o indivíduo e sua família, aumentando sua participação tanto em assumir algumas situações de cuidado à saúde como em executar o cuidado, com o acompanhamento de profissionais de saúde, no enfrentamento dessa situação, que, até então, em sua maioria, era “absorvida” pelas instituições hospitalares.

Não se pode esquecer que o estado também tem seus deveres relacionados à promoção da saúde, fator que gera responsabilidade e participação também no que é de sua competência, de modo a não sobrecarregar a família nem transferir para ela esse ônus, simplesmente enviando o paciente para o domicílio sem sustentar algumas necessidades, sejam elas materiais, humanas ou outras.

Compactuo com Lacerda *et al.* (2006, p. 7), pois há necessidade de ampliar a compreensão de cuidado, a fim de contribuir, dessa forma, para que “os indivíduos se tornem aptos a produzir sua própria história em relação à saúde, sem desresponsabilizar o estado”.

A redução do custo com a implantação da assistência domiciliar chega a um terço, se relacionada com a assistência hospitalar, relatam Duarte e Diogo (2000). Isso explica, de certa forma, o desejo de alguns serviços de readequar a organização de seus serviços de saúde.

Os gestores e administradores hospitalares buscam otimizar as internações hospitalares e racionalizar o tempo de internamento, estimulando a diminuição dos custos e possibilitando o atendimento à demanda reprimida.

Salienta Braz (2000, p. 3) que “este progressivo e desordenado crescimento da assistência domiciliar à saúde é um fator de preocupação no que se refere à qualidade da assistência, em especial pela inexistência de normatização e/ou regulamentação própria para esta atividade”. Acrescenta, ainda, nessa perspectiva, que “a complexidade deste processo e das novas tecnologias que estão sendo transferidas para o domicílio deve ser tratada de forma criteriosa, sistematizada”, pois não pode ser visualizada apenas como uma alternativa para redução de gastos dos serviços, uma vez que envolve seres humanos, os profissionais, o indivíduo, a família que necessita desses cuidados, portanto, envolve preparo, formação, além de recursos materiais próprios.

O atendimento domiciliar à saúde está em crescimento, não apenas devido ao aumento da longevidade da população, mas também pela necessidade de se “desospitalizar” a atenção à saúde da população. O cuidado no domicílio exige planejamento atento das ações, com base nos objetivos assistenciais, no diagnóstico de saúde e também nas condições familiares sob as quais se encontra o paciente, sem mencionar a qualidade de atendimento afetivo que o paciente recebe quando é abrigado em sua casa, onde há maior envolvimento do cliente com sua família, maior participação no planejamento e na execução dos cuidados necessários desenvolvidos de forma individualizada e, assim, com responsabilidades distribuídas.

A família em sua estrutura é considerada aquela que tem maiores condições de oferecer bem-estar ao paciente sob diversos pontos de vista, em especial, o afetivo. Isso é comprovadamente responsável pela aceleração de um processo de

melhora da saúde, pois oferece um alicerce que outros ambientes não têm e que, sempre que possível, deve ser mantido. Assim, evita-se a segregação entre pacientes e suas famílias, como condição a mais de melhoria da saúde, e resgata-se a posição da família como importante unidade de cuidado de seus membros (LACERDA e OLINISKI, 2005).

Outro aspecto a se considerar diz respeito ao ônus das famílias ao assumir inteira ou parcialmente o paciente em seu domicílio, pois, na maioria das vezes, não têm condições financeiras, estruturais e preparo para arcar com a situação. Sabe-se que, embora as famílias tenham papéis e funções, seu principal valor são os relacionamentos. Esse grupo social ou instituição está em processo de contínua mudança e essa interação pode variar conforme o momento de vida dessa família (LACERDA, 2000a).

O fato de um parente necessitar de cuidados no domicílio pode interferir no andamento natural do viver da família e, dependendo do papel que ele tenha nesse contexto, o adoecimento pode influenciar em maior ou menor proporção esse processo.

Tendo em vista que o domicílio não tem as tecnologias hospitalares, pessoas habilitadas, condições locais apropriadas, agregando-se ainda o fator emocional e financeiro, considera-se também relevante a organização e o suporte familiar para assumir o cuidado. Importante também é a organização do atendimento domiciliar à saúde oferecido por profissionais de saúde e suas interfaces nas diversas instâncias envolvidas.

### 3.3.3 Organização do Serviço de Saúde para o Atendimento Domiciliar

O atendimento domiciliar à saúde traz em sua configuração a necessidade de novos saberes e novas ações das equipes de saúde, de modo a valorizar as características do trabalho voltadas para a integralidade, intersubjetividade e o cuidado centrado nos indivíduos, na família e no contexto das residências.

Os cuidados domiciliares, segundo Mota *et al.* (2005), trazem implicações que requerem o ensino e o serviço voltados para a reorganização das práticas de saúde. Considerando-se o atendimento domiciliar mais uma estratégia no modelo assistencial das políticas públicas em saúde, pressupõem-se novas demandas e necessidades para a formação de profissionais.



O Sistema Único de Saúde no Brasil vem se consolidando e aos poucos mostra uma visão de saúde em evolução, inserida numa realidade também em construção. Essa consolidação exige em sua base repensar o processo de trabalho, a organização das tecnologias frente a novas exigências, e, para tanto, é preciso que o profissional de saúde esteja preparado para realizar o atendimento domiciliar à saúde.

Consideram Mota *et al.* (2005, p. 2) que reverter o modelo assistencial implica “buscar uma assistência integral, equânime e que garanta a qualidade de vida e autonomia dos sujeitos no processo. Nessa construção, é preciso ter clareza da corresponsabilidade do Estado, da sociedade e dos usuários, individual e coletivamente, na produção da saúde”.

O atendimento domiciliar à saúde deve seguir alguns preceitos no sentido de que esse caminhar organizacional envolva as instâncias necessárias, mas, principalmente, que essa meta ocorra de forma humanizada e ainda conte com a participação dos envolvidos, compondo, assim, um sistema organizacional de cuidados, pois:

[...] mostra momentos de passagens de vidas humanas em movimentos/ondulações, tendo os deslocamentos, os impulsos, as animações, os dinamismos próprios, os altos e baixos ou subidas e descidas, as sinuosidades ou flexuosidades ou tortuosidades como possíveis propriedades da vida deste sistema, que permite o calor de seus movimentos, a dinâmica de seu trabalho, a realização da existência da vida humana, dos movimentos-ondulações do ser-acontecer de momentos singulares... é contingencial por ser variada na sua disposição relacional e por operar em condições variadas (ERDMANN, 1996, p. 123).

Nesse sentido, procurei, de maneira didática, apresentar a estrutura da organização de ações em saúde, tendo como base o planejamento e a atuação dos profissionais, os quais serão abordados nos próximos subtemas.

#### 3.4 PRINCÍPIOS PARA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DE AÇÕES EM SAÚDE NO ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE

O objetivo deste subcapítulo é expor princípios básicos que regem a organização de um serviço de saúde. Nele discorro sobre a importância do

planejamento e destaco a atuação de profissionais, por meio de atribuições que lhes são específicas em atenção básica à saúde.

### 3.4.1 Planejamento

A estruturação de um serviço ocorre a partir do diagnóstico da realidade e de um planejamento adequado, considerando-se todas as variáveis possíveis nesse processo. A identificação e a análise dos problemas podem subsidiar e qualificar as decisões e ações dos profissionais de saúde e gestores, de modo que haja participação, no intuito de alcançar metas com resolutividade, efetividade, considerando-se as vantagens e desvantagens para todos os envolvidos (KURCGANT, 2005).

Nessa perspectiva, dá-se a partida para o processo de planejamento, que segundo Kurcgant (2005, p.38) é definido como “a arte de fazer escolhas e elaborar planos para favorecer um processo de mudança”. Para essa escolha é importante o conhecimento da realidade, a fim de possibilitar o processo de planejamento, favorecer o alcance do objetivo proposto, pois “envolve um conjunto de planos que variam desde o detalhamento das atividades cotidianas, no nível operacional, até as estratégias políticas”.

A definição de planejamento de Kron e Gray (1994, p. 105) é “a predeterminação de um curso de ações destinadas a chegar a um resultado desejado”.

Planejamento, então, é o ato ou processo de estabelecer objetivos (metas), diretrizes (princípios orientadores) e procedimentos (metodologias) para uma unidade de trabalho. Como resultado desse processo forma-se um plano (WIKIPEDIA, 2005).

Vale ressaltar que o planejamento não é um processo estanque, fechado, mas deve considerar possíveis imprevistos e permear, flexibilizar decisões e ações conforme o dinamismo e a resposta que a realidade solicita, exigindo atitude ativa dos profissionais envolvidos e principalmente dos gestores.

O processo deve direcionar a atenção aos objetivos da organização, utilizando os recursos da melhor forma e propiciando melhor controle, ao relacionar e avaliar as informações obtidas pelo conhecimento da realidade, ordenando de

forma lógica o desencadear de ações a serem executadas num prazo preestabelecido.

O processo de planejamento requer algumas fases descritas por Kurcgant (2005, p.42):

- a) Diagnóstico: compreende o conhecimento do sistema todo, tanto da parte técnica, que diz respeito aos equipamentos, recursos existentes, área física dentre outros, extremamente importante por ser o responsável pela eficiência potencial da organização, quanto a parte social, referente a relações entre os elementos responsáveis pela execução das tarefas e conseqüentemente a transformação da eficiência potencial em eficiência real, devendo ambas estar em constante inter-relação;
- b) Determinação de objetivos: essa fase é importantíssima, pois se tomam as decisões e desencadeiam-se as ações a partir dessa definição. Os objetivos numa instituição consideram certa hierarquia organizacional, na qual predominam os objetivos institucionais, os objetivos dos departamentos, dos serviços, das seções até os objetivos operacionais.

É a partir dos objetivos mais amplos que uma instituição passa a definir suas políticas e diretrizes, metas, programas, procedimentos e normas, segundo uma abrangência que vai de uma amplitude maior (planos estratégicos e táticos) para outra menor e mais detalhada (planos operacionais) (KURCGANT,2005, p.45).

A hierarquia de planejamento, em instituições de saúde, contém os seguintes elementos, conforme expõem Marquis e Huston (1999, p.88):

**Missão:** identifica a razão pela qual uma organização existe, seu propósito ou sua razão de existir. Segundo Pagnocelli e Vasconcellos Filho (1992), a missão é a expressão da razão da existência da empresa. Em ambiente em crescente mutação, é fundamental dotá-la de flexibilidade para que possa acompanhar as mudanças ambientais;

**Filosofia:** origina-se da declaração de missão ou razão e determina o conjunto de valores e convicções que direcionam todas as ações da organização;

**Meta:** resultado desejado no sentido em que o esforço é direcionado. A meta é o objetivo da filosofia, resultado a ser atingido no futuro.

**Objetivos:** são similares às metas, pois motivam os indivíduos a um

fim específico e são explícitos, mensuráveis, observáveis ou restauráveis e alcançáveis. São mais mensuráveis do que as metas, pois identificam como e quando a meta deve ser atingida. Podem indicar vários desfechos desejados, necessários para atingir uma meta predeterminada;

**Política:** são planos ou instruções que dirigem uma organização na sua tomada de decisões. É desenvolvida para evitar problemas previsíveis ou recorrentes;

**Procedimentos:** são planos que foram reduzidos a uma seqüência de ações necessárias. São descrições das medidas a ser tomadas para atingir um objetivo, dentre elas, a descrição do desempenho dos profissionais;

**Normas:** são planos que definem ações específicas ou não-ações. Descrevem situações que permitem apenas uma escolha de ação.

- c) Estabelecimento de prioridades: ao definir os objetivos com base no diagnóstico efetuado, desencadeiam-se ações, que devem ser realizadas, com prioridade para aquelas que mais propiciam o alcance do resultado esperado;
- d) Recursos disponíveis: nessa fase, faz-se o levantamento dos recursos necessários para implementar as ações propostas, considerando-se os recursos disponíveis e os necessários, dentre eles, humanos, materiais, físicos e financeiros. A lógica do gerenciamento de recursos materiais consiste em colocar recursos necessários para o desenvolvimento das atividades, com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com custo baixo, tanto nas instituições públicas que lidam com orçamentos restritos como nas privadas, sujeitas às regras do mercado (KURCGANT, 2005). Para realização do atendimento domiciliar à saúde, existe necessidade de o serviço incrementar alguns recursos materiais, tendo em vista a especificidade do atendimento e a necessidade de adaptações no domicílio. Nessa perspectiva, além de um planejamento de ações, requer também o planejamento de recursos financeiros, pois se trata de uma modalidade da atenção domiciliar de âmbito ambulatorial, que necessita de recurso material

- e pessoal;
- e) Estabelecimento de plano operacional: é importante que todos os envolvidos tenham conhecimento do processo de planejamento, principalmente de seus objetivos, da amplitude, do tempo, e das ações a ser desenvolvidas;
  - f) Desenvolvimento: diz respeito ao desenvolvimento, à aprovação e execução do plano; e
  - g) Aperfeiçoamento: compreende a avaliação e o replanejamento das ações desenvolvidas. Assim como o processo de planejamento não é estanque, a avaliação também não o é. Deve ocorrer de forma contínua e paralela, permear cada uma das fases, localizar possíveis falhas e permitir correção. É importante por permitir a identificação do alcance dos objetivos propostos.

Portanto, por meio do planejamento municipal, da integração dos serviços necessários para o atendimento domiciliar à saúde e considerando-se ainda todos os passos acima explicitados, poderia ter-se a base para o desenvolvimento de ações. Estabelecer esse alicerce e a clareza de papéis em vários âmbitos (nacional, estadual, municipal e até local) contribui para atuações efetivas de parcerias inter e intra-setoriais, como também de apoio aos profissionais de saúde, para o encaminhamento de diversas situações problema identificadas e passíveis de solução durante o atendimento domiciliar à saúde.

Seguindo os princípios do SUS, o planejamento de ações de um município deve ocorrer com a participação da população, a partir dos problemas por ela vivenciados. Desse modo, auxilia-se e estimula-se também a co-participação no cuidado de si, da família e da comunidade, principalmente no que diz respeito ao atendimento domiciliar à saúde, por meio de grupos voluntários, igrejas, associações de moradores, dentre outros, que se tornam uma das sustentações nesse contexto.

Segundo Santos (2005, p. 22), “o atendimento domiciliar à saúde cria um vínculo de melhora com a população e a estimula a conhecer seus direitos e a utilizá-los de forma adequada e na hora certa”. Pode-se dizer que o vínculo é uma aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, que facilita a assistência à saúde, o conhecimento dos problemas desse local, a promoção da educação em saúde, e auxilia a população na melhor forma de resolver seus problemas.

Esses são alguns fatores em termos de planejamento para organização do atendimento domiciliar à saúde no município, porém, para sua concretização, muitos esforços deverão somar-se, como a ação dos profissionais e da família, os quais são abordados na seqüência.

#### 3.4.2 Atuação de Profissionais da Saúde

A qualificação dos profissionais e a insuficiente clareza do papel deles e das atividades a ser desenvolvidas no atendimento domiciliar à saúde podem comprometer a assistência, bem como dificultar a atuação tanto do profissional como da equipe, pois se trata de um atendimento ímpar, em que profissionais devem sentir-se preparados tecnicamente, emocionalmente, ter clareza de objetivo e principalmente de seu papel, já que, dependendo da circunstância encontrada no domicílio, requer-se atitude diferenciada daquela que os trouxe ali.

No que diz respeito a trabalho em equipe, Duarte e Diogo (2000, p. 12) referem que:

O atendimento domiciliar é pouco presente no meio acadêmico, o desenvolvimento do trabalho em equipe também o é, e este é reconhecidamente um exercício muito difícil, porque engloba o autoconhecimento e o heteroconhecimento (pessoal e profissional) acompanhados de uma noção clara dos limites de cada um e dos objetivos que unem o grupo.

O atendimento domiciliar à saúde implica ações de trabalho em equipe multiprofissional, e tem como norte um olhar de interdisciplinaridade, que concilia tecnologias, saberes e uma nova visão do trabalho em saúde.

Assim, Duarte e Diogo (2000, p. 12) enfocam que uma equipe não é representada pela “junção de vários profissionais com seus conhecimentos específicos, mas sim pelo trabalho destes em prol de um objetivo comum em que seus conhecimentos específicos são complementares e não concorrentes entre si”.

Soma-se a isso ainda, a necessidade de o profissional mudar seu olhar estritamente biológico, centrado em ações de âmbito hospitalar, para um enfoque que envolva a equipe, o indivíduo, seu contexto socioeconômico e cultural, sua história, experiência de vida e suas relações interpessoais.

O entendimento do profissional sobre seu papel frente às situações macrossociais, que envolvem desde a formação focada na doença, as mudanças que ocorrem no perfil da população nacional, a forma de organização dos sistemas de saúde e a necessidade da reformulação nesse âmbito, pode ajudar na compreensão desse movimento e, conseqüentemente, propiciar o desenvolvimento de suas ações.

### 3.5 ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE E SEU CONTEXTO

A organização do serviço para o cuidado domiciliar depende da estruturação que a equipe multiprofissional adota para realizar o atendimento domiciliar à saúde. Para isso, ela deverá considerar a organização do serviço e o contexto em que esse atendimento ocorrerá, para então desencadear um planejamento adequado para a realização do cuidado.

O contexto familiar engloba questões sociais, econômicas, culturais e relacionais. Também, revela uma perspectiva especial, a qual deve ser observada pelo profissional ao realizar o atendimento domiciliar à saúde, considerando-se os padrões culturais do indivíduo, da família e da comunidade, respeitando-se seus valores, suas crenças, tradições, seus hábitos, sentimentos, suas necessidades, a fim de enaltecer a humanização e despir-se de preconceitos dos profissionais frente às situações encontradas com o indivíduo, a família e o contexto domiciliar.

Sobrepõem-se a esses fatores as necessidades da família percebidas diante do adoecimento de um de seus membros, as modificações e os ajustes familiares e no domicílio, em busca de seu restabelecimento. Desse modo, o profissional e a equipe, imbuídos desse conhecimento, devem estabelecer um vínculo com os membros envolvidos e desenvolver co-responsabilidade no cuidado, visando a melhorar a qualidade do bem-estar do indivíduo e de sua família.

Reforça Leal (2005, p.2) que o sucesso da assistência à saúde está em “olhar o indivíduo em seu contexto familiar, visualizando e considerando seu meio social, suas inserções, seu local de moradia, seus hábitos, crenças, relações e qualquer outra coisa ou situação que faça parte de seu existir e estar no mundo”.

Toda e qualquer abordagem ao indivíduo e a sua família, além de seguir os preceitos éticos, também deve ser entendida como um processo único, pois, para

realizar o atendimento domiciliar de forma efetiva, os vínculos de cooperação e solidariedade entre o cuidador, profissionais, indivíduo e família são imprescindíveis.

Pensando nessa totalidade, Lacerda (2000a, p.80) explicita que o cuidado domiciliar tem “forte conotação de atenção à humanidade dos seres envolvidos, pois está adentrando em seus redutos, seus ninhos, suas intimidades e a abordagem que se instala é no sentido do relacionamento interpessoal, com forte caráter humano”.

O atendimento domiciliar à saúde tem como base a comunicação e o bom relacionamento, pois é por meio de linguagem clara e acessível que deve ocorrer toda a orientação sobre o estado do paciente, sobre os cuidados a ser executados pela família ou por ele próprio. O bom relacionamento abre portas para a confiança mútua e o esclarecimento de dúvidas.

Ainda segundo Lacerda (2000a, p. 22), “no contexto domiciliar, ocorre o cuidado relacional e/ou terapêutico, numa interação, evidenciando-se, além de aspectos técnico-científicos, também os afetivos empáticos e de relação de ajuda”. O êxito do atendimento domiciliar à saúde está principalmente na relação de confiança que se estabelece não só entre profissional e indivíduo, mas entre profissional e a família/cuidador domiciliar. Estabelecida a interação e confiança, há busca conjunta por saúde individual e familiar, que facilita o enfrentamento dos desafios encontrados pelo indivíduo e pela família e aumenta a independência, a autonomia e o bem-estar dos envolvidos.

O domicílio é um ambiente do indivíduo e de sua família, que tem dinâmica, organização e características próprias. Assim, ao adentrar esse local, o profissional deve ter essa percepção e, ao mesmo tempo, respeitar essa organização, pois normalmente o ambiente tem uma história própria para aquela família. Lacerda (2000a, p.26) acrescenta que:

O contexto da casa não se reduz ao seu espaço físico cuja importância é crucial para o desenvolvimento positivo do cuidado. Muitas vezes há de se adaptar às necessidades do cliente e às do cuidador (família e/ou enfermeira). O contexto deve ser percebido com um significado mais amplo, pois é um conjunto de coisas, eventos e seres humanos correlacionados entre si e de certo modo, cujas entidades representam caráter particular e interferente mútuo e simultâneo.

Assim, esse contexto tem amplo sentido para o ser humano e a família. É um dos alicerces que favorecem ou não suas interações, que compõem uma história de



vida impregnada de significados que podem afetar de uma forma ou de outra as relações e o cuidado ali realizado. O atendimento domiciliar à saúde pode de algum modo exercer uma série de efeitos diretos e indiretos no indivíduo.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b, p.7) salienta que “assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade, reconstruindo relações e significados”.

Enfatiza Lacerda (2000a, p. 70) que “as interações e ações que se vivencia no contexto da casa, com clientes e familiares, possibilitam ao profissional a aquisição do aprendizado”. Ainda, “servem de referência e arcabouço para compor o conhecimento necessário dos diferentes contextos domiciliares que se encontram ao vivenciar o atendimento domiciliar à saúde”.

Procura-se respeitar os hábitos, o estilo de vida e os costumes familiares, fatores essenciais, pois novas situações serão experienciadas pelo indivíduo ou por sua família, como o próprio tratamento e a presença freqüente de um ou mais profissionais da equipe nesse ambiente.

O aporte de conhecimento adquirido permite, segundo Leal (2005), a conexão entre o cuidado do indivíduo e o contexto familiar para o cuidado integral da pessoa doente.

Inclui-se o cuidado à família na compreensão de seu papel e de ela estar disposta a colaborar com a equipe. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b, p.7) recomenda que “toda família esteja ciente do processo de cuidar da pessoa assistida, comprometendo-se junto com a equipe na realização das atividades a serem desenvolvidas”.

Desse modo, participação familiar torna-se fator essencial para esse tipo de atendimento. Para Lacerda (2000a, p.145), “a família é uma das bases para que o cuidado domiciliar aconteça, e sem sombra de dúvidas é preciso que ela tome parte, se envolva, se disponha a participar do cuidado de seu familiar”. Em sua ausência, deve-se tentar resgatá-la ou identificar rede de apoio na própria comunidade.

As estruturas familiares sofrem as conseqüências do mundo moderno, contudo, a história, o vínculo, os significados, a sensibilidade são muitas vezes aflorados ou não frente às necessidades de um membro da família doente. Assim, ao estabelecer as diretrizes para o atendimento domiciliar à saúde, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) enfoca que a primeira condição para que ocorra a

assistência domiciliar é o consentimento da família e a existência do cuidador domiciliar.

Portanto, sendo esse fator preponderante, cabe ao profissional e à equipe ter clareza de tal aspecto e identificar um parente ou pessoa significativa nesse contexto, com condições de assumir as tarefas de cuidado do indivíduo doente. Suas atribuições “devem ser pactuadas entre indivíduo, família, equipe e cuidador, democratizando saberes, poderes e responsabilidades” (BRASIL, 2004b, p.8). Existem dois tipos de cuidadores: o formal e o informal (BRASIL, 2004b). O cuidador formal presta cuidados de saúde ou serviços sociais para outros, em função de sua profissão – são os profissionais de saúde –, e usam as habilidades, a competência e a introspecção originadas em treinamentos específicos. Geralmente, os cuidadores formais recebem compensação financeira por seus serviços, mas, algumas vezes, não a recebem, na condição de voluntários de organizações, grupos ou particulares.

O cuidador informal (família ou leigo) realiza tarefas e não tem formação na área da saúde. Geralmente, o serviço é prestado quando existe algum tipo de relacionamento, normalmente, retrata uma expressão de amor e carinho por um membro da família, amigo ou simplesmente por outro ser humano em necessidade. Os cuidadores auxiliam a pessoa que é em parte ou totalmente dependente de auxílio em seu cotidiano, em atividades como: vestir-se, alimentar-se, higienizar-se, deambulação, administração de medicamento, preparação de alimentos, dentre outros.

O cuidador informal, familiar ou não, por meio da realização de suas tarefas, tenta auxiliar o indivíduo em sua qualidade de vida. Todavia, é importante lembrar que o cuidador pode encontrar-se também em situação de fragilidade, seja por questões da situação recém-instalada, por questões físicas pessoais e até familiares, e isso se traduzir em sentimentos de bem-estar ou insatisfação pelo novo papel assumido. Isso posto, cabe aos profissionais perceber e desencadear ações de suporte, auxiliando a família a adaptar-se à situação, sem sobrecarregar um único membro dela.

## 4 METODOLOGIA

Neste capítulo, descrevo a trajetória metodológica da pesquisa, delineando os passos seguidos para compor este estudo.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Este trabalho exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, visa a propor diretrizes de organização do atendimento domiciliar à saúde, considerando os dados mais significativos, com enfoque na qualidade das informações.

A pesquisa qualitativa é fator coadjuvante na tentativa de entender de forma detalhada os significados e as características que permeiam o objeto do estudo. Para tanto e com base em Chizzotti (1998, p.79), “a pesquisa qualitativa parte do princípio de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”. Utiliza-se a pesquisa qualitativa no intuito de reduzir a distância entre indicado e indicador, entre teoria e dados, entre contexto e ação (TOBAR e YALOU, 2003).

De acordo com Tomasi e Yamamoto (1999, p.24), esse tipo de pesquisa tende a salientar aspectos dinâmicos, na tentativa de apreender tais aspectos em uma totalidade, no contexto daqueles que os estão vivenciando.

A pesquisa qualitativa trabalha com dados não quantificáveis, coleta e analisa materiais pouco estruturados, e narrativos, e requer o envolvimento máximo do pesquisador, evitando controlar a pesquisa, permitindo que o estudo ocorra de forma natural. Este tipo de pesquisa produz grandes quantidades de dados narrativos, o que dispensa grandes amostras (FIGUEIREDO, 2004, p. 107).

Ao adquirir informações sobre o objeto de estudo, familiarizando-se com o fenômeno ou tendo maior percepção sobre ele, aprofundando a investigação, será possível estabelecer diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde, e assim contribuir com os serviços de saúde.

O método exploratório-descritivo foi escolhido devido a suas características que permitem conhecer e compreender os múltiplos aspectos envolvidos para a organização do atendimento domiciliar à saúde, propiciando um processo de construção e participação. A principal finalidade da pesquisa exploratória, segundo Gil (1999, p. 43-44), “é desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, as quais proporcionam uma visão geral acerca de determinado fato”. Já a pesquisa descritiva, sob a ótica do mesmo autor, tem como objetivo “a descrição das características de determinado fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”. O método exploratório-descritivo procura explorar um problema ou uma situação, no intuito de subsidiar critérios ou a compreensão acerca de um assunto, bem como descrevê-los, classificá-los e interpretá-los.

#### 4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa teve como sujeitos 24 profissionais de saúde que atualmente integram os recursos humanos de unidades de saúde do Distrito Sanitário de Santa Felicidade, da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, que atuam na assistência (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) ou na gestão (autoridade sanitária local) e que concordaram em participar do estudo, em consonância com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002b).

Foram utilizados como critérios para participar da pesquisa: profissionais lotados em diferentes unidades de saúde desse distrito, com ou sem o Programa de Saúde da Família, de diferentes categorias ou modalidade de atuação e com no mínimo dois anos de trabalho em saúde coletiva. Esse é um ponto de extrema importância, pois permite a identificação e a compreensão de diversas percepções sobre o objeto de pesquisa, com uma contribuição singular de cada participante.

A pesquisa dividiu-se em duas fases de coleta de dados: o questionário e o grupo focal.

Primeiramente, foi enviado via malote da Secretaria Municipal da Saúde o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), juntamente com o questionário (Apêndice B), para quatro sujeitos (um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um médico e a autoridade sanitária local), em cada uma das 10 unidades de saúde que compõem o Distrito Sanitário de Santa Felicidade, sendo destas 5 com Programa da Saúde da Família. O total de questionários enviados foi

40, no intuito de compor um grupo de 10 enfermeiros, 10 auxiliares de enfermagem, 10 médicos, e 10 autoridades sanitárias locais. No entanto, apenas 24 profissionais aceitaram participar do estudo e responderam ao instrumento.

Entre os sujeitos pesquisados, 17 são mulheres, que predominam na categoria de enfermeiras e auxiliares de enfermagem, e sete são homens, que predominam na categoria médica. O tempo mínimo de trabalho em saúde coletiva entre os profissionais participantes é entre dois anos e 17 anos.

Na segunda fase – o grupo focal – foram convidados os 24 profissionais que participaram da primeira etapa. No primeiro grupo focal, houve a participação de oito profissionais, sendo três autoridades sanitárias locais, três enfermeiras e duas auxiliares de enfermagem. Um participante é do sexo masculino, na categoria de autoridade sanitária local.

No segundo grupo focal, houve participação de 12 profissionais de saúde, dentre os quais cinco são autoridades sanitárias locais, quatro são auxiliares de enfermagem e três são enfermeiras. Nesse grupo, houve participação de dois profissionais do sexo masculino, ambos autoridades sanitárias locais. Quatro profissionais participaram dos dois grupos e oito dos profissionais que responderam o questionário não compareceram ao grupo focal.

#### 4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Segundo as normas estabelecidas com a aprovação da Resolução n° 196/96, todas as atividades relacionadas à saúde, assim como as pesquisas, são regulamentadas por preceitos éticos que estabelecem a existência de um processo para realização delas. A fim de atender a tais preceitos, o projeto de pesquisa passou por aprovação do Colegiado do Programa da Pós-graduação em Enfermagem, nível de mestrado, do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, no dia 26 de outubro de 2005. Em seguida, sob o Protocolo n° 172/2005, o projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, em 14 de dezembro do mesmo ano (Anexo).

O projeto foi submetido ainda à banca de qualificação em 09 de março de 2006, nas dependências do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sendo aprovado e registrado em ata do Programa de Pós-Graduação em

Enfermagem.

Na seqüência, iniciei a coleta de informações, que ocorreu após explicação aos profissionais sobre os objetivos da pesquisa, a qual constava também no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Ao aceitar participar da pesquisa, cada profissional assinou esse documento. A finalidade foi esclarecer sobre a participação voluntária, a garantia da confidencialidade, o sigilo dos relatos, a preservação da identidade e a gravação dos grupos focais, em consonância com a Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002b).

#### 4.4 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Distrito Sanitário de Santa Felicidade (DSSF), cuja população é de 150.085 habitantes em sua área (CURITIBA, 2005). Esse distrito tem uma característica ímpar em relação aos demais, por localizar-se numa região de Curitiba composta por pessoas que moram há muitos anos no mesmo local e ter em sua composição 13.409 habitantes na faixa etária acima dos 60 anos, que representam 8,9% da população idosa do município, perde apenas para o Distrito Sanitário da Matriz, com 15,1%. Essa característica local elucida a suscetibilidade e a necessidade dessa comunidade ao atendimento domiciliar à saúde. O Distrito Sanitário de Santa Felicidade conta atualmente com 10 unidades de saúde, das quais, cinco com o Programa de Saúde da Família.

Os grupos focais foram realizados na sala de reuniões da Rua da Cidadania de Santa Felicidade, local onde se situa o distrito sanitário. A escolha do local para realização deste trabalho foi definida em conjunto com a supervisora do distrito sanitário. O desenvolvimento da pesquisa nesse local ocorreu de maneira a facilitar o acesso aos profissionais e assegurar aos participantes ambiente agradável, acolhedor e confortável.

#### 4.5 COLETA DE INFORMAÇÕES

A coleta de informações ocorreu em duas etapas, entre os meses de abril e junho de 2006. Utilizei primeiramente um instrumento norteador, no formato de

questionário, e posteriormente grupo focal, no intuito de atingir os objetivos propostos no estudo.

#### 4.5.1 Questionário

Questionário, segundo Gil (1999, p.129), “é a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas”.

É considerado um instrumento para levantar informações a que se deve responder sem a interferência do avaliador ou pesquisador e um instrumento autoaplicável. Conforme explicita Rúdio (2003, p.117), “um questionário pode ser constituído só de perguntas abertas ou só de perguntas fechadas ou, simultaneamente, dos dois tipos de perguntas”.

Esse instrumento foi composto de questões abertas e fechadas, o qual propiciou angariar informações de forma rápida, possibilitando a participação dos sujeitos no momento que julgassem favorável, sem interromper o fluxo de trabalho e permitindo resposta livre de influências da entrevistadora.

As questões abertas permitem investigações mais profundas, segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 204), possibilitando ao sujeito pesquisado responder de forma espontânea, livre, usar sua própria linguagem e emitir opiniões. Já as questões fechadas, embora limitem as possibilidades de respostas, facilitam o trabalho do pesquisador.

Segundo Marconi e Lakatos (2003, p.203), “o questionário precisa ser testado antes de sua utilização definitiva, aplicando-se alguns exemplares em uma pequena população escolhida”. O teste piloto foi realizado com quatro profissionais de diferentes categorias (, enfermeira, auxiliar de enfermagem, médico e autoridade sanitária local), que ocupavam as funções assistenciais e gerenciais em uma unidade de saúde de outro distrito sanitário do Município de Curitiba, que aceitaram participar da pesquisa. Em análise das respostas, percebi a dificuldade conceitual apresentada pelos profissionais na compreensão da diferença entre atendimento domiciliar à saúde e visita domiciliar. Assim, considereei importante o acréscimo e a definição dos conceitos no início do instrumento, bem como a readequação de questões.

#### 4.5.2 Grupo Focal

Na segunda etapa da pesquisa, utilizei como técnica de coleta de depoimentos o grupo focal, o qual tem caráter exploratório, no intuito de identificar percepções, sentimentos, atitudes e idéias dos indivíduos em determinado assunto, para gerar novas idéias ou hipóteses. A estratégia de grupo focal é promover um espaço de debates, interações e reflexões sobre conhecimentos, concepções e práticas dos sujeitos envolvidos numa dada realidade (RIBEIRO, 2002).

Alguns aspectos dessa técnica, como o conhecimento do método, a organização e estruturação do grupo, a dinâmica das sessões e o perfil do coordenador e observador, contribuem para que se atinjam as metas da pesquisa.

Segundo Paschoal (2004, p. 34), “grupo focal consiste na interação entre os participantes e o pesquisador, objetivando colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos, cujo pensar coletivo propicia a discussão e observação das controvérsias, construindo opiniões, solucionando problemas e mudando comportamentos e atitudes”.

A escolha dessa técnica justifica-se pela possibilidade de reunir diferentes profissionais e refletir sobre a prática, propiciando a observação das formas de superação de questões, no que diz respeito ao atendimento domiciliar à saúde. O grupo focal apresentou-se como ferramenta útil e viável, que atende ao princípio da globalidade e integração de forma associada e permite visão geral e abrangente do assunto.

Para operacionalizar essa etapa da coleta de informações, foram extraídos temas dos questionários compilados e analisados como guia que serviria de material motivador aos participantes do grupo focal (Apêndice C e D).

A princípio, os temas foram divididos para dois grupos focais, e no decorrer deles, dependendo da evolução das discussões, ampliar-se-ia ou não o número de grupos. Elaborei, ainda, um cronograma de atividades para cada um dos grupos focais (Apêndice E e F), considerando os temas elencados. Assim, ao finalizar o segundo grupo focal, a etapa de coleta de dados foi encerrada, entendendo-se que se havia alcançado o objetivo proposto no estudo.

De acordo com Tanaka e Melo (2001, p.57), “o tamanho do grupo deve ter geralmente entre 6 e 10 membros; recomenda-se que se convidem mais 20% para cobrir possíveis ausências”. Esses autores ainda referem que “a quantidade de



grupos deve considerar a homogeneidade da população em relação ao objeto da avaliação, variando de um mínimo de 3 a 4 grupos até 10 a 12 grupos no máximo”.

As sessões não extrapolaram duas horas de duração, considerando-se um breve momento para aquecimento e descontração, para, na seqüência, iniciar a discussão, reflexão e o debate. Ainda, reservou-se tempo para o encerramento.

O grupo focal permitiu assim aprofundamento no tema em questão e reflexão sobre ele. Sua composição foi intencional e o número de participantes variou entre oito e 12 pessoas.

Assim, Dall’Agnol e Trench (1999) apresentam de modo simplificado a organização do grupo focal:

1. Abertura de sessão – apresentações, agradecimentos, cumprimentos, informações sobre a pesquisa (objetivos, finalidade e metodologia);
2. Estabelecimento do *setting* – ênfase nos aspectos éticos da pesquisa e no processo de interação durante todo o processo;
3. Debate – a partir do guia de temas;
4. Síntese – para fechamento de cada um dos temas;
5. Encerramento – agradecimentos, cumprimentos e combinados para o próximo encontro.

Colocam Muza e Costa (2002, p.2) que essa técnica adota alguns passos, e eles foram seguidos nesta pesquisa. Inicia-se com a apresentação formal do coordenador e do observador do grupo focal. Na seqüência, é preciso expor os propósitos do encontro, solicitando a anuência de cada um dos presentes a participar da atividade, em seguida, há a apresentação dos participantes e assim se dá início à produção de conhecimento propriamente dita, por meio do roteiro previamente elaborado.

#### 4.5.2.1 Desenvolvimento do Grupo Focal

Toda a dinâmica do grupo focal foi gravada, e foram agregadas a esse material as anotações realizadas pelo observador e coordenador do grupo, para análise e apresentação dos resultados. Os 24 profissionais de saúde que responderam ao questionário e concordaram com participar da pesquisa foram convidados a participar dos grupos focais.

Entrei em contato com a supervisora do Distrito Sanitário de Santa Felicidade, expliquei-lhe a importância da continuidade da pesquisa e da realização do grupo focal. Ela prontamente cedeu uma sala para realização do encontro, e sugeriu a data a ser marcada, a fim de possibilitar a participação dos profissionais e não prejudicar o trabalho das unidades de saúde. O primeiro grupo focal ficou definido para 16h00 do dia 12/06/2006.

A partir dessa definição, participei da reunião de autoridades sanitárias locais (ASL) desse Distrito, que ocorre semanalmente, para explicar às ASL a importância da pesquisa e da liberação dos profissionais envolvidos.

Elaborei um convite nominal (Apêndice G), que foi enviado pelo malote da Secretaria Municipal da Saúde para cada participante, informando a data, hora e o local do grupo focal. Um dia antes da realização do grupo, entrei em contato com os profissionais por telefone, e reforcei o convite.

No primeiro grupo focal, houve a participação de oito profissionais de saúde, três observadoras (duas alunas da graduação do curso de Enfermagem e uma aluna do mestrado também de Enfermagem), que fizeram anotações durante todo o grupo focal. Eu coordenei as atividades do grupo.

Esse grupo focal teve início às 16h45 e terminou às 18h00. A previsão era de que as atividades do grupo se iniciassem às 16h00, mas o atraso dos participantes ocasionou demora no início da sessão. Inicialmente, foram apresentados o objetivo da pesquisa e do grupo focal e as questões éticas do trabalho, bem como um acordo de trabalho para o seguimento da sessão. Na sequência, foi realizada uma dinâmica com o objetivo de conhecer os participantes e proporcionar entrosamento entre eles (Apêndice E). Foram colocados os nomes dos participantes em etiquetas, e elas, fixadas nas roupas, no intuito de facilitar a comunicação entre eles e também as anotações pelos observadores. Toda a sessão foi gravada em gravador digital, para posterior transcrição das falas.

Iniciei a discussão com a apresentação do primeiro tema: Tipos de Atendimentos Domiciliares. Entre um tema e outro, realizei a validação das falas, dando início ao segundo e último tema dessa sessão, Critérios para o Atendimento Domiciliar.

Ao término desse encontro, ficou acordado entre os participantes a data de 26/06/2006 e a manutenção do horário, impreterivelmente, para 16h00, para a realização do próximo grupo focal.

Previamente ao segundo grupo focal, por meio do malote da Secretaria Municipal da Saúde, foi enviado novamente um convite nominal (Apêndice H) para todos os participantes que concordaram com participar da pesquisa (24 profissionais) – independentemente de se haviam ou não participado do primeiro grupo focal –, informando a data, hora e o local do grupo. Como feito no primeiro grupo, entrei em contato com todos por telefone um dia antes da realização da segunda sessão, e reforcei o convite.

Nessa segunda sessão, realizada em 26/06/2006, estavam presentes 12 participantes, duas observadoras (uma aluna do mestrado e uma convidada) e a pesquisadora. O grupo foi realizado no mesmo local do anterior e iniciou-se às 16h20, com término às 18h.

É importante ressaltar que apenas seis profissionais de saúde participaram dos dois grupos, dois participaram apenas do primeiro e seis participaram apenas do segundo.

Para iniciar a discussão, expliquei o objetivo do trabalho e do grupo focal, a dinâmica do grupo e pedi a participação de todos. Estabeleci um contrato de trabalho, expliquei as questões éticas, informei sobre a gravação do áudio da sessão. Na seqüência, distribuí os crachás para os participantes e convidei-os a participar de uma dinâmica (Apêndice F).

Os temas elencados para esse grupo focal foram: Recursos Humanos e Recursos Materiais, Organização do Atendimento Domiciliar e Atribuições dos Profissionais para o Atendimento Domiciliar. O primeiro tema foi apresentado e os dados, compilados, para iniciar o debate. A discussão foi bem interessante, com vários pontos a ser agregados aos dados que surgiram nos questionários.

Meu papel como coordenadora consistiu em proporcionar atmosfera favorável à discussão, controlar o tempo, estimular todos a falar, instigar sobre o tema, guiar para uma discussão, lançando mão de um roteiro previamente elaborado, que foi construído a partir dos questionários.

Nesse sentido, evitou-se a monopolização da discussão por um dos participantes e encorajaram-se os mais reticentes. Essa técnica foi utilizada buscando-se atentar para os gestos dos participantes e saber interpretá-los, ser sensível, capaz de ouvir, ter clareza de expressão, ser flexível, vivo e simpático, além de ter senso de humor.

É importante ressaltar que eu, como pesquisadora, e uma colega mestrande de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná ocupamos o papel de coordenadora e observadora, respectivamente.

#### 4.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

O propósito da análise de informação é impor alguma ordem sobre um grande corpo de informações, de modo que possam ser tiradas algumas conclusões. De acordo com Polit e Hungler (1995, p. 273), a análise serve para organizar e sintetizar os dados da pesquisa, bem como fornecer estrutura a eles.

Segundo Minayo (2004, p.198), a análise tem três finalidades: “estabelecer uma compreensão dos dados coletados, responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte”.

Da primeira fase da coleta, retornaram 24 questionários. Foi, então, realizada a leitura, a transcrição das respostas, análise das respostas e, ainda, formaram-se temas que nortearam a próxima etapa, subsidiando o trabalho do grupo focal. Os cinco grandes temas abordados no grupo focal foram: Tipos de Atendimento, Critérios para o Atendimento Domiciliar, Recursos Humanos e Recursos Materiais, Organização do Atendimento Domiciliar e Atribuições dos Profissionais para o Atendimento Domiciliar (Apêndice C e D).

Para a análise dos questionários e dos depoimentos do grupo focal, optou-se pela categorização, pois, como as respostas fornecidas pelos participantes variaram, essa análise possibilitou a organização e o agrupamento delas por categorias.

A categorização, segundo Gomes (2001, p.70), “abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, estabelecendo classificações, e neste sentido, agrupam-se elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isto”.

Existem três princípios para estabelecer conjunto de categorias, segundo Gomes (2001, p.72): (i) ser estabelecido a partir de um único princípio de classificação; (ii) ser exaustivo, permitir a inclusão de qualquer resposta numa das categorias; e, por fim, (iii) as categorias devem ser exclusivas, ou seja, uma resposta não pode ser incluída em mais de duas categorias.

De acordo com Gil (1999, p. 171) não se deve estabelecer um número muito grande de categorias, a fim de facilitar a análise.

As informações dos questionários e grupos focais passaram por sucessivas leituras para apropriação do conteúdo, e as categorias foram emergindo seguindo o agrupamento das informações. A princípio, era um amontoado de depoimentos, e à medida que eram agrupados por tratar-se do mesmo assunto, pareciam formar um conjunto único o qual recebia um nome provisório. Após este primeiro agrupamento, novas e incessantes leituras foram feitas, com o objetivo de identificar os melhores relatos a serem utilizados para análise, não tornando repetitivo e também a redistribuição e a readequação das informações obtidas para as categorias apropriadas.

Esse processo de construção foi composto por idas e vindas, pois em determinados momentos me parecia muito claro tanto a composição das categorias como a distribuição das informações, porém, após nova leitura percebia-se a necessidade de refinamentos e readequações.

Dessa forma, a construção ocorreu a partir das informações obtidas, de incansáveis leituras, considerando ainda o embasamento na revisão de literatura, foram então organizados, de modo a dar sentido ao material, e compuseram dois temas centrais: Retrato do Cenário Organizacional das Ações do Atendimento Domiciliar à Saúde e Organização dos Serviços para o Atendimento Domiciliar à Saúde.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Neste capítulo, apresento os resultados obtidos no processo de coleta de informações, a partir dos temas que emergiram das respostas dos questionários e das discussões do grupo focal.

O quadro abaixo mostra os temas e suas subdivisões em categorias e subcategorias:

QUADRO 1 – TEMAS, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMERGIDAS DA COLETA DE INFORMAÇÕES

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Retrato do cenário organizacional das ações do atendimento domiciliar à saúde no contexto pesquisado	1. Compreensão das categorias conceituais do atendimento domiciliar à saúde	
	2. Expressões dos profissionais sobre o atendimento domiciliar à saúde	1. Determinantes sociais interagindo no atendimento domiciliar à saúde
		2. Recursos humanos e capacitação diante da demanda do serviço
		3. Solicitações e condições de provimento do ADS pelo serviço de saúde
	4. Critérios de elegibilidade para o ADS: possibilidades de atendimento pelas equipes	
	5. As (im)possibilidades de planejamento para o ADS nas unidades de saúde	
2. Organização dos serviços para o atendimento domiciliar à saúde	3. Atribuições dos profissionais: um trabalho em equipe	
	1. Avaliando o indivíduo, a família e o contexto domiciliar para atuar em atendimento domiciliar à saúde	
	2. O planejamento do atendimento domiciliar à saúde sob a perspectiva dos profissionais de saúde	
	3. Ações e procedimentos possíveis no atendimento domiciliar à saúde	

A seguir estão as análises realizadas, nas quais as falas foram codificadas para assegurar a confidencialidade das identidades. As respostas dos questionários e as falas dos grupos focais foram identificadas como: Q = Questionário, A = Grupo Focal 1 e B = Grupo Focal 2. As categorias profissionais receberam como codificação: a = Auxiliar de Enfermagem, e = Enfermeira, m = Médico, g = Autoridade Sanitária Local. A numeração identifica a seqüência das respostas nas respectivas transcrições.

## 5.1 TEMA 1: RETRATO DO CENÁRIO ORGANIZACIONAL DAS AÇÕES DO ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE NO CONTEXTO PESQUISADO

Esse tema surgiu a partir da análise de um contexto macroestrutural, ou seja, das atribuições gerenciais que envolvem o atendimento domiciliar à saúde. Acredito que a visão ampliada desse contexto auxilia na compreensão, organização, execução e avaliação de ações realizadas no domicílio.

Para Kurcgant (2005, p.45), o olhar sobre a disposição e ordem das partes de um todo é um dos requisitos na organização dos serviços, tal como o autor descreve:

É a partir dos objetivos mais amplos que uma instituição passa a definir suas políticas e diretrizes, metas, programas, procedimentos e normas, segundo uma abrangência que vai de uma amplitude maior (planos estratégicos e táticos) para outra menor e mais detalhada (planos operacionais).

Logo, tendo em vista o que se expôs acima, busquei construir as categorias do cenário organizacional como descrito a seguir.

### 5.1.1 Compreensão das Categorias Conceituais do Atendimento Domiciliar à Saúde (ADS)

Essa categoria apresenta a compreensão que os profissionais de saúde têm dos conceitos que permeiam o atendimento domiciliar. No que se refere à compreensão dos princípios das diretrizes do atendimento domiciliar à saúde (ADS), por meio da análise das informações, é possível afirmar que os profissionais de saúde não diferenciam os conceitos, confundem-nos, utilizando de forma genérica o

termo “visita domiciliar” para diferentes modalidades da atenção domiciliar. As categorias conceituais do atendimento domiciliar denotam visão restritiva e incompleta das ações que compreendem essa prática.

*Somos 3 equipes, onde cada equipe tem 1 dia para sair, antes de sair discutem os casos prioritários para as visitas domiciliares [...] que são trazidos pelos ACS, pelas famílias e pelo próprio conhecimento da equipe da sua área. (Qg21)*

*De acordo com a gravidade se realiza o atendimento no momento da solicitação pela enfermagem e agente comunitário de saúde [...]. (Qe11)*

*Programam-se as visitas domiciliares dos profissionais que possam dar resolutividade ao caso. (Qm17)*

*Fazemos muitas visitas para pacientes [...] que necessitam de acompanhamento à família, às vezes, precisam de encaminhamento. (Ag1)*

Como mostram as informações, a visita domiciliar é uma expressão utilizada para qualquer natureza de ação em saúde na família e nela estão incluídos atendimentos eletivos ou não.

No entanto, parece que tais ações não têm continuidade, por meio de uma programação ordenada e priorizada. Mesmo quando citado, em uma das falas, a programação denota caráter pontual e específico para a resolutividade de caso isolado. Isso difere do atendimento domiciliar à saúde, como explicitam Duarte e Diogo (2000), que compreende atividades assistenciais realizadas no domicílio por profissionais de saúde, em que há programação e acompanhamento, dependendo principalmente da complexidade assistencial requerida.

Esse fato corrobora o estudo realizado por Lacerda e Giacomozzi (2005), que constataram dificuldades dos profissionais de saúde de distinguir e compreender conceitos relacionados à atenção domiciliar.

A percepção de atendimento domiciliar confunde-se com a realização de um procedimento realizado no domicílio, ambos são necessários, porém diferentes, mas parecem receber dos profissionais o mesmo plano de ação.

As falas a seguir respondem às necessidades encontradas no dia a dia, ou seja, mostram a necessidade da realização de determinados procedimentos no



domicílio e, embora realizados fora da unidade de saúde, também requerem certo acompanhamento ou supervisão posterior.

*Aparecem muitas questões de sondagem, curativos... (Aa7)*

*[...] podemos fazer preventivo de câncer, curativo, coleta de exames, consulta médica e de enfermagem. (Ag1)*

*Acho que os tipos de procedimentos não são muito diferenciados do que se faz hoje. Talvez se otimizariam e fariam coisas com qualidade melhor. (Ag2)*

*É disponibilizado profissional com conhecimento técnico para realizar a avaliação e os procedimentos necessários, em horário que não atrapalhe o fluxo e atendimentos da US. (Qe12)*

Estas falas fazem menção aos procedimentos também realizados nas unidades de saúde, porém destaca-se o relato em otimizá-los, ganhando qualidade em sua realização, ou ainda priorizando o atendimento na própria unidade de saúde.

Como a definição de Fabrício *et al.* (2004), compreendo a assistência domiciliar como um conjunto de procedimentos hospitalares e ações de saúde possíveis de serem realizados no domicílio, por uma equipe interprofissional.

Precisa ser esclarecido aos profissionais de saúde que realizar procedimentos por si só não abrange os propósitos do ADS, o qual requer visão ampliada dos profissionais sobre as questões de vida, saúde e doença das famílias.

Para que o ADS se efetive, é fundamental ter uma política de saúde e de formação consolidada e que os profissionais conheçam e exercitem diferentes processos, distinguindo suas categorias, ações e avaliações. Assim, possibilita-se compreender suas atividades incluídas na dinâmica de organização dos serviços.

Porém, como mostram os dados, Ribeiro, Pires e Blank (2004) comentam que os profissionais de saúde perdem a compreensão da totalidade do processo, quando há aumento do fluxo de atividades, o que contribui para uma visão muitas vezes fragmentada de suas ações.

Há, no entanto, alguns poucos relatos que se aproximam da verdadeira conceituação do ADS:

*O atendimento tem um início, meio e fim, alta por cura ou melhora. (Ag1)*

*A visita domiciliar é semanal com discussões de casos dos pacientes para atendimento, priorização de casos, decisão de quem vai, aonde, e o que vai fazer e a resolutividade dos casos. (Qe7)*

*Os casos são avaliados pela necessidade: visitas diárias, semanais ou mensais, assim os pacientes tem uma supervisão no seu tratamento. (Qe7)*

*Nesta unidade de saúde existe grande número de idosos acamados que necessitam de atendimento domiciliar freqüente, inclusive com atendimento médico. (Qg20)*

*Se faz a visita para constatar o caso e fazer a primeira avaliação, mas o atendimento em si é incluído ou não, planejado a partir disso. (Ag2)*

Como visto, há percepção de profissionais de saúde quanto à necessidade de avaliação e estabelecimento de metas por meio de planejamento e programação, para realizar o atendimento domiciliar à saúde, contribuindo com a organização dos serviços.

De acordo com Silva (2000), o planejamento é considerado importante ferramenta para a execução das ações, e influencia os futuros resultados, fator que auxilia os profissionais a pensar antes de agir, impede ações improvisadas e contribui para alcançar os resultados esperados.

Dessa forma, o ato de planejar está totalmente ligado ao desenvolvimento de ações, visando a um objetivo futuro. Para Kurcgant (2005), a primeira fase consiste em realizar o diagnóstico, identificando todos os elementos, recursos, possibilidades, relações, e, a partir dessa apropriação, estabelecer metas. Assim, desencadeia-se o planejamento.

Especificamente no ADS, Duarte e Diogo (2000) enfatizam o diagnóstico da realidade, avaliando também todos os fatores em potencial e suas limitações, o que facilita a continuidade do atendimento e os bons resultados.

Em síntese, a categoria aqui descrita revela que os profissionais confundem os conceitos que envolvem o ADS e há falta de planejamento e avaliação, embora,

para alguns, seja uma necessidade e realidade no processo de trabalho da unidade de saúde.

### 5.1.2 Expressões dos Profissionais sobre o Atendimento Domiciliar à Saúde

Essa categoria retrata as opiniões, as avaliações e a manifestação do pensamento que representa o dia-a-dia dos profissionais que realizam o atendimento domiciliar à saúde.

Os profissionais revelam, a partir do cotidiano, suas experiências objetivas e subjetivas da realidade vivida por pacientes e família e os enfrentamentos a que se dispõem como profissionais em atenção básica de saúde. Como houve diversidade de informações, optei por uma subdivisão da categoria em subcategorias denominadas: determinantes sociais interagindo no atendimento domiciliar à saúde; recursos humanos e capacitação diante da demanda do serviço; solicitações e condições de provimento do ADS pelo serviço de saúde; critérios de elegibilidade para o ADS: possibilidades de atendimento pelas equipes; e as (im)possibilidades de planejamento das unidades de saúde.

#### 5.1.2.1 Determinantes sociais interagindo no atendimento domiciliar à saúde

Nos relatos que seguem, evidenciam-se aspectos sociais, econômicos e culturais, que dificultam o desenvolvimento das ações domiciliares pelos profissionais de saúde. Dentre os aspectos socioeconômicos, destaco:

*[...] temos problemas relacionados ao próprio domicílio que dificulta tipos de procedimentos que poderíamos fazer, como falta de água para lavar as mãos. (Aa7)*

*Outras situações são aqueles pacientes foragidos, usuários de drogas que precisam do atendimento. Por não poder sair e ir à US, solicitam esse tipo de atendimento. (Ag3)*

*Dificuldade na continuidade do atendimento, condições socioeconômicas da comunidade, cuidador não comprometido. (Qe8)*

Dentre os aspectos econômicos, sobressaem:

*[...] usuários com dificuldade de deslocamento à US e usuários com risco social, com comprometimento de saúde individual ou familiar. (Qg18)*

*Por ser uma clientela carente, financeiramente principalmente, ficam aguardando recursos da Fundação de Ação Social ou Central de Atendimento ao Usuário. (Qe11)*

Dentre os aspectos culturais, relevam-se:

*Às vezes, o próprio usuário não quer o atendimento, e ficamos insistindo. (Ag1)*

*Insegurança dos familiares no cuidado e na realização de procedimentos. (Qg22)*

Fica evidente que os profissionais identificam, reconhecem e compreendem os determinantes sociais, econômicos e culturais. Retratam inclusive a impossibilidade ou a dificuldade encontrada para executar plenamente o ADS. Por outro lado, há implicações sobre a eficácia e eficiência dos procedimentos e atendimentos prestados, diante da complexidade de problemas da população.

Tais determinantes são citados por Barata (2005), quando aborda a vinculação existente entre a organização social e o surgimento e disseminação de doenças. Cita inclusive vários trabalhos realizados nessa área. A autora defende que questões sociais, políticas, econômicas e culturais têm desdobramentos e caráter interdependentes. Sob tal ponto de vista, os problemas sociais, além de desencadear o processo de doença, podem dificultar ou impedir o restabelecimento da saúde.

Historicamente, como cita Barreto (2003), na realidade brasileira, a saúde e suas práticas têm sido relegadas a segundo plano. A ênfase na dicotomia entre saúde coletiva e saúde individual reforça a cidadania para alguns, mas, em sua maioria, exclui quanto aos direitos sociais de assistência à saúde.

Partindo desse pressuposto e de acordo com Christo (1998, p.2), a "cidadania toma o indivíduo como sujeito de direitos e que, ao exercê-los, influi e delimita as funções do Estado", fator que enfatiza interdependência entre cidadania e participação. Logo, um movimento social do caráter do ADS busca ou deveria

buscar uma modificação nessa conjuntura, por meio da reorganização de condições de vida que dificultam ou atenuam a cidadania.

Ainda mais, o processo de construção da cidadania sugere amadurecimento e reflexão sobre valores herdados e afastados da noção do papel de cidadão pleno e participante. Essa herança tem sido impeditiva à emancipação dos indivíduos e da sociedade, que ficam assim condicionados ao paternalismo.

Contudo, as falas apresentadas mostram que há um caminho a ser percorrido para que os propósitos de pleno direito do cidadão relacionados a sua saúde sejam atingidos.

#### 5.1.2.2 Recursos humanos e capacitação diante da demanda do serviço

Tanto nos questionários como nos grupos focais, os profissionais destacam que não é suficiente o quadro de pessoal para atender às demandas de saúde da área de abrangência da unidade de saúde. São unânimes em afirmar que a falta de recursos humanos dificulta e até inviabiliza o ADS.

Além da ênfase, relatam, como mostrado a seguir, as implicações decorrentes da deficiência de recursos humanos:

*Eu posso fazer somente o básico do básico como está hoje... ou eu tenho que ter recursos humanos em primeiro lugar. (Bg4)*

*Falta de equipamento, falta de resolutividade dos casos graves e equipes incompletas. (Qe9)*

*Temos um auxiliar de enfermagem por microárea que, em afastamentos, desfalca o atendimento, dificultando o trabalho da equipe. (Qe10)*

*Trabalhamos sempre no limite do nosso quadro funcional, sendo extremamente difícil disponibilizá-lo para AD. (Qg21)*

*O ideal para mim é que a equipe que eu tenho hoje só atendesse aos habitantes da sua área, fazendo prevenção, que tivesse uma equipe na unidade de saúde para atender à demanda. Aí sim a equipe poderia fazer todos os atendimentos domiciliares e atender todos os tipos de solicitações, inclusive abordando toda a família e não só aquele que está precisando naquele momento. (Ag3)*

A precariedade de recursos humanos em detrimento da demanda, somada às necessidades cada vez mais complexas de atendimentos, tem comprometido os cuidados em saúde. Gaidzinski, Fugulin e Castilho (2005) ressaltam que há sobrecarga de trabalho de profissionais influenciando e impedindo a qualidade da assistência prestada. Isso é uma realidade nos serviços de saúde.

Ainda, nas falas, aparece a dificuldade relacionada ao número de profissionais e de equipes atualmente existentes nas unidades de saúde, o que demonstra impossibilidades no atendimento domiciliar à saúde. A seguir, nos discursos, os participantes sugerem implementação do serviço com novas equipes para atendimento exclusivo da demanda, fator que favoreceria o planejamento, a organização e ações de prevenção.

Dentre as respostas do questionário, um profissional referiu sobre o fato que:

*A equipe está sobrecarregada com a demanda espontânea e, apesar de se trabalhar com famílias, não sobra muito tempo para discussão de cada caso. Têm muitas metas a serem cobertas que demandam um tempo grande. (Qg19)*

Ao que parece, a carência de recursos humanos torna as ações de cuidado no domicílio restritas as necessidades do indivíduo, dificultando a extensão dessa ação para familiares. Por outro lado, se houvesse recursos humanos suficientes, os profissionais poderiam ter apropriação de sua área de atuação e da clientela, facilitando o planejamento, o reconhecimento das necessidades e o diagnóstico, bem como, melhorando a qualidade do atendimento.

Diante de tal cenário, a situação ideal é a superação do modelo assistencial centrado na doença pelos profissionais de saúde, que pode ser alcançado, se alicerçado na produção social do processo saúde-doença ou, como explicitado por Silva *et al.* (2005), pela identificação e análise das situações problema da comunidade, visando ao indivíduo e sua saúde.

Selecionei um trecho que mostra tal dicotomia:

*O que ajuda muito também é o agente comunitário de saúde, que traz muitas coisas e informa as necessidades na Unidade de Saúde básica, só que dificulta mais as saídas porque está o tempo todo atendendo. Às vezes, a gente é obrigado a ir, porque não tem outro recurso. (Ae6)*

Outro aspecto a destacar relaciona-se à necessidade de processo de formação e também de capacitação dos profissionais, tal como descrito a seguir:

*Posso talvez estar atendendo de forma mais eficiente, por exemplo, o paciente de tuberculose, o alcoolista, câncer em fase terminal, apoio para família, acompanhamento pós-operatório, só que muitas pessoas não têm muita habilidade ou experiência para lidar com Alzheimer, Parkinson, surtos. (Ag3)*

*Coloco a importância de realizar capacitações, principalmente em emergências. Quando tem uma parada, por exemplo, a gente não faz rotineiramente, e até chamar o SAMU é necessário o atendimento. Temos que estar capacitados. (Ba9)*

*Em relação à qualidade, é necessário treinamento das pessoas, pois aprendem com a prática de colegas que às vezes não é a devida. (Qg19)*

Concordo com os profissionais, pois o atendimento domiciliar à saúde traz em sua configuração a necessidade de novos saberes e novas ações das equipes de saúde, de modo a valorizar as características do trabalho voltadas para a integralidade, intersubjetividade e o cuidado da saúde centrado na família, no contexto das residências e dos indivíduos.

Cabe lembrar que o ADS torna-se situação ímpar para o profissional, pois esse atendimento difere dos atendimentos tão conhecidos, como o ambulatorial e o hospitalar. Os cuidados domiciliares, segundo Mota *et al.* (2005), trazem implicações que requerem o ensino e o serviço voltados para a reorganização das práticas de saúde. Considerado estratégia no modelo assistencial em saúde, pressupõe novas demandas e necessidades para a formação e capacitação dos profissionais de saúde.

É importante ressaltar que o atendimento domiciliar à saúde envolve ações multiprofissionais, compartilhar conhecimentos e idéias, discussões e estabelecimento de metas conjuntas. Torna-se assim um dos caminhos para o efetivo e eficiente atendimento.

Lacerda e Giacomozzi (2005) destacam a necessidade de maior número de capacitações em que os profissionais de diferentes categorias possam discutir o atendimento domiciliar à saúde, pois a falta de qualificação e a falta de clareza sobre o papel e as atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais podem comprometer a assistência, bem como dificultar a atuação tanto do profissional

como da equipe. Nesse caso, torna-se imprescindível a busca por aprendizado constante.

Receber constantes capacitações e treinamentos pode ser também uma maneira de inovar, educar, que permite ao profissional maior confiança e repensar suas ações. Conforme Santos (2001, p. 9), “o estímulo ao pensamento totalizante e contextualizado, capaz de compreender as inter-relações e interconexões das partes, colabora para a formação do todo”.

Nessa perspectiva, Kurcgant (2005, p.138) enfatiza “a imperativa necessidade de flexibilização da estrutura organizacional na perspectiva de preparar os profissionais”, visando a compreender as interfaces do trabalho proposto e atuar com o máximo de qualidade.

Especificamente, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, por meio da Coordenação da Atenção Básica à Saúde, promoveu cursos básicos sobre o Programa da Saúde da Família para profissionais que compõem o programa, com algumas abordagens sobre atenção domiciliar. Porém, tais ações parecem ser insuficientes para o desenvolvimento da assistência no domicílio, até porque, como abordei, falta clareza dos profissionais sobre os conceitos que permeiam a atenção domiciliar em sua real abrangência.

Ao que parece, o ADS nas unidades de saúde pesquisadas requer reestruturação acerca de recursos humanos, na implementação do quadro funcional e na capacitação dos profissionais, com definição clara dos papéis e ações específicas.

#### 5.1.2.3 Solicitações e condições de provimento do ADS pelo serviço de saúde

Outra questão relevante diz respeito aos recursos necessários para a realização do ADS, e fica evidente na fala dos profissionais a necessidade de implementação de materiais, equipamentos e outros provimentos básicos, bem como o estabelecimento de fluxos que atendam às necessidades evidenciadas.

*Hoje não tem condições de fazer pequenos procedimentos como inalação e vacina em mais de três ou quatro famílias, a área é muito longe. Outra situação é fazer um curativo contaminado no domicílio e depois ir trocar uma sonda. (Ag2)*



O conhecimento da área de abrangência e da população nela existente pelos profissionais de saúde que ali atuam é uma etapa do processo e fundamental para as ações de vigilância à saúde, contudo há fatores que dificultam tanto as ações como o próprio ADS. Perekouskei e Cabral (2004) compartilham essa colocação e enfatizam a importância do conhecimento do território de atuação dos profissionais e que esse movimento tem como principal objetivo propor ações, melhorar a qualidade do atendimento e a resolutividade de problemas, numa realidade conhecida e que precisa de mudanças e condições para que se obtenham resultados efetivos.

Contudo, dentre outros problemas, a distância entre a unidade de saúde e os domicílios implica tempo maior dos profissionais para o deslocamento, o que reduz o número de atendimentos ou compromete sua qualidade, em detrimento da demanda. Tal como referem:

*Difícil é a área que não tenha 4 a 5km de distância da US. Isso implica outras questões, como tempo, o que demoraria a esse deslocamento em que o profissional poderia fazer outros atendimentos. (Bg4)*

*Retorno a falar da dificuldade do transporte, e o tempo que os profissionais gastam indo a pé. Acabam indo com o próprio carro para facilitar e ir mais rápido. (Bg5)*

*Acredito que outros recursos também são necessários. Por exemplo, nossa área de abrangência é muito grande. É inviável ir a todos os lugares a pé e até de ônibus, pois o ônibus não chega lá. E mesmo tendo o ônibus o funcionário não tem o passe para usar. (Ba11)*

Percebe-se que a realização de procedimentos durante os atendimentos, a distância, o tempo e os materiais que necessitam ser transportados acarretam maiores agravantes para o atendimento domiciliar à saúde em áreas distantes, sem suporte para tal.

Ressaltam os participantes, então, a necessidade de transporte e implementação dos serviços na estrutura institucional:

*O ideal mesmo é que, além de simplesmente ter o transporte, tivesse minimamente uma estrutura que desse suporte para esse atendimento no domicílio. Acho que isso seria muito próximo dos carros do SAMU. (Bg3)*

Além de transporte adequado para os profissionais, eles relatam também a necessidade de transporte para os pacientes, quando necessitam de serviços complementares extradomicílio, bem como a organização institucional com estabelecimento de fluxos ágeis e eficazes, em que se providencie a integração interna de serviços e dos diversos níveis de atenção, complemente-se e forneça-se assim o suporte necessário para os profissionais que realizam o atendimento domiciliar à saúde:

*Existe dificuldade ou impossibilidade de transporte dos pacientes para realização de exames ou terapias, dificuldade de internamento, equipamentos para empréstimo (O<sup>2</sup>, inaladores...). (Qm14)*

*Hoje, acho que o que mais dificulta são questões burocráticas para você conseguir transporte, internamento, atendimento de emergência. Da US já é difícil, no domicílio, então... O que precisava é essa integração dos serviços e agilidade deles. (Ba11)*

Os aspectos aqui ressaltados pelos profissionais são corroborados por Campos, Barros e Castro (2004), que destacam que a promoção da saúde é uma importante resposta, à medida que utiliza ações intersectoriais como estratégia de enfrentamento dos problemas. Os autores reforçam ainda que esse é um “processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais” (idem, p.26), e as aberturas nos setores envolvidos constituem vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população.

A ausência ou escassez de recursos materiais pode comprometer a efetiva realização do ADS, pois muitos procedimentos que são realizados na unidade de saúde poderiam ser realizados no domicílio. A implementação dos serviços com materiais de consumo e materiais permanentes otimizaria de forma significativa a ação dos profissionais, agregaria ainda a possibilidade de maior satisfação do profissional, do indivíduo e da família que recebe o ADS.

No sentido organizacional, Kurcgant (2005) enfatiza que o gerenciamento de recursos materiais nas organizações de saúde é fundamental para a qualidade da assistência e sua continuidade.

Algumas fases que compõem o planejamento e gerenciamento de recursos materiais englobam a padronização, especificação e quantificação desses recursos materiais, bem como a previsão deles. Contudo, o que envolve o planejamento

particular no âmbito do atendimento domiciliar à saúde é o fato de serem identificadas as necessidades específicas do indivíduo e de sua família, mas faltam recursos nas unidades de saúde ou há quantidade insuficiente para atendê-los.

Especificamente, nesse enfoque, destacam-se:

*A US básica não dispõem de recursos. O serviço precisa ser estruturado (adequação de RH, fatura, materiais...). (Qg22)*

*Não dispomos de materiais para os atendimentos de forma integral. Existem ainda alguns entraves jurídicos e administrativos para assumirmos esses atendimentos. (Qg22)*

*Fora que nessa situação conseguiria fazer muito, porque eu conheço a minha área, meus pacientes e consigo planejar, porque conheço todas as necessidades e consigo planejar esses atendimentos, em tempo, material, RH, que vão de acordo com a necessidade. (Ag1)*

Dos profissionais das unidades de saúde pesquisados, a seguir, há algumas respostas que fazem menção aos recursos de que necessitariam:

*Tem alguns materiais básicos, luva, álcool, mas seriam necessárias outras coisas. (Bg3)*

*Material de curativo, termômetro, esfigmomanômetro. Quando se vai à casa fazer avaliação, às vezes, é só um curativo, e você já poderia resolver, mas não tem nem micropore na hora. (Bg4)*

*Nós somos PSF, temos uma maleta básica, termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro. Mas a unidade de saúde básica não tem isso. (Ba12)*

*Deveríamos ter um kit para atendimento, que deveria ser composto por minimamente esses itens listados. (Bg3)*

*[...] maleta sem termômetro e improvisado da equipe quando precisa de materiais de maior complexidade. (Qe10)*

Fica claro a necessidade de implementar recursos materiais para a realização do ADS, mesmo para as Unidades de Saúde com Programa de Saúde da Família que já possuem materiais diferenciado das Unidades básicas, ainda assim não supre a necessidade encontrada durante o ADS,

Parece que, em relação ao ADS, diferentemente das unidades de saúde, falta melhor organização para inclusão de materiais previamente padronizados, específicos e necessários para esse atendimento. A padronização de materiais

consiste na determinação de produto específico para determinado procedimento, e, conforme Kurcgant (2005), tem o objetivo de reduzir uma gama desnecessária de produtos para o mesmo fim. A padronização de materiais é subsequente ao estabelecimento de critérios e à análise criteriosa de sua indicação e do custo-benefício de cada produto.

Talvez a inclusão de um rol de materiais de consumo ou de um kit próprio para o atendimento domiciliar à saúde e mesmo materiais considerados de uso permanente seja uma realidade a ser adotada, mas, diante das dificuldades de distância e demanda, essa questão precisaria ser mais discutida. Afinal, os profissionais precisariam de transporte para carregar determinados materiais, tendo em vista a impossibilidade de utilização de equipamentos odontológicos adquiridos pela Secretaria Municipal de Saúde para o atendimento no domicílio, pois o peso deles e as longas distâncias a ser percorridas impossibilitam seu transporte pelos profissionais de saúde.

Foram ainda agregados a essa subcategoria fatores relacionados à dificuldade de registro, no prontuário do indivíduo e sua família, de ações realizadas no domicílio, pois a rede municipal conta com o prontuário eletrônico, o que gera retrabalho dos profissionais, que realizam as anotações no domicílio em formulário impresso e posteriormente as transcrevem para esse prontuário. Além dessa questão, as falas dos profissionais também denotam que o acesso ao sistema informatizado no domicílio facilitaria e agilizaria principalmente os encaminhamentos.

*Eu acho que tem que ter um roteiro de atendimento. Acho importante esse roteiro, porque pode haver a necessidade de um profissional diferente e isso tem de ficar registrado, até para haver essa continuidade e que cada profissional saiba em que pode estar contribuindo neste caso. (Bg3)*

*O ideal mesmo é que muitos atendimentos fossem realizados no próprio domicílio, melhor até que na US. E se conseguissem fazer este registro, melhor ainda é estar interligado a rede. Você tem um instrumento de trabalho tanto dentro como fora da US. (Ag2)*

Assim, o ADS requer organização adequada acerca de recursos materiais, que envolve o planejamento financeiro da instituição, engloba a implementação e previsão ampla dos recursos necessários, sejam eles permanentes ou de consumo,

bem como a readequação de fluxos que facilitem o andamento e a resolutividade, e possibilitem assistência eficiente e eficaz.

#### 5.1.2.4 Critérios de elegibilidade para o ADS: possibilidades de atendimento pelas equipes

Essa subcategoria surgiu da necessidade relatada pelos profissionais de saúde em estabelecer alguns critérios de elegibilidade para o ADS, considerando que esse processo busca a equidade entre os beneficiários, a viabilização e otimização do trabalho.

A Anvisa (2006, p. 3) define que critérios de elegibilidade são “um conjunto de informações que permite avaliar o enquadramento do paciente na Assistência Domiciliar”. Nesse documento, foram propostos alguns critérios de inclusão para o ADS, como: ser morador da área de abrangência da unidade de saúde, ter condições de saúde que se enquadrem para o atendimento (dificuldade de deambulação ou estar acamado), condições do domicílio, presença de rede de suporte social (cuidador, família, amigos, voluntários) e consentimento familiar para o atendimento domiciliar à saúde (ANVISA, 2006).

Dessa forma, a organização de alguns serviços de ADS no Brasil contempla esse quesito, como nos municípios de Londrina (LONDRINA, 2006) e Cascavel (CASCAVEL, 2006), no Paraná. Contudo, é a partir da identificação da necessidade do indivíduo e da família que os critérios podem ser avaliados, e a necessidade é identificada e sinalizada pela própria equipe, por meio de solicitações advindas do indivíduo, da família ou de outras instâncias, conforme retratam as falas a seguir.

*Conforme a necessidade e solicitação do usuário ou familiar, agendamos dia e hora. (Qe11)*

*Ocorre por procura da comunidade da área de abrangência, solicitação do distrito sanitário ou da secretaria, em casos extremos. (Qe12)*

*Nas unidades de saúde sem PSF, somente [atendemos] em situações excepcionais, a critério da chefe da US. (Qm15)*

Analisando-se os discursos e os critérios propostos pelo Ministério da Saúde, observa-se que os profissionais definem as necessidades a partir da demanda,

diferentemente dos propósitos do ADS, os quais se norteiam pela condição e possibilidade da família de manter cuidados em domicílio.

Logo, é possível inferir que o planejamento de ADS no contexto do estudo depende, com maior frequência, da solicitação da comunidade ou da determinação da gerência da unidade básica de saúde. Tal fato contraria os princípios estabelecidos para o ADS, como política pública de promoção à saúde, como retratado por determinantes apresentados nas categorias anteriores e revelado nas discussões a seguir.

Os profissionais de saúde pesquisados expressam como ocorrem as solicitações para o ADS e como algumas equipes organizam-se para esse atendimento:

*Familiares entram em contato com a enfermeira que, após avaliar o caso, libera a agenda para podermos sair da unidade de saúde.  
(Qm15)*

*São realizados conforme solicitação e disponibilidade da equipe.  
(Qg21)*

Em apenas uma das respostas essa questão apareceu de maneira diferente:

*Ocorre a organização e o planejamento das ações ao paciente que pertence à área e que necessita de intervenção direta da equipe.  
(Qe7)*

Os profissionais explicitam ainda que a falta de recursos humanos, já discutida, dificulta a absorção da demanda, e atendimento aos critérios de elegibilidade, pois se limitam a atender apenas pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção, após criteriosa avaliação. Nesse caso, a dificuldade de locomoção passa a ser um dos mais importantes critérios de inclusão para o ADS:

*Atendemos somente pacientes acamados e com uma avaliação rigorosa. Não temos equipe para realizar esse tipo de atendimento.  
(Qe13)*

Apesar das dificuldades encontradas, os participantes elencaram alguns tópicos que consideram significantes para a avaliação, principalmente no que se refere à inclusão do indivíduo no ADS. Ser morador da área de abrangência da

unidade de saúde, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), é fator importante, pois delimita a área de atuação de determinado grupo de trabalho, permitindo a organização do serviço para esse fim, bem como assegura ao indivíduo a assistência. Esse é um dos critérios de elegibilidade já apontados.

Isso está claro em um trecho da fala de um dos participantes:

*Tem que ser morador da área, independentemente do cadastro. Então, faço uma avaliação que vai determinar minhas próximas ações. (Ag3)*

A delimitação da área de atuação favorece o conhecimento da comunidade e dos problemas desse espaço e possibilita a identificação de possíveis integrantes no atendimento domiciliar à saúde, como é o caso de questões sociais (BRASIL-MS, 2004b).

Os profissionais ainda destacam que a avaliação do caso determina a inclusão ou não no ADS, e também o planejamento de ações, pois, a partir do conhecimento do indivíduo, de sua família e seu contexto, definem-se condutas, conforme afirmam Duarte e Diogo (2000). Ter condições de saúde que se enquadrem no atendimento é outro critério de elegibilidade.

*A equipe vai fazer a primeira avaliação, mas o que determina sua inclusão ou não é o caso, a realidade, a necessidade. (Ag3)*

*A partir da primeira avaliação, define-se se vai ser incluído para o AD ou não, e volta-se para discutir [isso] com a equipe e planejar. (Ag1)*

Entre os critérios para inclusão do indivíduo no ADS, Cruz (1999) salienta que é preciso considerar três importantes vertentes: o indivíduo, as condições ambientais do domicílio e características do grupo familiar.

Nessa perspectiva e de acordo com Duarte e Diogo (2000), avalia-se o indivíduo, suas condições de saúde, o diagnóstico, suas necessidades, o grau de dependência, a aceitação ou não do ADS, as condições socioculturais e econômicas, o tratamento realizado, dentre outros quesitos. As falas a seguir retratam ainda a importância da aceitação do indivíduo ao ADS, fator que interfere diretamente em sua adesão, participação e recuperação. O consentimento do indivíduo ou familiar para o ADS é um dos critérios de elegibilidade.

*Acho que o paciente querer ou não é um critério. (Ag2)*

*Aquele que quer o atendimento inclusive vai se ajudar, porque quer melhorar, o que não quer, não, e também avaliar o grau de compreensão de cada um, se ele está te entendendo. (Ae4)*

O critério aqui destacado tem relação direta com o contexto familiar: o significado de um parente doente, a aceitação ou não da situação, como a família lida com a necessidade de realizar cuidados, o grau de dificuldade, a presença ou não de cuidador.

Referem Mendes e Lopes (2001) que a família é um importante componente para o ADS, pois sua parceria é condição indispensável para boa condução e sucesso da assistência.

Importante é lembrar que uma situação limitante vivenciada por um dos membros da família e, conseqüentemente, sua dependência causa impacto na família, gerado pela responsabilidade, o que altera a dinâmica familiar.

Somam-se ainda, as condições ambientais em que o indivíduo e sua família estão inseridos. Identificam-se, portanto, a estrutura física, as condições de moradia, água, luz, necessidade de adaptações no domicílio, dentre outros.

Entretanto, o consentimento da família e do indivíduo não é menos importante, e sim uma das particularidades para o ADS, pois a partir dessa decisão há sucesso nas ações propostas. Duarte e Diogo (2000) reforçam a importância da decisão do cliente e da família, e para tal a necessidade de partilhar conhecimentos, estabelecer metas e discutir intervenções em conjunto com eles.

Tal como relatam dois profissionais:

*Tem que ter o consentimento da família. (Ae6)*

*A família tem que estar incluída, tem que participar. (Ag3)*

Soma-se aos critérios de elegibilidade a condição física do paciente e a possibilidade de ser atendido na unidade de saúde, tal como citado:

*A impossibilidade [locomoção] de ir à unidade de saúde. (Ag2)*

*[Há] priorização para usuários com dificuldade de acesso [acamados]. É feita uma avaliação pelo agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem e depois enfermeiro ou médico. (Qe8)*



Os profissionais citam, ainda, que as patologias ou situações mais comumente encontradas e que são as desencadeadoras do atendimento domiciliar à saúde são:

*Crises convulsivas, tuberculose, alcoolismo, neoplasias, seqüela de AVC, alteração de pressão arterial, pós-operatório, demência, insuficiência respiratória. (Qe10)*

*Usuários hipertensos, diabéticos, eventualmente gestantes. (Qe11)*

*Acamados, seqüelas de AVC, pacientes especiais. (Qe8)*

*Pacientes com AVC, acidentados, idosos com dificuldade de deambular. (Qe13)*

As a maioria das patologias referidas pelos profissionais tem uma característica comum, ou seja, requerem um monitoramento e acompanhamento contínuo por determinado período de tempo. Este critério também aparece no documento preliminar do Ministério da Saúde, Brasil (2004b, p.10) sendo caracterizado da seguinte forma “serão incluídos em assistência domiciliar os usuários que possuam condições clínicas que imponham a necessidade de cuidados com uma freqüência de visitas e atividades compatíveis com o processo de trabalho da equipe de atenção básica.”

Ainda, ao discutir os critérios iniciais de elegibilidade, os profissionais reforçam a importância do cuidador, representado por um parente, amigo ou pessoa contratada para essa finalidade, como exemplificam os participantes do estudo, embora não sejam unânimes:

*A equipe pode até assumir o atendimento, mas tem que ter um cuidador que se responsabilize. (Ag1)*

*Não acho que cuidador seja critério, porque com ele ou sem ele nós vamos fazer igual. (Aa7)*

*Mas e as orientações dadas? Acho que tem que ter cuidador, pode não ser familiar mas tem que ter. (Ag1)*

A Anvisa (2006, p.2) define cuidador como a “pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana”. O cuidador, por meio da realização de suas tarefas, tenta auxiliar o indivíduo a restabelecer sua qualidade de vida. Ressalta-se ainda a possibilidade de

que o cuidador tenha fatores limitantes, como a própria condição de sua saúde, fato que requer organização da estrutura familiar que contemple questões como: tempo de descanso, distração, alimentação. A equipe deve estar atenta às expectativas e necessidades de saúde que o cuidador expressa, direta ou indiretamente, demonstrando que também necessita de atenção especial. Esse é um dos aspectos que caracterizam a necessidade do envolvimento e da participação familiar, fato que auxilia no sucesso desse processo no domicílio.

Em síntese, os profissionais trazem à tona critérios de inclusão para o ADS coerentes, muito próximos da literatura e das propostas das políticas públicas, ou seja, ser morador da área de abrangência da unidade de saúde, sua condição de saúde e do domicílio, ser acamado ou ter dificuldade para locomover-se, concordância do indivíduo e de sua família, presença de cuidador.

Entretanto, evidencia-se também em várias falas a importância da avaliação cautelosa dos profissionais para cada situação, que deve subsidiar tanto a inclusão para o ADS como o planejamento das ações pela equipe a serem realizadas.

É possível afirmar, a partir das informações desta pesquisa, que há necessidade, durante a admissão do indivíduo para o atendimento domiciliar à saúde, do estabelecimento de metas a ser atingidas e de planejamento da equipe de saúde. Além disso, elas devem ser seguidas por um processo de assistência e acompanhamento dos casos, a fim de reorganizar e replanejar o atendimento, de acordo com a necessidade, com novos achados ou com o restabelecimento do indivíduo.

Nessa perspectiva, o percurso do ADS deveria ter começo, meio e fim, fator também lembrado por alguns profissionais, ao explicitar os critérios de exclusão. Assim como a inclusão, o desligamento do ADS deveria ser discutido com o indivíduo e a família, considerando-se que eles são participantes ativos desse processo e devem conhecer e integrar o planejamento e a execução das ações, bem como participar deles.

Por outro lado, há necessidade de analisar neste estudo os critérios de exclusão. Como afirmam Duarte e Diogo (2000), é importante o planejamento e a apropriação desse plano pelo indivíduo e sua família, para prevenir surpresas e despreparo deles no momento de encerrar o atendimento.

Os profissionais participantes do estudo consideram que a recusa ao atendimento é fator de exclusão, tendo em vista a necessidade de co-participação

do indivíduo e de sua família, que somam esforços para o restabelecimento adequado, que é também relatado:

*Recusa ao atendimento é um critério de exclusão. (Ag3)*

*Às vezes, o próprio usuário não quer o atendimento, e ficamos insistindo. (Ag1)*

*Falta de comprometimento familiar e do paciente. (Ag2)*

Outros critérios para exclusão também são mencionados:

*Mudança de área, internamento. Depende também do planejamento, da sua melhora, óbito, solicitação do usuário. O atendimento tem um início, meio e fim, alta por cura ou melhora. (Ag1)*

Da mesma forma que os critérios de inclusão, os critérios de desligamento do indivíduo do atendimento domiciliar à saúde se aproximam das propostas atualmente existentes (BRASIL-MS, 2004): mudança da área de abrangência, melhora do estado clínico, recuperação das condições de deslocamento, recuperação total e estabilidade global, ausência do consentimento da família a qualquer momento, ausência de cuidador a pedido da família ou indivíduo, internação hospitalar, óbito.

Embora estejam aqui analisados os critérios objetivos de inclusão e exclusão de paciente em ADS, é preciso destacar outro determinante, que diz respeito aos critérios estabelecidos pela família. A família pode ter outros critérios que surjam de suas necessidades sobre o planejamento da unidade de saúde em relação ao ADS, e pode compreender como resolutividade de uma situação, quando a unidade de saúde não tem condição de atendê-la, tal como diz um profissional:

*Os nossos critérios podem ser diferentes dos critérios da família, eles querem o trabalho e pronto. (Ag3)*

Trata-se aqui do fato de as estruturas familiares sofrerem as conseqüências do mundo moderno, cujos significados e valores muitas vezes são deixados de lado, em detrimento de desfrutar ou continuar sua vida sem agregar novas situações, conflitantes ou não, como pode ser o caso de um membro doente ou acamado. É

premente o reconhecimento pelo profissional de saúde dessas situações, pois, embora a concordância da família seja imprescindível para o ADS, a ausência de envolvimento pode também ser fator preocupante para a recuperação da saúde do indivíduo que se encontra sob cuidados.

De fato, é importante o delineamento de critérios de elegibilidade para o ADS, tendo em vista obter homogeneidade tanto na inclusão como exclusão de indivíduos entre os profissionais de saúde, para facilitar a tomada de decisão, bem como não ferir um dos princípios do SUS, que diz respeito à equidade. No entanto, os determinantes sociais, econômicos e culturais poderão sempre interferir, relativizar os critérios estabelecidos e exigir das instituições e dos profissionais a tomada de decisões mais apropriada a cada situação.

#### 5.1.2.5 As (im)possibilidades de planejamento para o ADS nas unidades de saúde

Nesta subcategoria, a necessidade de organização institucional é retomada, pois a demanda para o atendimento na unidade de saúde ainda prevalece frente às atividades programadas, tal como analisado anteriormente. Contudo, há necessidade de organização institucional, fator que colabora para dificultar o processo de trabalho, sendo novamente fator impeditivo para um adequado planejamento, tanto no ADS como em outros atendimentos.

O planejamento segundo Mehry *apud* Kurcgant (2005) é utilizado em três principais situações: como instrumento nas atividades dos processos de gestão das organizações, em virtude dos diferentes processos de trabalho que necessitam de articulação; como impulsionador de práticas sociais transformadoras; e como método de ação governamental, no que se refere à produção de políticas.

O estabelecimento da organização institucional para o ADS é um dos fatores que desencadearão uma seqüência de mudanças, no âmbito gerencial e de cuidado, pois a articulação entre os serviços de apoio, o estabelecimento de funções, fluxos e ações de cada setor serão a base para a organização do processo de trabalho local.

Nesse sentido, é a partir de um alicerce que os profissionais de saúde terão maior autonomia e suporte para prestar assistência no domicílio e contribuir para modificar o atual contexto, intensificar o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde voltadas para uma prática mais humanizada, que poderão

auxiliar na transformação do olhar e da postura dos profissionais e indivíduos para o fortalecimento da atenção básica.

Nesse contexto, é necessário discutir e delinear o planejamento de como, quando e quem vai fazer e o quê, o que é necessário para o ADS, para quem, dentre outras definições necessárias para o adequado andamento do trabalho. Todavia, outro cenário é bem retratado nas seguintes falas:

*Hoje não se faz muitas coisas, porque se depende de uma programação para saída, e atualmente não há uma programação para esse tipo de atendimento, aprazamento, quem vai, fazer o quê, o que precisa, requer um planejamento. Hoje a demanda surge e não conseguimos sair. (Ag2)*

*Cada caso é um caso. Você pode ir espaçando os atendimentos ou não, conforme a necessidade. (Aa7)*

*Além dos atendimentos, emergências e programados, você também pode estar fazendo AD de prevenção. Pode ser escala no dia, na semana ou no mês, e pode estar atendendo isso. (Bg4)*

Outras unidades de saúde parecem conseguir melhor organização para visitas domiciliares e também para o atendimento domiciliar à saúde, em que a reunião de equipe dá vazão à discussão e priorização de ações, o que corrobora Duarte e Diogo (2000), no que tange à importância de um planejamento minucioso, bem discutido, que mapeie todas as necessidades e formas de atuação dos profissionais.

*Ocorre reunião semanal com cada equipe, onde é priorizado o atendimento e é determinada a frequência, por qual profissional será realizada e quais são os encaminhamentos necessários. (Qg19)*

Na seqüência, os profissionais relatam como se organizam para novas avaliações e para a continuidade dos atendimentos:

*A organização é definida pela equipe da área em conjunto. (Qg17)*

*De acordo com a gravidade se realiza o atendimento no momento da solicitação pela enfermagem e ACS, e os demais seguem a programação da equipe, por microárea. (Qe10)*

*Ocorrem no período da tarde, duas vezes por semana, por microárea, quinzenal e semanal. O médico e enfermeiro realizam VD para pacientes mais graves, acamados. AE e ACS em pacientes com controle de PA, pós-operatório e demandas mais simples. (Qe10)*

*O enfermeiro vai até o domicílio, avalia a situação e, se for necessário, faz escala dos funcionários para AD. (Qe13)*

*Meio período por semana para cada equipe, mediante solicitação da família ou do ACS, são priorizados os atendimentos mais graves e até encaixados em outro dia da semana, se necessário. (Qm14)*

*Na medida do possível tentamos atender às necessidades solicitadas, mas, como atendemos quatro microáreas por equipe, dividimos as VDs por semana. Assim algumas necessidades momentâneas ficam descobertas. (Qe10)*

As equipes de saúde têm adotado a organização do trabalho no local de atuação como forma de superar as dificuldades e deficiências do sistema e, ao mesmo tempo, na tentativa de dar conta do atendimento domiciliar à saúde, fator sinalizado também pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a, p. 6), quando afirma que os profissionais adotam “um determinado tipo de organização do trabalho: uma forma específica de agir, de se relacionar entre si e com os usuários, e de estabelecer regras específicas na divisão do trabalho e na prestação dos cuidados”.

No entanto, esse processo ocorre de modo vertical, em que entram em cena o conhecimento, o bom senso, o compromisso e ações particularizadas dos profissionais, sem isentar o serviço de rever a organização e lançar mão de estruturas muitas vezes existentes, num processo de articulação inter e intra-setorial, de maneira a contemplar e implementar ações de forma sincronizada.

Nesse sentido, algumas equipes procuram atender à demanda, ainda que de forma pouco sólida, mas sugerem algumas alternativas para melhorar a organização local:

*Através de organização e planejamento estratégico prévio ao atendimento das necessidades do usuário. (Qe7)*

*Discussão de casos e prioridade antes de sair para VD, conhecer a área de atuação, saber o que levar, como abordar a família. (Qe9)*

*Maior tempo para equipe organizar e planejar as atividades, permanência ou maior assiduidade da equipe nessa ação, nem sempre se consegue devido a afastamentos... (Qe10)*

Desse modo, os profissionais tentam suprir as dificuldades encontradas e ao mesmo tempo atender as necessidades do usuário, organizando e priorizando os atendimentos no domicílio, conforme as possibilidades, ficando claro em uma das falas a necessidade de maior tempo para desempenhar estas ações.

Apesar das dificuldades e da necessidade de ampla organização dos serviços, os profissionais percebem e relatam a importância de capacitar e orientar os indivíduos e cuidadores, bem como de acompanhá-los por meio de supervisão programada. Compreendem que a capacitação do indivíduo e do cuidador é um dos requisitos essenciais para o cuidado adequado no domicílio, seguido do monitoramento, para auxiliar na superação das dificuldades, estabelecer reciprocidade na realização do cuidado, auxiliar para o alcance de autonomia e independência, preservar sua individualidade, visando à qualidade de vida.

Os participantes discorrem sobre esse aspecto:

*Penso que, com a orientação de muitas coisas e supervisão programada (do cuidador), não estaríamos sendo paternalistas e daríamos conta de muitas coisas no domicílio. (Aa7)*

*[...] reforço que, dessa forma, monitorando o que foi ensinado e não fazer tudo por eles (cuidadores). Acho que é importante ensinar, capacitar o funcionário e o cuidador é o melhor caminho. (Ag1)*

O ADS busca de certa forma a reinserção do indivíduo na sociedade, auxiliando-o e trazendo à tona sua autonomia, independência e cidadania, de modo a, a partir do conhecimento ou da apropriação de suas necessidades do corpo e da mente, melhorar seu estilo de vida, conhecer e controlar os fatores de risco que levam as doenças, adotando papel participativo e tornando-se co-responsável no processo de atenção a sua saúde. Esses fatores, para Magalhães (2001), resultam na capacidade de tomar decisões, controlar a própria vida e assegurar que a sociedade em que se vive ofereça a todos seus membros a possibilidade de gozar de bom estado de saúde.

Compactuo com Lacerda (2006, p. 1), ao considerar que “o cuidado domiciliar é uma oportunidade significativa para que a autonomia do indivíduo e da família concretize-se, já que o cuidado no domicílio do usuário/paciente/cliente e família é uma ação e atitude”.

Essa autora enfatiza ainda que a partir do momento em que a família assume os cuidados, estes podem ser cuidadores eficazes ou não, pois talvez não tenham sido suficientemente instrumentalizados para cuidar. Fator extremamente importante quando se fala do cuidado no domicílio, pois além de uma nova situação a ser vivenciada pela família, existem também dificuldades de compreensão do cuidador e família da importância de certos cuidados, como também outros fatores relacionados a saúde da própria pessoa que cuida:

*Talvez outras pessoas possam ter idéias diferentes, acompanhamento programado também poderia ser feito em domicílio, pois muitos familiares desse acamado também necessitam de atendimento (cuidador). Então poderíamos estar conciliando as ações. (Ag3)*

Conforme Diogo *et al.* (2006), a instrumentalização da família para o cuidado e a atenção à própria saúde podem colaborar para reduzir fatores que enfraquecem o cuidador, tendo em vista que, muitas vezes, a tarefa de cuidar é desgastante e pode comprometer inclusive a saúde de quem cuida.

### 5.1.3 Atribuições dos Profissionais: um trabalho em equipe

O trabalho em equipe multiprofissional, para Peduzzi (2001), é um conjunto de habilidades, atribuições e tarefas. Consiste em modalidade de trabalho coletivo, que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, ou seja, apesar de cada integrante da equipe ter suas atribuições específicas, a junção e o sucesso de suas ações ocorrem devido a um intercâmbio de ações e também da comunicação entre os profissionais.

A união de esforços, habilidades e papéis é de suma importância, tendo em vista que agrega a experiência na atenção básica e o trabalho que já vem sendo realizado pela equipe, a fim de delinear as atribuições dos profissionais de saúde no ADS.

Vale ressaltar que, embora todas as categorias profissionais tenham atribuições específicas no ADS, os participantes enfatizam como aspectos importantes o trabalho em equipe, a necessidade de avaliação do caso e o enfoque



em ensinar o cuidador, uma vez que há dificuldade de fazer o acompanhamento necessário, tal como segue:

*O produto final do trabalho é positivo se trabalhamos em equipe com um objetivo único, englobando a prevenção, inclusive. (Bg5)*

*A equipe é multidisciplinar, portanto, não é só uma categoria e profissão, mas também, o vínculo que se estabelece com a família e o usuário, facilitando o atendimento. (Ag2)*

*A partir do momento em que o caso chega para a equipe (história), a própria equipe designa qual seria o melhor profissional para avaliá-lo, um enfermeiro ou outro. (Ag1)*

Para facilitar a apresentação e compreensão das atribuições elencadas pelos profissionais, lista-se a seguir a síntese por aproximação de respostas extraídas dos questionários e do grupo focal.

#### Atribuições da equipe de saúde:

*Definir atribuições conforme a demanda e o perfil de cada profissional;  
O profissional deve ter envolvimento direto com o paciente e com a equipe com quem trabalha. Estabelecer vínculo com as famílias;  
Incluir ações de promoção e prevenção;  
Assumir o paciente em seu todo;  
Atender às necessidades do paciente e da família;  
Manter afinidade entre os membros da equipe, para que se possa trabalhar com uniformidade;  
A equipe de saúde deve ter cumplicidade, respeito tanto entre si como com o usuário, dedicação e gostar do que faz;  
Conhecer sua microárea, trazer casos para ser discutidos com a equipe e propor estratégias;  
Realizar procedimentos necessários;  
Solicitar e participar de capacitações, encontros regionais e discussões sobre o processo de cuidar em domicílio;  
Conhecer os equipamentos sociais da comunidade;  
Avaliar responsabilidades e resultados do ADS com a equipe.*

### Atribuições do enfermeiro e da equipe em ADS:

*Planejar, organizar e avaliar o processo de trabalho em ADS com a equipe;*  
*Organizar as visitas domiciliares e a priorização dos casos;*  
*Traçar o plano de cuidados para a equipe de enfermagem, atendendo às prioridades e pontuando-as;*  
*Realizar atividades técnicas, tais como: consulta de enfermagem, sinais vitais, sondagens, curativos, cuidados em geral, coleta de exames;*  
*Delimitar as atribuições da equipe de enfermagem;*  
*Orientar o cuidador e fazer acompanhamento das ações que ele executa;*  
*Escrever para o cuidador as ações que ele executará;*  
*Dar suporte e apoio ao cuidador, paciente e à família;*  
*Realizar procedimentos complexos, casos graves e emergências;*  
*Conhecer a microárea e trazer casos para ser discutidos com a equipe;*  
*Realizar busca ativa e visitas de situações e casos de risco;*  
*Agendar consultas de avaliação de enfermagem;*  
*Estimular a equipe;*  
*Realizar encaminhamentos de pacientes para exames, internação e outros;*  
*Registrar as ações em ADS executadas;*  
*Supervisionar a equipe de enfermagem e ACS em suas atividades no domicílio;*  
*Buscar aprimoramento profissional para o bom desempenho do trabalho;*  
*Viabilizar todos os materiais necessários para atendimentos, definindo metas e maneiras de disponibilizar materiais e recursos humanos;*  
*Atender ao paciente e a família dentro das possibilidades.*

Os profissionais de saúde embora tenham especificidades, ou seja, diferenças técnicas em seu trabalho, são de extrema importância para desencadear o atendimento domiciliar à saúde. O trabalho, para Peduzzi (2001) quando realizado por profissionais de diferentes categorias profissionais configura um trabalho coletivo que tem relação recíproca entre intervenções técnicas e a interação entre diferentes áreas.

Atualmente, cada vez mais se tem exigido do profissional certas competências e habilidades técnicas, privilegiando o conhecimento amplo mas também têm sido cada vez mais desejável uma percepção mais abrangente, dinâmica, complementar e integrada. Além das habilidades e competências técnicas, as habilidades relacionais que capacitam o indivíduo a estabelecer relações interpessoais têm sido solicitadas.

Dessa forma, o trabalho em equipe, predispõe ao compromisso individual na tomada de decisão considerando um propósito comum, extremamente necessário

no atendimento domiciliar à saúde, cujo papel e atribuição de cada profissional deve ser clara e ao mesmo tempo favorecer o compartilhamento de tarefas e a cooperação para alcançar objetivos comuns.

È imprescindível que o atendimento domiciliar tenha como base as ações interdisciplinares, sendo o cuidado um dos focos principais, tornando assim, o profissional enfermeiro um dos principais personagens neste contexto, pois o cuidado é a essência da enfermagem fator que possibilita utilizar-se do cuidado em todas as suas particularidades.

Assim, para Araújo (2006) há uma nova dimensão em relação ao trabalho em equipe no sentido da divisão de responsabilidades entre os membros da equipe, na qual todos participam com suas especificidades contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde.

## 5.2 TEMA II – ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA O ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE

O segundo tema direciona-se para o nível local de ação em saúde, visualizando o que os profissionais entendem como barreiras ou facilidades para o atendimento domiciliar à saúde.

Percebe-se claramente que existem fatores que são macroorganizacionais, conforme descrito, e fatores microorganizacionais, ou seja, fatores que dependem de planejamento e organização interna da unidade. Dentre eles, encontram-se o conhecimento da clientela e da área; a discussão dos casos entre os profissionais; o planejamento e aprazamento do atendimento; e a previsão de recursos necessários. Inclui-se também a definição de qual ou quais profissionais prestarão o atendimento, de maneira dinâmica e em conformidade com as necessidades do indivíduo e da família, com priorização dos casos, para garantir o tempo necessário ao atendimento, sem prejuízo de outros atendimentos.

A partir dessa temática, busquei estabelecer categorias que descrevessem o cenário para realização do cuidado, assim estruturadas: Avaliando o Indivíduo, a Família e o Contexto Domiciliar para Atuar em Atendimento Domiciliar à Saúde; O Planejamento do Atendimento Domiciliar à Saúde sob a Perspectiva dos Profissionais; e Atuando em Atendimento Domiciliar à Saúde.

### 5.2.1 Avaliando o Indivíduo, a Família e o Contexto Domiciliar para Atuar em Atendimento Domiciliar à Saúde

Nessa categoria, destacam-se falas que expressam a primeira fase do atendimento domiciliar à saúde, que abrange ações prévias ao planejamento.

No ADS, a avaliação inicial ou o diagnóstico tem outra dimensão, exige amplitude de olhar ou de olhares, requer atenção ímpar aos detalhes, os quais revelam a necessidade do indivíduo e de sua família, a forma de conduzir o atendimento, o apoio necessário e os fatores de risco do contexto.

Nesse sentido, conhecer os fatores biológicos é importante, e ampliar a visão para conhecer o contexto do ser humano tem acréscimo precioso para desencadear as ações. Esse modo de olhar, o indivíduo aprimora o cuidado, respeita o ser

humano em sua cultura, seus valores e suas crenças, seu contexto social e sua família.

O contexto do indivíduo e de sua família sempre tem um passado, um presente e uma perspectiva de vida futura, e isso representa elemento diferencial com respeito a outros grupos, que têm uma estratégia de sobrevivência para o presente (MARTINS, 2003). Assim se constrói um projeto para o futuro e se avalia o que foi o passado.

Ao considerar que o contexto tem um amplo sentido, para o indivíduo e sua família, é importante lembrar que o atendimento domiciliar à saúde pode de algum modo exercer uma série de efeitos, diretos e indiretos.

Isso posto, a avaliação como parte do planejamento em ADS é importante, porque pode ser uma nova situação para o indivíduo e a família, desencadeadora de novos sentimentos, de reorganização familiar, de readequação de papéis, dentre outros. Ainda, necessita de *feeling* do profissional e de uma avaliação além da doença, para captar também situações implícitas à doença, mas que podem interferir no cuidado.

Os profissionais de saúde participantes do estudo referem sobre a importância de realizar a avaliação no ADS:

*[...] faço uma avaliação, o que vai determinar minhas próximas ações. (Ag3)*

*Considero que, a partir desse conhecimento e da primeira avaliação, tenho condição de definir muitas coisas de um planejamento. (Bg1)*

*Eu concordo com os colegas que a partir desse diagnóstico eu consigo fazer um planejamento. (Be6)*

Na fala a seguir, o profissional indica que a visita domiciliar pode ser o instrumento utilizado para desencadear o processo para o ADS.

*Se faz a visita para constatar o caso e fazer a primeira avaliação, mas o atendimento em si é incluído ou não, planejado a partir disso. (Ag2)*

Esse é o instrumento que leva os profissionais a conhecer não só o quadro clínico, mas o contexto, as condições de vida em termos econômicos, sociais e familiares. Para Reinaldo e Rocha (2002), a visita domiciliar facilita essa abordagem

e permite ir além da avaliação e do acompanhamento do indivíduo, pois constitui uma maneira de estabelecer vínculo entre profissional, indivíduo e família.

Vale ressaltar ainda que, nesse primeiro momento, inicia-se o estabelecimento de vínculo com o indivíduo e a família. Isso ajuda a clarear a situação familiar, suas relações, percepções sobre o processo saúde-doença, sua história e assim a traçar propostas em parceria com esse grupo para a solução de problemas (MARTINS, 2003). Também, Cianciarullo (2002, p. 31) aponta:

A família tem como pressupostos básicos o desenvolvimento emocional, a socialização, a organização dos papéis e das relações de seus membros com a comunidade e a preservação do patrimônio. Atualmente constitui provavelmente o mais importante contexto no qual as ações de saúde materializam-se, buscando solucionar o processo saúde/doença. A participação da família inicia-se desde o momento da definição da necessidade de buscar ajuda, onde e com quem, passando pelo suporte às condutas indicadas pelos profissionais da área da saúde, até a finalização deste processo.

Para Santos (2005, p.22), “o atendimento domiciliar à saúde cria um vínculo de melhora com a população e estimula a população a conhecer seus direitos e a utilizá-los de forma adequada e na hora certa”. Dessa forma, esse vínculo é uma aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, que facilita a assistência à saúde, a promoção da educação em saúde, o conhecimento dos problemas locais e auxilia a população na melhor forma de resolvê-los.

Todos os contatos entre equipes de saúde e comunidade são preciosos e devem ser fortalecidos, por meio do respeito a seus costumes, crenças, estilos de vida, bem como ao momento que se vive. No ADS, fortalecem-se laços com a família, a junção dos saberes dos diferentes profissionais e a discussão dos casos, em prol de um planejamento adequado. Também se contemplam as diversidades do ser humano.

Em termos organizacionais de trabalho da equipe, deve-se atentar para alguns fatores, como a realização de reuniões, cuja finalidade seja: a troca de idéias sobre a situação de saúde e as condições de vida de determinado usuário, realizar ajustes na própria equipe e estabelecer normas entre os membros da equipe na tentativa de manter a coesão grupal, porém, respeitando-se as especificidades de cada categoria.

A organização da equipe é tratada como segue pelos profissionais:

*Discutir com a equipe cada caso seria o ideal, cada profissional sabe um pouco da história de vida daquela pessoa e família, e isso também facilita a tomada de decisões. (Ae4)*

*Isso tem que ocorrer rapidamente, e se avalia até a questão do vínculo. A partir da primeira avaliação, define-se se vai ser incluído para o AD ou não, e volta-se para discutir com a equipe e planejar. (Ag1)*

Nessa perspectiva, tanto no grupo focal como nos questionários, surgiu a discussão acerca de qual profissional poderia realizar a avaliação inicial, demonstrada nas falas a seguir:

*O enfermeiro vai até o domicílio, avalia a situação e, se for necessário, faz escala dos funcionários para AD. (Qe13)*

*E essa avaliação não é o médico que faz, normalmente, é a enfermeira, quando precisa, tem que bloquear a agenda para ele poder sair. (Ae6)*

*Geralmente, o paciente é avaliado previamente pela enfermeira da unidade de saúde e depois é feito um ajuste na agenda para eu poder fazer o atendimento. (Qm15)*

*Na emergência, o médico. (Ag2)*

Os profissionais deixam transparecer que a avaliação do paciente centraliza-se no profissional enfermeiro, cabendo a ele a organização do serviço, o qual coordena a saída de outros profissionais da unidade de saúde, sem causar prejuízos ao atendimento à comunidade. Entretanto, relatam ainda que, em casos emergenciais, quem faz o atendimento é o médico.

A avaliação inicial é imprescindível para o desencadear de ações por meio da detecção de problemas, da identificação de necessidades centrais e de fatores que facilitam ou dificultam o processo, bem como a identificação de recursos disponíveis e necessários. No atendimento domiciliar à saúde, poderá existir tratamento diferente para situações semelhantes, por isso, avaliação acurada do caso deve ser realizada, considerando-se todo o contexto.

Para SAAR (2005, p.27) “o processo de cuidar, na enfermagem, constitui um instrumento que auxilia a avaliação, a prevenção e a tomada de decisões em face à agravos de saúde e de conseqüências decorrentes desses agravos”.

Nesse contexto, percebe-se que o enfermeiro assume distintas posições, adota uma função assistencial, quando avalia o caso e, ao mesmo tempo, na organização do processo de trabalho da equipe, que inclui qual profissional e quando vai para o atendimento.

O enfermeiro, segundo Saar (2005) é um profissional competente e com potencial para ultrapassar o ato de cuidar diretamente e centralizar o exercício da função administrativa e de organizadora da assistência do paciente, utilizando-se do raciocínio clínico e dos instrumentos de gestão.

### 5.2.2 O Planejamento do Atendimento Domiciliar à Saúde sob a Perspectiva dos Profissionais

Essa categoria está diretamente relacionada com a rotina e organização do processo de trabalho local para o ADS, a qual foi expressa pelos profissionais quanto ao planejamento que requer um olhar próprio, pois depende do conhecimento e da apropriação que se tem da área de atuação, dos riscos existentes, das necessidades e também de diagnóstico acurado dos casos que requerem atendimento domiciliar à saúde. A partir desse domínio, traça-se a programação que envolve toda a equipe, definem-se objetivos e aprazamentos para o atendimento no domicílio compatíveis com o caso, lançando-se mão de recursos necessários para realizar o cuidado condizente com a situação.

Especificamente nesse enfoque, os profissionais expressam a necessidade de conhecer a realidade, para então definir metas e estabelecer o planejamento:

*Esse planejamento passa a existir a partir do momento em que se conhece a realidade [do paciente e domicílio] e define-se o objetivo desse atendimento. (Bg3)*

*Inclusive, acho que se parte de conhecer uma realidade e, tendo conhecimento do que temos disponível para lançar mão naquele caso, então, se faz um planejamento em cima disso. Parto do que tenho e do que preciso. (Bg3)*



*A partir disso é que se aprazam os atendimentos, considerando-se a realidade e os objetivos, definindo-se inclusive qual profissional vai para o AD. (Bg4)*

Os participantes reforçam ainda que, mesmo os atendimentos sendo de rotina, para garantir a continuidade do cuidado, há necessidade de planejamento e programação, que deveriam ser realizados pela equipe:

*Planejamento, eu tenho que ter uma programação. Os atendimentos que são de rotina você tem como prever e se organizar. (Bg4)*

*A partir do momento em que se tem uma estrutura, o planejamento torna-se mais fácil, inclusive a distribuição de tarefas. (Bg5)*

Eles voltam a enfatizar o atendimento da demanda em detrimento do atendimento programado. Isso remete também a pensar numa segmentação de ações, em que se tem o início, mas não se garante a continuidade delas.

*Hoje, muita coisa não se faz porque depende de uma programação para saída, e atualmente não há uma programação para esse tipo de atendimento, aprazamento de quem vai, fazer o quê, o que precisa. Requer um planejamento. Hoje a demanda surge e não conseguimos sair. (Ag2)*

Há propostas para solucionar problemas no processo de trabalho descritas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), no entanto, é necessário que a equipe sistematize o planejamento de ações integrado, dinâmico, flexível, adaptável à realidade do serviço e do usuário.

Alguns profissionais discorrem sobre essa dinâmica:

*Isso pode ocorrer diariamente, quando eu chego à unidade de saúde já vejo se tem alguma nova solicitação ou simplesmente tenho que dar conta do que já tenho planejado. Então reúno a equipe para discutir rapidamente e saio, define-se quem vai, o que precisa e isso funcionaria diariamente. (Ag1)*

*Mas se você tem todo um aparato e condições, você pode ter um elemento da equipe que se desloca independente do dia para esses AD, alternando esse membro da equipe. É possível isso em qualquer unidade de saúde, mesmo na básica. (Bg2)*

*Discussão de casos e prioridade antes da sair para VD, saber o que levar, como abordar a família. (Qe9)*

*Maior tempo para a equipe organizar e planejar as atividades, permanência ou maior assiduidade da equipe nessa ação.... (Qe10)*

*Visitas diárias e por todos os membros da equipe em pelo menos um turno. (Qg18)*

Nas diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), existem recomendações referentes à sistematização e ao registro de ações realizadas no domicílio, pois todas as informações referentes ao indivíduo, situações do contexto familiar que possam contribuir ou interferir para sua melhora, o desenvolvimento de ações e evolução deve estar disponível para acesso dos profissionais envolvidos neste atendimento, com a finalidade de integração de todas as áreas e continuidade do acompanhamento. O estabelecimento de fluxos para facilitar a condução a outros serviços necessários, como os de média e alta complexidade, ou seja, estabelecer um sistema de referenciamento ágil e que dê suporte a situações que requerem maior atenção e tecnologia inexistente na atenção básica.

Este aspecto foi também elencado por alguns profissionais que participaram do estudo:

*Eu acho que tem que ter um roteiro de atendimento, um objetivo, é um serviço muito caro para não se ter um planejamento. O que a gente quer focar naquele atendimento, muitas vezes, não é só o acamado, tem a gestante, a criança que mora junto... e que tenha uma continuidade, não uma única vez. Acho importante esse roteiro, porque em cada atendimento pode haver a necessidade de um profissional diferente, e isso tem que ficar registrado. (Bg3)*

*Falta resolutividade para casos mais graves, onde as dificuldades de reencaminhamentos para consultas especializadas e internamento são insuficientes.. (Qg19)*

A ampliação dessa modalidade de assistência requer um olhar que vá além do indivíduo doente ou incapacitado, e contemple também as necessidades estruturais e da família, por meio de atuação de forma preventiva, buscando a melhora da qualidade de vida de um grupo de pessoas, e sinalizando também aos gestores as necessidades, para melhoria do serviço.

Cabe ressaltar que a equipe tem de ter clareza das situações, conhecimento e vínculo com a comunidade, saber qual é seu papel e até onde pode ir, pois muitas

ações independem da boa vontade e do bom senso do profissional, requerem intervenções mais amplas, estruturais, sociais e até culturais.

### 5.2.3 Ações e procedimentos possíveis no Atendimento Domiciliar à Saúde

O atendimento domiciliar à saúde envolve os diversos níveis de atenção e requer bom entrosamento entre eles para adequado cuidado, conforme descrito anteriormente, porém, considerando suas interfaces, percebe-se que ultrapassa os limites técnicos para o envolvimento e a interação entre as pessoas. Abarca, portanto, um misto de sentimentos e emoções, conhecimento e aprendizado, ação e cooperação, orientação e comprometimento, e a principal ação dos profissionais de saúde é auxiliar o indivíduo e sua família a obter “independência e poder administrar os cuidados necessários à situação vivida” (LACERDA e OLINISKI, 2004, p. 240).

Entretanto, as informações dos profissionais retratam que o enfoque dado ao atendimento domiciliar à saúde tem, ainda, como ação central, os procedimentos e as atividades, desencadeadores de todo o processo de cuidar em domicílio, e transita ainda entre a ação do profissional e a interação entre pacientes e a família. Assim, considero importante elencar nessa categoria as falas referentes às ações e aos tipos de procedimentos possíveis de ser realizados no domicílio, no ponto de vista de profissionais de saúde, tal como segue:

*Atendimento odontológico ou avaliação odontológica no domicílio para o dentista. (Ag2)*

*Cuidados com pacientes acamados, curativos aplicação de injetável, sondagem vesical e nasogástrica, lavagem intestinal, vacina, orientações, coleta de exames. (Qa1)*

*Usuários em dieta enteral, úlceras de pressão, orientação ao cuidador. (Qe11)*

*Verificação de PA, curativo, troca de sonda, teste de glicemia, consulta médica. (Qg20)*

*Curativos, retirada de pontos, orientação para uso da bolsa de colostomia, fisioterapia. (Qg22)*

*Troca de curativos (escaras), verificação de PA, sondagens e orientações, educação em saúde aos familiares (alimentares, higiene, cuidados gerais). (Qe7)*

Verifica-se que os procedimentos comumente realizados no domicílio pelos profissionais de saúde são, em sua maioria, aqueles realizados também na unidade de saúde, porém, muitas vezes, requerem, para sua execução, adequação do domicílio, durem eles pouco ou não.

Vale ressaltar a necessidade de conhecimento prévio do profissional, para realizar procedimentos e para ensinar o indivíduo e a família a realizá-los. Esse aspecto é abordado por Lacerda (2000a, p.103), quando explana que “o cuidado no domicílio exige um fazer/agir/pensar/saber” do profissional de saúde para, de fato, resolver o problema identificado.

Dentre os procedimentos realizados no domicílio, um dos profissionais refere-se também ao cuidado com o cuidador, pois há desgaste também para aqueles que cuidam, principalmente parentes, pois normalmente agregam a suas funções o papel de cuidador. Existem estudos significantes a respeito da sobrecarga e do desgaste que acomete o cuidador, bem como sobre a importância dos cuidados acerca dele, aspecto bem explorado por Floriani (2004), no qual enfoca a necessidade de estabelecer estratégias, inclusive pelos gestores, para absorver esses cuidados.

*E tem que lembrar que normalmente o acamado tem um cuidador também e, muitas vezes, precisa mais de cuidados do que o próprio acamado. Então, os tipos de atendimento ficam sempre mais para o acamado e cuidador. (Aa7)*

Alguns profissionais referem que procedimentos em domicílio fazem parte da rotina da UBS, porém, reportam a necessidade de melhores condições de trabalho, vislumbrando assim maior contingente de atividades e sua execução com melhor qualidade.

*[...] todos esses tipos de procedimento já são feitos, são viáveis mesmo para aquele que está acamado. Acredito que, numa situação ideal, eu teria mais condições de fazer muito mais do que hoje com o material e pessoal que temos. Posso talvez estar atendendo de forma mais eficiente. (Ag3).*

*Acho que os tipos de procedimentos não são muito diferenciados do que se faz hoje, talvez se otimizariam e fariam coisas com qualidade melhor. (Ag2)*

Existe a percepção dos profissionais envolvidos no estudo de agregar outras possibilidades de atendimento no domicílio, ou seja, mesmo que esse atendimento esteja vinculado a um procedimento, aproveita-se a oportunidade para prevenção da saúde.

*Além dos atendimentos, emergências e programados, você também pode fazer atendimento domiciliar de prevenção. (Bg4)*

*Talvez outras pessoas possam ter idéias diferentes, acompanhamento programado também poderia ser feito em domicilio, pois muitos familiares desse acamado também necessitam de atendimento (cuidador), então poderíamos estar conciliando ambas ações. Inclusive no domicilio há condições de fazer uma avaliação melhor em relação ao que se está comendo, a medicação que se está usando. (Ag3)*

O modo como os profissionais têm conduzido esses atendimentos no domicílio também fica explícito, a partir das falas:

*Realizamos o primeiro atendimento e orientamos os familiares para prosseguirem. (Qg21)*

*Na 1ª. VD, em muitos casos, é realizado algum procedimento. Na seqüência, a família assume a responsabilidade. (Qg22)*

Esse enfoque, portanto, revela que muitas das ações são realizadas por iniciativa da própria equipe ou de profissionais que atuam de forma isolada. Todavia, partem da necessidade da co-participação da família, já ressaltada neste estudo, até como forma de auxiliar a comunidade, ofertando uma resposta, mas sem assumi-la integralmente, fato esse relacionado também às questões macroestruturais.

## 6 DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE

A elaboração de uma política nacional que normatize o atendimento domiciliar à saúde é um grande desafio em nosso País. A finalidade desta proposta para diretrizes é identificar os principais fatores referentes ao ADS e sugerir alguns pontos que merecem esforços para sua implementação, bem como contribuir para a consolidação do sistema de saúde.

Para delinear essa organização, resgato Kurcgant (2005), o qual enfatiza que, a partir da identificação e análise dos problemas, podem-se subsidiar e qualificar as decisões e ações dos profissionais de saúde e gestores, desencadeando participação, resolutividade e efetividade das ações.

Nessa perspectiva, é imprescindível um planejamento. Ao encontrar as diversas categorias provenientes da análise de dados, considerei importante representá-las graficamente, no intuito de facilitar a compreensão das interfaces que permeiam o atendimento domiciliar à saúde (Figura 1). A construção desse diagrama teve como intenção ilustrar a necessidade de organização do serviço de atendimento domiciliar à saúde na instituição, ou seja, a organização macroestrutural, microestrutural e suas interconexões.

Dessa forma, representei esse processo por meio de ondas, por entender que essa organização é composta por etapas, categorias e subcategorias, que se sobrepõem em alguns momentos, estando interligadas e demonstrando a importância tanto da organização local como da organização institucional para realizar o atendimento domiciliar à saúde. Representa ainda, o movimento de idas e vindas entre as categorias encontradas, que envolvem os gestores, profissionais de saúde, indivíduo e família, formando um combinado de ações em prol de um objetivo comum. Evidencia primeiramente, a necessidade dos gestores de conhecer a composição do cenário, sob a ótica dos profissionais de saúde, visualizando vários fatores que interferem na realização do ADS, subsidiando novas ações organizacionais, potencializando e ampliando as ações de saúde realizadas no domicílio. Essa seqüência de ondas-categorias expressa, a partir da realidade vivenciada pelos profissionais de saúde, sua influência na organização local e

conseqüentemente na realização do cuidado no domicílio. Demonstrando a importância dos gestores em conhecer esta realidade e delinear novos caminhos.

Ressalto que as ondas que se encontram na horizontal, retratando os temas, categorias e subcategorias, estão conectadas por duas ondas maiores, que estão lateralizadas na vertical, representando as diretrizes institucionais e as diretrizes locais.

Esse entrelaçamento entre as ondas sugere a composição e o estabelecimento das diretrizes institucionais. Estão assim denominadas para representar as questões macroestruturais, necessárias para desencadear uma seqüência de mudanças, no âmbito gerencial e de cuidado, pois esta articulação entre os serviços de apoio e o estabelecimento de ações e fluxos formam o alicerce para a organização do processo de trabalho local para o atendimento domiciliar à saúde.

Também, a onda denominada de diretrizes locais, representa fatores microestruturais, que compõem um conjunto para a organização do atendimento domiciliar à saúde. A partir desse delineamento de ações, o profissional de saúde terá uma maior autonomia e assim contribuir para a modificação do atual contexto e fortalecimento da atenção básica.

Portanto, a idéia foi a representação do movimento e as interligações entre as ondas-categorias, possibilitando a compreensão do todo para a elaboração das diretrizes para o atendimento domiciliar à saúde.

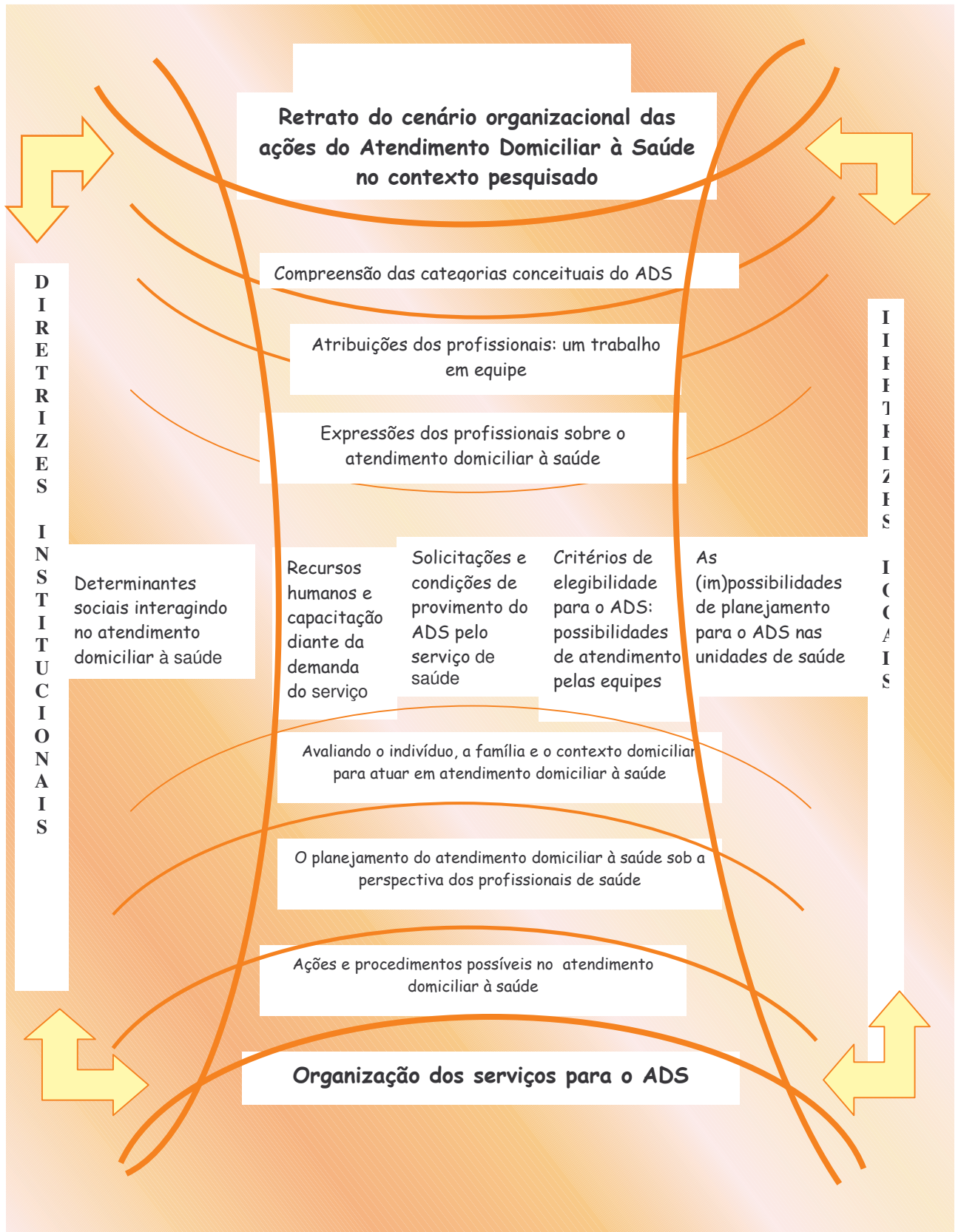


FIGURA 1 – REPRESENTAÇÃO DO MOVIMENTO ENTRE AS CATEGORIAS QUE PERMEIAM O ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE (MARTINS, 2006)



Para a estruturar o ADS e diante dos objetivos propostos nesta pesquisa, foram estabelecidas algumas diretrizes a partir da literatura, da legislação em políticas públicas em saúde e dos discursos dos profissionais.

Ao delinear as diretrizes para a organização do ADS, elaborei um quadro, apresentado a seguir, porém, cabe ressaltar os passos seguidos para tal construção.

Por entender que todo planejamento é um processo, e como resultado forma-se um plano, resgatei as fases de Kurcgant (2005) descritas anteriormente. Assim a primeira coluna deste quadro refere-se a essas fases aplicadas para estabelecer as diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde, conforme objetivo do estudo.

Já na segunda e terceira colunas foram estabelecidas as diretrizes com base na análise das informações, em que aparece claramente a organização do serviço na instituição (PLANEJAMENTO INSTITUCIONAL) e a organização do Atendimento domiciliar à saúde (PLANEJAMENTO LOCAL), ou seja, a organização macroestrutural e também a microestrutural, ambas obedecendo às fases citadas.

QUADRO 2 – DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DO ADS

FASES	PLANEJAMENTO INSTITUCIONAL	PLANEJAMENTO LOCAL
1. DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traçar perfil epidemiológico da população do município, visando conhecer a representação dos possíveis usuários do ADS;</li> <li>• Discutir com gestores, profissionais e comunidade para construção participativa do Plano Municipal de Saúde, considerando os dados encontrados;</li> <li>• Articular financiamentos junto ao Ministério da Saúde e outros, nos moldes do PSF;</li> <li>• Elaborar Plano Municipal de Saúde prevendo os recursos materiais e humanos necessários para o ADS;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir com a equipe de saúde os fluxos e protocolos do ADS;</li> <li>• Discutir amplamente com a equipe de saúde a reorganização do processo de trabalho e a implementação do ADS;</li> <li>• Discutir com os profissionais as demandas da unidade e estratégias de resolução de problemas;</li> <li>• Conhecer a área de abrangência, os fatores de risco da região e a comunidade;</li> <li>• Conhecer e avaliar casos de acamados na área de abrangência;</li> <li>• Identificar indivíduos que se incluam nos critérios preestabelecidos;</li> <li>• Avaliar as necessidades e o grau de dependência do indivíduo e da família;</li> </ul>
2. DETERMINAÇÃO DOS OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar estratégias para implantação da ADS, em consonância com o Ministério da Saúde;</li> <li>• Conhecer as políticas públicas em ADS e as atribuições dos gestores nos âmbitos nacional, estadual e municipal;</li> <li>• Estabelecer, executar e avaliar planos de educação em saúde para paciente e familiares;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar o processo de trabalho local, conforme objetivos e metas institucionais;</li> <li>• Discutir o processo de trabalho da unidade com o Conselho Local de Saúde, buscando apoio para as ações na comunidade;</li> <li>• Estabelecer em conjunto com a equipe as metas em ADS, conforme as finalidades do Plano Operativo Anual (POA) da Secretaria Municipal da Saúde;</li> <li>• Executar ações de educação em saúde;</li> </ul>

<p>3. ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir com a equipe de saúde as propostas do Ministério da Saúde sobre ADS;</li> <li>• Estabelecer fluxos e protocolos para organização do ADS;</li> <li>• Rever atribuições dos profissionais para ADS;</li> <li>• Sinalizar a necessidade de recursos humanos;</li> <li>• Desencadear processo para padronização e compra de materiais específicos;</li> <li>• Elencar espaços físicos estratégicos no município para manter materiais permanentes;</li> <li>• Implementar processos contínuos de capacitação e educação permanente para os profissionais de saúde;</li> <li>• Estabelecer critérios de elegibilidade para o ADS no município;</li> <li>• Conhecer e discutir as possibilidades de se manter nas UBSs uma equipe exclusiva para o ADS;</li> <li>• Promover estratégias de inclusão de benefícios para profissionais em ADS;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir com a equipe de saúde as propostas do Ministério da Saúde sobre ADS;</li> <li>• Rever fluxos internos para organização local do ADS;</li> <li>• Promover reuniões de equipe periódicas para discussão de casos e reorganizar o processo de trabalho;</li> <li>• Estimular grupos de estudo;</li> <li>• Estabelecer periodização e responsável em cada etapa do acompanhamento no ADS, visando à organização de agendas e ao atendimento a outras demandas;</li> <li>• Rever constantemente com a equipe de saúde o território-processo como medida de maior vínculo e conhecimento da realidade de vida e saúde da comunidade;</li> <li>• Rever entre os profissionais os conceitos que permeiam a atenção domiciliar (visita domiciliar, ADS, internamento domiciliar);</li> </ul>
<p>4. RECURSOS DISPONÍVEIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Readequar o quadro funcional;</li> <li>• Readequar o fornecimento de materiais de consumo;</li> <li>• Prover os locais estratégicos de materiais permanentes;</li> <li>• Discutir a possibilidade de que cada unidade de saúde tenha kits exclusivos para ADS;</li> <li>• Estabelecer integração de serviços intra e extra-setoriais em especial, para situações emergenciais;</li> <li>• Articular-se com instituições de outros níveis de atenção, como hospitais e outros serviços especializados;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer e manter cotas de materiais padronizados pelo município, de acordo com a necessidade local;</li> <li>• Estabelecer e manter fluxo e controle para distribuição de materiais permanentes no local;</li> <li>• Identificar a necessidade de materiais e equipamentos necessários para situações em ADS;</li> <li>• Rever cotas disponíveis para cada unidade mediante demandas;</li> </ul>
<p>5. PLANO OPERACIONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir amplamente o ADS, envolvendo gestores, profissionais e a comunidade;</li> <li>• Apresentar projeto ao Conselho Municipal de Saúde;</li> <li>• Qualificar recursos humanos para o ADS;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articular e divulgar o ADS em equipamentos sociais da área de abrangência sobre o ADS;</li> <li>• Discutir e aprovar com a equipe as metas e o plano de ação, de profissionais de saúde, após a avaliação</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar soluções para as longas distâncias a serem percorridas pela equipe de saúde nas microáreas de abrangência;</li> <li>• Incluir o ADS no Plano Operativo Anual da SMS;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• de cada caso;</li> <li>• Distribuir responsabilidades conforme atribuições de cada profissional, a partir de legislação, e outras elencadas na categoria 5.1.3 (p.75), Atribuições dos Profissionais;</li> <li>• Manter o prontuário único do paciente para atendimento na unidade e no domicílio;</li> </ul>
6.DESENVOLVIMENTO E APERFEIÇOAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprovar no Conselho Municipal da Saúde;</li> <li>• Avaliar o processo continuamente em todos seus passos, de acordo com o contexto socioeconômico e cultural da população das áreas de abrangência;</li> <li>• Identificar e reorganizar pontos com fragilidade durante o processo;</li> <li>• Desenvolver um processo mais ágil de registro de atendimento e encaminhamento de pacientes;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reavaliar constantemente os casos;</li> <li>• Readequar metas, plano e recursos;</li> <li>• Identificar e reorganizar pontos com fragilidade durante o processo;</li> <li>• Analisar e propor estratégias de ações a partir de registros em prontuário eletrônico, desde que sejam mais simplificados para o ADS;</li> <li>• Manter um plano de ação a ser executado pelo cuidador em domicílio.</li> </ul>

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este trabalho, retorno a seus objetivos, ou seja, estabelecer diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde em um Distrito sanitário de um município, a partir da identificação da realidade que nele existe.

A metodologia utilizada para alcance de tal propósito considerou conhecer como os profissionais de um serviço de saúde, em suas vivências, percebem e sugerem ações em domicílio, reagem a elas, bem como opinam sobre esse tema; uma vez que o domicílio é local de contextos de vida e relações familiares; no intuito de sustentar que experiências, anseios e expectativas tivessem coerência e se aproximassem das necessidades reais da população por eles atendidos. A esse conhecimento acrescentaram-se as normativas propostas em programas nacionais de saúde para delinear diretrizes organizacionais em duas vertentes: a macroestrutural, relacionada ao nível de gerência municipal, e outra, ao nível local, as unidades de saúde.

Tal direcionamento norteou-se pela busca de coerência com a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil em seus princípios, como a regionalização e a hierarquização, a resolutividade e a participação social, na tentativa de viabilizar o pleno acesso à atenção em saúde da população.

Objetivando um sistema de saúde que desenvolva ações conjuntas em todos os seus níveis, em busca de um modelo de atenção que resulte em sua ampliação e efetiva integralidade das ações, evidenciando-se que o atendimento domiciliar à saúde faz parte desta ampliação o qual auxilia a incorporação ao modelo clínico, (centrado na doença, no indivíduo, na intervenção cirúrgica ou medicamentosa presente principalmente nos níveis secundário e terciário), o modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes, centrado no coletivo, na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como, na relação da equipe de saúde com a comunidade e com as famílias, impulsionando mudanças como um todo, atendendo a integralidade da atenção.

A condução dessa trajetória foi possível pelo entendimento, durante o curso de mestrado, de pensar a prática, interligando-a à teoria, para a seguir, e assim estruturar e operacionalizar caminhos para a prática em ADS.

Nesse pensamento, a elaboração de uma proposta normativa de diretrizes ao ADS foi um desafio, uma jornada a partir da identificação e análise de problemas, para subsidiar e qualificar as decisões e ações de gestores e profissionais de saúde, desencadeando a possibilidade de efetividade das ações.

A construção da representação gráfica (Figura 1) revelou a síntese ilustrada da proposta de organização em ADS na instituição e a organização do cuidado no domicílio. Representada por meio de ondas, a organização é composta por etapas que se sobrepõem, em alguns momentos, em movimento de idas e vindas, envolvendo os gestores, profissionais de saúde, indivíduo e família.

No aspecto macroestrutural, destaca-se a necessidade dos gestores de conhecer a composição do cenário, visualizar e agir nos fatores que interferem no ADS, em especial, atentos à realidade vivenciada pelos profissionais de saúde, a qual repercute na organização local e, conseqüentemente, na realização do atendimento.

Essa e outras considerações encontradas no estudo foram possíveis, porque utilizei uma metodologia qualitativa, que facilitou a liberdade de expressão dos indivíduos, os quais relataram uma diversidade de significações próprias quanto a suas experiências diárias em ADS, ou seja, muito próximas do momento histórico e espaço socioeconômico-político-cultural de convivência com a comunidade em que atuam. Tratou-se de conhecer e compreender a diversidade dessa experiência única por eles vivida em prática profissional, para dali atuar.

Buscar respostas que colaboram na estruturação de diretrizes organizacionais de serviços em ADS foi, então, oportunidade em grupo para desenvolver a criatividade, a reflexão, a crítica que paulatinamente emergia e se construía, facilitada pela expressão clara e objetiva de profissionais reunidos em discussão de um problema. Dessa maneira, o princípio norteador de ADS, que é o auxílio, a adaptação, o acompanhamento e a resposta a uma situação de saúde vivida pela família no contexto de seus lares, não deixou de ser exercido ao longo desta pesquisa, e prosseguiu para além dela, para maior tomada de consciência das dimensões do cuidado em enfermagem.

Lançou-se um olhar que ultrapassa aquele estritamente biológico, para um que envolva a equipe, o indivíduo, seu contexto socioeconômico e cultural, sua história, experiência de vida e suas relações interpessoais.

Ao refletir sobre a trajetória da pesquisa, enfatizo que o trabalho do enfermeiro em ADS requer olhares organizacionais, assistenciais e educativos, com participação conjunta e efetiva dos envolvidos, num trabalho contínuo e dinâmico, para o desenvolvimento de um plano operacional que se proponha a executar, implementar e avaliar. O enfermeiro é capacitado a propor diretrizes, pois tem formação e prática que o conduzem a ver o cenário macro e microestrutural no qual as ações de saúde e o cuidado ocorrem.

A partir dessa exposição, apresento sugestões e recomendações:

- O cenário requer do enfermeiro e da equipe de saúde atitude despojada de pré-julgamentos; conhecimento teórico dos programas nacionais de saúde; reconhecimento de limitações estruturais e organizacionais que possam interferir nas ações locais em saúde; opções e decisões de dialogar em diferentes níveis hierárquicos das instituições, para compreender e atuar com maior segurança.
- Atentar para os acontecimentos que cercam a prática em ADS, ou seja, manter uma visão sistêmica, atualizando-se continuamente para bem identificar o que se mostra e o que se esconde; ainda, aprender a perguntar e obter respostas singulares sobre a realidade de atendimento em saúde, o que facilita condutas profissionais.
- Promover e facilitar o clima de confiança, de respeito e de compreensão, motivando sentimentos de independência para opções e decisões de dialogar com as equipes de saúde significa envolvimento, participação, cooperação para os planos que se deseja implantar.
- Implicar-se pessoalmente com o atendimento domiciliar à saúde, mostrando disposição, aceitação e valorização de seus princípios o que favorece no desenvolvimento de plano de ação e apoio dos envolvidos. No entanto, é preciso compreender que há valores e opções político-ideológicas de administradores em seus papéis e espaços demarcados, que podem limitar a realização desse propósito.
- Ser mediador do processo de articulação entre a prática e a teoria facilita e intensifica relacionamentos, promove intercâmbios e permite maior poder de decisão nas organizações.

- Inserir a reflexão na formação dos profissionais de saúde, muito especialmente, na do enfermeiro em Atendimento Domiciliar à Saúde.
- Incentivar estudos e pesquisas sobre a temática, no âmbito acadêmico e nos serviços de saúde.

Finalmente, cabe esclarecer que a proposta apresentada para as diretrizes organizacionais em ADS é uma possibilidade que precisa ser implementada e terá certamente de receber ajustes, mas não deixa de ser uma possibilidade criada cuidadosamente para o redimensionamento de planos nessa área, a qual poderá ser adaptada a outras realidades, desde que se explore a parte política das ações entre níveis hierárquicos de instituições e, também, compreendam-se os modos como se articulam e conformam o trabalho da enfermagem e das equipes de saúde e as práticas em cuidado domiciliar.

Afinal, o ADS está em plena expansão na prática e com os enfermeiros e equipes de saúde, logo, requer aquisição de habilidades e conhecimentos, credibilidade na formulação de tomada de decisões, com soluções éticas, responsáveis e adequadas aos problemas desse cotidiano.



## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. SUS Passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; Sobral: Uva, 2001. **Saúde em Debate**, 139, Série Didática, 10.

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada**: RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?mode=PRINT\\_VERSION&id=2006](http://www.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?mode=PRINT_VERSION&id=2006)>. Acesso em: 05 fev. 2006.

ARAÚJO, M. R. N. *et al.* Saúde da Família: cuidado no domicílio. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 117-122, dez. 2000.

ARAÚJO, M. B. S. Trabalho em Equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2006.

BARATA, R. B. **Abordagens sociais, culturais e comportamentais em doenças endêmicas**. 2005. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/>>. Acesso em: 14 set. 2006.

BARRETO, I. Determinantes sociais, políticos e econômicos da situação nutricional da sociedade brasileira. **Revista da UFG**, v.5, n.1, abr. 2003. Disponível em: <[www.proec.ufg.br](http://www.proec.ufg.br)>.

BRASIL. **Trabalho e redes de saúde, valorização dos trabalhadores da saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº. 2.529**, de 19 de outubro de 2006. Brasília, 2006b.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Básica**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php#saudedafamilia>>. Acesso em: 12 jun. 2006c.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº. 2.607**, de 10 de dezembro de 2004. O Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. 2004a.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para a atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde**. Documento Preliminar. 2004b.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 10424/02**, 15 de abril de 2002. Brasília, 2002a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Série CNS – Cadernos Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei Orgânica de Saúde nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990a.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei Orgânica de Saúde nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990b.

\_\_\_\_\_. **NOB-SUS 01/96**, Implanta a reformulação do modelo assistencial e a organização dos serviços com o fortalecimento da Atenção Básica, implementando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). 2002.

BRAZ, M. G. **Indicadores de qualidade na assistência domiciliar**: uma proposta de indicadores de qualidade e desempenho. 2000. Monografia do Curso de Gerenciamento em Saúde – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, julho/setembro, 2004.

CARLETTI, S. M. M.; REJANI, M. I. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.

CASCAVEL. Disponível em: <<http://www.cascavel.pr.gov.br/saude/index.html>>. Acesso em: 19 ago. 2006.

CHIORO, A.; SCAFF, A. **A implantação do sistema único de saúde**. Disponível em: <<http://www.sgmfc.org.br/txaps/txaps001.doc>>. Acesso em: 15 jun. 2005.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1998.

CHRISTO, R. C. **O papel do movimento de mulheres no processo de construção da cidadania**: uma questão de micropolítica. 1998. Monografia (Especialização) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

CIANCIARULLO, T. I. Compreendendo a família no cenário de uma nova estratégia de saúde. In: CIANCIARULLO, T. I. *et al.* **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, 2002.

CRUZ, I. C. F.; BARROS, S. R. T. P.; FERREIRA, H. C. Enfermagem em home care e sua inserção nos níveis de atenção à saúde: a experiência da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. **Enfermagem Atual**, v. 1, n. 4, p.35-8, 2001.

CRUZ, L. P. **Assistência domiciliar**: Estudo sobre a formação de profissionais e prestação de serviços no Estado de São Paulo. 1999. Dissertação (Mestrado) – FGV/EAESP, São Paulo.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **10 anos do PSF em Curitiba**: A história contada por quem faz a história. Edição comemorativa. Curitiba: PMC, nov./2002.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Relatórios fornecidos pela Coordenação de informação a saúde. 2005.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, jan. 1999.

DIOGO, M. J.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. **Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio**: relato de experiência. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload>>. Acesso em: 10 out. 2006.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliário**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

DUCCI, L.; PEDOTTI, M. A.; SIMÃO, M. G.; MOYSES, S. J. (Org.). **Curitiba**: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES, 2001.

ERDMANN, A. L. **Sistema de cuidados de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1996.

FABRÍCIO, S. C. C.; WEHBE, G.; NASSUR, F. B.; ANDRADE, J. I. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, 12(5):721-726, set.-out. 2004.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão, 2004.

FLORIANI, C. A. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 50(4): 341-345, 2004.

GAIDZINSKI, R. R.; FUGULIN, F. M. T.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, Paulina (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. São Paulo, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 18.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

KALINOWSKI, C. E. **O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde**: um estudo de caso. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UFPR/UFSC, Curitiba.

KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente**: colocando em ação as habilidades de liderança. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.

KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LACERDA, M. R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar**: vivência do cuidado de enfermeira. 2000. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000a.

LACERDA, M. R. Os custos da Assistência de Enfermagem. In: 7º ENFETEC, 2000, São Paulo. **Anais eletrônicos do...**, abril de 2000. p.135-137. 2000b.

LACERDA M. R.; OLINISKI, S. R. Familiares interagindo com a enfermeira no contexto domiciliar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), abril, 26(1):76, 2005.

LACERDA M. R.; OLINISKI, S. R. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar. Acta Scientiarum. **Health Sciences**, Maringá, v.26, no. 1, p.239-248, 2004.

LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C. M. **Assistência à saúde domiciliar e seus diferentes conceitos**. Curitiba: UFPR, 2005. Relatório Técnico.

LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C. M.; OLINISKI, S. R.; TRUPPEL, T. C. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.2, p.88-95, maio-ago. 2006.

LEAL, A. C. **O contexto familiar no cuidado domiciliar**. 2005. Trabalho apresentado na Disciplina de Estágio Supervisionado I, sob orientação da Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda. UFPR, Curitiba.

LONDRINA. sem data. Disponível em: <<http://www.londrina.pr.gov.br/saude/sid/historico.php>>. Acesso em: 19 ago. 2006.

LOPES, M. J. M. Programa de Saúde da Família, PSF. **Enfermagem Atual**, ano 2, v. 2, n. 11, set./out. 2002.

MAGALHÃES, M. L. **Promoção da saúde**: dimensão individual. 2001. Disponível em: <[www.tvebrasil.com.br/salto/boletins2001/se1/se1txt4.htm](http://www.tvebrasil.com.br/salto/boletins2001/se1/se1txt4.htm)>. Acesso em: 02 out. 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MARTINS, S. K. **A interação familiar no nascimento**: conflitos e contradições. 2003. Monografia – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

\_\_\_\_\_. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

\_\_\_\_\_. **Distrito Sanitário**: O processo social de mudança das práticas sanitárias do

Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.

MENDES, W. V.; LOPES, C. M. B. **A assistência domiciliar na perspectiva da qualidade da assistência do idoso**. Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES). 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOTA, J. A. C.; SILVA, K. L.; FELDMAN, S.; LOPES, T. C. **O cuidado domiciliar em saúde: implicações para o ensino e para o serviço**. VI Congresso Nacional da Rede Unida e I Mostra de Produção de Saúde da Família de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2 a 5 de julho de 2005. Disponível em: <<http://www.coren.org.br/congresso/bh.html>>. Acesso em: 29 ago. 2005.

MUZA, G. M.; COSTA, M. P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes – o olhar dos adolescentes. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18, n.1, jan./fev. 2002.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 6, v. 2, 2001.

PAGNOCELLI, D.; VASCONCELLOS FILHO, P. **Sucesso empresarial planejado**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.

PARANÁ. **Secretaria Estadual da Saúde**. Vigilância Epidemiológica. Disponível em: <<http://www.parana.pr.gov.br/>>. Acesso em: 10 dez. 2005.

PASCHOAL, A. S. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.1, fev. 2001.

PEREHOUSKEI, N. A.; CABRAL, G. M. **Proposta da área de abrangência das unidades básicas de saúde nos bairros Universo e Pinheiros a partir da percepção da comunidade no Município de Maringá-PR – 2001 a 2004**. 2004. Disponível em: <[UEM/nestorap@teracom.com.br](mailto:UEM/nestorap@teracom.com.br)> e <[Benaduce/UEM/gbenaduce@brturbo.com](mailto:Benaduce/UEM/gbenaduce@brturbo.com)>. Acesso em: 25 set. 2006.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.4, n.2, p.36-41, 2002. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 10 out. 2006.

RIBEIRO, E. M. **A atenção primária à saúde em Curitiba: o trabalho no Programa. Saúde da Família**. 2002. Dissertação (Mestrado) – PUC, São Paulo.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, mar./abr. 2004.

ROMANÓ, D. *et al.* Saúde e família – a experiência de Curitiba. **Revista Médica do Paraná**, Curitiba, v. 57, n.1-2, p. 53-54, jan./dez. 1999.

RÚDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 2003.

SAAR, S. R. C. **Especificidade do enfermeiro**: uma visão multiprofissional. 2005. Tese (Doutorado) – EERP-USP, São Paulo.

SANTOS, S. S. C. Desenvolvimento sustentável e cuidado ao idoso. **Textos Envelhecimento**, UNATI 2, Rio de Janeiro, v.3, n.6, 2001.

SANTOS, N. C. M. **Home Care**: a enfermagem no desafio do atendimento domiciliar. São Paulo: Iátria, 2005.

SILVA, K. L.; LEITE, J. C. A.; SEIXAS, C. T.; GONÇALVES, A. M. Internação domiciliar no sistema único de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n. 3, junho, 2005.

SILVA, S. F. **Planejamento em Unidades Básicas de Saúde**: noções de planejamento, estratégia e modelo assistencial. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nesco). 2000. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/Planejamento.htm>>. Acesso em: 14 set. 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. de. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: **Manual de Enfermagem** – Programa de Saúde da Família. São Paulo: Ministério da Saúde, 2001.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do Home Health Care no Brasil. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.3, n. 9, out.-dez. 2000.

TOBAR, F.; YALOU, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

TOMASI, N. G. S.; YAMAMOTO, R. M. **Metodologia da pesquisa em saúde**: fundamentos essenciais. Curitiba: Publicação das autoras, 1999.

VENÂNCIO, J. **Textos de apoio em políticas de saúde**. RJ: Fiocruz, 2005.

WIKIPEDIA. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=X&start=0&oi=define&q=http://pt.wikipedia.org/wiki/Planejamento>>. Acesso em: 21 ago. 2005.

**ANEXO – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



## APÊNDICES

<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES .....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE C – GRUPO FOCAL, 12/06/06 .....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE D – GRUPO FOCAL, 26/06/06 .....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE E – ATIVIDADES DO GRUPO FOCAL I, 12/06/2006 .....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE F – ATIVIDADES DO GRUPO FOCAL II, 26/06/2006 .....</b>	<b>119</b>
<b>APÊNDICE G – CONVITE I .....</b>	<b>121</b>
<b>APÊNDICE H – CONVITE II .....</b>	<b>122</b>
<b>APÊNDICE I – TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR .....</b>	<b>123</b>
<b>APÊNDICE J – TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ORIENTADOR.....</b>	<b>124</b>

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu ..... estou plenamente de acordo com minha participação na pesquisa intitulada: **DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE: Contribuições da Enfermeira.**

Os objetivos desta pesquisa são: Identificar a realidade para a realização do atendimento domiciliar à saúde em um Distrito Sanitário, segundo a perspectiva dos profissionais de saúde e, a partir desta contribuição, estabelecer diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde em um Distrito Sanitário de um município.

Estou esclarecido (a) quanto à necessidade deste estudo, pois é através de pesquisas que ocorrem avanços na área de assistência à saúde, sendo de fundamental importância a minha contribuição.

Este estudo ocorrerá em dois momentos: O primeiro refere-se a responder um questionário, e o segundo a participar de encontros para discussão sobre o tema proposto, os quais serão gravados.

Sei que a participação neste estudo é voluntária, e que tenho liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento.

Tenho conhecimento de que não terei nenhum gasto decorrente de minha participação nesta pesquisa, visto que suas despesas serão custeadas pelo pesquisador responsável, bem como, de que não haverá nenhum ônus para os sujeitos participantes.

Estou esclarecido quanto ao compromisso do pesquisador de que minha imagem e identidade serão mantidas em absoluto sigilo, que estarão sendo respeitados os princípios contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e ainda, de que me será fornecida uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Por fim, tenho clareza de que em caso de dúvidas posso fazer contato com a pesquisadora a fim de entender perfeitamente do que se trata a minha participação nesta pesquisa.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Soriane Kieski Martins

ORIENTADOR: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Ribeiro Lacerda

TELEFONE PARA CONTATO: 3336-9518 – 9113-8376

LOCAL DE TRABALHO: Centro de Informação em Saúde/ Secretaria Municipal da Saúde

Curitiba, \_\_/\_\_/\_\_.

---

Participante da pesquisa

---

Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES

1. Unidade de Saúde: ( ) Básica ( ) PSF

2. Categoria Profissional:

3. Função atual:

4. Tempo de atuação neste local:

Para responder as próximas perguntas considere que **cuidado/assistência/atendimento domiciliar**, segundo Lacerda (1996) é compreendido como uma atividade de acompanhamento a pessoas no tratamento, na recuperação e na reabilitação, respondendo às necessidades individuais e familiares, providenciando adaptações da estrutura física e auxiliando na adaptação da família à situação de cuidado, no contexto domiciliar.

**A visita domiciliar** conforme Lopes (2002), é considerada um instrumento para a realização de assistência domiciliar no intuito de viabilizar o cuidado, por meio da identificação de problemas, a qual possibilita conhecer as condições de vida e de saúde das famílias.

5. Conte-me como são realizados os atendimentos à saúde domiciliares na US que trabalha?

6. Você sabe quantos atendimentos à saúde domiciliares são realizados por mês pela sua equipe/US? ( ) sim ( ) não

Em caso **positivo**, quantos? Em caso **negativo**, porquê?

7. Conseguem atender todas as solicitações de atendimento domiciliar á saúde?

( ) Sim. Como?

( ) Não. Quais os motivos? E quantos indivíduos (usuários) ficam sem o atendimento no mês em média?

8. Quais as solicitações para o atendimento domiciliar á saúde mais comuns?

9. São realizados procedimentos nos domicílios? Quais são os mais comuns?

10. Como ocorre a organização na **Unidade de Saúde** para o atendimento domiciliar à saúde? (horário, escala, distribuição de atividades/tarefas/atendimento entre a equipe, priorização do atendimento e frequência, profissional que realiza a avaliação, complexidade).

11. Ao seu ver o modo como são realizados os atendimentos domiciliares, supre as necessidades da clientela? ( ) sim ( ) não

Fale porque acha isto, a que você atribui?

12. Qual a sua percepção em relação a aspectos qualitativos e quantitativos de Recursos Humanos e Materiais para o atendimento domiciliar à saúde?

13. Como você acha que deveria ser organizado o atendimento domiciliar à saúde ?

14. A seu ver quais são **suas** atribuições **e de cada membro da equipe** no atendimento domiciliar? (Utilize o verso se precisar)

**APÊNDICE C – GRUPO FOCAL, 12/06/06**

TEMAS	DADOS ENCONTRADOS
<p>TIPO DE ATENDIMENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados com pacientes acamados, com dificuldade de locomoção, curativos, aplicação de injetável, sondagem vesical e nasogástrica, lavagem intestinal, coleta de exames, dados vitais, vacina, com dieta enteral, colostomias.</li> <li>• Egresso de hospital, criança com baixo peso, de risco, dificuldade de locomoção, pós AVC, acidentados, pacientes especiais, com tuberculose, alcoolismo, neoplasias, pós-operatório, insuficiência respiratória, úlceras, eventualmente gestantes, Pacientes com Parkinson grave, Pacientes com Alzheimer, depressão.</li> <li>• Orientações: alimentar, higiene, cuidados gerais, incentivo ao autocuidado No domicílio são realizadas orientações sobre higiene, incentivo à amamentação, vacinas, controle de peso, agendamentos, encaminhamentos, registros, os casos são avaliados pela necessidade desencadeando VD conforme a necessidade (diárias, semanal, ou mensal) gerando supervisão no cuidado, há insegurança dos familiares em realizar o cuidado</li> <li>• aqueles que não podem aguardar a programação de consulta dentro da agenda do profissional, orientação ao cuidador, orientação de cuidados, colostomias.</li> </ul>
<p>CRITÉRIOS PARA O ATENDIMENTO DOMICILIAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgência, acamados, com dificuldade para deambular, com comprometimento individual e familiar, alta hospitalar, criança de risco, agendados previamente para acompanhamento ou avaliação, após discussão de casos da área (OBJETIVO DEFINIDO), solicitado pelos familiares, Auxiliares de Enfermagem e ACS.</li> <li>• Solicitações para procedimentos específicos.</li> </ul>

**APÊNDICE D – GRUPO FOCAL, 26/06/06**

TEMAS	DADOS ENCONTRADOS
<p>RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O ATENDIMENTO DOMICILIAR</p>	<p>Faltam recursos (materiais e humanos), necessidade de improviso da equipe quando precisa de materiais de maior complexidade, recursos materiais- qualidade e quantidade;                      Dificuldade de continuidade do acompanhamento;                      Cuidador não comprometido;                      Condições socioeconômicas da comunidade;                      Falta de resolutividade;                      Divisão das microáreas;                      Tempo, pouca freqüência na residência para o atendimento;                      Demanda na área da saúde é infinita e esta sempre será maior que a oferta;                      Dificuldades para encaminhamentos especializados, internamento, rede de encaminhamento mais ágil, necessidade ou maior facilidade para encaminhamentos para outros níveis de atenção como exames, internamentos, empréstimos de equipamentos (O2, inaladores...);                      Participação de toda a equipe e da equipe completa (dificuldade em realizar o atendimento quando tem afastamentos de colegas, número de profissionais compatível com número populacional);                      Transporte;                      Atendimento médico, um médico só para atendimento da demanda;                      Comunicação;                      Capacitações - qualificação de pessoal;                      Falta de estrutura para o atendimento domiciliar;                      Entraves jurídicos e administrativos para realizar este tipo de atendimento.</p>

TEMAS	DADOS ENCONTRADOS
<p>ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO PARA O ATENDIMENTO DOMICILIAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A organização propicia o atendimento, esta organização refere-se ao trabalho por micro área, com escala determinada, priorização de casos, tempo para o atendimento, bem como a organização e planejamento de ações ao paciente, ou seja, ter uma avaliação prévia e saber quais são as necessidades naquele caso, prevendo material, definindo qual profissional realizará o atendimento conforme as necessidades detectadas, discussão prévia dos casos. Fatores que dificultam a realização (tempo, falta de rh, percentual/adicional, distância da área de risco, grande demanda na US, área de abrangência muito grande, grande número de usuários, utiliza-se o próprio carro, normalmente vai a equipe de enfermagem).</li> <li>• Discutir com a equipe as possibilidades e formas estratégicas para realizar o atendimento domiciliar - (programação, tempo para realização do atendimento, determinação de horário, escalas, atribuição definida dos profissionais, critérios para o atendimento, priorizações dos casos, frequência do retorno aos atendimentos, encaminhamentos necessários),</li> <li>• Com escala determinada, priorização de casos, tempo para o atendimento, bem como, a organização e planejamento de ações ao paciente, ou seja, ter uma avaliação prévia e saber quais são as necessidades naquele caso, prevendo material, definindo qual profissional realizará o atendimento conforme as necessidades detectadas, discussão prévia dos casos.</li> <li>• Fatores que dificultam a realização (tempo, falta de rh, percentual/adicional, distância da área de risco, grande demanda na US, área de abrangência muito grande, grande número de usuários, utiliza-se o próprio carro, normalmente vai a equipe de enfermagem).</li> </ul> <p>Escala, atendimento de toda a equipe, priorização de emergências, conhecer a área de atuação, discussão de casos com priorização dos atendimentos, sabendo das necessidades existentes e conseqüentemente os materiais necessários, e como abordar a família, organização e planejamento estratégico, menos demanda na US, maior tempo para equipe organizar e planejar o atendimento domiciliar, maior assiduidade da equipe nesta ação, a US PSF deveria dar suporte a este tipo de paciente, rede de encaminhamento mais ágil, VD diárias e por todos os membros da equipe conforme a necessidade, usar ferramentas do psf, avaliação do enfermeiro triando e indicando a necessidade, equipe, transporte e materiais específicos para estes casos.</p>



TEMAS	DADOS ENCONTRADOS
<p style="text-align: center;">ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS PARA O ATENDIMENTO DOMICILIAR</p>	<p><b>Médico</b> – Diagnóstico e tratamento, 1ª consulta e conforme a necessidade daquela família, prescrição de medicamentos, solicitação de exames, especialistas, apoio aos familiares e paciente.</p> <p><b>Enfermeiro</b> – Consulta de enfermagem, atender e pontuar as necessidades, Planejamento, organização do processo de trabalho, Organização das saídas, priorização dos casos, planeja roteiro de VD, Realizar e coordenar reuniões de saída de área, estimular a equipe no uso de ferramentas do PSF, realizar VD nos casos mais graves e prioritários, verificar quais são as necessidades básicas, possibilidade do atendimento. atribuições mais complexas como a avaliação, passagem de sondas, curativos; realizar procedimentos mais complexos, distribui a equipe em VD, recebe informações dos ACS, supervisiona a equipe e ACS nas VD, direciona as VD médicas e acompanha se necessário, Passagem de sondas (SNG ou vesicais), curativos de alta complexidade, orientações sobre cuidados do cliente, apoio a familiares e paciente, VD em casos graves, conhecer a área, Dados vitais, levantamento de casos, avaliar solicitações emergentes previamente e contata com o médico para encaminhamentos necessários, registro de ações executadas, coleta de exames, executa procedimentos no domicílio.</p> <p><b>Auxiliar de enfermagem</b> – Cuidados em geral, apoio a familiares e paciente. completar o atendimento, Conhecer sua microárea e trazer casos para ser discutido com Enfermeira e médico. Realizar procedimentos solicitados na VD. Usar ferramentas do PSF conhecendo a família e estabelecendo vínculo, Executar as tarefas e procedimentos de enfermagem, Dados vitais, levantamento de casos, orientações, Participar das reuniões de saída para área, conhecer pacientes, trazer problemas de sua microárea e meios estratégicos de solução. Busca de faltosos, Vd para acamados, coleta de sangue em acamados, procedimentos simples, Verificação de PA, curativos mais simples, dextro capilar, atividades e orientações do RN e acamados.</p> <p><b>ACS</b> – Vínculo US, transmitindo para equipe queixas, solicitações, visita e cadastramento de famílias, situações de risco busca de faltosos...</p> <p><b>Odonto</b> – Atendimento individual de cada membro da equipe, Levantamento epidemiológico, participação de palestras e educação a saúde. Participar das reuniões de saída para área, conhecer pacientes, trazer problemas de sua microárea e meios estratégicos de solução.</p> <p><b>ASL</b> – Viabilizar todos os materiais necessários para o bom atendimento, organizar o processo de trabalho para que o atendimento se realize. Definir metas e maneiras de disponibilizar materiais e RH. Avaliar possibilidades de prestar tais atendimentos, organizar a equipe para prestar o atendimento.</p>

## APÊNDICE E – ATIVIDADES DO GRUPO FOCAL I, 12/06/2006

### 1. APRESENTAÇÃO – 5'

COORDENADOR (Agradecimentos, dinâmica de trabalho)

**Título do trabalho:** DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE: Contribuições da Enfermagem

**Objetivo do Trabalho:** Delinear a operacionalização do atendimento domiciliar à saúde.

### 2. APRESENTAÇÃO – 10'

OBSERVADORES

PARTICIPANTES

#### CONFECÇÃO DE CRACHÁ

#### DINÂMICA DE APRESENTAÇÃO

OBJETIVO – Apresentar-se para o grupo

Identificar os componentes

Entrosar o grupo entre si

#### INSTRUÇÕES

- Solicitar aos participantes que se disponham em roda, sentados ou em pé.
  - O 1º participante deverá dizer seu nome, cargo e local de trabalho. O segundo participante deverá repetir o que o primeiro disse e dizer seu nome, cargo e local de trabalho, e todos devem repetir tudo o que os anteriores disseram até que chegue o último. Não é permitido fazer anotações e nem se comunicar durante o jogo. Todos devem falar bem alto para que o grupo possa escutar. Quando alguém esquecer a seqüência ou errar, o próximo retoma desde o início.
- No final o coordenador retoma para comentários...  
Ajudou o grupo se conhecer ?

**3. Objetivo do Grupo Focal-** Discutir e investigar sobre os tipos do atendimento domiciliar a saúde possíveis de realizar e quais os critérios para o atendimento domiciliar.

**4. Apresentação do Tema – Tipo de atendimento domiciliar à saúde** (confirmar se é isto mesmo) e lançar novos questionamentos

**Questões – 20' A partir do que foi exposto nos questionários e considerando:**

- Uma situação ideal, o que é possível fazer no domicílio? Quais procedimentos? Cuidados?
- Quais os tipos de atendimentos possíveis de realizar no domicílio?
- Quais as indicações?
- TRÍADE – O QUE? PARA QUE? POR QUE?

## 5. Apresentação do Tema 2 – Critérios para o atendimento domiciliar à saúde

### Questões– 30'

A partir do exposto e da realidade, responder a questão:

- Ao seu ver, quais são os critérios (**inclusão e desligamento**) para realização do atendimento domiciliar? Qual o tipo de clientela? Quais as indicações?

Condições de Morador da área?

Cadastrado? Saúde?

Condições do domicílio?

Presença cuidador/família? Autorização para o atendimento à saúde domiciliar

Dificuldade de deambulação ou acamado.

Conhecimento do caso, solicitações demandadas (ACS, equipe, familiares, comunidade...)

Avaliação prévia do caso (Complexidade)

Diagnóstico?

Que situações ou casos devem ser priorizados??

- Ao seu ver, qual profissional deveria realizar a avaliação para inclusão do caso/ paciente para o atendimento domiciliar?

## 6. Encerramento – Agendamento para o próximo encontro.

- Agradecimento, lembrancinhas, lanche.

## APÊNDICE F – ATIVIDADES DO GRUPO FOCAL II, 26/06/2006

### 1. APRESENTAÇÃO -5'

COORDENADOR (Agradecimentos, dinâmica de trabalho)

### 2. APRESENTAÇÃO – 10'

EXPERT

OBSERVADORES

PARTICIPANTES

## CONFECÇÃO DE CRACHÁ

### DINÂMICA DO PRÊMIO

OBJETIVO – Apresentar-se para o grupo

Identificar os componentes

Entrosar o grupo entre si

### INSTRUÇÕES

- Solicitar aos participantes que se disponham em círculo e em pé.
- O coordenador deve iniciar dando em objeto/ prêmio para o primeiro participante.
- O 1º participante deve apresentar-se, falar do que mais gosta e jogar o objeto ou prêmio para alguém. A pessoa agarra o objeto /prêmio, apresenta-se, fala o que mais gosta e joga para a próxima. Ao final todos ganham um objeto ou prêmio.

**Roteiro do grupo focal:** Estabelecer *setting*, explicar aos participantes o funcionamento do grupo, solicitar e estimular a participação de todos.

**3. Setting** – Horário, Sigilo, gravação, participação.

**4. Objetivo do Grupo Focal-** Discutir e investigar os recursos necessários para o atendimento domiciliar à saúde e como organizar o trabalho para o atendimento domiciliar.

**Título do trabalho:** DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE: Contribuições da Enfermagem

**Objetivo do Trabalho:** Delinear a operacionalização do atendimento domiciliar à saúde.

**5. Apresentação do Tema I – Recursos necessários para realizar o atendimento domiciliar à saúde** (confirmar se é isto mesmo) e lançar novos questionamentos

**Questões – 15' A partir do que foi exposto nos questionários e considerando:**

- Quais são os recursos (materiais e humanos) necessários para o atendimento no domicílio?
- Qual a situação ideal para desencadear um AD?

**6. Apresentação do Tema 2 – Organização do trabalho para o atendimento domiciliar à saúde**

**Questões– 30'**

A partir do exposto e da realidade, responder a questão:

- Qual seria a melhor organização de trabalho para realizarmos o atendimento domiciliar?

Em relação a tempo necessário, atribuições dos profissionais, critérios para o atendimento, quando priorizar, distribuição de atividades, planejamento, reavaliações, encaminhamentos, retornos, necessidades de outros serviços.

**7.Apresentação do Tema 3 – Atribuições dos profissionais para o atendimento domiciliar à saúde**  
**Questões– 20'**

- Na sua opinião qual seria a função de cada profissional.

**8.Encerramento** – Agradecimento pela participação.

## APÊNDICE G – CONVITE I

Caro(a) Colega:

Gostaria de agradecer imensamente seu empenho e colaboração respondendo recentemente o questionário de minha pesquisa, intitulada: **DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE: Contribuições da Enfermeira.**

As contribuições fornecidas com sua valorosa experiência vêm aprimorando a realização deste trabalho, e acreditamos que num futuro próximo, servirá de subsídios para organização do atendimento domiciliar à saúde em diversos serviços.

Assim, gostaria de convidar-lhe a participar da próxima etapa deste trabalho que ocorrerá dia **12/06/2006 às 16h00** na sala de reuniões do Distrito Sanitário de Santa Felicidade, sito a Rua Bertila Boscardim, nº 213 – Rua da Cidadania, com duração aproximada de 2 horas. Informamos ainda, que sua chefia imediata está ciente de que **sua presença é imprescindível.**

Em caso de dúvidas estou à disposição para qualquer esclarecimento, telefone para contato 9113-8376 ou 3336-9518 – Soriane.

Conto com seu comparecimento e apoio para enriquecer ainda mais este trabalho, agradeço desde já seu esforço e comprometimento.

Atenciosamente

Soriane Kieski Martins



## APÊNDICE H – CONVITE II

Caro(a) Colega:

Gostaria novamente de agradecer seu empenho e colaboração em participar da pesquisa, intitulada: **DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE: Contribuições da Enfermeira**

As contribuições fornecidas com sua valorosa experiência vêm aprimorando a realização deste trabalho, assim, gostaria de reforçar o convite do próximo encontro que ocorrerá dia **26/06/2006 às 16:00h** na sala de reuniões do Distrito Sanitário de Santa Felicidade, sito a Rua Bertila Boscardim, nº 213 – Rua da Cidadania, com duração aproximada de 2h. Informamos ainda, que sua chefia imediata está ciente de que **sua presença é imprescindível**.

Em caso de dúvidas estou à disposição para qualquer esclarecimento, telefone para contato 9113-8376 ou 3336-9518 – Soriane.

Conto com sua presença e apoio para enriquecer ainda mais este trabalho, agradeço desde já seu esforço e comprometimento.

Atenciosamente

Soriane Kieski Martins



Nunca deixe de abrir uma nova  
porta.

Por ela podem entrar amigos  
inesperados, amigos verdadeiros,  
aventuras inesquecíveis...

E não se esqueça,

principalmente, de manter a

## APÊNDICE I – TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Eu, Soriane Kieski Martins, enfermeira, brasileira, RG nº 4122815-6 – Pr, CPF nº 7003334639-72, COREN nº 46640, responsabilizo-me pela pesquisa que busca conhecer a organização do Atendimento domiciliar à saúde em um Distrito Sanitário de Curitiba, sob o título: “**DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE: Contribuições da Enfermeira**” e estarei atendendo aos preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, referendados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Curitiba,...../...../.....

Soriane Kieski Martins



## APÊNDICE J – TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ORIENTADOR

Eu, Maria Ribeiro Lacerda, doutora em enfermagem, brasileira, RG nº 11594360, CPF nº 36745600978, COREN nº 13165, responsabilizo-me pela orientação da mestrandia Soriane Kieski Martins, enfermeira, brasileira, RG nº 4122815-6 – Pr, CPF nº 700334639-72, COREN nº 46640, nas diferentes fases da pesquisa que busca conhecer a organização do Atendimento domiciliar à saúde em um Distrito Sanitário de Curitiba, sob o título: “**DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE: Contribuições da Enfermeira**”, observando o atendimento aos preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, referendados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Curitiba,...../...../.....

Profª Drª Maria Ribeiro Lacerda



ERROR: syntaxerror  
OFFENDING COMMAND: --nostringval--

STACK:

/Title  
(  
/Subject  
(D:20070103112408)  
/ModDate  
(  
/Keywords  
(PDFCreator Version 0.8.0)  
/Creator  
(D:20070103112408)  
/CreationDate  
(soriane)  
/Author  
-mark-

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)