

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

JOSIAS SCOTTO DA CONCEIÇÃO

**ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GUAÍBA**

PORTO ALEGRE

2020

JOSIAS SCOTTO DA CONCEIÇÃO

**ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GUAÍBA**

Trabalho de Conclusão do Curso,
apresentado à disciplina de TCC II da Escola
de Enfermagem da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul como requisito parcial
para a obtenção do título de bacharel em
Enfermagem

Orientador: Prof^a Dr^a Deise Lisboa Riquinho

PORTO ALEGRE

2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por desde o início me dar força, sabedoria, e perseverança para seguir nesta jornada até o fim.

À minha esposa Shayane, minha maior incentivadora. Pelo desprendimento em deixar de fazer muitas coisas pensando em si própria para ficar na retaguarda de praticamente tudo nas minhas ausências.

À minha filha Camili que nasceu no mesmo ano em que entrei na universidade, por ser minha injeção de ânimo e recuperação de todo o cansaço.

A minha mãe Aldair por me ensinar através do exemplo que na vida tudo é adquirido com muito esforço, paciência e persistência.

Aos familiares que muitas vezes entenderam minha ausência, ajudaram minha família de alguma forma ou outra.

Aos meus amigos que me ajudaram sempre com palavras de conforto e motivação.

Aos meus colegas da faculdade de enfermagem da UFRGS que me ajudaram com resumos, revisão de conteúdo e troca de conhecimentos.

À gestão da secretaria de saúde de Guaíba que desde o início compreendeu e oportunizou uma forma de complementação de carga horária.

À UFRGS e à escola de enfermagem por proporcionarem uma das experiências mais marcante e desafiadora da minha vida. Em especial à minha orientadora, professora Deise Lisboa Riquinho pela paciência e praticidade na condução deste trabalho.

Á todos muito obrigado!

RESUMO

O Serviço de Atenção Domiciliar é uma ferramenta importante na promoção, prevenção, e reabilitação do usuário na Atenção Primária em Saúde. O objetivo geral deste estudo foi descrever a organização da estrutura de atenção domiciliar nos serviços de atenção primária em saúde no município de Guaíba. Trata-se de um estudo quantitativo transversal, realizado em 13 Unidades Básicas de Saúde do município. Os participantes foram os profissionais responsáveis pela atenção domiciliar. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada. E a análise descritiva, sendo as variáveis contínuas expressas em média e desvio padrão, e as variáveis categóricas em frequência absoluta e relativa. O profissional enfermeiro foi o coordenador e responsável por (100%) dessa modalidade de assistência nos serviços. As unidades básicas de saúde sem Estratégia de Saúde da Família estiveram presentes em 53,8% dos serviços. Ao todo foram 164 usuários inseridos na atenção domiciliar, uma média de 12,6 ($\pm 13,1$) usuários por unidade. O grupo etário mais prevalente foram os idosos (48,78%). As unidades que utilizavam critérios para inclusão e desligamento foram 53,8%. Quanto à ferramenta de apoio utilizada, 70% tinham o prontuário do paciente como recurso para o registro das ações. As principais morbidades relatadas foram de atendimentos à pacientes pós acidente vascular cerebral e pós cirúrgicos (39%), hipertensos, diabéticos e problemas cardiovasculares (23%), traumatismos, estomizados, vulneráveis e respiratórios (15%), psiquiátricos, cuidados paliativos e cadeirantes (8%). Conclui-se que o Serviço de Atenção Domiciliar no município de Guaíba está presente em praticamente todas as unidades que realizam a Atenção Primária em Saúde. E que há necessidade de incorporar as normativas e protocolos do Ministério da Saúde, especialmente em relação ao acompanhamento dos usuários e educação permanente das equipes.

Palavras-chave: Atenção Domiciliar; Atenção Primária em Saúde; Serviços de Saúde; Melhor em Casa; Programa Nacional da Atenção Básica; Programa Nacional da Atenção Domiciliar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	06
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivo Específico	10
3 MÉTODO	11
3.1 Tipo de Estudo	11
3.2 Campo ou Contexto	11
3.3 População e Amostra	12
3.4 Coleta de Dados	12
3.5 Análise de Dados	12
3.6 Aspectos Éticos	13
4 RESULTADOS	14
5 DISCUSSÃO	20
CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS	25
APÊNDICE A	29
APÊNDICE B	30
APÊNDICE C	31
ANEXO A	32
ANEXO B	36

1 INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Por muito tempo a organização e o entendimento em construir um sistema de saúde, foi referenciado pelo modelo biomédico. Todo o processo e fluxo era centralizado na pessoa do médico, e nas intervenções e procedimentos curativos. Porém outros aspectos como entender o sujeito como um ser multicultural, os determinantes do processo saúde doença, e a incapacidade ética de compreender o ser humano no seu todo particular, trouxe críticas a este modelo. A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e da Constituição de 1988, a mudança deste modelo até então hegemônico começou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios do SUS foram o norte para o começo de uma reorganização na implementação dos modelos assistenciais em saúde (FERTONANI et al, 2015).

Define-se modelos assistenciais pela forma de atenção ou o modo de intervenção em saúde diante da diversidade de denominações (FERTONANI et al, 2015). O “modelo tecnoassistencial” é a assistência baseada na tecnologia do cuidado. Esta tecnologia se organiza de três formas distintas: tecnologias leves, leve-duras e duras. As leves se baseiam nas relações, as leve-duras tratam do conhecimento a partir do saber organizado, e as duras enfocam em tudo aquilo o que é recurso material. Neste ínterim, às tecnologias leves ganham um enfoque primordial, pois investem nas relações. O usuário do sistema é o centro, fazendo com que as outras tecnologias somente sejam acionadas a partir da premissa de primeiro conhecer a necessidade do sujeito (MERHY 2002).

Na saúde pública tanto as tecnologias leves, como leve e duras e duras são utilizadas, ora uma ou outra, de acordo com as necessidades do usuário e o local de assistência. O desafio contemporâneo para os cuidados em saúde na lógica da assistência, como também, da gestão encontra-se o acometimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (DUNCAN, 2012). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças crônicas de maior período de latência e que requerem maior esforço dos governos no que tange o cuidado são: Diabetes mellitus, asma, neoplasias, doenças cerebrovasculares, respiratórias obstrutivas, depressão e outras doenças de transtornos mentais, as doenças neurológicas, e as de ordem genética (FILHA et al, 2015).

As mudanças na forma de adoecer e morrer da população refletem as alterações do perfil etário. Por exemplo, em 1960, 2,7% era o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos no Brasil. Em 2000 este percentual passou para 5,4% e em 2050 a previsão é que alcance 19%, o que superará a taxa de fecundidade (BRITO, 2007). O aumento de idosos denota que a transição

demográfica e epidemiológica requer novos planos e métodos, a fim de organizar um sistema de cuidado satisfatório e objetivo (WACHS et al, 2016).

Tal panorama, do aumento das doenças crônicas, e da expectativa de vida, surge a necessidade da construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Estas redes têm por finalidade, atender a esta demanda crescente, dividida em diversos serviços prestados voltados para um objetivo comum, mas, ao mesmo tempo, interdependentes. São baseadas em três elementos: A população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à Saúde (MENDES, 2010). A construção da RAS e todo o seu escopo de atuação, assim como a função de cada profissional bem elaborada e descrita, contribuiu para a redefinição da atenção domiciliar no SUS através da portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016 (BRASIL, 2016a).

Ao considerar este enfoque relacional (tecnologia leve) como tecnologia do cuidado e a revisão das diretrizes e normas da Atenção Básica, caracterizadas pelas ações em saúde na forma de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, o Ministério da Saúde aprovou e revisou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a qual caracteriza a atenção básica com alto nível de capilaridade e descentralização, estando mais próxima das pessoas geograficamente, visando a inserção do serviço onde o usuário vive (BRASIL, 2017).

A PNAB caracteriza os serviços desde a forma como se dá o repasse de recursos, à infraestrutura dos estabelecimentos de saúde, os processos de trabalho das equipes, bem como as atribuições de cada profissional, e aos programas vinculados a atenção básica que complementam esta tecnologia de cuidado voltada para as relações onde o indivíduo está inserido. A PNAB preconiza a definição dos territórios adstritos para que as equipes organizem o processo de trabalho de forma a atender as necessidades emergentes de saúde das pessoas. Neste enfoque os profissionais que conhecem o território, junto a equipe, acolhem diversas demandas. Entre estas demandas surge o atendimento domiciliar que é um braço do processo de trabalho da atenção básica realizar atenção à saúde no domicílio (BRASIL, 2011).

O Brasil vem organizando a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), adequando aos princípios e diretrizes do SUS. Às UBS com todo o seu potencial resolutivo através de suas equipes, assumem este papel de continuidade no cuidado com aqueles pacientes impossibilitados de ir até a unidade, e outros que recebem alta do hospital, mas seguem o tratamento no domicílio. O caderno de atenção domiciliar do ministério da saúde define o conceito de Atenção Domiciliar (AD) como um serviço que engloba a substituição ou complementação do cuidado, ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, a continuidade do cuidado, e integração as redes de atenção à

saúde (BRASIL, 2012a). Nesta definição ficaram evidenciados os objetivos que norteiam o serviço que são; a redução das internações hospitalares, redução do tempo destas internações, maior autonomia dos usuários com a humanização do atendimento, e otimização dos recursos e estruturas da RAS (BRASIL, 2016a).

A atenção domiciliar cumpre seu papel, pois presta uma cobertura valorizada de assistência. Aproximadamente 85% dos idosos tinham ao menos uma doença crônica em 2002, enquanto que 15% tinham no mínimo cinco enfermidades crônicas (WACHS et al, 2016). Segundo o IBGE (2010), em 2008 através dos dados da PNAD, 79,1% dos brasileiros com mais de 65 anos de idade disseram ter ao menos uma das doenças crônicas mais relatadas, ressaltando a importância do serviço focar no estímulo ao paciente crônico e muitas vezes com sequelas em sua própria casa.

A PNAD, teve sua redefinição quanto atenção domiciliar no sistema único de saúde através da portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016. Ficou caracterizado o serviço de AD, para aquela pessoa que está restrita ao leito ou ao lar, e que necessita de cuidado profissional. Nesta portaria ficaram definidos os três níveis de atenção domiciliar: AD 1 onde o usuário requer cuidados com menor frequência e menor necessidade de intervenções multiprofissionais sendo responsabilidade da Atenção Primária em Saúde, AD 2 tem por finalidade abreviar ou evitar a hospitalização, e AD 3 onde o usuário necessita dos mesmos cuidados relatados acima, mas requer equipe multiprofissional, equipamentos, e procedimentos de maior complexidade (BRASIL, 2016a).

A Atenção Domiciliar vem passando por mudanças ao longo do tempo. O SUS vem avançando e aplicando diferentes formas de cuidado, voltado para a atenção básica estando mais perto da população em geral. Com a alteração das características na transição demográfica e epidemiológica da sociedade, faz-se necessária a reformulação no modelo de atenção à saúde. A sociedade está envelhecendo e com ela acontece o fenômeno da longevidade. O aumento da expectativa de vida eleva o número de doenças crônico-degenerativas, e de pessoas necessitando de cuidado multiprofissional continuado e mais específico (BRASIL, 2012a).

Diante do exposto faz-se relevante um aprofundamento deste estudo quanto à assistência domiciliar no município de Guaiúba, trazendo luz ao atual modelo estrutural utilizado, revisando este modelo à literatura e propondo melhorias na adequação à legislação, ao serviço, aos profissionais, e a população assistida. Por ser profissional da área da saúde deste município, acredito ser importante realizar este estudo, tendo em vista a contribuição relevante para a administração da secretaria de saúde na construção de uma atenção domiciliar baseada na legislação, em indicadores, e planejamento estratégico.

Nesta perspectiva surge a seguinte questão norteadora: Como se dá a organização de atenção domiciliar nos serviços de atenção primária em saúde no município de Guaíba?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever a organização da estrutura de atenção domiciliar nos serviços de atenção primária em saúde no município de Guaíba.

2.2 Objetivos específicos

Caracterizar os serviços que oferecem atenção domiciliar;

Identificar o número de usuários atendidos quanto a faixa etária e diagnósticos.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

O presente projeto integra uma pesquisa maior, intitulada “Condições de saúde e acesso de idosos vinculados à atenção domiciliar da atenção básica de um distrito sanitário de Porto Alegre”. A realização da presente pesquisa permite comparar/conhecer a organização da atenção domiciliar de uma cidade da região metropolitana. Trata-se de um estudo quantitativo descritivo transversal. Os estudos quantitativos são caracterizados pela busca de informações a partir da definição de um problema. Coleta de dados comparando a literatura, com a finalidade de obter respostas ao problema apresentado. (POLIT; BECK, 2011). O estudo transversal é um corte do mesmo espaço e do tempo populacional, uma fotografia da realidade que se quer estudar (HADDAD, 2004).

3.2 Campo ou contexto

O presente estudo foi realizado em todas as unidades de saúde que prestam o serviço de atenção primária no município de Guaíba. O município de Guaíba tem uma população estimada de 98.043 pessoas. Destas, 10.790 (11%) tem idade igual ou maior que 60 anos (IBGE, 2010b). Não há hospital na cidade, portanto todos os pacientes que necessitam de hospitalização, são referenciados para hospitais de Porto Alegre.

O município não é pleno do sistema. Os valores são repassados através do pacto de gestão, ou seja, os recursos federais são direcionados para toda a forma de serviço prestado na Atenção Primária em Saúde através do Piso da Atenção Básica (PAB fixo). Este recurso é um valor fixo per capita por indivíduo da população, mas também recebe recursos do PAB variável, como incentivo a implantação das ESF e equipes de agentes de saúde. Os recursos estaduais são repassados através de pactuações previamente acordadas para a realização de serviços de média alta complexidade. Por causa do pacto de gestão o município conta com um pronto atendimento 24h, uma policlínica especializada, uma clínica de fisioterapia, serviço de mamografia, ultrassonografia, raio x, e serviços médicos especializados (BRASIL, 2019).

Em 2017 o número de óbitos foi de 408 homens e 326 mulheres. A taxa da mortalidade infantil é 9,76 óbitos por mil nascidos vivos (IBGE, 2010b).

3.3 População e amostra

Fizeram parte deste estudo, às 13 unidades de saúde da APS. Nesta pesquisa, todas as unidades foram incluídas para a visualização da atenção domiciliar no município. Guaíba conta hoje com 13 Unidades de Saúde prestando serviço à nível de atenção primária à saúde. Seis ESF's: ESF Ipê Santa Rita, ESF Pedras Brancas, ESF São Francisco, ESF Nova Guaíba, ESF São Jorge, e ESF Primavera. Quatro UBS's: UBS Columbia City, UBS Cohab, UBS Vila Iolanda, UBS Prisional. Duas Policlínicas: Unidade de Saúde Centro, e Policlínica Especializada (GUAIBA, 2019).

3.4 Coleta dos dados

Primeiramente foram feitas ligações telefônicas para cada unidade básica de saúde para o agendamento da pesquisa (APÊNDICE A). Após previamente agendado houve a visita à unidade para a apresentação do projeto, assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), e o seguimento com a entrevista estruturada de caracterização do serviço através de informações relatadas pelo profissional responsável da unidade pela atenção domiciliar ou substituto em casos de afastamento por férias ou licença de qualquer natureza (férias, saúde e outros) (APÊNDICE C). O instrumento foi adaptado do projeto base, incluindo toda a população que é atendida na AD. As questões no que se referem ao tempo que a unidade presta este atendimento; número de usuários inseridos, critérios para inclusão e exclusão do atendimento; periodicidade do atendimento e uso ou necessidade de uma ferramenta de apoio na organização da demanda, compuseram a entrevista estruturada que teve o tempo de aplicação em média de 15 minutos.

3.5 Análise dos dados

Os dados foram digitados e armazenados em planilha do programa Excel®, para as análises estatísticas. Foi realizada uma análise descritiva dos dados, onde as variáveis contínuas foram expressas em média e desvio padrão, e as variáveis categóricas expressas em frequência absoluta e relativa. Esse tipo de análise possibilita organizar, resumir e descrever os aspectos importantes de um conjunto de características observadas e também estabelecer comparações entre dados coletados (POLIT; BECK, 2011).

3.6 Aspectos Éticos

Nos aspectos éticos do estudo respeitou-se as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b). O projeto maior foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre com CAAE 2.900.696 (ANEXO A). Obteve-se junto ao secretário da saúde do município de Guaíba autorização para a realização da pesquisa (ANEXO B). Aos entrevistados foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

4 RESULTADOS

Neste estudo foram entrevistados os 13 serviços de APS no município de Guaíba. Na tabela 1 estão descritas as características da AD1 nos respectivos serviços.

Tabela 1 – Caracterizar a Atenção Domiciliar nos serviços de Atenção Primária em Saúde no município de Guaíba. Guaíba, 2020.

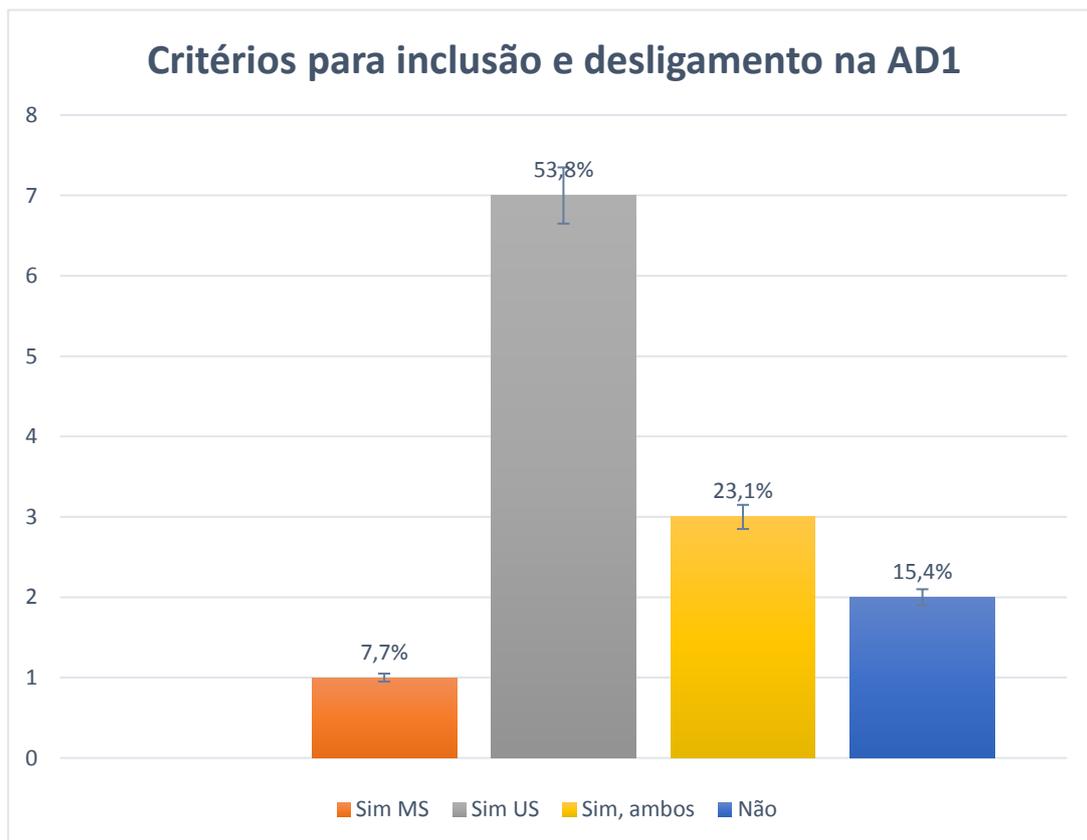
Variáveis	N (13)	(%)
Profissional responsável pela AD1		
Enfermeiro	13	100
Médico		
Outro		
Tempo que o profissional trabalha na AD1 em anos		
Média(±DP)	1,8 (±1,2)	
UBS com ESF		
UBS com ESF	6	46,2
UBS sem ESF	7	53,8
Equipes ESF		
Média(±DP)	0,5 (± 0,5)	
Tempo da AD1 na UBS em anos		
Média(±DP)	1,8 (± 1,3)	
Número de usuários inseridos na AD1		
Número total	164	
Média por UBS (±DP)	12,6 (± 13,1)	
Possui periodicidade no acompanhamento		
Sim	7	53,8
Não	6	46,2
Existência de educação permanente aos profissionais de saúde		
Sim		
Não	13	100

Fonte: Conceição, 2019

UBS= Unidade Básica de Saúde. AD1= Atenção Domiciliar do tipo 1. ESF= Estratégia de Saúde da Família.

Conforme os dados contidos na Tabela 1, observou-se que 100% (N=13) da modalidade AD1 tinham a coordenação do profissional enfermeiro. A média de tempo que o profissional trabalhava na modalidade foi de cinco anos. Igualmente resultado foi em relação ao funcionamento da modalidade na UBS, média de cinco anos. Houve uma proporção maior de UBS sem ESF, 53,8 %, e com ESF 46,2%, resultando em uma média de 0,5 equipes de ESF. Observou-se que o número de usuários atendidos na modalidade AD1 foi de 164, resultando em uma média de 12,6 usuários por UBS. Na proporção da existência de periodicidade no acompanhamento, 53,8% das UBS realizavam o acompanhamento regularmente, enquanto que 46,2% relataram não ter periodicidade.

Figura 1 – Utilização de critérios para inclusão e desligamento da Atenção Domiciliar do tipo 1 nas Unidades Básicas de Saúde de Guaíba. Guaíba, 2019.

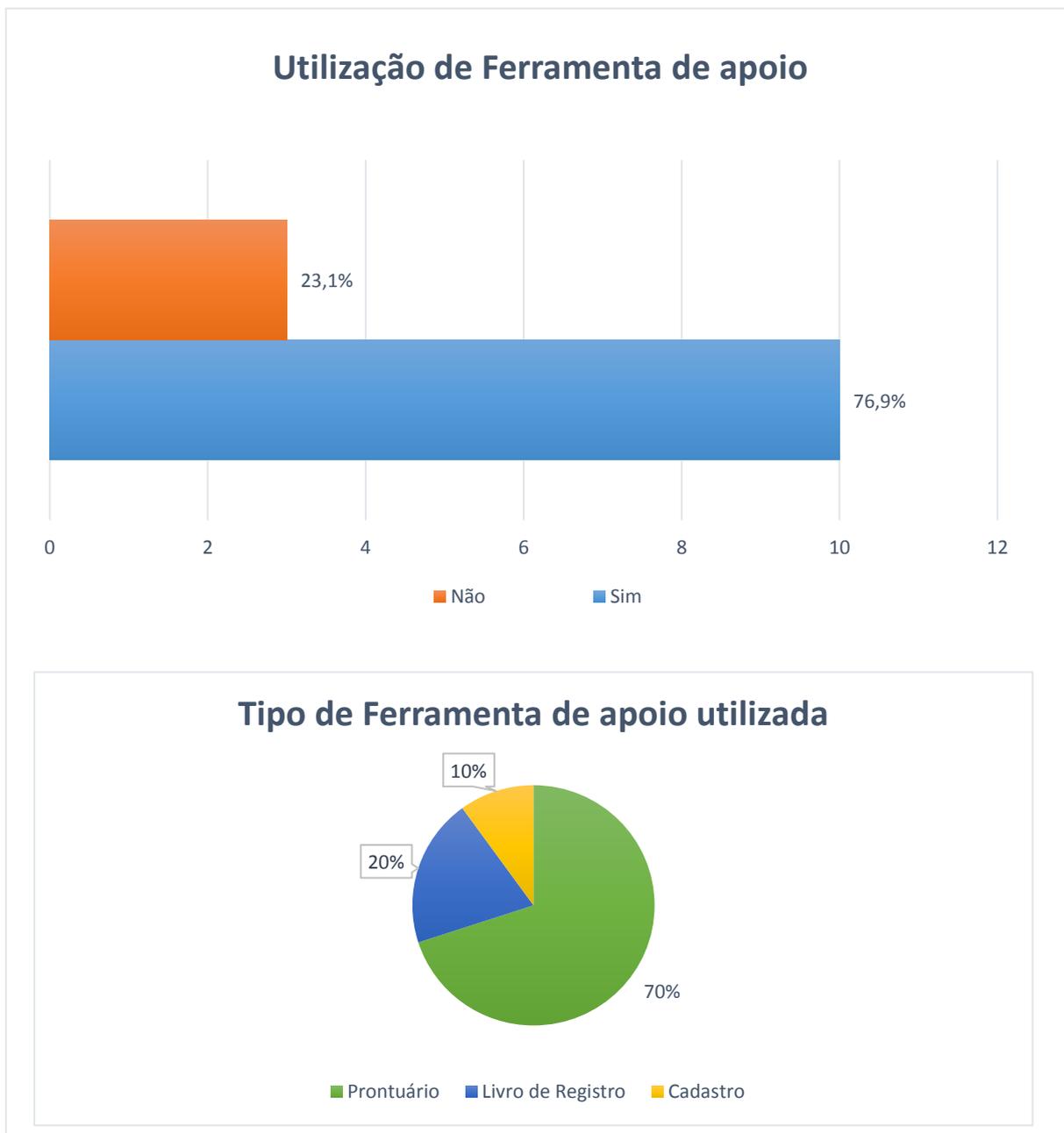


Fonte: Conceição, 2019

AD1= Atenção Domiciliar do tipo 1. MS= Ministério da Saúde. US= Unidade de Saúde

A figura 1 mostra que 53,8% das unidades básicas de saúde utilizavam critérios propostos pela própria unidade de saúde, enquanto que, em segundo lugar, 23,1% utilizavam critérios tanto do Ministério da Saúde quanto da própria unidade. Critérios utilizados apenas do Ministério da Saúde foram 7,7%, e 15,4% não utilizavam nenhuma forma de critério.

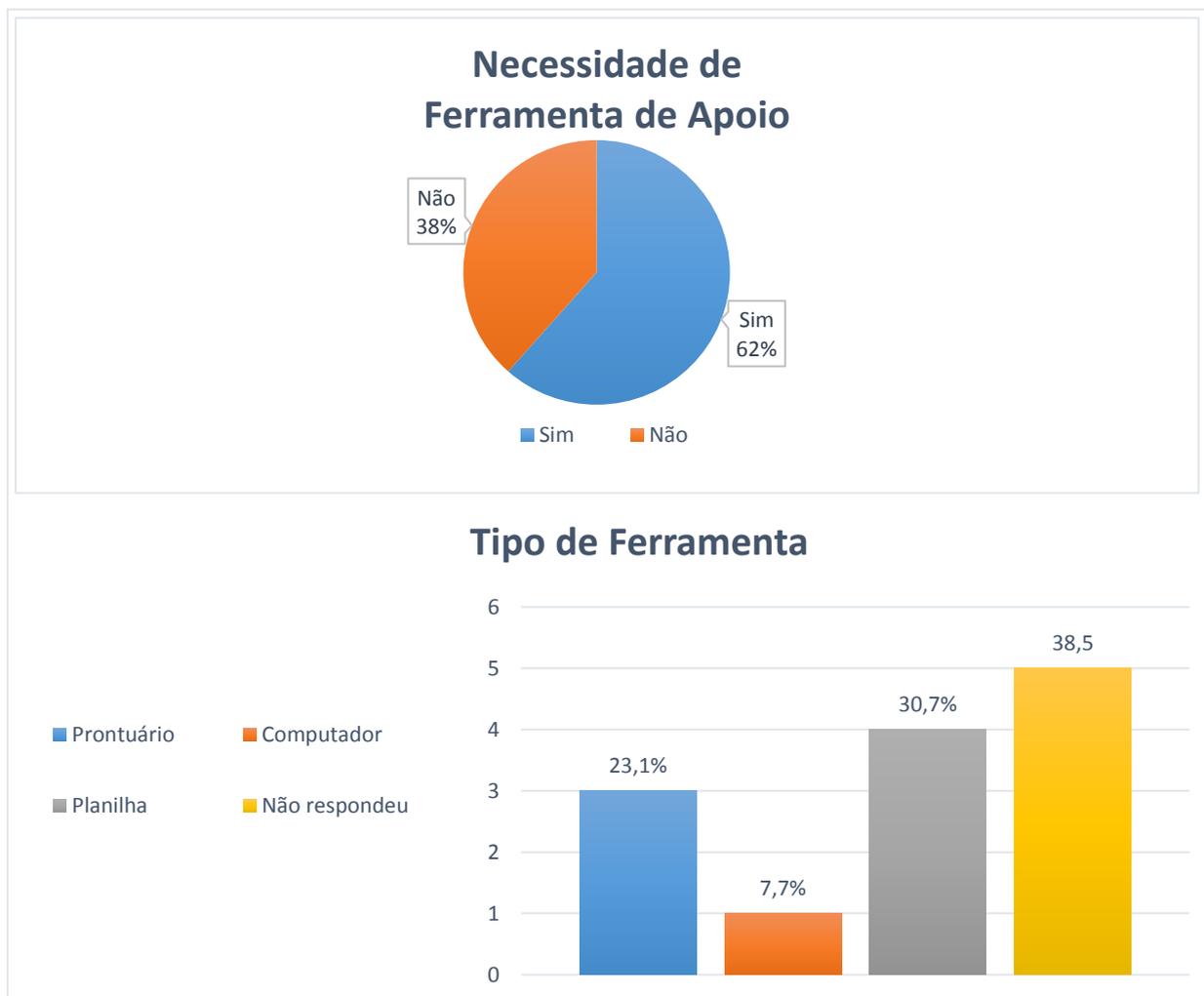
Figura 2 – Ferramenta de apoio para o acompanhamento de usuários na Atenção Domiciliar do tipo 1 nas Unidades Básicas de Saúde de Guaíba. Guaíba, 2019.



Fonte: Conceição, 2019

Na figura 2 ficou demonstrado que 76,9% das UBS utilizavam alguma ferramenta de apoio para acompanhamento dos usuários. Destas que utilizavam alguma ferramenta 70% faziam uso do prontuário do paciente, 20% de livro de registros, e 10% uma forma de cadastro. As unidades que não utilizavam alguma ferramenta foram 23,1%.

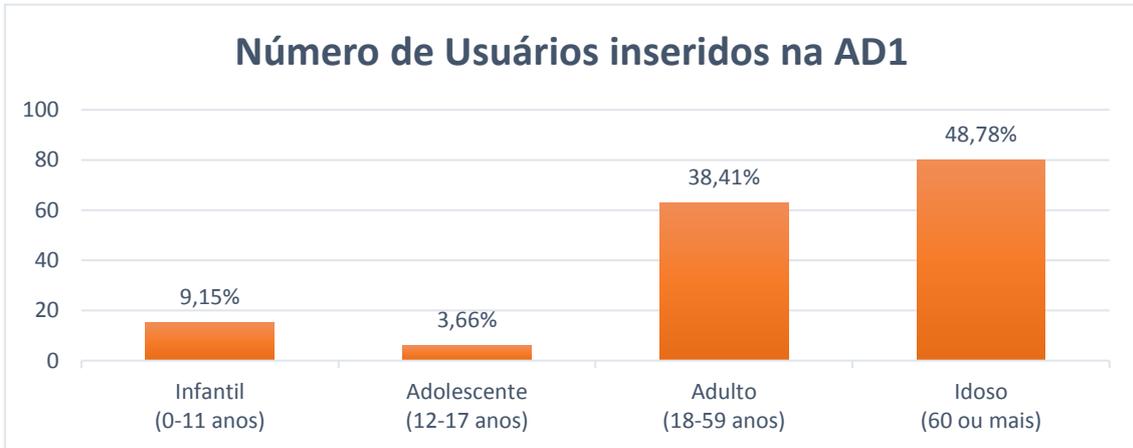
Figura 3 – Necessidade de ferramenta de apoio para o acompanhamento de usuários na Atenção domiciliar do tipo 1 nas Unidades Básicas de Saúde de Guaíba. Guaíba, 2019.



Fonte: Conceição, 2019

A figura 3 demonstrou que 62% dos entrevistados concordaram que havia a necessidade de uma ferramenta de apoio para acompanhamento dos usuários, enquanto que 38% não achavam necessário este controle. Dos entrevistados que referiram a necessidade de algum tipo de ferramenta, uma planilha foi a maior indicada com 30,7%, seguida de um prontuário 23,1%, e computador (devido à falta de equipamentos) 7,7%. 38,5% não responderam.

Figura 4 – Número de usuários classificados por faixa etária que estão inseridos na Atenção Domiciliar do tipo 1 nas Unidades Básicas de Saúde de Guaíba. Guaíba, 2019.

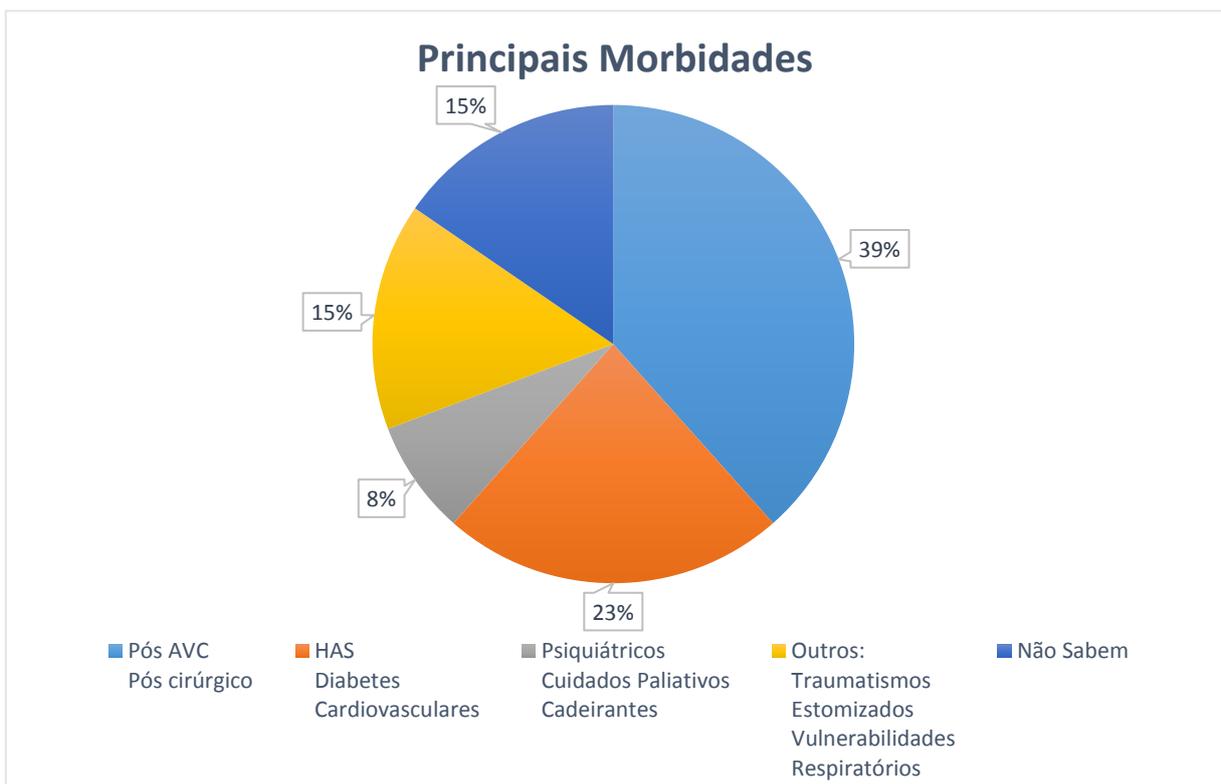


Fonte: Conceição, 2019

AD1= Atenção Domiciliar do tipo 1.

Na figura 4 observa-se que dos 164 usuários inseridos na atenção domiciliar do tipo 1, 48,78% estavam na faixa etária dos 60 anos ou mais, como o público que mais utilizava o serviço de AD1 nas unidades básicas de saúde de Guaíba.

Figura 5 – Principais morbidades dos usuários atendidos na Atenção Domiciliar do tipo 1 nas Unidades Básicas de Saúde de Guaíba. Guaíba, 2019.



Fonte: Conceição, 2019

A figura 5 demonstrou que o grupo de usuários mais atendidos no domicílio, foram os pacientes pós AVC, e pós cirúrgicos (39%), seguido dos usuários com diagnóstico de hipertensão, diabéticos, e patologias cardiovasculares (23%). O grupo dos traumatismos, estomizados, vulneráveis, e respiratórios foram 15%. Psiquiátricos, cuidados paliativos, cadeirantes, foram 8%. Os profissionais que não sabiam as principais morbidades foram 15%.

5 DISCUSSÃO

O serviço prestado na Assistência Domiciliar requer um cuidado multiprofissional, e este estudo evidenciou que 100% da coordenação do cuidado na equipe é de responsabilidade do enfermeiro, que atua em média, cinco anos na unidade. Como formação acadêmica na ciência do cuidado, cada vez mais a enfermagem como função assistencial, tem assumido também a função gerencial dos serviços de saúde. O enfermeiro tem cada vez mais assumido o protagonismo nas ações e gerenciamento. Esta inserção em sua área de atuação no campo comunitário e social, proporcionou uma maior visibilidade, emancipação, e autonomia profissional (BACKES et al, 2012). No entanto isso pode causar um acúmulo de funções, podendo resultar na má qualidade da assistência prestada.

Segundo Ferreira, Perico, Dias (2018), o enfermeiro na APS vem conquistando seu espaço como o responsável por promover as melhores práticas na implementação do cuidado. As atividades destes profissionais vão desde o acompanhamento dos usuários e suas famílias em todas as fases do desenvolvimento, passando por realização de procedimentos, atividades em grupo, consultas de enfermagem com solicitação de exames, prescrição de medicamentos mediante protocolos do MS, até gerenciar os ACS, educação complementar e controle de insumos. Este acúmulo de tarefas pode causar uma sobrecarga de trabalho, devido à falta de recursos humanos, extensa área geográfica, alta rotatividade profissional, e falta de qualificação da equipe.

O número de UBS sem ESF tem maior proporção que as UBS com ESF, resultando em uma média de 0,5 equipes por UBS. A estratégia de saúde da família é o principal modelo de reorientação da APS. Composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, e agentes de saúde, ela se torna o modelo assistencial com melhores resultados nas ações em saúde (COSTA, 2016). Os motivos que levam os municípios à terem um número baixo de UBS com ESF, se dão pela falta de conhecimento dos gestores públicos dos protocolos da APS, estrutura sucateada, falta de pessoal para compor as equipes, e o envolvimento de política partidária nas ações em saúde (FERMINO, 2017).

Um estudo realizado em um município no noroeste do estado do Paraná, sul do Brasil, ressaltou a importância da ESF, e como é desafiador o trabalho em equipe. Por não ser uma tarefa fácil, os resultados mostraram que a maior parte dos entrevistados tem no enfermeiro a centralização da coordenação. Ficou evidenciado que é necessário um bom relacionamento interpessoal, conhecimento da área geográfica de atuação, bem como aprimorar os conhecimentos

compartilhando casos e experiências nas reuniões de equipe (PERUZZO et al, 2018).

Como parte integrante na rede de atenção à saúde, a AD procura desenvolver ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição na residência do usuário. Em 2011 a AD recebeu maior aporte financeiro e regulatório através do Programa Melhor em Casa e da Política Nacional de Atenção Domiciliar como forma de ampliação da capilaridade do SUS. Mesmo assim, este tipo de serviço vem crescendo de forma lenta, sobretudo nos municípios menores tornando o sistema carregado, ampliando o número de atendimentos nas unidades de APS e prontos atendimentos (PROCÓPIO et al, 2019). O estudo na cidade de Guaíba evidenciou que o tempo médio do serviço de atenção domiciliar nas unidades de saúde foi de apenas cinco anos, corroborando que ainda há um caminho longo a ser percorrido tanto em conhecimento quanto na construção de um serviço eficiente.

A implantação de um SAD não é uma tarefa simples, pois envolve diversas questões político-administrativas. Cabe ao gestor municipal o entendimento de como funciona o serviço, e implantar conforme preconizam os protocolos dos atendimentos no domicílio. É necessário estar consciente que ao iniciar este processo de cuidado, ficarão evidenciados os problemas sociais, clínicos e epidemiológicos. A questão financeira tem-se mostrado preponderante no crescimento abaixo do esperado para implantação do SAD no Brasil. Para Castro et al (2018) o valor do teto financeiro repassado ainda é abaixo para o tamanho e especificidades da equipe que deverá ser formada.

Observou-se que a maior parte dos atendimentos domiciliares, 48,78%, são realizados em idosos acima de 60 anos. Segundo Neves (2019), os idosos são o grupo que mais utiliza o SAD, devido ao processo de envelhecimento seguido das doenças crônicas. Este grupo por si só consome uma demanda muito grande de aparato domiciliar, da unidade básica de saúde, tanto do profissional como familiar. Muitos idosos precisam de cadeiras de rodas, cama hospitalar, fralda geriátrica, material para curativo, dentre outros. Muitas vezes o próprio cuidador familiar assume a maior parte das tarefas diárias com o paciente acamado. Nesse sentido, há necessidade de um contato mais próximo com o serviço de saúde para o manejo clínico correto.

Ao buscar conhecer se as unidades utilizavam alguma forma de critério para inclusão ou desligamento de pacientes na AD1, os resultados mostraram que 53,8% dos profissionais utilizavam critérios que eram implementados pela própria unidade. No Brasil há um aumento na demanda por serviços de AD1, principalmente em pacientes com cuidados paliativos neoplásicos (ATTY, 2018). No entanto o que se nota, é que não há em grande parte das unidades de saúde uma prestação de serviço domiciliar orientada por uma diretriz ou planejamento. Até mesmo o acesso a partir da

identificação do caso na RAS é burocrático e demorado. Isto resulta na impossibilidade de se manter critérios para um atendimento adequado (BRAGA, 2016).

Segundo BRASIL (2017), é necessária uma responsabilização pelo acompanhamento por parte dos profissionais da saúde e suas equipes no atendimento domiciliar. Estas ações de prevenção de doenças e agravos, devem ser realizadas com periodicidade regular estabelecidas no planejamento da unidade. Na portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013, diz que, na elaboração do plano terapêutico domiciliar é necessário levar em consideração os insumos, os agendamentos necessários e a periodicidade das visitas (BRASIL, 2013). No estudo, 53,8% das unidades de saúde seguem alguma forma de periodicidade para o acompanhamento domiciliar.

Para identificar se as unidades utilizavam alguma ferramenta de apoio no acompanhamento e registro dos atendimentos domiciliares, o resultado foi que 76,9% utilizavam alguma forma de ferramenta de apoio. O prontuário foi o maior referenciado como auxiliador no SAD com 70% de indicações. Quanto à necessidade destas ferramentas, 62% concordam com a utilização de alguma forma de apoio, porém 38,5% não responderam qual seria a ferramenta ideal. Com a instituição do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) em 2013, o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), é forma de registro oficial da estratégia e-SUS AB, para as ações em saúde da atenção primária, bem como o atendimento domiciliar (BRASIL, 2013b).

Segundo Soares (2019), em determinada região distrital de Porto Alegre, RS, uma grande parte das unidades de saúde apenas registravam em prontuário os atendimentos na AD1. Não há na maioria à utilização de alguma ferramenta de apoio que controle a organização das informações. Mesmo não havendo a ferramenta de apoio, os profissionais relataram a necessidade de realizar o acompanhamento através de protocolos ou mesmo planilhas.

A importância do prontuário eletrônico para o registro das informações, vem para suprir deficiências lógicas e práticas em relação ao prontuário de papel. Porém este mesmo recurso que beneficia a prática clínica pode ter seus obstáculos quando se fala em segurança. Devido ao acesso facilitado dos profissionais de saúde ao registro do paciente, faz-se necessário uma vigilância constante à segurança das informações. Entretanto um prontuário eletrônico com um bom sistema de segurança, só traz benefícios ao serviço. Ele permite armazenamento maior de informação, cruzamento dos dados e arquivar de forma fácil e ágil, assim auxiliando nas buscas, pesquisas e geração de relatórios, bem como ter ao alcance de um clique o histórico, diagnóstico, e tratamento do paciente (ALMEIDA, 2016).

Quanto à educação permanente, 100% dos profissionais relataram que o município não tem alguma forma de capacitação voltada para a AD. Este resultado é o oposto da redefinição da

atenção domiciliar no SUS, onde preconiza que os profissionais de saúde devem participar dos processos, capacitações pertinentes a AD com periodicidade e temáticas definidos (BRASIL, 2016a). Desde 2014 o Ministério da Saúde instituiu as diretrizes para implementação na política de educação permanente no âmbito do SUS. Estas diretrizes visam uma aprendizagem significativa através da construção de conhecimentos, onde há espaço para estudo de caso, reflexão do aprendizado, e capacitação presencial ou a distância. O objetivo da educação permanente é a valorização e a qualificação dos agentes envolvidos no processo de saúde (BRASIL, 2014).

Neste estudo ficou evidenciado que as principais morbidades dos pacientes são de cuidados pós AVC e pós-cirúrgico com (39%) dos atendimentos, seguido dos doentes crônicos com hipertensão arterial, diabetes mellitus, patologias cardíacas com 23%. Estes grupos juntos resultaram em mais da metade do serviço na AD1. Os resultados obtidos se relacionam com outro estudo realizado na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Foram acompanhados 131 pacientes que recebiam o SAD – Melhor em casa. O resultado mais prevalente foi Acidente Vascular Encefálico (AVE) com (26,7%), seguido de morbidades identificadas de maior frequência Hipertensão Arterial Sistêmica 25,2%, Alzheimer (16,8%), Diabetes Mellitus (16,8%) e Neoplasias (14,5%) (SILVA et al, 2019). No Brasil a maior parte dos atendimentos domiciliares são de origem por Acidente Vascular Encefálico, superando até mesmo o câncer e as doenças cardíacas, resultando em aumento do número de internação, redução da capacidade física e cognitiva, até a incapacitação completa do paciente (CARNAÚBA, 2017).

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo indicaram que o Serviço de Atenção Domiciliar no município de Guaíba está presente em praticamente todas as unidades que realizam a Atenção Primária em Saúde. Observou-se que não há uma forma de organização por parte da gestão, para que o serviço seja realizado conforme protocolos e normativas do Ministério da Saúde.

Com quase cem mil habitantes, o município teria capacidade para implantar uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD). Os profissionais que atendiam no domicílio desenvolviam as condutas, critérios que achavam pertinentes no momento do atendimento ao usuário, muito embora os mesmos poderiam ter sido analisados no estudo de caso nas reuniões de equipe.

Ficou evidenciado que as unidades básicas de saúde que tinham equipe de estratégia de saúde da família, são as que desenvolviam acompanhamento domiciliar mais regular. O enfermeiro foi o profissional responsável por todo o gerenciamento das unidades como coordenador. Observou-se que pouco mais da metade dos profissionais realizavam o atendimento domiciliar com certa periodicidade. Acredita-se que nas unidades em que o profissional não atendia com regularidade, pode haver consequência negativa na condução e promoção do processo saúde doença.

O prontuário foi a ferramenta de registro mais utilizada e também mais referenciada no julgamento da necessidade de ferramenta de apoio. Cabe ressaltar que o e-SUS o prontuário eletrônico do cidadão, é a ferramenta de registro mais avançada para o acompanhamento do serviço de atenção domiciliar através da ficha de atendimento domiciliar.

Quanto aos usuários atendidos ficou evidenciado que os idosos são o grupo de maior proporção na AD1. O estudo mostrou que as principais morbidades dos usuários são de acidente vascular cerebral, pós cirúrgicos e doentes crônicos. Estas morbidades se relacionam entre si, e também acomete em sua maioria o grupo dos idosos.

Os resultados evidenciaram que há uma necessidade de organização na AD1 de acordo com as normativas e protocolos do Ministério da Saúde, e capacitação de todos os profissionais através da educação permanente, compartilhando e consolidando conhecimentos. Só assim o serviço prestado fará jus ao que se propõe, na promoção, prevenção, e reabilitação dos usuários no domicílio.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Maria José Guedes Gondim et al. Discussão Ética sobre o Prontuário Eletrônico do Paciente. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 521-527, Set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022016000300521&lng=en&nr m=iso>. Acesso em: 03 mai. 2020.
- ATTY, Adriana Tavares de Moraes; TOMAZELLI, Jeane Glauca. **Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 225-236, Janeiro 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000100225&lng=en&nr m=iso>. Acesso em: 01 May 2020.
- _____- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. v.1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012a. (2 volumes).
- _____- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 01 jul. 2019.
- _____- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. v.2. Brasília, Ministério da Saúde, 2013a.
- _____- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. **Diário Oficial [da] União**, Brasília: Distrito Federal, 2013b.
- _____- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília: Distrito Federal, 2014.
- _____- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial [da] União**, Brasília: Distrito Federal, 2016a.
- _____- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017.
- _____- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. BRASIL. Ministério da Saúde. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília 2019. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 24 jun. de 2019.
- BACKES, D. S. et al. **O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.

223-230, Jan. 2012 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRAGA, Patrícia Pinto et al. **Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, Março 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300903&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 mai. 2020.

BRITO, F. **A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade**. CEDEPLAR/UFGM. Belo Horizonte, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a02> >. Acesso em: 07 mai. 2019.

CARNAUBA, Carla Montenegro Dâmaso et al . Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. **Rev. bras. geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 352-362, maio 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232017000300352&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mai. 2020.

CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 39. 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100401&lng=en&nrm=iso>. Acesso 06 Mai. 2020.

COSTA, N. R. **A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras**. Ciência & Saúde Coletiva. 2016, v. 21, n. 5, pp. 1389-1398. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.24842015>>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 29 abr. 2020.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 46, supl. 1, p. 126-134, 2012. Disponível em:

<<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2012.v46suppl1/126-134/pt> >. Acesso em: 03 jul. 2019.

FERMINO, V.; AMESTOY, S. C.; SANTOS, B. P. DOS; CASARIN, S. T. Estratégia Saúde da Família: gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 28 nov. 2017. Disponível em:

<<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/42691> >. Acesso em: 29 abr. 2020.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PERICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.

Revista Brasileira de Enfermagem. 71, supl. 1, p. 704-709. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700704&lng=e&nrm=iso>. Acesso em: 06 05 2020.

FERTONANI, H. P. et al. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira**. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2015, v. 20, n. 6, p. 1869-1878. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Jun. 2019.

- FILHA, M. M. T. et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. suppl 2, pp. 83-96, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060008>>. Acesso em: 07 mai. 2019.
- GUAÍBA. Prefeitura Municipal. Informações Saúde. Guaíba, 2019. Disponível em: <<http://www.guaiba.rs.gov.br/informacoes-saude/>>. Acesso em: 19 Jun. de 2019.
- HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**. 1st. ed. Sao Paulo: Roca, 2004.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção da saúde. Rio de Janeiro: 2010a. Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2019.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Panorama Município de Guaíba. IBGE; 2010b. Guaíba, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/guaiba/panorama>>. Acesso em: 24 jun. 2019.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2010, v. 15, n. 5, p. 2297-2305. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 mai. 2019.
- MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- NEVES, ANA CAROLINA DE OLIVEIRA JERONYMO et al. **Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino**. Physis. Rio de Janeiro , v. 29, n. 2, e290214, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200612&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 mai. 2020.
- PERUZZO, Hellen Emília et al . Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mai. 2020.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2011. 669p.
- PROCOPIO, Laiane Claudia Rodrigues et al . **A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades**. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 43, n. 121, p. 592-604, Abr. 2019 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200592&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2020.
- SILVA, Daniel Vinícius Alves et al. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 10, n. 3, nov.

2019. ISSN 2357-707X. Disponível em:

<<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1905>>. Acesso em: 05 mai. 2020.

SOARES, Juana Vieira. Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: organização nos serviços de saúde de Porto Alegre. 2019. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

WACHS, L. S. et al. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2016, v. 32, n. 3. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00048515>>. Acesso em: 07 mai. 2019.

APÊNDICE A – Roteiro de ligação telefônica para agendamento da coleta de dados

_ Bom dia / Boa tarde!

_ Sou o (nome do pesquisador), sou pesquisador da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

_ Estou realizando este contato com todos os responsáveis pela Atenção Domiciliar da modalidade AD1 das unidades básicas de saúde de Guaíba, para a realização de uma pesquisa que envolve este tipo de serviço. Preciso agendar um dia com você para a apresentação do projeto e realização da entrevista que terá a duração de no máximo 15 minutos. Posso confirmar sua participação na pesquisa e qual dia e hora fica melhor para você?

() **Sim.** Agendar dia e hora.

() **Não.** Excluir da pesquisa.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Organização da atenção domiciliar nos serviços de atenção primária em saúde no município de
Guaíba

Prezado Participante:

Você está sendo convidado para participar de um projeto de pesquisa com o objetivo de Descrever a organização da estrutura de atenção domiciliar nos serviços de atenção primária em saúde no município de Guaíba.

A duração da entrevista será de 15 minutos, no seu turno de trabalho, em uma sala da sua escolha. Sua desistência poderá ocorrer em qualquer momento da entrevista, sem nenhum prejuízo a você. Os resultados dessa pesquisa serão utilizados para a apresentação de um Trabalho de Conclusão do Curso.

Esta pesquisa poderá trazer um diagnóstico situacional da atenção domiciliar no município, trazendo informações sobre pontos positivos e pontos a melhorar.

A participação nesse estudo é totalmente voluntária. A não participação ou desistência não implicará em nenhum tipo de benefício ou punição. A participação no estudo não está associada a nenhum tipo de avaliação profissional ou de desempenho.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo e o participante não terá nenhum custo com o estudo. O pesquisador se compromete em manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal do participante e os resultados serão apresentados de forma agrupada, sem a identificação dos participantes do estudo.

Todas as dúvidas poderão ser esclarecidas antes e durante o curso do estudo, através do contato com a Orientadora Deise Lisboa Riquinho que estará na Escola de Enfermagem da UFRGS através do número (51) 3308-5226 e o pesquisador Josias Scotto da Conceição através do número (51) 991147662.

Este documento será elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante e outra mantida pela pesquisadora.

Participante _____ Assinatura _____

Pesquisador _____ Assinatura _____

Local e data: _____

APÊNDICE C – Questionário de caracterização da atenção domiciliar (AD1)

1) Nome:	Data:	
2) Função:		
3) Unidade da Saúde:		
4) Profissional responsável/coordenador da AD1: (quem frequenta as reuniões da gerência)	(1) Enfermeiro (2) Médico (3) Outro (qual?)	
5) Tempo (anos) que trabalha na AD1:		_____ anos
6) US com ESF:	(1) Sim (2) Não	
7) (Se tem ESF) quantas equipes		Nº: _____
8) Tempo (anos) do programa na US:		_____ anos
9) Número de usuários inseridos na AD1:	Infântil (0 a 11 anos) Adolescente (12 a 17 anos) Adulto (18 a 60 anos) Idoso (61 ou mais)	Nº: _____ Nº: _____ Nº: _____ Nº: _____
10) São utilizados critérios para inclusão e para o desligamento na AD1?	(1) Sim, propostos pelo MS (2) Sim, propostos pela US (3) Sim, ambos (4) Não	
11) O acompanhamento domiciliar segue alguma periodicidade?	(1) Sim (2) Não	
12) É utilizada alguma ferramenta de apoio para o acompanhamento de usuários da AD1? (ex. Livro de registros, planilha do excell, tablet, telefone...)	(1) Sim, qual: (2) Não	
13) Você julga que é necessário alguma ferramenta de apoio para a organização e controle desses usuários?	(1) Sim, qual: (2) Não	
14) Existe educação permanente aos profissionais voltado para a atenção domiciliar?	(1) Sim (2) Não	
15) Quais as principais morbidades dos pacientes atendidos no domicílio?		

ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde de Porto



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES DE SAÚDE E ACESSO DE IDOSOS VINCULADOS À ATENÇÃO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA DE UM DISTRITO SANITÁRIO DE PORTO ALEGRE

Pesquisador: Idiane Rosset

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 90632418.3.3001.5338

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.900.696

Apresentação do Projeto:

O projeto busca avaliar as condições de saúde e acesso de idosos aos serviços de Atenção Básica de um Distrito de Porto Alegre, baseado no Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), ferramenta clínica utilizada pela Atenção Básica. É um estudo transversal em 3 gerências distritais de Porto Alegre, envolvendo 34 Estratégias de Saúde da família e 24 Unidades Básicas de Saúde. As entrevistas abordarão 2 grupos: os usuários das Unidades de saúde e os médicos que atendem esta população.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar as condições de saúde e acesso de idosos aos serviços de Atenção Básica. Quantificar quanto idosos utilizam os serviços nestes distritos; verificar critérios de inclusão e desligamento, avaliar as condições sociais e clínicas destes usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme os autores do estudo:

Riscos: mínimos como desconforto durante as entrevistas.

Benefícios: conhecer melhor o atendimento a idosos na assistência domiciliar da Atenção Básica. Pode propor, a partir daí, em melhorias nesta área.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.900.696

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador responsável: Idiane Rosset

Instituição: UFRGS

Curso: enfermagem

Tipo de estudo: institucional

Amostra: 225

Local de realização: UBSs

Data de início: 25/05/2018

Data de término: 01/08/2020

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão presentes.

Recomendações:

Por se tratar de um estudo maior que resultará em trabalhos de conclusão de curso e dissertações de mestrado, solicita-se que seja enviada uma emenda ao CEP SMSPA a cada trabalho realizado, para que possamos acompanhar o desdobramento desta pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a avaliação ética foram identificadas as seguintes pendências:

1 - A primeira fase que começa com abordagem por telefone de profissionais da saúde responsáveis pelos serviços de AD na cidade. Segundo resolução CNS 510/16, artigo 15, há necessidade de enviar a informação do projeto ao participante (que será contatado por telefone) antes de começar a entrevista. O consentimento poderá ser por telefone mas deve haver registro do consentimento e dos dados coletados. Resposta: No item 4.4 Coleta de dados, deixamos mais claro que tanto a fase I quanto a fase II serão divulgadas em reunião de coordenadores da modalidade AD1 dos serviços de AB do município, realizadas na Secretária Municipal de Saúde. Incluímos que o apêndice A – Roteiro de ligação telefônica para coleta de dados - Fase I - o qual explica o que o projeto propõe e o que será investigado na entrevista telefônica, será disponibilizado de forma impressa ou eletrônica aos participantes. O consentimento tácito (verbal) será realizado por telefone e registrado pelo pesquisador ao final do apêndice A – Roteiro de ligação telefônica para coleta de dados - Fase I de acordo com a resposta de aceitação ou não do profissional.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.900.696

Análise: pendência atendida.

2 - Falta uma maneira de enviar ao participante que será alvo de um questionário por telefone, as informações sobre a pesquisa antes de ser abordado, acatando §1º Art 15 Resolução CNS510/2016 " Art. 15. O Registro do Consentimento e do Assentimento é o meio pelo qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante ou de seu responsável legal, sob a forma escrita, sonora, imagética, ou em outras formas que atendam às características da pesquisa e dos participantes, devendo conter informações em linguagem clara e de fácil entendimento para o suficiente esclarecimento sobre a pesquisa.

Resposta: No momento de divulgação do projeto na reunião de coordenadores da modalidade AD1 dos serviços de AB do município na Secretária Municipal de Saúde será disponibilizado, de forma impressa ou eletrônica o apêndice A – Roteiro de ligação telefônica para coleta de dados - Fase I constando as informações sobre a pesquisa antes de serem abordados os participantes por telefone. Foi acrescido, em "Aspectos Éticos" do projeto, que o aceite (ou não) de participação será realizado mediante consentimento tácito (verbal) e registrado no final do Apêndice A, em local designado. § 1º Quando não houver registro de consentimento e do assentimento, o pesquisador deverá entregar documento ao participante que contemple as informações previstas para o consentimento livre e esclarecido sobre a pesquisa."

Resposta: O consentimento será verbal por telefone registrado pelo pesquisador ao final do apêndice A – Roteiro de ligação telefônica para coleta de dados - Fase I de acordo com a resposta de aceitação ou não do profissional e arquivado por 5 anos, após serão destruídos.

Análise: pendência atendida.

3 - Apresentar solução para o encaminhamento dos dados do projeto aos participantes que serão entrevistados por telefone. (vide §1º Art 15 Resolução CNS510/2016).

Resposta: Será entregue na reunião de coordenadores da modalidade AD1 dos serviços de AB do município na Secretária Municipal de Saúde o apêndice A – Roteiro de ligação telefônica para coleta de dados - Fase I, de forma impressa ou eletrônica, o qual contém as informações sobre a pesquisa antes de serem abordados os participantes por telefone.

Análise: pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.900.696

de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.
Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1169173.pdf	20/08/2018 17:10:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_maior_corrigido_SMS.pdf	20/08/2018 17:02:45	Idiane Rosset	Aceito
Outros	CARTA_Resposta_SMS.pdf	20/08/2018 17:00:59	Idiane Rosset	Aceito
Outros	funcoes.pdf	30/05/2018 14:20:07	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_maior.pdf	25/05/2018 20:05:39	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito
Outros	Roteiro_ligacao_telefonica.pdf	25/05/2018 19:43:02	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito
Outros	termoHCPA.pdf	25/05/2018 19:35:25	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito
Outros	termoSMSPA.pdf	25/05/2018 19:34:47	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	25/05/2018 19:31:59	MARIANE LURDES PREDEBON	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 18 de Setembro de 2018

Assinado por:
Thaís Schossler
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

ANEXO B – Autorização para Projeto de Pesquisa e Coleta de Dados em Guaíba



Prefeitura Municipal de Guaíba
Secretaria Municipal de Saúde

AUTORIZAÇÃO PARA PROJETO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS

Título da Pesquisa: Organização da Atenção Domiciliar nos Serviços de Atenção Primária em Saúde no Município de Guaíba

Pesquisador: Josias Scotto da Conceição

Orientador: Profª Drª Deise Lisboa Riquinho

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Telefone e e-mail de contato: (51) 99114 7662 / josias@guaiba.rs.gov.br

Eu, secretário municipal de saúde do município de Guaíba autorizo a pesquisa acima identificada.

O projeto deverá estar em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Os dados coletados devem assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos, utilizados apenas para o projeto ao qual se vinculam.

Guaíba 03/04/2019

Jocir Papazzolo
Secretário Municipal da Saúde
Guaíba / RS

Secretário:

Pesquisador: Josias Scotto da Conceição

Secretaria Municipal de Saúde de Guaíba
Rua São Paulo, 800 – Parque 35 – CEP 92.704-305
3480.7010 – saude@guaiba.rs.gov.br