

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

SAMIRA YUSEF ALI

**ATENÇÃO DOMICILIAR: PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS
DE SAÚDE A PARTIR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA REGIONAL DE CEILÂNDIA**

**BRASÍLIA
2013**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ATENÇÃO DOMICILIAR: PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS
DE SAÚDE A PARTIR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA REGIONAL DE CEILÂNDIA**

Aluna: Samira Yusef Ali

Orientadora: Profa. Dra. Carla Pintas Marques

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília – FCE, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

Banca examinadora composta por:

Dra. Carla Pintas (Orientadora UnB)

Dra. Antônia de Jesus Angulo (UnB)

Dra. Maria Leopoldina de Castro (SES-DF)

**BRASÍLIA
2013**

Agradecimentos

A Deus, pelo dom da vida, pelo seu amor infinito, sem Ele nada eu sou. Esteve ao meu lado aparando-me nos momentos difíceis, dando-me força para superar as dificuldades, mostrando o caminho nas horas incertas e guiando os meus passos para seguir em frente. Obrigada por mais essa conquista em minha vida. “Porque dEle, e por meio dEle, e para Ele são todas as coisas.”

Aos meus pais, Ibrahim e Luciana, por todo o apoio, dedicação e paciência que tiveram ao longo dessa caminhada. Meus maiores exemplos e meu abrigo seguro nos momentos difíceis com força, confiança, amor, ensinando-me a persistir nos meus objetivos e ajudando a alcançá-los. Agradeço por acreditarem sempre no meu potencial, sem vocês ao meu lado não conseguiria chegar até aqui. Amo vocês!

Ao meu irmão e amigo, Matheus, por todo amor e companheirismo incomparável. És o meu sorriso e o meu confidente. Obrigada por ser esse irmão tão presente em minha vida. À minha irmã Andressa, pelo amor, cumplicidade, aprendizados, sonhos compartilhados, pelos momentos de descontração vividos a cada dia e por deixar cuidar de você, quero sempre o melhor para ti. Obrigada por vocês existirem perto de mim.

Aos meus familiares, pelo carinho, incentivo e confiança, em especial, aos meus avós Ademar, Luiza e Lúcia. Agradeço aos meus tios, Junior, Anderson, Abbas e Angélica pelos momentos de descontração e por toda atenção e apoio durante essa minha trajetória e a todos os outros tios e tias por acreditarem no meu sucesso. Aos meus primos pela compreensão diante de toda a minha ausência nos encontros de família e por toda alegria que me proporcionam ao lado de vocês.

Ao meu namorado, Gustavo, por estar sempre ao meu lado. Obrigada pelo carinho, companheirismo, paciência e por me aturar em meus momentos de estresse. É maravilhoso pode contar com você em todos os momentos da minha vida. Agradeço a Deus por ter me dado de presente você, a minha vida é mais feliz contigo. “Se isso não é amor, o que mais pode ser?”. Amo você!

À minha amiga-irmã Amanda, companheira desses longos quatro anos de vida acadêmica, muitos foram os aprendizados e os momentos compartilhados. O meu porto seguro, a minha

copiloto, o meu colo e a minha irmã que Deus me deu de presente, para envolver a minha vida aos seus caminhos novamente, não é por acaso que nossa *“amizade que é fruto dos sonhos de Deus”* será eterna. Sempre estarei ao seu lado! *“Comigo você pode contar e também confiar qualquer dia e hora e em qualquer lugar”*

Às minhas amigas e companheiras de curso e da vida, Amanda, Évelin, Flávia e Priscila, pelo apoio, companheirismo e amizade sólida que construímos nesses quatro anos de curso, na qual tenho certeza que será para sempre. À Évelin, minha companheira de viagens, conselhos e de um ombro amigo confortante, pelo auxílio e as palavras de coragem e força que foram fundamentais no processo de desenvolvimento do meu trabalho.

Às minhas amigas e futuras enfermeiras, Marina e Pollyanna, que mesmo de cursos diferentes sempre estiveram ao meu lado compartilhando momentos únicos de muito companheirismo, alegrias, carinhos, segredos, cumplicidades, sorrisos e paz. Obrigada pela amizade, quero que saibam que são especiais demais e levarei vocês comigo para sempre.

Às enfermeiras, Sandra e Valdenísia, pelo apoio, participação e por acreditarem no meu trabalho, essenciais para a minha persistência em meio as dificuldades encontradas na construção da monografia.

Aos profissionais de saúde que contribuíram com a minha pesquisa, pelo tempo cedido e o conhecimento e experiências sobre a organização dos serviços de saúde na atenção domiciliar.

À minha professora e orientadora, Carla, pela paciência, confiança e conhecimentos perpassados nas orientações. Obrigada por me ouvir, encorajar, me acalmar nos momentos de desespero de que não iria dar certo e me fazer acreditar que estava no caminho certo.

Enfim a todos que contribuíram para o sucesso deste trabalho. Muito obrigada.

Resumo

A Atenção Domiciliar, modalidade substitutiva ou complementar, é uma das estratégias para as novas práticas de cuidado nos serviços de saúde com ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio. Seu objetivo é propagar a desospitalização nos casos de internação prolongada, otimizar os resultados e custos benefícios em saúde e realizar as ofertas das ações em saúde no Sistema Único de Saúde. Um dos desafios do sistema público é integrar a atenção domiciliar a atenção à saúde do sistema com outros pontos da atenção, com base na perspectiva de Redes de Atenção à Saúde. E dessa forma construir um sistema de referência e contrarreferência eficiente. Um fluxo ordenado por protocolos/fluxos pactuados são elementos fundamentais no desenvolvimento da rede de atenção à saúde; por isso, buscou-se, por meio de um estudo descritivo e intervencionista de abordagem quanti-qualitativa, analisar e descrever a realidade dos serviços, atenção básica e atenção domiciliar, quanto a organização dos serviços em Redes de Atenção à Saúde. Foi proposto um formulário de encaminhamento, que contém dados de identificação, dados clínicos e os critérios de inclusão e exclusão da atenção domiciliar, a fim de contribuir para a organização da referência e contrarreferência dos serviços, estabelecer uma comunicação entre os profissionais de saúde, viabilizar o encaminhamento do usuário e permitir a criação de vínculos, a integralidade e a sistematização das ações, visando, sobretudo, a prestação de uma assistência de qualidade. Analisar e compreender tais questões são importantes para intervir na situação atual de ausência de integração e comunicação com estratégias que proporcione a articulação dos níveis de atenção de modo a ampliar a resolutividade, o acesso do paciente aos serviços de saúde e a integralidade do cuidado.

Palavras- chave: Atenção Básica, Redes de Atenção à Saúde, Atenção Domiciliar, Internação Domiciliar.

Abstract

The Home Care, substitutive or complementary modality, is one of the strategies to the new care practices in health services with shares of health promotion, prevention, treatment of diseases and rehabilitation provided at home. Your goal is to spread the deinstitutionalization in cases of prolonged hospitalization, optimize outcomes and cost benefits in health and make offerings of health actions in the Unified Health System. One of the challenges of the public system is to integrate home care health care of system with other points of care, structured from the perspective of the Health Care Networks, building a system of reference and counter effectively. An orderly flow of protocols / agreed flows are key elements in the development of the network of health care, so we sought, through a descriptive study and interventionist quantitative and qualitative approach, analyze and describe the reality of services, primary care and home care, and the organization of services in networks of health care. Similarly, propose a referral form that contains identifying date, clinical data and criterion for inclusion and exclusion of home care in order to contribute to the organization of reference and counter services, establish a communication between professionals health, enable the forwarding user and allow the creation of bonds, comprehensiveness and systematization of actions, aimed mainly at providing quality care. Analyze and understand such issues are important to intervene in the current situation with strategies that provide the articulation of levels of care in order to increase the resolution, patient access to health services and integrality care.

Keywords: Primary Care, Health care network, Home Care, Home Hospitalization.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB --Atenção Básica

ACS ---Agente Comunitários de Saúde

AD --- Atenção Domiciliar

APS -- Atenção Primária à Saúde

ANVISA---Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVD ---Atividades da Vida Diária

CS --- Centro de Saúde

COIND --- Coordenação de Internação Domiciliar

DIRAPS --- Diretoria Regional da Atenção Primária à Saúde

DF --- Distrito Federal

EACS --- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

EMAD --- Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

EMAP --- Equipes Multiprofissionais de Apoio

ESF --- Estratégia Saúde da Família

FAD --- Formulário de Avaliação de Desospitalização

FEPECS --- Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

GEAD --- Gerência de Atenção Domiciliar

HSPESP --- Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

PACS --- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB --- Política Nacional da Atenção Básica

PID --- Programa de Internação Domiciliar

OMS --- Organização Mundial de Saúde

NAMID --- Núcleo de Assistência Médica a Internados em Domicílio

NRAD --- Núcleo Regional de Atenção Domiciliar

RAS --- Redes de Atenção à Saúde

RSS --- Regional de Saúde de Sobradinho

RUE --- Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAD --- Serviço de Atenção Domiciliar

SES --- Secretaria Estadual de Saúde

SAMDU --- Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

SAMED --- Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio

SIAB --- Sistema Nacional de Informação da Atenção Básica

SUS --- Sistema Único de Saúde

TCLE --- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS --- Unidade Básica de Saúde

UPA --- Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

Introdução	11
Objetivos	15
Capítulo I - Referencial Teórico.....	16
Atenção Domiciliar: Histórico e Conceitos.....	16
Atenção Primária à Saúde	22
Internação Domiciliar no SUS	25
Redes de Atenção à Saúde	30
Internação Domiciliar no Distrito Federal	33
Capítulo II- Metodologia.....	37
Capítulo III- Resultados/Discussão	40
Contextualização da assistência: Atenção Primária a Saúde e Núcleo Regional de Atenção Domiciliar	40
Contextualização do paciente na atenção domiciliar	57
Proposta para a organização dos serviços de saúde: Formulário de Atenção Domiciliar	61
Roteiro para o Fluxo da Referência de Atenção Domiciliar	69
Roteiro para o Fluxo da Contrarreferência de Atenção Domiciliar	71
Capítulo IV- Considerações Finais	73
REFERÊNCIAS	76
Anexo I- Roteiro de Pesquisa para os Pacientes Acamados (Cuidadores).....	81
Anexo II- Questionário para os profissionais de saúde que fazem parte ou não da Estratégia Saúde da Família/ Estratégia Agente Comunitários de Saúde.....	82
Anexo III- Questionário para os profissionais de saúde do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar .	83
Anexo IV- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	84
Anexo V- Parecer Comitê de Ética	86

Introdução

No Brasil, a necessidade de modificar os modos de organizar o modelo de atenção à saúde é considerada como indispensável para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). As ações que podem intervir para as mudanças do modelo são: qualificar o cuidado por meio de inovações que propiciem a integralidade da atenção entre a articulação da prática dos profissionais dos diferentes níveis de atenção, os fatores advindos da transição demográfica, que apresenta um envelhecimento populacional acentuado e da transição epidemiológica evidenciada por um aumento das doenças crônicas degenerativas. (FEUERWERKER e MERHY, 2008).

Essas mudanças têm propiciado discussões para a busca de alternativas na qual a integralidade seja possível na rede de serviços de saúde, assim como o enfrentamento do modelo de atenção hegemônico liberal ou médico científico, caracterizado por uma abordagem tecnicista e fragmentada. Tais mudanças estão representadas por novas práticas e estratégias que envolvem o cuidado integral e contínuo, a fim de garantir o direito à saúde e a forma mais adequada de lidar com as necessidades de saúde de uma população.

Dentre os motivos para modificar o modo de organizar a atenção à saúde no SUS está a necessidade de melhorar a assistência promovendo um cuidado integral e articulado pela prática de diversos profissionais de saúde e adotar mecanismos mais eficientes na utilização dos recursos escassos (FRANCO E MERHY, 2008).

Segundo Silva et al (2010), a Atenção Domiciliar é uma alternativa para os processos de trabalho e no modo de produzir cuidado, designando-a como um caráter substitutivo que desinstitucionaliza o modelo hegemônico e possibilita novas práticas de produção do cuidado em saúde. Compreendem ações realizadas no domicílio ao paciente, sendo uma opção ao atendimento ambulatorial e/ou hospitalar que abrange medidas de promoção da saúde, prevenção de agravos e risco e reabilitação.

A atenção domiciliar (AD) é regulamentada pela Lei nº 10.424, de 15 de Abril de 2002, e pela Portaria MS/GM Nº 2.527, de Outubro de 2011, que estabelecem o atendimento domiciliar e a internação domiciliar no SUS e descrevem quais e como serão os procedimentos realizados no atendimento do paciente em seu domicílio.

É uma estratégia que possibilita a continuidade do tratamento, a agilidade no processo de alta hospitalar, redução da demanda e do período de internação e uma humanização no atendimento. E é concedida como a continuação dos cuidados à saúde, na qual os serviços são oferecidos para o paciente e com a participação ativa de sua família na sua residência implicando uma convivência entre os profissionais de saúde e o usuário do serviço de saúde.

A integração da atenção domiciliar com os outros pontos de atenção à saúde, como a atenção primária, é um dos desafios do sistema público brasileiro (REHEM e TRAD et al, 2005). Com isso, existe a necessidade de a atenção domiciliar ser estruturada na perspectiva de Redes de Atenção à Saúde, ou seja, integrando sistemas de referência e contrarreferência e assegurando vínculos em diferentes dimensões: intra- equipes de saúde, inter- equipes e serviços, entre trabalhadores e gestores e entre usuários e serviços.

Conforme Mendes (2012), Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que tem o objetivo de melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida dos usuários, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde. É coordenada pela Atenção Primária à Saúde, sob a forma de uma rede horizontal de pontos de cuidado que implica uma atenção contínua e integral a determinada população.

É importante que a AD seja incluída na perspectiva da rede de atenção para garantir a comunicação com os outros serviços e profissionais de saúde, a integralidade do processo de trabalho e a assistência contínua e qualificada. Para isso, requer dos gestores uma organização do serviço por meio de protocolos/fluxos/pactos que assegurem o percurso do paciente com informações necessárias e seguras e de acordo as suas necessidades de saúde e uma continuidade da assistência a partir da referência e contrarreferência resolutive e efetiva.

Portanto, dada esta importância, este trabalho objetivou propor um instrumento de encaminhamento para pacientes crônicos, da Regional de Ceilândia/DF, que necessitam de uma assistência contínua e integral pela AD. O produto trata de uma proposta de formulário para o processo de referência/contrarreferência, construído por meio de processos sociais de diálogo e de conhecimento da realidade nas unidades de saúde.

Esta pesquisa teve início no trabalho desenvolvido no Estágio supervisionado em Saúde Coletiva I, produzido pela autora deste projeto e com a orientação de uma docente, realizado no Centro de Saúde nº 08 da Regional Ceilândia e pela participação em um projeto participação em um projeto de extensão na área de atenção domiciliar (Melhor em casa: desospitalizando pela atenção no domicílio).

A partir da vivência no Estágio foi possível visualizar que a integração da AD com as demais unidades de saúde da Atenção Primária ainda não é realidade. Atualmente, o encaminhamento do paciente ocorre informalmente, por meio da iniciativa de alguns profissionais de saúde ou por memorando, o que pode prejudicar o acesso do usuário a esse serviço, devido a demora do atendimento e o reconhecimento de responsabilização da assistência ao usuário pela Unidade de Saúde. Assim, verificou-se a necessidade de desenvolver uma abordagem que estimule à integralidade, ação intersetorial e a constituição da rede de atenção da AD com a Atenção Primária a Saúde.

Propor esse instrumento de encaminhamento poderá contribuir na estruturação do sistema de referência e contrarreferência da AD com a Atenção Primária, a fim de ampliar e qualificar a comunicação entre os serviços de saúde e permitir novas relações técnicas, sociais e de organização dos processos de trabalhos e da complementariedade das ações e integralidade da atenção, bem como auxiliar na articulação de redes de atenção do Sistema Único de Saúde.

A pesquisa proposta está estruturada em quatro capítulos, além desta introdução, e objetivo, sendo organizada da seguinte forma:

O primeiro capítulo constitui-se do referencial teórico com o histórico e levantamento bibliográfico sobre o estudo, no qual aborda os aspectos históricos da assistência domiciliar no mundo e no Brasil, bem como as definições de internação domiciliar, visita domiciliar, atendimento domiciliar e assistência domiciliar. Versa sobre a atenção primária à saúde, internação domiciliar no Distrito Federal e Redes de Atenção à saúde.

O segundo capítulo apresenta o método que foi utilizado para a abordagem do estudo com os profissionais de saúde e os cuidadores, relatando o tipo de estudo, o campo de estudo, instrumento e procedimentos de coleta de dados.

O terceiro capítulo traz a análise e discussão dos resultados obtidos, leva em consideração os aspectos da pesquisa que abordam a temática e destaca a importância de se estabelecer um fluxo e contrafluxo para os serviços de saúde.

Por fim, o quarto capítulo descreve as considerações finais do estudo.

Objetivos

- **Geral:**

Analisar e descrever a assistência dos pacientes acamados da Atenção Primária a Saúde e da Internação Domiciliar da RA Ceilândia-DF.

Específicos:

- Compreender como os profissionais de saúde realizam o processo de encaminhamento de referência e contrarreferência do paciente;
- Conhecer quais os critérios de inclusão e de alta para iniciar a referência e contrarreferência;
- Definir o percurso do usuário até o Núcleo Regional de Atenção Domiciliar;
- Propor um instrumento de referência e contrarreferência para pacientes acamados, assistidos pela Atenção Primária, que necessitam de uma assistência contínua e integral pela Internação Domiciliar

Capítulo I - Referencial Teórico

Atenção Domiciliar: Histórico e Conceitos

A primeira referência de um serviço em Assistência Domiciliar foi, em Boston, com o Dispensário de Boston no ano de 1796, que em 1850 foi denominado de New England Medical Center. Teve como objetivo promover ações de saúde em domicílio, propiciando novos surgimentos desses serviços nos países, tal como: Public Health Nurse (AMARAL et al, 2001 apud MONK-TUTOR, 1998).

Em 1947, surgiu nos Estados Unidos da América, a primeira unidade de Assistência Domiciliar com o objetivo de minimizar os custos hospitalares, descongestionar a demanda hospitalar e oferecer benefícios ao paciente e a família em atendimento domiciliar (REHEM E TRAD, 2005). Após, outras unidades de assistência domiciliar foram instituídas em diversos países. Segundo Tavolari, Fernandes e Medina (2000), no ano de 2000 já existiam cerca de 20.000 organizações que ofertavam a Atenção Domiciliar (AD).

Antes da origem dos hospitais e da modalidade de assistência ambulatorial, havia na Europa, no final do século XVIII, práticas do cuidado domiciliar (Silva et al, 2005). Em 1957, aconteceu na França a primeira experiência da atenção domiciliar com o Santé Service. Logo, em 1981 foi criada a primeira unidade de Assistência Domiciliar na Espanha (RAMALLO E TAMAYO, 1998).

No Brasil, a primeira experiência de AD foi desenvolvida pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), fundado em 1949. No entanto, a implantação da AD teve início pelo setor público, em 1967, no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPESP) com o objetivo de desospitalizar os pacientes que se encontram internados nos hospitais, em condições crônicas, para desocupar os leitos (REHEM E TRAD, 2005).

O serviço prestado no SAMDU era de responsabilidade dos médicos de plantão que atendiam a demanda solicitada por telefone em ambulâncias. Os fundadores do SAMDU foram os trabalhadores que apresentavam uma insatisfação com o atendimento de urgência dos hospitais. A partir de então, surgiram novos serviços privados e públicos como o HSPESP, que disponibilizava atendimento em domicílios para pacientes crônicos que não precisassem de cuidados diários de médicos e enfermeiros (FABRICIO et al, 2004).

A AD surgiu na década de 1960 e vem crescendo no Brasil desde 1990, criando a necessidade de regulamentação do seu funcionamento e de implantação de políticas públicas com o intuito de propagar a desospitalização nos casos de internação prolongada, otimizar os resultados e custos benéficos em saúde e realizar as ofertas das ações em saúde no SUS (SILVA et al, 2010).

A expansão da AD no Brasil se deu por meio do setor privado, que, segundo Tavorali, Fernandes e Medina (2000), em 1999 haviam cerca de 180 instituições designadas em serviços de Home Care. Estes serviços se distinguiam por um atendimento fragmentado e/ou por uma equipe multiprofissional, integral e holística de acordo ao nível de complexidade (alta, média e baixa).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, surgiram duas experiências que contribuíram para o advento da AD no Brasil: a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). A EACS visa contribuir na reorganização dos serviços de saúde, favorecendo a interdisciplinaridade entre os profissionais por meio de visitas domiciliares que auxiliam a identificar as necessidades da população. Já a ESF busca a reorientação do modelo assistencial com o foco na atenção básica, sendo caracterizado como um trabalho diferente da saúde que atua na integralidade da assistência (BARROS, 2008 apud ROSA E LABATE, 2005).

Diante a isso, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n° 2.416 de 26 de março de 1998, que constitui os requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a realização de internação domiciliar no SUS. Após quatro anos, foi criada a Lei n° 10.424, de 15 de abril de 2002, que estabelece o atendimento domiciliar e a internação domiciliar no SUS, na qual descrevem quais e como serão os procedimentos realizados no atendimento do paciente em seu domicílio. Esta Lei acrescenta um capítulo na Lei n°8.080, de 19 de setembro de 1990.

Além disso, em 16 de abril de 2002 foi publicada a Portaria SAS/MS n° 249, que estabeleceu a realização da modalidade Assistência Domiciliar pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (REHEM E TRAD, 2005).

A Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº11, lançada em 2006, dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de empresas que prestam atenção domiciliar. Assim, a estruturação dos Serviços de Atenção Domiciliar deve seguir às orientações desta resolução (BRASIL, 2012).

Posteriormente, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006 que instituiu a AD, no âmbito do SUS, como um conjunto de ações prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis, mas que exigiam cuidados acima das modalidades ambulatoriais (BRASIL, 2012). Embora tenha sido um avanço, a portaria nº 2.529 foi revogada pela Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, e que logo foi substituída pela Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011 que redefine a sua organização no âmbito do SUS, quanto às normas para cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), habilitação e financiamento do SAD e suas diretrizes.

O programa Melhor em Casa, instituído em 08 de novembro de 2011 pela presidenta Dilma Rousseff e o ministro da Saúde Alexandre Padilha, concebe a AD uma prioridade do governo federal. É um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) que garante ao usuário o atendimento contínuo e integrado pela Atenção Primária a Saúde e pelo SAD.

A AD se caracteriza por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, que inclui circunstâncias de cuidado intermitente por um dano agudo ou agravo de longa duração, envolve ações educativas e/ou procedimentos que visam a redução do dano, a prevenção e a autonomia do paciente realçando suas habilidades funcionais.

A AD é determinada como um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, por meio do diagnóstico da realidade em que está inserido, desde a seus potenciais e limitações (BRASIL, 2006).

A AD é concebida como um componente continuum dos cuidados de saúde, na qual são proporcionados na residência do paciente e família com o intuito de promover, conservar ou restabelecer a saúde e aumentar o nível de independência com uma assistência voltada para minimizar os efeitos das incapacidades ou doenças (GIACOMOZZI E LACERDA, 2006).

Carletti e Rejani (1997) estabelecem a AD como um serviço em que são desenvolvidas ações de saúde no domicílio do paciente por uma equipe interprofissional, a partir da realidade em que o mesmo se encontra. O ambiente domiciliar foi considerado um local que oferece maior viabilidade para agir além das funções médicas e técnicas instituídas pelo modelo hospitalocêntrico, o que possibilita agregar as dimensões emocionais e afetivas no atendimento a saúde.

O domicílio é um lugar privilegiado para realizar a assistência ao paciente, sendo um local de atuação para os profissionais de saúde que engloba aspectos emocionais, econômicos, afetivos, questões históricas e experiências culturais dos familiares (LACERDA, GIACOMOZZI, OLINISKI E TRUPPEL, 2004).

Para Kerber, Kirchof e Cezar-Vaz (2008), é uma prática de trabalho em saúde que visa atender o indivíduo e a família no espaço domiciliar de forma integral e contextualizada de acordo as possibilidades e as necessidades do usuário. Assim, o domicílio proporciona um novo cuidado além da função técnica e da instituição hospitalar, constituindo uma ação integral à saúde pelas relações estabelecidas entre o paciente, o profissional de saúde e os familiares.

Há diversos serviços públicos de saúde que oferecem a AD para populações específicas, como idosos dependentes e acamados, portadores de doenças sexualmente transmissíveis, portadores do vírus de imunodeficiência humana (HIV) sintomáticos, pacientes dependentes de oxigenioterapia ou cuidados paliativos (GUEDES, 2012 apud PIRES JUNIOR, 2008).

A AD é a modalidade mais ampla de cuidados domiciliares e abrange todo tipo de ação no cuidado domiciliar, como: atendimento domiciliar, internação domiciliar, visita domiciliar, assistência domiciliar e o Home Care (LACERDA et al, 2006; REHEM E TRAD, 2005; KERBER et al, 2008). Essa variedade de termos procede da dificuldade de explicar as características dessa modalidade assistencial e diferenciar das outras maneiras de assistência (REHEM E TRAD, 2005 apud BELLIDO, 1998).

Portanto, essas variações de conceitos são relativas ao contexto sociocultural do paciente e às diferenças de interpretação existentes entre os serviços, na qual não possuem uma definição formal da AD (AMARAL et al, 2001).

A Assistência Domiciliar é definida como o conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, realizadas no domicílio (ABRAHÃO, 2011). De acordo com o Ministério da Saúde, essa modalidade ocorre no domínio da Atenção Primária em Saúde, para atender as necessidades, permanente ou provisório, dos usuários que estão incapacitados de se deslocarem para a Unidade Básica de Saúde. Está vinculada ou não às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que implementado em 1994, organiza as práticas de saúde com consonância as necessidades da comunidade e da família.

A Organização Mundial da Saúde define Assistência Domiciliar como “a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna.” Esses serviços são caracterizados como preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos (GUEDES, 2012).

Desta forma, a assistência domiciliar é desenvolvida por profissionais da equipe de Saúde da Família, dos Centros de Saúde e/ou atenção especializada, com o uso de tecnologias de alta e baixa complexidade, orientada pela integralidade das ações e adaptada pelas especificidades de casa região (BRASIL, 2008).

Segundo Kerber et al (2008) as visitas domiciliares são referência da ESF/EACS, estratégias de intervenção que proporciona uma aproximação da família no processo saúde-doença. Portanto, não são de exclusividade da ESF por poder ser utilizado por qualquer instituição de saúde.

A visita domiciliar, o conceito mais difundido no sistema de saúde brasileiro, é o conjunto de ações que envolvem aspectos de orientação e educação em saúde e ações que conhece os problemas e as necessidades de saúde de acordo a realidade dos indivíduos (LACERDA et al, 2006). Dessa forma, se encontra inserida na modalidade de assistência domiciliar e é uma forma de monitorar as condições de saúde na residência, principalmente

para determinados grupos de risco tal como: gestantes, hipertensos, diabéticos e portadores de doenças transmissíveis, a partir de ações de promoção da saúde (ABRAHÃO, 2011).

Em relação ao conceito de internação domiciliar, Ribeiro (2004) designa-se como uma atividade continuada que disponibiliza uma assistência à pacientes, com condições clínicas complexas, similar a assistência hospitalar. Reverte a lógica da atenção centrada em hospitais e propicia uma nova lógica que abrange a promoção e prevenção à saúde e a humanização da atenção (SILVA et al, 2005).

De forma semelhante, Tavorari, Fernandes e Medina (2000), menciona a internação domiciliar ao cuidado intensivo, contínuo e multiprofissional, desenvolvido em casa perante as necessidades do paciente. Portanto, é uma modalidade que tanto pode proceder de uma alta hospitalar ou prevenir uma admissão hospitalar, minimizando a demanda pelos serviços hospitalares de saúde e disponibilizando leitos hospitalares.

A Internação Domiciliar foi instituída, pela Portaria N° 2.529 de 19 de outubro de 2006, 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, 2006).

Essa Portaria estabelece a internação domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) definindo seus critérios de caracterização, composição e funcionamento técnico administrativo. Além de relatar a necessidade de desvendar as experiências da modalidade e levantar aspectos epidemiológicos para definição da clientela e mediações teóricas (GUEDES,2012).

Conforme Lacerda et al (2006), o termo atendimento domiciliar diz respeito ao conjunto de ações que busca a prevenção de um agravo à saúde, sejam elas educativas ou assistenciais, desenvolvidas no domicílio do paciente. Abrange ações mais simples e mais complexas, na qual inclui a visita e internação domiciliar.

“Por atendimento domiciliar, compreendem-se as atividades assistenciais exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência do paciente, para executar procedimentos mais complexos, que exigem formação técnica para tal” (FABRICIO et al, 2004).

Portanto, todas essas formas significam o cuidado desenvolvido no espaço domiciliar, na qual se diferenciam pela especificidade do cuidado (KERBER et al, 2008). Segundo Lacerda et al (2006) a variedade dos termos para caracterizar o cuidado no domicílio é por ser tratar de um modelo assistencial recente no Brasil, cuja oferta de serviços no domicílio apresentam diferenças significativas na realização das ações de saúde.

Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde foi proposta, no ano de 1978, em Alma-Ata com a aprovação da Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual enfatiza sobre os cuidados primários de saúde como o primeiro contato da comunidade com os serviços de saúde e o alcance da promoção e assistência de saúde para todos os indivíduos (ABRAHÃO, 2007; BRASIL, 2002). Esta recomenda à criação de serviços de saúde que enfatize as necessidades de saúde da população com ações de promoção e proteção a saúde e prevenção a doenças e equipes multiprofissionais.

Com a VIII Conferência Nacional em Saúde e a implantação do Sistema único de Saúde, houve a necessidade de um novo paradigma para a assistência voltado para uma prática integral e sistêmica do indivíduo, família e comunidade, assim, possibilitando uma ampliação no conceito de saúde e doença (MADEIRA, 2009). Diante disso, a atenção primária à saúde se torna referência para a organização dos serviços de saúde e uma das alternativas para mudar o modelo assistencial vigente.

No Brasil, a denominação de atenção primária está cada vez mais sendo substituído pela concepção de atenção básica, empregada dessa maneira pelo Ministério da Saúde, porém alguns estudos corroboram à organização da ESF na perspectiva da Atenção Primária e outros na da Atenção Básica, sendo utilizados como sinônimos ou oposições (GIL,2006).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB),

“A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e

autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.” (BRASIL, 2012)

É desenvolvida como o primeiro nível de contato e a porta de entrada dos indivíduos, família e comunidade no sistema, considerada a base para o trabalho dos outros níveis de complexidades. Resolve os problemas de saúde de maior relevância e frequência, trabalha em equipe multiprofissional e com o processo de territorialização, realiza práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas e usa tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade. Abrange os seguintes princípios: universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (BRASIL, 2012).

Segundo Starfield (2012), a atenção primária difere dos outros níveis seja pela assistência oferecida que envolve aspectos determinantes do processo saúde e doença, seja por lidar com problemas mais frequentes e menos determinados. Seu cuidado é realizado em Centros de Saúde, escolas e domicílios, são lugares mais próximos da população que desempenham as ações de saúde.

No início da década de 1990, no Brasil, a organização da atenção primária a saúde incidiu com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que foi infundido pelas experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde. Hoje, o percebe como uma estratégia em transição para a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde teve a iniciativa, em 1993, de propor um novo modelo assistencial em relação a Atenção Primária, o Programa Saúde da Família com o intuito de reorganizar os serviços de saúde com ações de promoção, proteção e recuperação de indivíduos e família de maneira integral e continua (MADEIRA, 2009). Após, em sua fase de consolidação foi nomeado de Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF, criado em 1994, é uma estratégia de reorientação da atenção básica que tem o objetivo de ampliar a resolutividade da situação de saúde da população, como um ponto de contato e uma porta de entrada para a rede de serviços do sistema. Segundo Costa et al (2009)

é uma estratégia que envolve a população no processo saúde e doença por meio de equipes multiprofissionais mais próximo da realidade do indivíduo, da família e da comunidade.

Para o estabelecimento dessa função de porta de entrada do sistema de saúde é necessário uma maior acessibilidade, utilização do serviço de atenção básica pelos usuários e a realização de encaminhamento do nível de atenção primária para o acesso a atenção especializada (ESCOREL, GIOVANELLA, MEDONÇA E SENNA, 2007).

A ESF é orientada para a prática do cuidado assistencial centrado na família realizado por equipes multiprofissionais com a presença de médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários, que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Esta tem como referência de cuidados a população adscrita, na qual cada equipe possui um determinado número de famílias por área de abrangência da unidade básica de saúde (BRASIL, 2012).

O processo de trabalho das equipes da ESF se caracteriza pela territorialização que devem conhecer a realidade das famílias, identificação das situações de risco e os problemas de saúde, executar ações de vigilância a saúde e de vigilância epidemiológica, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais, prestar assistência integral às famílias no nível da Atenção Básica, orientar a comunidade e a família e registrar informações no Sistema Nacional de Informação da Atenção Básica (SIAB) são algumas das atribuições na qual devem estar focados os profissionais (BRASIL, 2012).

Essas atribuições devem compreender ações de promoção da saúde e prevenção de doenças à demanda espontânea e programada, pressupondo um cuidado integral e contínuo para o indivíduo. Conforme Abrahão, Silva e Souza (2012), uma equipe saúde da família em sua área de abrangência deve desenvolver ações centradas na saúde das famílias e no ambiente domiciliar, de aspectos promocionais, preventivo e reabilitador e, ainda articular com os outros níveis de complexidades.

A ESF tem o intuito de prestar uma assistência integral, continua, com resolutividade e qualidade para as necessidades de saúde da população cadastrada, que enfatiza a visão na

família e institui um enfoque multidisciplinar, processos de diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização do trabalho de forma horizontal (RIBEIRO, PIRES E BLANK, 2004 apud BRASIL, 1997).

Portanto, a Atenção Primária à Saúde (APS) orienta os sistemas de atenção à saúde, apresentando uma organização a partir das necessidades da população, ênfase nas ações de saúde de promoção da saúde e prevenção das doenças, disponibilidade para menores custos e minimiza procedimentos mais caros, a única forma de combater a situação epidemiológica das condições crônicas e por não discriminar as áreas de renda social mais baixa. Assim, é designada como um nível de atenção mais adequado, efetivo, eficiente, equitativo e de maior qualidade (MENDES,2012).

Internação Domiciliar no SUS

Com o advento do SUS e as novas necessidades de modificar o modelo de atenção, decorre do envelhecimento populacional e da demanda de melhorar a qualidade de atenção por cuidados integrais e contínuos tem propiciado novas práticas anti-hegemônicas e estratégias para o cuidado em saúde. Dessa forma, surgiram novas maneiras de cuidar no domicílio como: a Estratégia Saúde da Família, os serviços de atendimento domiciliar terapêutico destinados aos pacientes com HIV/aids, propostas de cuidados paliativos, entre outros (SILVA et al, 2010).

Segundo Mendes (2011), o envelhecimento da população é um dos principais fatores responsáveis pela origem de práticas de cuidado em saúde no domicílio. Além do aumento das doenças crônico-degenerativas e dos acidentes automobilísticos e violências (causas externas).

Essas mudanças caracterizadas por uma transição epidemiológica e uma transição demográfica, apontam para uma necessária reformulação do modelo de atenção à saúde, de modo que seja possível, além de garantir o direito à saúde, lidar de forma mais adequada (eficiente e eficaz) com as necessidades de saúde resultantes desse cenário. Nesse contexto de alterar o modelo de atenção, é necessário formular políticas e estratégias de acordo aos princípios do SUS e tomar como base as necessidades de saúde da população (ABRAHÃO, 2011).

A Portaria n° 2527/11, promulgada pelo Ministério da Saúde, estabeleceu a AD como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde” (BRASIL, 2011).

A AD possibilita a desospitalização do paciente que se encontram internados nos serviços de saúde, evita hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto socorro e apoia as equipes saúde da família no cuidado a aqueles pacientes que necessitam de atenção à saúde prestada no domicílio (BRASIL, 2012).

Ainda de acordo com os autores Amaral et al (2001), pode-se descrever outros benefícios da AD: humanização do atendimento, maior rapidez na recuperação do paciente, diminuição do risco de infecção hospitalar, redução de internação por recidivas, prevenção e minimização de eventuais sequelas e tranquilidade do paciente por estar perto de seus familiares.

A desospitalização de pacientes é um dos eixos centrais da AD que proporciona ao paciente um atendimento personalizado, vínculo com os profissionais de saúde por meio de uma assistência humanizada e integral, reintegração no ambiente familiar, a autonomia, maior participação da família no tratamento e um aumento na qualidade de vida (BRASIL, 2012).

Esta portaria define como objetivo da AD reorganizar o processo de trabalho dos profissionais de saúde que realizam o cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, a fim de reduzir a demanda por atendimento hospitalar, permanência de usuários internados e promover a humanização do atendimento (BRASIL, 2011).

As diretrizes estabelecidas pela portaria para a AD são de estruturação nas Redes de Atenção a Saúde – a atenção básica como ordenadora do cuidado-; inclusão no sistema de regulação – articulação com os outros pontos de atenção-; estruturação de acordo com os princípios do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência; inseridas nas linhas de cuidado; modelo de atenção voltado para o trabalho de equipes multiprofissionais; e, estimular a participação dos profissionais, usuários, família e cuidador. (BRASIL, 2011)

Desta forma ficou instituído que: a AD é organizada pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) que tem a responsabilidade de gerenciar e operacionalizar as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) e por três modalidades (AD1, AD2 e AD3) que são definidas a partir da caracterização do paciente, tipo de atenção e procedimentos utilizados para efetuar o atendimento.

O SAD é substitutivo ou complementar a internação hospitalar e ao atendimento ambulatorial oferecido na residência do usuário, caracterizado por uma assistência mais humanizada, assegura a continuidade dos cuidados à saúde por estar integrado às Redes de Atenção. Abrangem pacientes com necessidade de reabilitação motora, idosos e pacientes crônicos, porém pacientes que demandem o uso de ventilação mecânica, que necessitam de um acompanhamento ininterrupto não terá acesso para o SAD.

A EMAD e EMAP são organizados pelo SAD de acordo à lógica da adscrição de famílias em base geográfica definida. A EMAD deverá atender uma população adstrita de 100 mil habitantes, com base no local de residência do usuário, alocadas nos diferentes tipos de serviços de saúde, tais como hospital, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2012). É responsável por fazer visitas regulares aos domicílios dos pacientes, com uma equipe que contem por até dois médicos e dois enfermeiros, um fisioterapeuta ou um assistente social e quatro auxiliares de enfermagem. Ainda conta com a EMAP para o suporte e o complemento as ações de saúde da AD.

O SAD e as equipes EMAD e EMAP têm a função de cuidar dos pacientes em domicílio, de colaborar com a gestão do cuidado destes e executar a articulação dos níveis de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado.

A modalidade de atenção domiciliar do tipo 1 (AD1) é destinada aos pacientes que apresentam problemas de saúde controlados e dificuldades físicas de locomoção até uma unidade básica de saúde. É de responsabilidade das equipes da Estratégia Saúde da Família e Estratégia dos Agentes Comunitários efetuar visitas regulares em domicílio que possibilita conhecer as particularidades e características da população, e assim, priorizar ações de saúde de acordo as necessidades desta (BRASIL, 2011).

De acordo a PNAB, todos os profissionais de saúde do centro de saúde são responsáveis em participar da territorialização e mapeamento área de atuação da equipe, atualizar os dados cadastrais da família e dos indivíduos, realizar a assistência da população adscrita no CS, domicílios e espaços comunitários com ações segundo as necessidades de saúde da mesma, participar do acolhimento, realizar a busca ativa e notificar agravos e doenças de notificação compulsória, garantir a integralidade na atenção à saúde, se responsabilizar pela população mesmo quando estiver assistida por outros pontos de atenção mantendo a coordenação do cuidado, entre outros.

A atenção primária no contexto da atenção domiciliar possui as seguintes atribuições: fornecer esclarecimentos e orientações à família; realizar reuniões com usuário e família para planejamento dos cuidados e avaliação da AD; monitorizar o estado de saúde do usuário, viabilizando a comunicação entre o cuidador e as equipes; fazer a abordagem familiar, apreciando o contexto socioeconômico e cultural em que a família está inserida; buscar garantir a assistência integral, resolutiva e livre dos danos ao usuário; apoiar a família quanto ao desligamento dos serviços domiciliares após a alta e em casos de óbito; garantir o registro no prontuário domiciliar e da família no Centro de Saúde (CS); solicitar avaliação da equipe de referência para avaliação das condições clínicas do usuário (BRASIL, 2012).

Na modalidade AD1, além da equipe saúde da família realizar os cuidados assistenciais no paciente, o Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF) apoia o cuidado desenvolvido pela atenção básica para ampliar a resolução dos problemas de saúde da população. É constituído por uma equipe multiprofissional, tal como: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo, comprometendo-se com ações intersetoriais e interdisciplinares e processos de educação permanente, gestão, responsabilidade sanitária e a organização territorial dos serviços de saúde. Do mesmo modo, apoiam eventualmente os outros pontos de atenção e os Serviços de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2012).

A modalidade de atenção domiciliar tipo 2 e 3 (AD2 e AD3) são designadas para usuários que necessitam de maior frequência de cuidado, recursos e acompanhamentos contínuos de equipamentos, que podem ser provenientes de diferentes serviços da rede de atenção. Os seus critérios de inclusão são as demandas por procedimentos de maior complexidade e reabilitação de pessoas com deficiências permanente ou transitória, na qual a assistência é de responsabilidade da EMAD e da EMAP (BRASIL, 2011).

Essas modalidades referem-se a internação domiciliar, uma categoria específica de atenção domiciliar, na qual envolve a utilização de equipamentos de alta complexidade em domicílio, de acordo com as necessidades de cada usuário. O indivíduo para ser internado em domicílio precisa apresentar quadro clínico estável, assim como a equipe profissional necessita de rede de suporte para as possíveis eventualidades.

A presença de um cuidador é fundamental para a admissão nas modalidades AD2 e AD3, além dos critérios admissionais clínicos, administrativos e assistenciais, que podem ser avaliados pela EMAD e EMAP. Para não inclusão do paciente no SAD, em alguma das três modalidades, decorre da presença de ao menos uma das situações de necessidade de monitorização contínua, necessidade de assistência contínua de enfermagem, necessidade de propedêutica complementar, necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência e a necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua.

Nas três modalidades de AD é necessário que os profissionais de saúde responsáveis pela assistência deverão: trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção; realizar reuniões para os cuidadores para treinamento pré e pós desospitalização; acolher a demanda de queixas e dúvidas dos cuidadores no processo do cuidado; participar da educação permanente com os gestores; e assegurar, em caso de óbito, que cada médico responsável pelas modalidades emita o atestado de óbito (BRASIL, 2011).

Redes de Atenção à Saúde

Na Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, o Ministério da Saúde estabelece redes de atenção à saúde como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). As redes de atenção são essenciais para coordenar e integrar os serviços e as ações de saúde, garantindo a integralidade e a qualidade da atenção à saúde.

É necessária a estruturação da Rede de Atenção à saúde no SUS para melhorar a fragmentação que existe na atenção, cuidado e na gestão a fim de proporcionar ao usuário ações de saúde contínuas com efetividade e eficácia. Conforme a Portaria nº 4.279/10 a estruturação dessa rede envolve um processo de organização do sistema de saúde a partir do redirecionamento das ações e serviços da APS, como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede.

A concepção da Rede de Atenção ser coordenada pela APS foi estabelecida no Relatório Dawson, em 1920, na qual indicou a organização dos serviços de saúde em diversos níveis de complexidade e a regionalização da atenção em bases populacionais (MENDES, 2012). Portanto sua institucionalização só ocorreu nos sistemas de saúde após a reunião de Alma-Ata em 1978.

A APS é uma estratégia de organização de sistema de atenção que deve desempenhar atributos de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural e, funções de resolubilidade, comunicação e responsabilização. Esses efetuados em sua totalidade designam uma APS bem estruturada e de qualidade (MENDES, 2012).

Conforme a OMS a estrutura de redes de atenção coordenadas pela APS institui uma maneira adequada de solucionar os desafios situados pela população, com estratégias específicas de cada região ostentadas pelo Município, Estado e União para alcançar as três funções essenciais da APS. Para isso é preciso que a APS, o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidade com os serviços, se torne o nível fundamental de um sistema de atenção e a porta de entrada de um cuidado contínuo. Isso é evidenciado no Decreto nº 7.508/2011:

“A APS é uma porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde que determina o acesso aos serviços hospitalares e ambulatoriais especializados por meio do mecanismo de referência, assim, designada como ordenadora do acesso universal e igualitário às e aos serviços de saúde.”

As funções resolubilidade, comunicação e a responsabilização devem ser cumpridas pela APS, como porta de entrada e coordenadora da rede. A resolubilidade visa solucionar mais de 85% dos problemas de saúde, já a comunicação significa a organização dos fluxos e contrafluxos das pessoas, ações e serviços nos diversos pontos de atenção da rede e a última é a responsabilização pela saúde dos usuários mesmo em outros pontos de atenção (MENDES, 2012).

Para que ocorra uma efetiva comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade, em que o paciente é assistido a partir de seus atendimentos e tratamentos passados, é preciso existir um sistema de referência e contrarreferência que um serviço informa o outro sobre o estado de saúde do usuário e proporciona um melhor atendimento à sua saúde por meio de uma equipe multiprofissional e integrada para a assistência.

De acordo a Fratini (2007), a referência representa o maior grau de complexidade, ou seja, é o encaminhamento do usuário para um atendimento de nível mais complexo. Já a contrarreferência diz respeito ao menos grau de complexidade, sendo encaminhado para um atendimento de menor complexidade e que as suas necessidades são mais simples.

A referência e contrarreferência assegura um dos princípios do Sistema Único de Saúde, a integralidade, que envolve o acompanhamento da assistência entre os vários profissionais que compõe a equipe de saúde e entre os distintos níveis de hierarquização dos serviços. É fundamental que articulação desses serviços possa garantir a complementariedade das ações, fornecimento de recursos matérias e a prestação do cuidado entre os níveis de atenção.

Nos serviços de saúde é comum que a referência e contrarreferência venha integrar as equipes de saúde, facilitar o acesso do usuário e coloca em prática os princípios do SUS. Esses mecanismos proporcionam ao usuário o acesso a diferentes níveis de complexidades, com o intuito de garantir a eficácia na utilização dos serviços e a universalização do acesso, equidade e da integralidade (FRATINI, 2007).

“A organização dos serviços e dos recursos em redes nos diversos países evidencia melhores resultados em saúde, menos internações, maior satisfação dos usuários, melhor uso dos recursos, serviços mais custo-efetivos e de melhor qualidade, maior cooperação entre gestores de diferentes serviços, entre outras vantagens” (CONASS, 2012 apud MENDES, 2010).

A prática da rede de atenção nos serviços de saúde, de menor e maior complexidade, proporciona uma assistência rápida, ordena as portas de entradas e o acesso do usuário no sistema de saúde, racionaliza a oferta de serviços e incorporação tecnológica, integra os sistemas de informações e evita a repetição de ações e procedimentos nos serviços de saúde. Além disso, são ferramentas importantes para assegurar os princípios e diretrizes do SUS, tal como, a integralidade que demonstra a necessidade de integrar os serviços de saúde por meio de redes e estabelecer fluxos de encaminhamentos (DIAS, 2012).

“Integralidade é um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Tem sido usada como articulação entre os níveis de prestação de serviços de saúde, uma diretriz importante na gestão dos serviços e uma proposta de modelo de atenção”(FRATINI et al, 2008 apud HORTALE, 2004).

Conforme a Portaria 2527, a AD deve estar integrada as redes de atenção, sendo estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes da rede para reduzir a fragmentação da assistência e garantir a integralidade (BRASIL, 2011). Essa integração da AD às redes possibilita uma melhor gestão do cuidado e maior resolutividade, que para isso ser possível é necessário a construção de protocolos específicos e pactuados nos diversos níveis de atenção.

É importante que a AD seja estabelecida com o trabalho em equipe entre os níveis de atenção a partir da troca de informações e conhecimento sobre o paciente e o conhecimento das competências envolvidas são necessários para uma resolutividade efetiva. Isto é evidenciado na Atenção Primária a Saúde, que é a porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde e trabalha diante a realidade local e as necessidades dos indivíduos, devendo

diagnosticar, aconselhar e encaminhar para as unidades de referência para o tratamento específico. (BRASIL, 2012)

Segundo Rehem e Trad (2005), a organização da assistência domiciliar na Atenção Primária à Saúde deve prever instrumentos que sistematizem os serviços prestados na lógica da hierarquização, resolutividade e continuidade da atenção. Este é o nível de atenção que deve coordenar e integrar a assistência fornecida em outros serviços, garantido a referência nos serviços de saúde.

Esses mecanismos de referência e contrarreferência são fundamentais para a mudança no setor saúde e para a concretização do princípio da integralidade, porém ainda se encontram em estágios poucos avançados desde a sua teoria, efetivação e divulgação de experiências, exigindo assim novos estudos para a efetivação dos mecanismos (FRATINI et al , 2008).

Internação Domiciliar no Distrito Federal

Em meados da década de 90, as discussões acerca de uma nova assistência para os pacientes crônicos do Distrito Federal (DF) foram intensificadas, devido a situação de saúde que vinculava os serviços hospitalares pela elevada média de permanência hospitalar e pelo risco de infecções hospitalares (GUEDES, 2012 apud BRASIL, 2008).

A Regional de Saúde de Sobradinho (RSS), em 1998, iniciou um programa de assistência domiciliar que acompanhava em domicílio os pacientes portadores de doenças crônicas, caracterizado como uma alternativa para a internação hospitalar. Esse programa disponibiliza uma assistência no domicílio desenvolvida por uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapêutico, psicólogo e assistente social, que promovesse a participação da família no processo de cuidado ao paciente (GUEDES, 2012 apud BRASIL, 2008).

Em 1994 foi implantado, informalmente, o Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio (SAMED), na RSS, com o intuito de ofertar o atendimento domiciliar por uma equipe multiprofissional aos pacientes que necessitavam de cuidados que extrapolassem os da

atenção primária e que já tivesse sido resolvido na atenção secundária e, então, adquirido condições para ser assistido pela atenção domiciliar (BARROS, 2008).

O SAMED, no ano de 2000, foi formalizado na Secretária de Saúde do DF (SES/DF) pelo Núcleo de Assistência Médica a Internados em Domicílio (NAMID), na qual foi instituído na Regional do Gama e Planaltina.

Com a promulgação da Lei nº 10.424, de 16 de abril de 2002, que regulamentou os serviços de atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a RSS passou a disseminar a experiência na atenção domiciliar em todo o DF (GUEDES, 2012 apud BRASIL, 2008).

Desse modo, foi necessário criar a Coordenação de Internação Domiciliar (COIND), pelo Decreto nº 23.660 de 14 de março de 2003, para gerenciar a atividades das equipes quanto a sua atuação seguindo os pressupostos e princípios da SES/DF, supervisionar e aprimorar a assistência domiciliar nas regionais. Após, todos os regulamentos e diretrizes que foram estabelecidos para a atenção domiciliar no SUS, no ano de 2007, a COIND foi denominada por Gerência de Atenção Domiciliar (GEAD), vinculada à APS.

A GEAD está vinculada a Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família, com a responsabilidade de prestar assistência domiciliar aos pacientes da SES/DF por meio dos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD) que atendem os usuários que possuem condições clínicas para serem assistidos em domicílios, minimizando o alto custo hospitalar e propiciando a desocupação de leitos para outros usuários.

Segundo Serafim e Ribeiro (2011), o projeto de implantação do Programa de Internação Domiciliar (PID) do DF foi aprovado pelo Conselho de Saúde do DF e homologado pela SES/DF sob a resolução nº 056/2008 publicada no DODF nº 225 de 12 de novembro de 2008.

Atualmente, o NRAD é um serviço de atenção domiciliar que oferece assistência multiprofissional em domicílio a pacientes com alto grau de debilidade e aos portadores de doença crônica estável (BARROS, 2008). Esse programa encontra-se em 15 equipes multiprofissionais distribuídas nas Regionais de Saúde, referidas aos Hospitais Regionais de

cada Regional de Saúde: Asa Norte, Asa Sul, Brazlândia, Ceilândia, Guará, Gama, Núcleo Bandeirante, Samambaia, Sobradinho, São Sebastião, Paranoá, Planaltina, Recanto das Emas, Santa Maria e Taguatinga (GUEDES,2012).

A organização do NRAD estabelece uma responsabilização compartilhada com os outros níveis de atenção a fim de garantir uma assistência integral para o paciente acamado. Essa responsabilização é desenvolvida pelo processo de pactuação de fluxos e vínculos formais dos núcleos em parceria com a Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária, Unidades de Emergência/Urgência, SAMU e Unidades de apoio ao diagnóstico.

O Núcleo Regional de Atenção Domiciliar tem a finalidade de prestar assistência no domicílio a pessoas que se encontram em estado grave e acamados, exigindo uma intensidade de cuidados mais complexos que os procedimentos realizados ambulatoriamente e que não podem ser resolvidos pela Atenção Primária a Saúde. Mesmo com atendimentos mais complexos, os usuários devem ser assistidos em casa por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar específica.

Para a admissão de usuários no NRAD, caracterizados como modalidades AD2 e AD3, é preciso a presença do cuidador responsável em prestar cuidados ao paciente, além dos critérios admissionais clínicos, administrativos e assistenciais, avaliados pela Equipe Multiprofissionais de Atenção Domiciliar por meio da Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional Cascavel e pela Escala de Avaliação de Incapacidade às Atividades da Vida Diária, utilizadas para avaliar o estado de saúde do paciente quanto a sua incapacidade funcional e complexidade assistencial, foi adotada pelo PID- SES/DF.

A condição primordial para que ocorra a internação domiciliar é o consentimento da família e a definição do cuidador. A assistência prestada no domicílio não pode ser imposta sob risco de não atingir seus objetivos terapêuticos. Recomenda-se que toda família esteja ciente do processo de cuidar da pessoa assistida.

Os critérios clínicos para a admissão do paciente ao programa SAD é o estado clínico está comprometido, apresentando o diagnóstico e tratamento estabelecido pelo médico. É nesse critério que se aplica a Escala de Avaliação de Incapacidade Cascavel para conhecer a capacidade do paciente em realizar as Atividades da Vida Diária (AVD), o paciente que

estiver grau 04 ou 05 na escala, que diz respeito ao grau de perda funcional e dependência para a realização de AVD, poderá usufruir do atendimento domiciliar.

Quanto aos critérios administrativos, o paciente deve residir na área de abrangência da equipe; ter consentimento formal do paciente ou de familiares/cuidador por meio da assinatura do Termo de Consentimento Informado padronizado; deve apresentar o encaminhamento de médico assistente; obter a visita pré admissional; ter o tempo necessário para a desospitalização; e ter sistema de comunicação que garanta o acionamento da equipe em caso de intercorrências clínicas.

Os critérios assistenciais estão baseados em como o paciente poderá ser assistido em seu domicílio. Para isso este deve possuir um responsável que exerça a função de cuidador, o domicílio deve apresentar condições seguras de acesso e ambiente em condições adequadas e ter um médico que se responsabilize pela sua indicação.

No NRAD não podem ser incluídos os pacientes que tem a necessidade de ventilação mecânica, enfermagem intensiva, soroterapia endovenosa contínua e medicação complexa. Além disso, os pacientes que não possuem cuidador contínuo, que não aceitam a proposta do Programa de Internação Domiciliar e os que apresentam quadro clínico não agravado recebem a assistência domiciliar no nível de atenção primária a saúde.

O atendimento domiciliar é realizado sempre com a presença do cuidador, a quem a equipe instrui de como devem ser os cuidados prestados ao paciente. O serviço disponibiliza ao paciente fralda geriátrica, soro, medicamentos e materiais de curativo, entre outros. Este também oferece a população o serviço de oxigenoterapia domiciliar.

Capítulo II- Metodologia

A abordagem metodológica utilizada foi a pesquisa descritiva, que segundo Polit e Hungler (1995), é um tipo de estudo que busca observar, descrever e documentar aspectos de uma situação, que somente é possível a partir da descrição do conhecimento do ser humano. Constitui em descobrir os atributos de um fenômeno, identificando variáveis e explicando um problema ou situação, por meio de questionários, entrevistas e observações (RICHARDSON, 1985).

Outro método utilizado foi a pesquisa intervencionista que tem o intuito de interferir na realidade da pesquisa para alterá-la de forma efetiva e participativa, por não se satisfazer em apenas explicar. Segundo Vergara (2005), a pesquisa intervencionista tem o objetivo de interpor-se e interferir na realidade estudada, a fim de modificá-la e resolver os problemas.

A pesquisa, também, se configurou em um estudo qualitativo, métodos paradigmáticos que se caracterizam pela visão idealista/subjetivista. De acordo com Minayo (2010) o estudo qualitativo tem como objeto a realidade social, construída por meio da aproximação fundamental entre o sujeito e o objeto.

O trabalho decorreu por uma pesquisa de campo realizada na Região Administrativa (RA) de Ceilândia/DF, em especial, nos Centros de Saúde (CS). A RA possui 12 CS que disponibilizam ações e serviços de saúde para a população desde a consulta do adulto, da mulher e da criança, realização de exames, teste do pezinho, sala de curativos, vacinas e dispensação de medicamentos, entre outros. Além disso, apresenta um Hospital Regional que contém uma atenção domiciliar organizada e instituída pelo NRAD.

Os Centros de Saúde da Regional de Ceilândia foram os locais de pesquisa escolhidos para contribuir com o trabalho, totalizando numa amostra de 6 Centros sorteados aleatoriamente com critérios de escolha: a presença ou não da Estratégia Saúde da Família e a Estratégia Agentes Comunitários (ESF/EACS). Porém, ao ir a campo de pesquisa foi observado que todos possuíam as equipes ESF/EACS, que uns apresentavam as duas equipes e os outros somente a EACS: 03 CS tem a EACS e os outros ESF/EACS, a maioria com equipes ESF incompletas e, somente 02 dos CS que apresentavam as duas equipes continha o médico da família.

Os 15 Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar são responsáveis pela internação domiciliar no Distrito Federal, e oferecem uma assistência contínua e integral a pacientes com alto grau de dependência funcional e portadores de doença crônica estável. É constituído por uma equipe multiprofissional, que atua nos domicílios, desenvolvendo a assistência de acordo com as necessidades de saúde do usuário, sendo a família corresponsável pelo cuidado do mesmo.

Primando garantir a qualidade da pesquisa, participaram indivíduos que possuem uma vinculação mais significativa com o problema a ser investigado, possibilitando abranger suas múltiplas dimensões. Dessa forma, a amostra constitui-se por 18 sujeitos: 12 profissionais de saúde dos centros de saúde, sendo 2 de cada CS escolhido, na qual um era Enfermeiro Chefe e o outro Enfermeiro da ESF/EACS; 03 profissionais de saúde do NRAD e 03 pacientes que foram encaminhados pelo CS e que são ou foram assistidos pelo NRAD. Para o sigilo dos profissionais de saúde e cuidadores participantes não serão nomeados e citados quais foram os Centros de Saúde elencados.

A partir da entrevista semiestruturada com os profissionais dos Centros de Saúde foram identificados os pacientes acamados da área de abrangência, que têm o acompanhamento ou que necessitavam serem assistidos pelo NRAD. Muitas das vezes sendo necessário questionar aos profissionais do NRAD quais os pacientes que eram da área do CS que eles assistiam. Esses pacientes, na figura de seus cuidadores, contribuíram com informações essenciais para a pesquisa, foi utilizado um roteiro (Anexo 1) norteador feito pelo pesquisador a fim de organizar e orientar o diálogo.

A entrevista aos cuidadores foi realizada em seus domicílios juntamente com o profissional do NRAD, devido o vínculo com a família ser maior com a equipe da AD mesmo com os pacientes não ativos aos cuidados do serviço. O roteiro norteador abordou perguntas pontuais no que tange a dados pessoais do cuidador, quadro clínico do paciente, quantidade de internações hospitalares, como tomou conhecimento do NRAD e como foi realizado o encaminhamento do paciente ao programa.

Em relação as entrevistas realizada com os 12 profissionais de saúde do CS, foram conduzidas por um questionário semiestruturado (Anexo 2), com questões abertas, que versava sobre a assistência domiciliar nos CS: a maneira que realizam o encaminhamento do

paciente crônico para a atenção domiciliar (AD), o tempo para o paciente ser assistido pela AD, se há o registro desse paciente no CS, a identificação desses pacientes na área de abrangência da sua equipe e sugestões para o instrumento de encaminhamento desse paciente para os cuidados da AD. E com os 03 profissionais de saúde do NRAD, as entrevistas foram guiadas pelo mesmo questionário, mas continham algumas alterações designadas para o serviço e nível de complexidade (Anexo 3). Nesse momento, o pesquisador efetivou as entrevistas de forma clara e objetiva, anotou as respostas e possibilitou ao profissional de saúde se sentir livre para participar e desistir da pesquisa a qualquer momento.

O formulário proposto foi desenvolvido pelas sugestões dos profissionais de saúde ao questionar quais informações deviam conter no instrumento para que o mesmo fosse adequado de acordo com a realidade dos serviços de saúde. Foi necessário também obter conhecimento da organização desses serviços de saúde na Rede de Atenção à Saúde do SUS e como realizam o processo de trabalho na assistência dos pacientes acamados.

A análise de dados foi realizada pela pesquisadora a partir das descrições dadas pelos entrevistados ao questionário, por meio da comparação do conteúdo das respostas com a vivência e conhecimento da realidade dos serviços. Após, os dados foram articulados com pesquisas que versam sobre o tema, respondendo as questões da mesma com base ao seu objetivo.

Em cumprimento as diretrizes e normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi submetida em Fevereiro de 2013 a FEPECS que trata sobre as pesquisas realizadas no âmbito dos serviços de saúde, e deliberada em Maio de 2013 com o parecer favorável à realização da pesquisa (Anexo 4). O número de protocolo da gerado pelo CEP para a pesquisa é 12931913.2.0000.5553.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que formaliza a anuência voluntária do sujeito em participar da pesquisa foi preenchido por todos os participantes (enfermeiros, profissionais do NRAD e cuidadores). Todos os participantes preencheram e foram informados sobre a pesquisa, seus objetivos, justificativa, procedimentos metodológicos, tempo de duração, garantia do sigilo dos dados obtidos e da possibilidade de abandonar a pesquisa ou se recusar a responder alguma pergunta da entrevista.

Capítulo III- Resultados/Discussão

Ao analisar a fala de cada profissional de saúde e cuidadores, que auxiliaram na compreensão da realidade do universo da pesquisa, pode-se compreender o processo de encaminhamento do paciente para atenção domiciliar, e como a mesma se encontra inserida na rede de atenção do Sistema Único de Saúde.

O roteiro de entrevista para os participantes contribuiu para conhecer como a assistência domiciliar está sendo oferecida pelos serviços de atenção primária à saúde de 06 CS e pelo NRAD de Ceilândia; como é realizada a referência e contrarreferência do paciente acamado; com que regularidade acontece a as visitas domiciliares; se há registro desse paciente nos serviços; e sua opinião a informações que devem conter no instrumento de encaminhamento.

A apresentação dos resultados obtidos na pesquisa descrita, a seguir, obedece a ordem das perguntas contidas no questionário. O sigilo dos participantes foi resguardado, não citando quais foram os Centros de Saúde e os nomes dos profissionais de saúde e cuidadores entrevistados. Dessa forma, os 06 CS foram designados como CS A, B, C, D, E e F e os profissionais de cada CS como enfermeiro 01 e 02. Os demais foram nomeados como profissional A, B e C e cuidador 1, 2 e 3.

Contextualização da assistência: Atenção Primária a Saúde e Núcleo Regional de Atenção Domiciliar

A assistência da atenção primária para os pacientes acamados são desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família/Estratégia Agentes Comunitários (ESF/EAC) por meio de visitas domiciliares periódicas e de acordo a necessidade do paciente. O cuidado está voltado para os curativos de úlceras e escoriações, realização de exames laboratoriais, troca de sondas e, caso seja necessário e uma questão de prioridade, é disponibilizado material para a família com gases, luvas e sondagem.

“O material é disponível em casos extremos, com a avaliação do paciente e do quadro socioeconômico da família, não sendo algo prioritário pela equipe”. (CS D, Enf 01)

Essa assistência foi citada pelos enfermeiros como “um cuidado que realizamos dentro do nosso alcance e possibilidade de recursos”, pois são realizadas as visitas domiciliares da área de abrangência do CS que são contempladas pela ESF/EAS com equipe multiprofissional incompleta, não contendo o médico na maioria dos CS entrevistados. Assim, a família leva o paciente até o CS ou o médico da família comparece na casa do paciente e encaminha para o hospital ou solicita o SAMU. De acordo aos enfermeiros:

“A área que tem cobertura do ESF, a equipe não possui médico, é realizada as visitas domiciliares pela equipe multiprofissional. Porém, em área de abrangência que não são contempladas pelo ESF esse paciente acamado não recebe assistência, tendo que a família levar o paciente até ao CS”. (CS C, Enf 01)

”[...] Caso o paciente necessite de uma consulta medica, o CS(equipe) conversa com a família para conhecer as condições de leva-lo ao CS ou HRC (com o encaminhamento do CS- relatório médico), e se não for possível chama o SAMU”. (CS B, Enf 02)

“[...] Por não ter a equipe completa da ESF, quando o(a) paciente precisa de uma consulta médica, a família tenta traze- lo até o CS”. (CS A, Enf 01).

Segundo a PNAB (2012), o trabalho da ESF se respalda em uma nova forma de cuidar em saúde a partir de populações delimitadas em territórios cadastrados e um trabalho voltado para a família, disponibilizado por uma equipe multiprofissional com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

A ESF inclui e confirma os princípios básicos do SUS (universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade), além de se basear em três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, e se constitui pelo trabalho em equipe (MARQUI et al, 2010).

Em um estudo realizado por Abrahão (2011), sobre a atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar, percebe-se que a atenção prestada pela APS é baseada nas visitas

domiciliares com ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde que possuem objetivos distintos, mas que se complementam, oferecendo um cuidado integral e completo à família.

O cuidado domiciliar prevê aos profissionais e ao cuidador um papel extraordinário, que deve ir além dos procedimentos técnicos, abrangendo, os aspectos físicos, mentais e espirituais. Para isso, a equipe deve compreender e observar a realidade vivida em cada domicílio, valorizando o indivíduo em seu contexto familiar e seus valores socioculturais (GUEDES, 2012 e KERBER et al, 2008).

A APS se responsabiliza pelos pacientes da modalidade AD1. Ou seja, por pacientes que apresentam problemas de saúde controlados e dificuldade física para se locomover até a unidade de saúde. Estes são também de responsabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e, ainda conta, com apoio eventual dos outros pontos de atenção e dos SAD. Deve realizar-se cuidados de menor complexidade, frequência e com menor necessidade de recursos à saúde, inclui-se os de recuperação nutricional. (BRASIL, 2011).

Porém, não é nessa totalidade que é efetuado o trabalho nos CS e nas equipes ESF/EACS, sendo oferecido para os pacientes acamados uma assistência limitada a curativos, trocas de sondas e vacinas, caracterizando um cuidado genérico aos pacientes. Em consonância ao fato, a cobertura ineficiente da área de abrangência e a ausência do médico, prejudica também a totalidade dessa assistência transgredindo os atributos da longitudinalidade, integralidade, coordenação e resolubilidade. Isso foi comprovado nas entrevistas e ocorre não somente na APS, mas também em outros níveis de complexidade (atenção secundária e terciária).

Segundo Mendes (2012), uma APS eficiente, efetiva e de qualidade na Rede de Atenção à Saúde só é garantida com o cumprimento dos seus atributos (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) e de suas funções (resolubilidade, comunicação e responsabilização). Salienta que há estudos que confirmam a ausência de um ou mais atributos e funções prejudica a qualidade da APS, e um deles é o cuidado domiciliar.

A ESF é pautada em uma assistência interdisciplinar, que envolve diversos saberes e conhecimentos da equipe multiprofissional na solução dos problemas de saúde de uma

determinada população. Essa equipe é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogos, técnicos em saúde bucal, agente comunitários, entre outros. Contudo, a ESF apresenta como nó crítico a ausência do médico na equipe, seja pela alta rotatividade ou a pequena capacitação para trabalhar em APS (BRASIL, 2007). Além disso, Gonçalves et al (2009) apontam em seu estudo sobre a profissão médica na ESF, as seguintes causas: questão salarial e as condições desfavoráveis de trabalho.

Paralelo a isso, na vivência aos CS observou-se que a consulta do médico é um obstáculo a ser enfrentado pela atenção primária, pois nesse universo de pesquisa somente 2CS têm o médico da família, ou seja, a maioria dos CS apresenta equipes ESF incompletas. Segundo Oliveira e Spiri (2006), é necessário alocar recursos humanos para realizar o cuidado ao paciente na sua totalidade, pois sem a equipe multiprofissional completa não há a garantia da assistência integral ao paciente.

Quanto à assistência desenvolvida pelo NRAD aos pacientes acamados, observou-se que o cuidado está pautado por equipe multiprofissional, plano terapêutico, empréstimo de equipamentos hospitalares (cama, cadeira de rodas e colchão), pela realização de exames laboratoriais e disponibilidade de insumos nutricionais e de enfermagem para curativos e sondas. Esse cuidado é desenvolvido em visitas domiciliares à família, com a presença do médico da família, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista e, quando necessário, tem a presença da assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, por ser um trabalho mais restrito a necessidade do paciente.

“A assistência é desenvolvida por uma equipe multiprofissional, que avaliam as necessidades do paciente na visita domiciliar e elabora um plano terapêutico para ser executado no paciente. Após, realizamos uma reunião para discutirmos o caso do paciente, onde cada especialidade propõe o seu plano e modifica de acordo as observâncias feitas por cada um para decidirmos o melhor cuidado ao paciente”. (Profissional 01)

“Realizamos visitas domiciliares para pacientes clinicamente estáveis, analisamos suas necessidades clinica a fim de programar a quantidade de visitas, orientar os cuidadores e atuar com ações de promoção e prevenção e monitoramento ambulatorial”. (Profissional 02)

Nos NRADS, responsáveis pela internação domiciliar no Distrito Federal, os cuidados são designados para indivíduos que se enquadram na modalidade AD2 e AD3: indivíduos que necessitam de cuidados com maior frequência, recursos de saúde e acompanhamento contínuo. Esses cuidados são de responsabilidade da EMAD e EMAP, na qual a EMAD deve realizar visitas domiciliares regulares, no mínimo uma vez por semana e a EMAP quando solicitado pela EMAD.

A EMAD deve conter 02 médicos, 02 enfermeiros, 01 fisioterapeuta e 04 auxiliares técnicos. E a EMAP deve ser constituído por 03 profissionais de saúde de nível superior entre as seguintes categorias: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêuticos e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2011). Contudo, o serviço pesquisado conta com uma equipe incompleta, faltando os profissionais psicólogos, farmacêuticos e fonoaudiólogos.

As atividades de atenção domiciliar devem ser organizadas por um plano de ações integrado, dinâmico, flexível e adaptável ao domicílio, na qual a participação da família no processo de elaboração é importante para garantir a responsabilização pelos cuidados do paciente. É necessário que a equipe realize reuniões periódicas para discutirem as condutas clínicas do plano e, caso necessário, alterá-lo conforme as necessidades do indivíduo (BRASIL, 2011).

A assistência oferecida ao paciente, em ambos os serviços, caracteriza-se pelo cuidado desenvolvido por uma equipe multiprofissional, em que engloba um cuidado clínico e psicossocial para o paciente, cuidador e família. A Resolução da Diretoria Colegiada RDC 11, da ANVISA, assegura que os profissionais da equipe da atenção domiciliar tenha caráter multiprofissional e norteado para realizar um diálogo interdisciplinar a fim de prestar uma assistência melhor, pautada em critérios clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente, cuidadores e familiares em seu domicílio.

O cuidado relatado pelos profissionais do CS e do NRAD é planejado pelos profissionais por meio de plano terapêutico com a colaboração da família contendo as orientações básicas e o que cada profissional irá promover para a assistência de acordo as necessidades do paciente. Isso é corroborado pela RDC 11 da ANVISA que estabelece o

planejamento das atividades pelos profissionais e família quanto às atividades que deverão ser realizadas pelos cuidadores, caracterizando como um plano de orientação.

Alguns enfermeiros dos CS relataram que na primeira visita domiciliar por meio do conhecimento das necessidades dos pacientes se constrói um plano de orientação para a família sobre os cuidados do paciente, na qual o cuidador deve realizá-lo conforme a prescrição promovendo a autonomia do paciente e inserindo a família na realidade da doença. Essa é uma maneira de se estabelecer o vínculo da família com a equipe de saúde, instituindo um relacionamento de confiança, conforto e segurança, sendo fundamentais na assistência. Isso pôde ser notado na fala da enfermeira do CS C *“é preciso ter esse relacionamento com a família, devido ser um momento tão difícil e delicada, há a mudança na rotina familiar e quanto aos cuidados não podemos visitá-lo frequentemente”*.

A orientação aborda a técnica que o cuidador deve ter com o novo estado de saúde do paciente, tal como: os procedimentos básicos de curativo e sondagem, mudança de decúbito, cuidados de limpeza e higiene, conhecimento do estado clínico, entre outros. É importante que o cuidador reconheça o seu papel no processo de assistência ao paciente, é ele quem permanece com o mesmo o dia todo.

Nota-se, portanto, que na visita domiciliar os profissionais de saúde desenvolvem a assistência ao paciente juntamente com a família, possibilitando uma relação mais estreita e otimizada entre os profissionais, usuários e serviços. Conforme Abrahão (2011), os profissionais de saúde compartilham os cuidados do paciente com a família, se constrói uma responsabilização da família nas ações de saúde e no plano terapêutico a serem desenvolvidos no paciente.

A atenção da equipe deve estender-se a família, principalmente ao cuidador, o responsável pelos cuidados do paciente, por ser um momento de dor e sofrimento pela situação que envolveu a família. Além das orientações técnicas, a equipe de saúde deve oferecer segurança, apoio e suporte emocional para a família, objetivando facilitar esse processo e melhorar a qualidade de vida dos envolvidos (OLIVEIRA et al, 2012).

A família aprende de forma progressiva com as visitas, nelas são adquiridos novos conhecimentos e orientações sobre como o cuidado deve ser realizado. É um momento de

interação entre a família, cuidador e o profissional de saúde que possibilita a família uma segurança aos cuidados do paciente (LACERDA, OLINISKI E GIACOMOZZI, 2004).

Quanto à frequência das visitas para o paciente acamado, foi relatado a dificuldade de acontecer periodicamente ou uma vez na semana pela falta de profissionais para atender a demanda da área de abrangência e pela falta de recursos logísticos, como por exemplo, o carro. Portanto, as visitas são mais periódicas no início do cuidado chegando pelo menos umas três vezes por semana para esses pacientes, posteriormente são minimizada quando os profissionais de saúde reconhecem a progressão proativa do cuidador e a melhora do paciente perante o processo, assim, passando a depender da necessidade do paciente. Porém, uma enfermeira do CS C ressalta a necessidade desse paciente ser acompanhado ao menos uma vez por semana.

“[...] Se for necessário vou com o meu carro, quantas vezes já fiz isso, compreendo que eles precisam de uma atenção mais contínua e integral, intensifico as visitas de acordo a sua necessidade” (CS C, Enf 02)

”[...] São realizadas visitas com mais frequência no inicio da assistência e com o passar do tempo é dado uma maior autonomia para a família” (CS A, Enf 01)

De acordo com os enfermeiros, após as primeiras visitas, a equipe realiza as visitas domiciliares conforme as necessidades do paciente ou quando é solicitada pela família através do enfermeiro e agentes comunitários de saúde (ACS) para uma avaliação neurológica e de seu estado clínico pelo médico.

Há uma semelhança entre os serviços quanto à regularidade das visitas domiciliares, os profissionais do NRAD expuseram os mesmos comentários que os enfermeiros do Centro de Saúde. Enfatizaram que depende da demanda dos pacientes “Alguns pacientes visitamos cinco vezes ou mais por mês”, porém relatam a necessidade de se estabelecer uma visita por mês para cada paciente “Já estamos discutindo em equipe a possibilidade de realizar essa visita por mês por cada profissional”.

Entretanto, o que os profissionais pretendem não está de acordo com o que a portaria, que redefine a internação domiciliar no SUS estabelece: uma visita por semana para a

internação domiciliar e para a modalidade AD1 uma visita ao mês. Isso é justificado pela falta de recursos humanos em detrimento ao tamanho da Regional de Ceilândia e por recursos materiais, o carro disponibilizado pela Secretária de Saúde em alguns dias das semanas.

Essa realidade contradiz ao que é preconizado pela Portaria nº 2.527/2011 quanto a periodicidade de visitas domiciliares devendo ser de, no mínimo, uma vez ao mês (BRASIL, 2011).

O registro do paciente acamado, na maioria dos CS, nas áreas cadastradas é feito pelos ACS e as não cadastradas o familiar vai ao centro informar a situação do paciente e é cadastrado pelos profissionais de saúde ou até mesmo pelos ACS se a área for contemplada pela ESF/EAS. Outras maneiras desse registro são pelo TRAKCARE (Sistema de Prontuário Eletrônico da Secretaria de Saúde/DF), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), pela relação da equipe contendo o nome do paciente, seu endereço, telefone e o nome do cuidador. Conforme o CS A e F, há também um registro que foi elaborado pela sala de vacinas como levantamento de quantos pacientes acamados fazem parte da área de abrangência no CS.

Diferente dos CS entrevistados, a equipe do NRAD possui um registro desses pacientes, além do prontuário físico e eletrônico (TRACKCARE), existe o livro de registros que contém os dados do paciente (nome, endereço, cuidador, data de admissão e de alta ou óbito e o diagnóstico do paciente) e o livro semanal de cada especialidade onde os profissionais preenchem com a data que foi realizada a visita e que cuidados ofereceram ao paciente.

Para encontrar esse paciente os enfermeiros, informaram ser por demanda vinda pelos ACS ou a espontânea, onde a família procura a assistência para o paciente indo ao CS. Poucos citaram a demanda proveniente pelo NRAD ou por encaminhamento do hospital ou por outras unidades de saúde. Além disso, existe a demanda caso o paciente que já é da área de abrangência tenha uma morbidade o levando a ficar acamado, a equipe é avisada pelo ACS e a dos grupos dos pacientes crônicos hipertensos e diabéticos.

“[...] Pelo agente comunitário de saúde ou pela própria família ou pela assistente social do HRC que entra em contato com o CS e comunica da necessidade do paciente”. (CS D, Enf 01)

“São pacientes que vêm pelo ACS e por solicitação da família, comunidade e pastorais quando não são cadastrados... poucos vêm pelo NRAD”. (CS E, Enf 01)

Quando indagados, os profissionais do NRAD, sobre como os pacientes chegam até o serviço, elencaram diversas portas de entradas, tal como: demanda espontânea, desospitalização, encaminhamento pelo CS, encaminhamento médico e via judicialização. A indicação para atenção domiciliar envolve toda a rede, desde a atenção básica até aos serviços de urgência/emergência, é necessário que cada serviço compreenda os critérios de inclusão para a internação domiciliar (BRASIL, 2012).

“A demanda espontânea é o mais comum entre eles, que é a que a família vêm até ao NRAD à procura da assistência, muitas das vezes sem o encaminhamento médico, pois fica sabendo do serviço por um vizinho ou amigo”. (Profissional 03)

“Mesmo sendo o processo oficial, a desospitalização, ainda não acontece da maneira correta, pois o paciente passa despercebido pela internação hospitalar ou, mesmo conhecendo os serviços na internação chega-se ao NRAD com um relatório médico simples”. (Profissional 01)

“Outra maneira que deve ser realizado por nós, equipe do NRAD, é a busca ativa, porém não é feito”. (Profissional 03)

Percebe-se que a identificação dos usuários que necessitam de cuidados domiciliares, como aponta a fala dos profissionais entrevistados, ocorre predominantemente por demanda espontânea. Esse fato remete a reflexões quanto a organização dos serviços de saúde em Rede de Atenção a Saúde (RAS), que estabelece o acesso dos usuários aos serviços pela APS considerada porta de entrada do sistema, e aos outros níveis de complexidade devem ser referenciados pela mesma.

A demanda espontânea é caracterizada pelo acesso do paciente ao SAD a partir do contato telefônico ou da procura direto na sede, o que é comum essa realidade no NRAD. Essa maneira de entrada aponta uma situação de acesso que requer ser analisada pelos serviços, devido representar uma dificuldade ao acesso a outros serviços de saúde, como a atenção básica, pelo paciente ou a falha de comunicação entre os serviços (BRASIL, 2012).

Conforme o Manual de Instrução da Atenção Domiciliar (2012), a busca ativa pode ser um meio de o paciente adentrar a internação domiciliar, por meio da organização do processo de trabalho das equipes de saúde com outros serviços para reconhecer quais os pacientes que podem ser assistidos pela internação domiciliar. Envolve um processo de educação permanente entre o SAD e os serviços porta de entrada possibilitando uma maior integralidade, comunicação e acesso.

A territorialização é um dos princípios que auxilia na organização do fluxo dos serviços de saúde, concedida pela APS, que é responsável pela atenção à saúde de todos os indivíduos adscritos. Dessa forma, é um meio de identificar usuários em determinado território com necessidades de saúde diversas, e que proporciona um melhor acesso aos serviços de saúde. Sendo, portanto, a AD uma atividade inerente ao processo de trabalho da APS (BRASIL, 2012).

Após a pergunta de como os serviços de saúde encontram o paciente acamado, foram interrogados sobre o encaminhamento do paciente e se existe um fluxo da atenção domiciliar com a atenção primária. Observou-se que não há uma integração entre a atenção primária e a internação domiciliar, suas ações são desenvolvidas separadamente não possuem uma comunicação e um conhecimento dos pacientes que são atendidos pelos CS ou pelo NRAD. Isso é confirmado pela vivência nos locais de pesquisa, que para identificar os pacientes da área de abrangência do CS foi necessário contatar com a equipe do NRAD.

Conquanto, a relação da internação domiciliar com a atenção primária a saúde restringem-se à prestação de cuidados e fornecimento de recursos materiais pelas equipes de forma isolada, não há uma articulação desses serviços para garantir a complementariedade das ações e a integralidade da atenção.

Segundo Dias (2012), a organização dos serviços de saúde assinala-se pela ausência da falta de comunicação e integração entre os diversos níveis de atenção. Ressalta-se que a integração é importante para que a continuidade do cuidado aconteça nos outros níveis de atenção. Dessa maneira, é preciso que se tenha a integração dos serviços para que a integralidade, um dos princípios do SUS, seja possível na realidade dos serviços (MAUCHLE, 2010).

Os profissionais do NRAD corroboraram a dificuldade de comunicação com os outros níveis de atenção e apontaram como um desafio da AD a ser vencido. É necessário que o trabalho seja integrado e o cuidado compartilhado por se caracterizar um cuidado complexo e que envolve todos os componentes da rede, assim, exigindo a integração e interação dos pontos e fortalecendo a eficiência e eficácia da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

No caso dos serviços estudados, as dificuldades de integração com níveis de atenção pode ser em parte explicada pela falta de recursos humanos e materiais e a inexistência de um fluxo que estabeleça a atenção domiciliar na RAS. De acordo a Portaria n° 2.527, a atenção domiciliar deve ser integrada às RAS por meio de fluxos e protocolos pactuados com os pontos de atenção da rede. É uma modalidade que potencializa a articulação entre os pontos de atenção por meio do cuidado compartilhado, mais horizontal e corresponsabilizando as equipes de atenção básica, equipe dos hospitais e unidades de pronto atendimento e equipes ambulatoriais especializadas (BRASIL, 2012).

Conforme Machado, Colomé e Beck (2011) os recursos humanos são componentes importantes das instituições que participam do processo produtivo e devem ser tratados de forma distinta em relação aos outros recursos necessários para a atenção à saúde. Desse modo, a carência de profissionais de saúde para desempenhar atividades da atenção domiciliar, seja na atenção primária ou na internação domiciliar, prejudica oferecer uma assistência com qualidade.

Sobre o encaminhamento, como o paciente é referenciado para o NRAD, muitos dos CS referiram que é feito de maneira informal não contendo um fluxo que organize o caminho do paciente nos serviços de saúde e que possibilite uma maior integração entre os níveis de complexidade. Segundo eles, isso ocorre por não possui equipe suficiente de ESF/EAS para contemplar toda área de abrangência e por não haver uma comunicação efetiva com o serviço de referência, na qual, muitas das vezes, não conhece o paciente que é assistido pelo NRAD da sua área de abrangência.

Os enfermeiros mencionaram diversas formas de realizar o encaminhamento desse paciente acamado. Todos os CS avaliam o paciente conforme a Escala de Cascavel e a situação de saúde do paciente preconizado pelo NRAD, que é feita pela ESF/EAS, após contatam com o NRAD por telefone, memorando ou responsabilizam a família de entregar o

relatório médico no serviço. O enfermeiro 01 do CS A enfatizou que no processo de avaliação do paciente pela equipe é explicado como o serviço funciona, o que oferece e os seus critérios de inclusão, assim, responsabilizam a família a buscar a assistência para não ter sentimentos de insatisfação com a equipe por não ter conseguido incluir o paciente “*a família fica insatisfeita por não conseguir os cuidados do NRAD para o paciente*”. O CS D corrobora esse fato também:

“É realizado a avaliação pressuposta pelo NRAD, pedindo para a família levar o relatório ao NRAD solicitando a assistência... Citou que isso é feito na ficha de encaminhamento hospitalar”. (CS D, Enf 01)

“Ligo ao NRAD comunicando da necessidade de assistência do paciente e passo o endereço para eles fazerem a visita”. (CS E, Enf 02)

“Solicita-se a visita domiciliar do NRAD para a avaliação do paciente por via memorando, sendo muitas das vezes essa visita realizada pelo ESF”. (CS C, Enf 01)

Os profissionais do NRAD confirmaram o encaminhamento da maneira que os profissionais do CS relataram. O encaminhamento do paciente da APS para a internação é realizado informalmente por documentos (memorando) ou relatório médico ou via telefone, na qual a equipe da ESF/EACS comunica da necessidade do paciente residente na sua área de abrangência e solicita a visita para a avaliação do mesmo quanto aos aspectos de inclusão a modalidade AD2 ou AD3.

Existem diversas maneiras para o usuário ser atendido pela internação domiciliar, como citado anteriormente, uma delas é pela equipe da Atenção Primária a Saúde mais específico pela ESF/EACS. Segundo ao Manual de Atenção Domiciliar (2012) a APS pode identificar o paciente que necessita da internação domiciliar por meio de visitas domiciliares e pelos grupos de pacientes crônicos existentes na APS.

De acordo a Feuerwerker e Merhy (2008), as equipes saúde da família são responsáveis por complementar a assistência da equipe da internação domiciliar, porém confronta com dificuldades técnicas (não apresentam preparo específico para determinadas situações), materiais e tempo (é difícil para as equipes garantir o cuidado às famílias que

demandam de cuidados mais frequentes e continuar responsáveis pelas outras famílias do território e pela rotina da atenção básica).

O processo de contrarreferência que ocorre quando o NRAD concede alta e comunica ao CS da área de abrangência da residência do paciente. No entanto, comentaram que não existe um encaminhamento formal, sendo realizado por via memorando um relatório com informações mínimas sobre o estado clínico do paciente, precisando ligar ao NRAD para compreender melhor sobre o mesmo.

“Quando o paciente recebe alta do NRAD, o documento não vem com as informações necessárias do paciente sendo preciso ligar para tirar as dúvidas do estado clínico do paciente”. (CS B, Enf 02)

“No caso vindo do NRAD o relatório médico vem via malote a atenção primária, com poucas informações tendo que ligar para tirar duvida quanto ao quadro clinico. Logo, a enfermeira a relata a necessidade de um instrumento que contasse todas as informações que facilitaria o atendimento para o paciente”. (CS D, Enf 02)

“Ao receber alta no NRAD, o paciente é encaminhado para o CS responsável pela sua área de abrangência, sendo assistido pelo ESF/EAS se a área possuir cobertura”. (CS C, Enf 01)

O tempo de espera do paciente a esse processo não foi bem definido pelos enfermeiros, seja, por não saber quanto demora pelo fato de não ter realizado nenhum encaminhamento ou por não ter observado essa questão anteriormente. Os enfermeiros descreveram o tempo a partir da sua vivência com a situação, uns falaram que a demora é do NRAD por possui uma demanda grande e ser preciso até de dois memorandos, mencionando que o tempo é superior a sete dias e outros não souberam determinar quanto tempo leva.

Quanto ao encaminhamento de alta do paciente do NRAD para APS, de acordo aos profissionais do NRAD, relataram que a equipe realiza uma visita domiciliar para informar quais os motivos para a família sobre a alta do paciente e fazer uma avaliação no paciente por cada profissional de saúde que constitui a equipe multiprofissional, após comunicam com o Centro de Saúde responsável pela área de abrangência que reside o paciente. Um dos

profissionais entrevistados comenta que sistema de fluxo e contrafluxo da APS com a AD deveria ser pautado pela mediação da Diretoria Regional da Atenção Primária a Saúde (DIRAPS) na comunicação entre os dois serviços e na organização da rede de atenção do SUS.

“A comunicação com os CS considero como algo difícil, não há integração entre nossas equipes”. (Profissional 03)

“Se há comunicação entre a APS ou os outros pontos de atenção é porque extrapolamos o nosso campo de atuação para conseguir com que o paciente seja assistido”. (Profissional 02)

A RDC 11/2006 designa a alta da atenção domiciliar como o “ato que determina o encerramento da prestação do SAD em função de: internação hospitalar, alcance de estabilidade clínica, cura, óbito e a pedido do paciente e/ou responsável” (BRASIL, 2006).

Os critérios de alta dos serviços de atenção domiciliar são os seguintes: mudança da área de abrangência, impossibilidade da permanência do cuidador no domicílio, não aceitação do acompanhamento pela equipe e cuidador, recuperação das condições de deslocamento até a unidade de saúde, piora clínica que justifique a internação hospitalar, solicitação de desligamento pela família, não cumprimento das combinações construídas no plano de cuidados entre a equipe, família, cuidador e usuário, cura e óbito (BRASIL, 2012).

Para a realização da alta é necessário ter uma discussão do caso com toda a equipe multidisciplinar para pontuar quais os critérios que o paciente. Posteriormente, é feito o contato com a família e com o serviço responsável pela sua assistência após a alta (APS). De acordo ao manual de atenção domiciliar, a alta para a AD1 é um termo que foi proposto e enfatizado para a possibilidade de o paciente que necessita ser assistido em domicílio ser acompanhado pela equipe da APS a partir de um encaminhamento articulado entre os níveis de atenção (BRASIL, 2012).

É importante que a AD seja integrada e articulada com os outros pontos de atenção à saúde e que os mesmos dominem os critérios de inclusão e de alta para auxiliar a equipe e o serviço na identificação dos pacientes que necessitam dos cuidados, aumentar a resolutividade da assistência nos serviços de saúde e fortalecer a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Nessa lógica da falta de um encaminhamento formal pelos diferentes serviços e da comunicação, integração e a inexistência de um fluxo, dificultou os profissionais descrever a trajetória do paciente na rede de atenção. A maioria demonstrou o fluxo incompleto e com dúvidas sobre como seria, na qual não há uma compreensão da atenção primária quanto ao funcionamento e organização da internação domiciliar. Em algumas falas, percebe-se a ausência de informação pela a nova modalidade substitutiva, a atenção domiciliar, mesmo sendo preconizada pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Distrito Federal. De acordo aos enfermeiros:

“O paciente procura o CS, solicitando a visita do NRAD após os profissionais de saúde entram em contato por telefone informando da assistência.”. (CS B, Enf 01)

“A equipe recebe a demanda do paciente, realiza-se a visita pela equipe do ESF e do médico elaboram o relatório e entregam para a família levar para o NRAD”. (CS D, Enf 01).

“Não existe um vínculo da Atenção Primária com a Atenção Domiciliar, em que é preciso estabelecer os serviços em rede e aumentar a área de cobertura da ESF/EAS”. (CS C, Enf 01).

“A atenção primária precisa ter autonomia e acesso ao NRAD, isso acarreta a baixa resolutividade aos problemas de saúde pela AP e a inexistência de um fluxo e uma rede de atenção para os serviços”. (CS F, Enf 02).

Percebe-se, portanto, que a Atenção Primária que tem a função de ordenadora, resolutiva e de responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção é falha. Segundo Mendes (2012) a primeira função visa organizar os fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção; a responsabilização pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção que estejam assistidos, a segunda função da aps; e a resolutiva determina que a APS deve resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, mais de 85% dos problemas.

Infere-se da pesquisa realizada que a resolutividade das demandas solicitadas aos serviços estão vinculadas aos esforços dos próprios profissionais em oferecer a assistência,

mesmo sem a disponibilidade do carro da secretária e sem a quantidade de equipes suficiente para a área de abrangência, devido o comprometimento com a família do que aos princípios da APS. Como também, que obtém-se o sucesso e agilidade do encaminhamento a partir dos relacionamentos interpessoais e da informalidade, não se referindo a um fluxo sistematizado que organize a relação de integração e comunicação entre os serviços.

De acordo Guedes (2012), a resolubilidade dos serviços do NRAD se refere com a capacitação de sua equipe, com recursos tecnológicos mínimos e necessários para assistir o paciente e a capacidade de referencia e contrarreferência com os outros níveis de complexidade, assim, possibilitando uma abordagem integral ao paciente.

Confirmando o estudo realizado, a pesquisa de Mauchle (2010) ao avaliar um Programa de Internação Domiciliar da Bahia teve como resultado a precisão de integrar a APS ao serviço por não haver uma relação estreita entre as equipes e, portanto, faz parte do trabalho desenvolvido pela internação domiciliar. Além disso, a falta de um sistema de referência e contrarreferência com os outros pontos de atenção (Unidade de referência, Unidades Básicas de Saúde e ESF).

A pesquisa de Silva et al (2005) sobre a internação domiciliar no SUS, aponta como melhoria para a organização da internação no sistema a ampliação e qualificação da comunicação e os sistemas de informação entre a APS e o Programa de Internação Domiciliar, sendo necessário um maior vínculo com a UBS e as equipes de saúde da família e a sistematização da referência e contrarreferência entre o PID (NRAD) e os diversos níveis de complexidade.

A última questão versava sobre quais informações deveriam conter no formulário de encaminhamento, todos os enfermeiros dos CS argumentaram os mesmos dados, tal como: dados pessoais e clínicos, histórico do paciente (doença e exames realizados), condições socioeconômicas da família, o cuidador responsável, qual a necessidade real do paciente, a equipe responsável pelo acompanhamento do paciente, evolução do paciente e a avaliação do NRAD quanto ao estado clínico do paciente (Escala de Cascavel e Grau de dependência). Os profissionais enfatizaram a necessidade de aperfeiçoar e aprimorar a atenção primária, por ser o nível primário da rede de atenção e por começar nela a organização do sistema de atenção à

saúde, ainda possui equipes da ESF/EAS insuficientes para assistir toda a demanda populacional com apenas, em média, 15% de cobertura ESF/EAS.

“[...]é viável e muito necessário para constituir uma comunicação e integração a equipes que não trabalham diretamente. O nosso trabalho é complementar ao deles, precisamos conhecer os pacientes e compreender melhor sobre a assistência”. (CS D, Enf 01)

“[...]irá facilitar o processo de assistência pelas determinadas equipe”. (CS F, Enf 01)

Esses mesmos dados também foram citados pelos profissionais do NRAD, como: dados sócios demográficos, quadro clínico do paciente (necessidades assistenciais, exames realizados, tratamento), critérios clínicos, administrativos e assistenciais para a inclusão na internação domiciliar (Escala de Cascavel), contexto social, cuidador responsável e o relatório médico.

A partir das discussões proporcionadas pela pesquisa, conclui-se que é preciso o Sistema de Saúde evoluir no que tange à organização dos serviços de saúde. Os resultados da pesquisa permitem inferir que no sistema de saúde há lacunas quanto à comunicação entre os profissionais que atuam em diferentes níveis de atenção, cada um desenvolve seu trabalho separadamente prejudicando a assistência do usuário e designando o sistema de saúde como ineficiente.

A realidade investigada não está estruturada por um sistema de referência e contrarreferência, na qual o processo do cuidado se limita a uma atuação profissional de cada equipe, buscando a resolutividade das demandas de forma individual. Segundo Machado, Colomé e Beck (2011), esse fato assinala a necessidade de mudança na organização e nas práticas assistências dos serviços de saúde, sendo essencial conceber essa temática nos profissionais de saúde por se caracterizarem elementos fundamentais no sistema de referência e contrarreferência.

Deste modo, a pesquisa demonstra que é necessário aprimorar a articulação da internação domiciliar com a atenção primária para que se estabeleça um sistema de fluxo e

contrafluxo e novas relações técnicas, sociais e de organização dos processos de trabalho na lógica da resolubidade, coordenação, resolução e integralidade.

Contextualização do paciente na atenção domiciliar

Após a análise dos resultados e discussões em relação aos serviços de saúde APS e AD, em que os profissionais de saúde puderam explanar sobre a assistência desenvolvida nos pacientes acamados, faremos, a seguir, uma análise e discussão das entrevistas semiestruturadas realizadas em 3 domicílios dos pacientes que já foram ou são internados pelo NRAD. As pesquisas foram feitas com os cuidadores, suas falas serão transcritas na íntegra e seus nomes alterados para preservar o anonimato.

Ana tem 55 anos, dona de casa e é cuidadora da sua mãe que sofreu Acidente Vascular Cerebral há 20 anos. Relata que não obteve nenhuma informação do serviço NRAD na rede do SUS *“minha mãe ficou internada várias vezes e nunca me informaram sobre esse programa”*, ao receber alta do hospital os cuidados foram realizados pela família. Sua mãe teve acompanhamento do Home Care, o programa de internação domiciliar particular, que foi indicado por amigos do seu filho *“Foi por um tempo breve, o custo desse programa é altíssimo, tivemos que retirar a minha mãe dos cuidados do Home Care”*. Assim, foram buscar ajuda ao CS próximo de sua casa por meio de vizinhos que comentaram sobre a assistência da equipe saúde da família e agentes comunitários.

No CS teve acompanhamento de um médico da família e conseguia os insumos e materiais para cuidados de curativos, sondas e medicamentos *“fui acompanhada por 06 meses pela equipe da APS”*. Conta que conheceu o NRAD por esse médico e que já trabalhou na equipe do mesmo. Ao saber do programa pelo médico, obteve maiores informações e foi atrás do serviço.

“[...]o médico do CS que me ajudava na assistência da minha mãe que me contou sobre o programa de internação domiciliar, me explicou como funcionava e falou que nas condições que se encontrava a minha mãe eu conseguiria que ela fosse incluída no serviços”. (Ana, cuidadora 1)

O encaminhamento da sua mãe ao NRAD foi por solicitação pela família, indo até ao NRAD buscar informações de como que é o processo para a inclusão desses pacientes e como

eram oferecidos os cuidados. “Ao chegar lá a equipe teve uma atenção em explicar os objetivos do programa, marcaram a visita domiciliar e solicitaram o relatório médico”. A cuidadora diz que após o contato com a equipe dentro de dois dias estiveram na sua casa para a visita admissional da sua mãe, e que se já tivesse o conhecimento desse serviço já teria solicitado a assistência do NRAD.

“[...]o trabalho que eles desenvolvem é magnífico, visitam a minha mãe toda semana e me ajudam com insumos, materiais para curativos e sondagem, fraldas e nos capacitam para a realização de algum cuidado. É só ligar que ele aparecem aqui em casa.” (Ana, Cuidadora 1)

Salienta que o atendimento do NRAD após solicitado pela família não demorou, porém a falta de informação quanto a internação domiciliar no SUS é ineficiente “a população desconhece desse serviço no SUS, comentei com a vizinha e desconhecia também”.

Juliana tem 42 anos, auxiliar administrativa e foi cuidadora de sua irmã que tinha Esclerose Múltipla. Conta que sua irmã ficou internada em vários hospitais, porém não foi informada sobre o programa de internação domiciliar. Para ter o conhecimento do NRAD “fui comunicada pelos familiares que estava acompanhado um ente internado, depois perguntei a enfermeira que confirmou a existência do programa e me explicou como funcionava”. Como Ana, Juliana teve que ir atrás da assistência oferecida pelo NRAD, não houve um encaminhamento formal para o paciente, apenas recebeu orientações de como deveria fazer para conseguir a assistência.

“[...]Por meio da informação da enfermeira, fui a assistente social expliquei a situação e me passou uma lista de espera para ser atendida pelo NRAD preenchi, mas logo me informei aonde ficava o serviço e corri atrás na mesma hora”. (Juliana, Cuidadora 2)

Relatou que ao chegar do NRAD compreendeu de como seria o processo de inclusão sua irmã e já marcaram a visita domiciliar “não foi um processo demorado, o que demorou foi encontrar o NRAD, fiquei uns 06 meses “cambaleando” no sistema até conseguir entender e obter informações corretas.” É importante a família ser orientada no período de

alta da internação, evidenciado nas falas das duas cuidadoras, não há uma continuidade da assistência pós-hospitalar.

“Os enfermeiros e o médico do Hospital deveriam informar e orientar a família sobre os próximos passos da assistência, mesmo que o paciente não tenha os critérios do NRAD encaminha-lo para APS da forma correta”.
(Juliana, Cuidadora 02)

Pôde observar que as duas cuidadoras apresentaram a mesma forma de acesso ao serviço, não foram informadas da existência do programa na área hospitalar e buscaram a assistência indo ao serviço responsável pela internação domiciliar. Esse acesso mostra a dificuldade de comunicação que existe entre os serviços de saúde e profissionais dos níveis de atenção.

Starfield (2004) aponta o acesso como o uso oportuno do usuário nos serviços de saúde para alcançar os cuidados de acordo as suas necessidades com os melhores resultados possíveis, que possui relação com a resolubilidade e com os aspectos econômicos, culturais e funcionais de oferta de serviços. Portanto, há a necessidade de qualificar esse acesso abrangendo a organização e a dinâmica do processo de trabalho nos diferentes níveis de atenção.

Uma das maneiras de organizar o acesso nos serviços de saúde é o acolhimento, uma diretriz operacional para construir o processo de relação usuário-serviços, propiciando o vínculo entre a equipe e população e desencadear o cuidado integral ao paciente. Assim, é importante qualificar os trabalhadores para recepcionar, escutar, dialogar, orientar, negociar, amparar e atender (SOUZA et al, 2008).

Nota-se, portanto, que a ineficiência do sistema de referência e contrarreferência acometem o acesso dos usuários nos serviços de saúde, sendo menos resolutivo e eficiente. O reflexo disto é uma rede de atenção à saúde debilitada, não há vínculo entre os níveis de atenção e a sua estrutura não está desenvolvida como o preconizado pela Portaria N° 4.279 DE 2010, que estabelece a redes de atenção no Sistema Único de Saúde.

Segundo Ramos e Lima (2003), em seu estudo sobre acesso e acolhimento na unidade de saúde, evidenciam que a implantação de uma rede informatizada permitiria uma

comunicação melhor entre os níveis de complexidade e a qualificação da assistência prestada. Desse modo, os serviços de saúde garantiriam um acesso resolutivo, integrado e mais humanizado aos usuários.

A última cuidadora entrevistada foi Michele, tem 49 anos, dona do lar e é cuidadora do seu irmão que teve sequelas da Doença Meningite desde criança. Conta que seu irmão recebeu alta do NRAD em 2011 por ter apresentado o quadro estável a doença e foi admitido em 2009 por meio da enfermeira, amiga da família e trabalhava no NRAD, que comentou sobre o serviço e confirmou que seu irmão tinha os critérios para ser assistido pela internação domiciliar.

“[...]Foi por meio dessa minha amiga que conheci o NRAD, ela que se encarregou de fazer todo o processo de encaminhamento do meu irmão”.
(Michele, cuidadora 03)

Um pouco diferente dos casos de Ana e Juliana, Michele conheceu o serviço de atenção domiciliar por uma amiga que trabalhava no NRAD, que resolveu todos os procedimentos para a inclusão do paciente facilitando o acesso para o serviço. Porém, apresentou o desconhecimento do NRAD dentro da rede, como as outras cuidadoras, não sendo informadas pelos serviços que foram atendidos sobre a existência dessa assistência no SUS.

Proposta para a organização dos serviços de saúde: Formulário de Atenção Domiciliar

Segundo a Portaria nº 2.527/11, a Atenção Domiciliar deve ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção a Saúde com a APS ordenadora do cuidado e da ação territorial e além disso, articular-se com os outros pontos de atenção assegurando o diálogo entre os serviços e trabalhadores e a qualificação da assistência prestada de forma integrada.

Para a organização dos Serviços de Atenção Domiciliar é necessário induzir a pactuação de protocolos e fluxos com os pontos de atenção da rede com o intuito de realizar atendimentos sem intercorrências para exames, internações, insumos e outros serviços viabilizando o acesso do paciente na rede. A partir disso possibilita a articulação da AD com todos os serviços de saúde da rede assistencial (UBS, SAMU, UPA, Hospitais e outras especialidades) garantindo a resolução dos problemas e encaminhamentos quando for necessário (BRASIL, 2012).

O Manual de Atenção Domiciliar determina a construção de fluxos para definir quais os serviços de saúde contribui com à assistência do paciente, conhecer a população adscrita pelo processo de territorialização e quais equipes de referência complementam a assistência sem haver a sobreposição de ações. Portanto, pontua alguns aspectos que possa facilitar a construção de fluxos: elaborar formulários específicos que permita o indivíduo acesso a rede nos encaminhamentos e solicitação de exames com qualidade de informações no processo de fluxo e contrafluxo; ampliar a comunicação com os pontos de atenção utilizando instrumentos específicos e acordado previamente com as equipes; e realizar reunião periódica entre a equipe da AD com os pontos de atenção para melhorar o cuidado.

A proposta do fluxo contempla a Regional de Ceilândia e engloba dois serviços de saúde: a Atenção Primária a Saúde (Centros de Saúde) e a Internação Domiciliar (Núcleo Regional de Atenção Domiciliar-DF). Tem como objetivo reorganizar os serviços de saúde quanto a referência e contrarreferência a fim de estabelecer uma integração, comunicação e vínculo entre os serviços de saúde e garantir uma assistência contínua e integral ao paciente.

Atualmente, a referência e contrarreferência estão baseadas em processos informais por não existir um fluxo que evidencie o percurso do usuário na rede de serviços do SUS. Esses processos informais se caracterizam pelo contato telefônico, documentos ou memorando, na qual corrobora a ausência de comunicação e integração entre os serviços de saúde. Assim, ao longo da construção da proposta, contou-se com a participação dos

profissionais de saúde de cada serviço, entrevistando-os para conhecer a realidade das unidades de saúde e quais informações poderiam conter no instrumento para que o mesmo fosse adequado e pudesse ser operacionalizado com sucesso.

A referência, encaminhamento do paciente do CS para AD, não ocorre com frequência nos centros de saúde. Porém, os profissionais de saúde entrevistados nos CS salientaram a importância de estabelecer um fluxo entre esses dois serviços para que haja um maior conhecimento do trabalho prestado pelas equipes desde a identificação do paciente, distribuição de insumos, entre outros. Assim, mencionaram as seguintes informações para conter no formulário: dados pessoais e clínicos, histórico do paciente (doença e exames realizados), condições socioeconômicas da família, o cuidador responsável, qual a necessidade real do paciente, a equipe responsável pelo acompanhamento do paciente, evolução do paciente e a avaliação do NRAD quanto ao estado clínico do paciente (Escala de Cascavel e Grau de dependência).

A contrarreferência, é a volta do paciente para APS após ter alta da AD, é mais assídua no serviço devido a necessidade de atender a demanda reprimida. De acordo com os profissionais a necessidade desse fluxo é para viabilizar o processo de encaminhamento, responsabilizar o serviço a continuidade da assistência do paciente e sua família e estabelecer uma maior comunicação e um cuidado integral e contínuo. Citaram como dados para conter no formulário: dados pessoais, critérios assistências, administrativos, clínicos para inclusão do paciente, o motivo da alta e o relatório médico.

Nesse contexto, o formulário foi arquitetado em concordância com a análise e descrição da realidade dos serviços e com sugestões dos profissionais de saúde. Em seu conteúdo deverá abordar o número SES (facilitar o acesso dos profissionais às informações pelo sistema eletrônico), dados pessoais, equipe responsável pela sua assistência, CS da sua área de abrangência, história clínica, atendimentos recebidos e os critérios de inclusão e alta para fortalecer o processo de referência e contrarreferência e contribuir com a organização dos serviços de saúde.

Os dados de identificação são fundamentais para o profissional de saúde ter o conhecimento das principais informações para realizar a visita domiciliar, visto que foi apontado pelos profissionais a dificuldade de realizar encaminhamentos com ausência de endereços completos, o nome do paciente e número telefônico. Logo, essa parte do formulário

apresenta: nome do paciente, endereço, telefone, data de nascimento, idade, bairro, nome do cuidador, com quem mora, número do SES, Cartão do SUS, CS responsável pela sua área de abrangência, equipe responsável, se a sua área é cadastrada pelo CS e o ponto de referência.

Esses dados apresentam um dos critérios de inclusão do paciente para a atenção domiciliar, a presença do cuidador, que reconhece e responsabiliza a família sobre os cuidados do paciente. Assim, auxilia a equipe do NRAD a se aproximar da família já com informações prévias da estrutura familiar e da infraestrutura do domicílio, devido a observação desses aspectos pela equipe saúde da família.

Os dados clínicos abrangem o histórico do paciente fragmentando em partes, mas que se complementam: diagnóstico e o CID, quadro clínico (visão geral de como ocorreu a situação que acometeu o paciente ao estado de saúde), quais os procedimentos (exames e internações) que foram realizados e os medicamentos até então utilizados. Nesse momento do formulário é compreendido pelas equipes qual a real situação que o paciente se encontra e suas necessidades de saúde. Antes de descrever os dados clínicos, o profissional de saúde deverá indicar qual o motivo da visita domiciliar, se é por motivo de alta ou inclusão na AD, designando qual equipe irá preencher o NRAD ou ESF/EACS, respectivamente.

Durante esse preenchimento, o profissional da atenção primária identifica qual o grau de dependência do paciente correspondente a aplicação da Escala de Avaliação de Incapacidade Cascavel, que conhece a capacidade do paciente em realizar as Atividades da Vida Diária (AVD) e se o mesmo possui a pontuação mínima para ser assistido pela AD.

Posteriormente, o formulário contém um espaço designado com as informações da avaliação do paciente quanto a Escala de Cascavel e a Funcional e outro espaço para identificar qual o CS e equipe da saúde da família que realizou a visita domiciliar e preencheu o formulário ou se foi preenchido pelo NRAD em caso de alta do paciente da AD.

Para a realização da referência pelo formulário sugerido ao NRAD, a solicitação da atenção domiciliar deve ser pela atenção primária a saúde, seja pela equipe saúde da família/agentes comunitários, programas existentes no CS (diabético, hipertensos e idoso) ou por demanda espontânea originária da necessidade do paciente, família e vizinhos. A identificação desse paciente acamado está pautada na função da APS de territorialização, a adscrição do usuário aos serviços de saúde da sua área de abrangência, na qual o profissional

efetua o cadastro do usuário garantindo a vinculação e corresponsabilização da atenção às suas necessidades de saúde.

Nessa fase de cadastramento do paciente e da família, é possível que a equipe analise os dados clínicos (identificação de diagnósticos primários e secundários, história médica, exames, medicamentos e tratamentos utilizados no cuidado), aspectos sociais e ambientais do domicílio e observar a estrutura familiar quanto a compreensão da doença e habilidade em desenvolver os cuidados.

Com o paciente identificado e cadastrado, a equipe da saúde da família e agentes comunitários planeja a visita domiciliar para avaliar a necessidade do paciente quanto a sua solicitação de inclusão para a AD, que precisará explicar à família quais os critérios preconizados pela AD para inclusão. Assim, é essencial que os serviços de saúde conheçam a organização da AD na rede e que estejam pactuados previamente os protocolos e fluxos a fim de que o caminho do paciente na rede seja seguro, resolutivo e assegure a continuidade do cuidado (BRASIL, 2012).

O profissional da APS (enfermeiros ou agentes comunitários) preenche o Formulário de Atenção Domiciliar e encaminha para a Unidade de Saúde de Referência (NRAD), para a admissão do paciente nos serviços. Caso, o paciente não tenha indicação para a inclusão ao SAD, o Formulário será enviado ao NRAD informando os motivos da não inclusão do paciente a AD.

Na visita domiciliar pré-admissional do CS é imprescindível a presença do médico da família para o preenchimento do quadro clínico do paciente e do relatório médico com a solicitação da equipe sobre a inclusão do paciente. Os demais dados podem ser preenchidos pelos enfermeiros e agente comunitários. Após a avaliação do paciente e completado o formulário, a equipe contatará o NRAD caso o paciente tenha contemplado os critérios de admissão, executando a referência.

A equipe do NRAD ao receber o encaminhamento por meio do formulário enviado via malote, entrará em contato com família para marcar a visita admissional do paciente e planejará com a equipe EMAD completa como será o plano terapêutico do paciente. Nessa visita admissional, estará presente a equipe da APS, equipe do NRAD, o cuidador e o paciente a fim de constituir um relacionamento efetivo entre o usuário e os serviços e as equipes ESF/EACS e EMAD dentro da lógica assistencial.

Quanto à contrarreferência realizada pelo NRAD há a necessidade de formalizar esse processo com o fluxo e protocolos pré-estabelecidos com as equipes da APS e AD. Atualmente, esse fluxo é coordenado pelo NRAD da seguinte maneira: na pré-alta do paciente a equipe comunica a família o motivo e orientam sobre todo o processo, evidenciando a importância da continuidade da assistência para o paciente e o CS que será responsável em oferecer os cuidados; após contato com o CS e elucida sobre o caso por meio de um relatório médico e/ou via telefone.

Para o paciente assistido pelo NRAD e vinculado a alta, o enfermeiro da EMAD planejará a visita domiciliar para conhecer o paciente, a família e suas condições clínicas, juntamente com a equipe da saúde família, responsável pela continuidade da assistência após a alta. Os profissionais do NRAD irão preencher o formulário proposto e encaminhar a Unidade de Contrarreferência (APS).

Contudo, mesmo com os protocolos e fluxos pactuados com os serviços é necessário a comunicação das equipes por telefone, e-mail e/ou fax para a elaboração de planos terapêuticos integrados e discussão de casos admissionais e de alta, possibilitando um maior elo entre os pontos de atenção.

A AD deve ser estruturada em Redes de Atenção à Saúde, ter a APS sendo a ordenadora e coordenadora do cuidado e da ação territorial, articular com os outros pontos de atenção e concordar com os princípios acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência (BRASIL, 2013).

Deste modo, com o formulário os profissionais de saúde da AD e APS possuem um acesso às informações necessárias do paciente com mais facilidade, buscando sempre a solução que traga mais conforto, menor risco e que garanta ao indivíduo e a sua família a melhor assistência disponível. É um modo de organizar a rede de atenção à saúde constituindo um sistema de referência e contrarreferência e integrando os serviços de saúde.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA USUÁRIOS ACAMADOS
SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DOMICILIÁRIA

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

NOME:	<input type="text"/>		
DN:	<input type="text"/>	IDADE:	<input type="text"/>
		SEXO:	FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/>
ENDEREÇO:	<input type="text"/>		BAIRRO: <input type="text"/>
PONTO DE REFERÊNCIA:	<input type="text"/>	APOSENTADO (A):	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ESTADO CIVIL:	SOLTEIRO (A) <input type="checkbox"/>	CASADO(A) <input type="checkbox"/>	UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/>
	VIÚVO (A) <input type="checkbox"/>	DESQUITADO(A) <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/>
MORO SOZINHO (O):	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Nº DE FILHOS:	<input type="text"/>
CUIDADOR (A):	<input type="text"/>		GRAU DE PARENTESCO:
			FILHA (O) <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
SES Nº	<input type="text"/>	CARTÃO SUS Nº:	<input type="text"/>
PERTENCE A ÁREA DE COBERTURA	CSC <input type="checkbox"/>	Nº:	<input type="text"/>
	ESF <input type="checkbox"/>	EQUIPE Nº:	<input type="text"/>
	EACS <input type="checkbox"/>	EQUIPE Nº:	<input type="text"/>
CADASTRADO:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

II – MOTIVOS DA SOLICITAÇÃO DE VISITA DOMICILIÁRIA:

III – DADOS CLÍNICOS:

DIAGNÓSTICO (S):

CID:

QUADRO CLÍNICO:

RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

MEDICAMENTOS UTILIZADOS:

NECESSIDADES DE CUIDADOS ESPECIAIS:

DIETAS: INSUMOS: EQUIPAMENTOS: MEDICAMENTOS:

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

IV – USUÁRIO COM NECESSIDADES DE ACOMPANHAMENTO DOMICILIÁRIO:

SIM NÃO

CSC N°:

ESF EQUIPE N°:

EACS EQUIPE N°:

NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO PELO NRAD SIM NÃO

V- DADOS PARA ENCAMINHAMENTO AO NRAD:

REALIZADO PREENCHIMENTO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL CRUZ VERMELHA

ESPANHOLA: SIM NÃO RESULTADOS/ SCORE

REALIZADO PREENCHIMENTO ESCALA DE INCAPACIDADE FUNCIONAL (CASCAVEL - PR):

SIM NÃO RESULTADOS / SCORE

VISITA DOMICILIÁRIA REALIZADA:

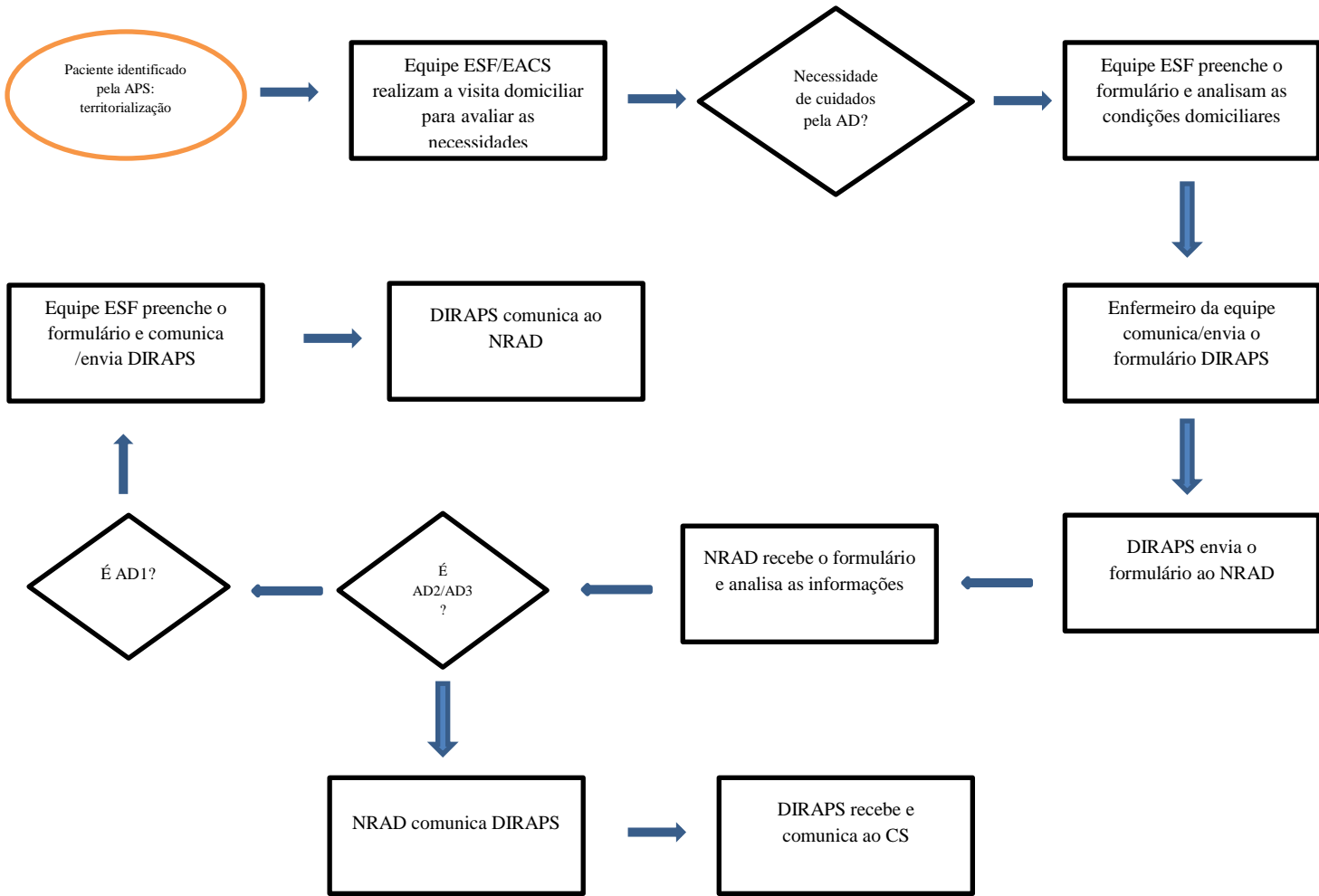
ENDEREÇO ENCONTRADO: SIM NÃO

DATA:

SERVIDOR (A) RESPONSÁVEL PELA VISITA DOMICILIÁRIA:

CSC ESF EQUIPE N°: EACS EQUIPE N°: NRAD

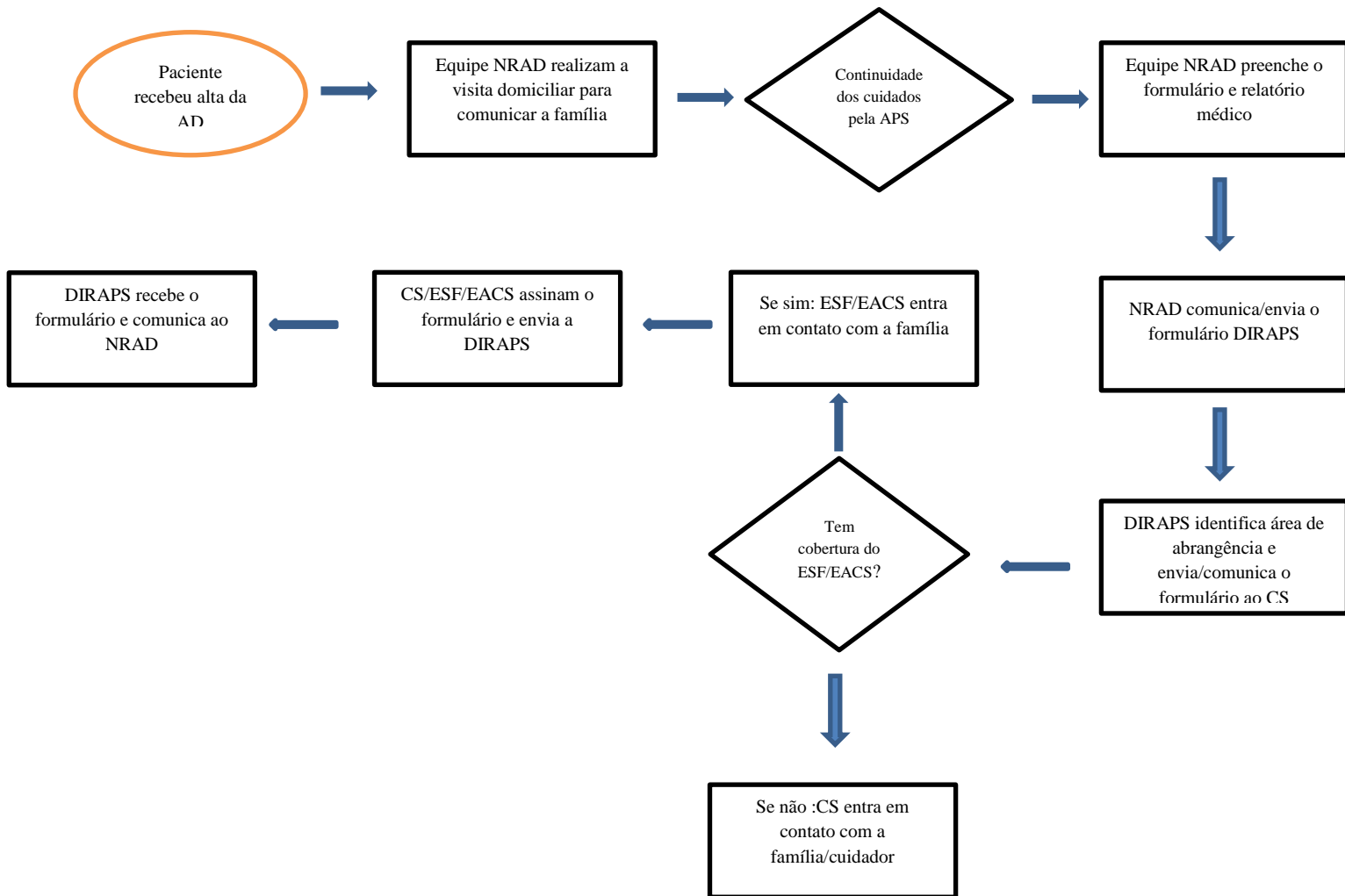
Percurso do Paciente Referenciado à Atenção Domiciliar



Roteiro para o Fluxo da Referência de Atenção Domiciliar

SUJEITO (S)	ATRIBUIÇÃO	OBSERVAÇÕES
Agentes Comunitários + Enfermeiros + Técnicos de Enfermagem	Identificam o paciente acamado na área de abrangência, demanda espontânea e programas específicos do CS. Efetuam o cadastramento e marcam uma visita domiciliar para a avaliação do paciente.	
Médico da Família + Enfermeiros	Preenchem o formulário com os dados clínicos do paciente, assinam e datam. Analisam com os agentes comunitários as condições do domicílio e socioeconômicas e a estrutura familiar	O Formulário impresso deve está disponível no Centro de Saúde.
Enfermeiros	Entrega o Formulário devidamente preenchido à Diretoria de Atenção Primária a Saúde (DIRAPS)	
DIRAPS	Recebe o Formulário preenchido; Confere seu preenchimento, assina e data (recebimento). Encaminha o formulário para: <ul style="list-style-type: none"> • NRAD 	Formulário poderá ser enviado por fax ou e-mail com arquivo digitalizado. Necessário uma cópia do formulário em cada unidade de saúde.
NRAD	O paciente já vem classificado (AD1, AD2, AD3) pela Escala Cascavel, avaliado pela equipe saúde da família. Se o paciente AD2 ou AD3: entram em contato com família e cuidador, planejam a visita domiciliar para a sua admissão. Encaminham para a DIRAPS, datado e assinado	
DIRAPS	Recebe a cópia do formulário e encaminha para o CS.	

Percurso do Paciente Contrarreferenciado à Atenção Primária à Saúde



Roteiro para o Fluxo da Contrarreferência de Atenção Domiciliar

SUJEITO (S)	ATRIBUIÇÕES	OBSERVAÇÕES
NRAD	<p>Solicita a alta do paciente.</p> <p>Comunica a família, esclarecendo os motivos e a continuidade da assistência.</p> <p>Preenche o formulário e anexa um relatório médico.</p> <p>Encaminha para a DIRAPS.</p>	<p>Formulário poderá ser enviado por fax ou e-mail com arquivo digitalizado.</p> <p>Necessário uma cópia do formulário em cada unidade de saúde.</p> <p>O Formulário impresso deve está disponível no NRAD.</p>
DIRAPS	<p>Recebe a cópia do formulário;</p> <p>Confere seu preenchimento no momento do recebimento, data e assina.</p> <p>Identifica o CS responsável pela área de abrangência do domicílio.</p> <p>Encaminha ao CS.</p>	
CS/ESF/PACS	<p>Recebe a cópia do formulário.</p> <p>Entra em contato com o NRAD e agenda juntamente com a equipe a visita domiciliar para a alta domiciliar.</p>	
CS/ESF/PACS + NRAD	<p>Realizam a visita domiciliar.</p> <p>NRAD apresenta a família à equipe CS/ESF/PACS e</p>	

	<p>orientam sobre os cuidados e o plano terapêutico realizado no paciente.</p> <p>Preenchido o formulário, datam e assinam e encaminham para a DIRAPS.</p>	
DIRAPS	<p>Recebe o formulário, data e assina.</p> <p>Conhece o serviço que ficou responsável pelo acompanhamento do paciente.</p>	

Capítulo IV- Considerações Finais

A organização dos serviços de saúde deve se caracterizar por uma Rede de Atenção à Saúde resolutiva, eficiente e que integre os diversos pontos de atenção coordenados para prestar uma assistência contínua e integral a uma determinada população. Porém, a realidade do Sistema Único de Saúde é de serviços e ações de saúde fragmentadas, caracterizando um atendimento à saúde isolado e pouca comunicação com os níveis de complexidade.

A pesquisa revelou a existência de deficiências no que diz respeito às condições operacionais necessárias para o bom funcionamento do Sistema de Referência e Contrarreferência entre a Internação Domiciliar e a Atenção Básica. Na Regional de Ceilândia, há uma comunicação, integralidade e conhecimento do trabalho pelas equipes dos serviços deficiente, contribuindo para ações de saúde desarticuladas, usuários dos serviços perdidos na rede sem informações adequadas e orientações sobre a continuidade da assistência.

Evidencia-se que o encaminhamento que vêm sendo desenvolvido aos pacientes que necessitam dos cuidados da internação domiciliar está direcionado para aqueles que procuram os serviços na Unidade Básica de Saúde e o seu processo se baseia informalmente pelas relações interpessoais, por telefone, e-mail e memorandos. Do mesmo modo, ocorre no processo de alta do paciente em cuidados domiciliares para a continuidade pela atenção básica. Por isso, a necessidade de implementar um formulário e um fluxo que organize a atenção domiciliar e responsabilize os serviços de saúde quanto à assistência.

Os relatos tanto dos profissionais como dos cuidadores apontaram a falta de informações sobre o NRAD, pelos usuários havia o desconhecimento da existência do programa e pelos profissionais as informações sobre o programa quanto ao seu processo de trabalho e usuários assistidos eram incompletas ou não compreendiam completamente a organização do serviço. Essas questões remetem aos pressupostos de que a referência e contrarreferência não acontecem somente pela dificuldade de acesso ou da efetividade da APS, mas também pela relação ineficiente do serviço com os pontos de atenção da rede de atenção do SUS.

Apesar do discurso vigente de que APS funciona como porta de entrada e tem função de ordenar, coordenar, comunicar e resolver a maioria dos problemas de saúde da população,

este estudo demonstra que não é o que vem ocorrendo no SUS, a maioria dos usuários conhece e adentra na internação domiciliar por demanda espontânea, é uma das formas de acesso que confirma a ausência de comunicação entre os serviços e de informações a assistência que pode ser oferecida ao paciente acamado.

Os resultados do estudo são extremamente relevantes quando se considera a modalidade AD como uma alternativa para a mudança do modelo hegemônico vigente e para organizar a rede de atenção à saúde. Nesse sentido, este trabalho aponta a necessidade de introdução de medidas, tanto pela gestão dos serviços de atenção domiciliar e da atenção básica, para a melhoria do sistema de referência e contrarreferência pautado pelas lógicas e princípios do Sistema Único de Saúde e por uma assistência contínua e integral ao usuário.

Desse modo, o Formulário de Avaliação para os pacientes acamados, proposto no trabalho, é fundamental para instituir o fluxo, a comunicação e integrar os serviços de atenção básica e atenção domiciliar. É um protocolo que visa contribuir de forma positiva com o processo de atendimento domiciliar nos serviços de saúde. Com o intuito de viabilizar o encaminhamento do usuário e permitir a criação de vínculos, a integralidade e a sistematização das ações, visando, sobretudo, a prestação de uma assistência de qualidade, integral e contínuo e um acesso facilitado aos serviços.

Esse formulário pretende organizar os serviços de saúde e constituir uma efetiva Rede de Atenção a Saúde a partir da articulação e integração entre os profissionais de saúde dos serviços, usuários e níveis de complexidade. Portanto, sabe-se que para a referência e contrarreferência assegurar a continuidade da assistência, torna-se necessário desenvolver um trabalho articulado e participativo mantendo uma relação horizontal entre as unidades de saúde.

Assim, a resolubilidade dos serviços de atenção domiciliar está relacionada com a capacidade de realizar uma referência e contrarreferência efetiva por meio de protocolos/fluxos pactuados e uma parceria com a atenção básica no que tange ao seu processo de trabalho de territorialização e coordenação dos cuidados para os pontos de atenção. Essa parceria deve ser pautada em ações integradas que contemplem estratégias de captação, identificação de pacientes elegíveis para a AD, busca ativa e avaliação dos

pacientes, impactando na otimização dos fluxos na rede, na resolutividade do cuidado e na comunicação com os serviços de saúde.

De acordo a pesquisa e a proposta apresentada nesta monografia, algumas recomendações podem ser interessantes para contribuir na configuração da referência e contrarreferência entre a atenção domiciliar e atenção primária por meio do fluxo e do formulário desenvolvido. Tais como: implementação do formulário no Sistema Único de Saúde após um estudo de validação aplicado nos serviços de saúde; reuniões periódicas entre as equipes da atenção básica e da atenção domiciliar para a discussão dos casos clínicos; capacitar os profissionais da atenção básica quanto aos aspectos gerenciais e assistências da atenção domiciliar; incentivar e valorizar a comunicação e o vínculo entre os serviços, profissionais e usuários; fortalecer a parceria com os outros pontos de atenção; reavaliar a capacidade gerencial no que tange a disponibilização de recursos materiais e pessoal, em que foi apontado como um entrave para a organização dos serviços.

Por fim, a atenção domiciliar é uma alternativa para a reorganização do sistema de saúde por resgatar os princípios doutrinários do SUS (universalidade, integralidade e equidade), proporcionar ações mais integrais ao indivíduo e à família e uma integração entre os diversos pontos de atenção. Porém, ainda apresenta limites na organização em redes de atenção, sendo necessário qualificar à assistência com ênfase na integralidade e sistematização das ações com os demais serviços de saúde e de uma atenção primária qualificada e resolutiva.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia. Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar: aspectos da visita domiciliária. **Revista APS**. 2011 out/dez; 14(4): 472-480

ABRAHÃO, Ana Lúcia ; SILVA, D. S. ; SOUZA, Ândrea Cardoso de . Visita Domiciliar: Um dispositivo de atenção em saúde. In: Ana Lúcia Abrahão; Ândrea Cardoso de Souza; Dalvani Marques. (Org.). **Estratégia Saúde da Família: desafios e novas possibilidades para a Atenção Básica em Saúde**. 01ed. Niterói: EDUFF, 2012, v. 01, p. 75-90.

_____. Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde. **Informe-se em promoção de saúde**. 2007, v. 3, n.1, p. 1- 3.

AMARAL, NN; CUNHA, MCB; LABRONICI, RHD; OLIVEIRA, ASB; GABBAI, AA. Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Rev Neurociencias**. 2001;9(3):111-17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS-GM nº 2.527, De 27 de Outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial da União de nº 208**, de 28/10/2011. Seção 1, pág. 44.

_____.Ministério da Saúde. Lei nº. 10.424 de 15 de Abril de 2002. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, de 16 abr. 2002a.

_____.Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : **CONASS**, 2007. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8).

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 11, de 26 de Janeiro de 2006b. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 30 jan. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2012.110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa agentes comunitários de Saúde (PACS)/ Ministério da Saúde. Secretaria Executiva—Brasília: **Ministério da Saúde**, 2001, 40 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012. 2 v. : il.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 89.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O estado e as Redes de Atenção à Saúde – 1ª Mostra Nacional de Experiências / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : **CONASS**, 2012.318 p. – (CONASS Documenta, 25)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.529 de 19 de Outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Disponível em: http://portalweb05.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2529_institui_a_internacao_domiciliar.pdf. Acesso em 10 de março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de instrução melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 31p.

BARROS, Leny Nunes de. **Atenção domiciliar da regional de saúde de Sobradinho/DF: perfil clínico-epidemiológico de pacientes, análise de sobrevivência e fatores associados com doenças infecciosas e óbito, no período de 2003 a 2010**. Dissertação (mestrado)- Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina, Núcleo de Medicina Tropical, Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, 2012, 131 p.

CARLETI, SMM; REJANE, MI. “Atenção domiciliar ao paciente idoso”. In: Papaléo Netto. Manual de Gerontologia. São Paulo: **Ed. Atheneu**; 1996. p. 415-430.

COSTA, GD; COTTA, RM; FERREIRA, MLS; REIS, JR; FRANCESCHINI, SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm** 2009; 62:113-8.

DIAS, Valdecir Ávila. **REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA: Um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência**. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialista em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012. 38 p.

SCOREL, S; GIOVANELLA. L; MENDONÇ, MHM; SENNA, MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, 2007 21(2): 164-176.

FABRÍCIO S, WEHBE G, NASSUR, F; ANDRADE J. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Rev. Latino-am Enfermagem** 2004;12(5):721-6.

FEUERWERKER, LM; MERHY, EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**. 2008; 24(3):180-9

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

FRATINI, J. R. G. **Avaliação de um programa de referência e contrarreferência em saúde**. [Dissertação]. Universidade do Vale do Itajaí. Centro de Ciências da Saúde, 2007. Disponível em: <http://www6.univali.br/tede/tde_arquivos/4/TDE-2008-02-21T133636Z-5/Publico/Juciane%20Rosa%20Gaio%20Fratini.pdf> Acesso em : 09 maio 2013.

FRATINI, JRG; SAUPE, R; MASSAROLI, A. Referência e contra-referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciênc Cuid Saúde** [periódico online].2008, 7(1): 065-072.

GIACOMOZZI, CM; LACERDA, MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. 2006 Out-Dez; 15 (4): 645-53.

GIL, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad Saúde Pública**. 2006; 22(6):1171-1181.

GONCALVES, Rebeca Jesumary; SOARES, Roberta de Almeida; TROLL, Thaís ; CYRINO, Eliana Goldfarb. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2009, vol.33, n.3, pp. 382-392.

GUEDES, Luciene Corado. **Perfil dos cuidadores informais de idosos atendidos por um NRAD do Distrito Federal**. Dissertação (mestrado) Universidade Católica de Brasília, 2012, 99f.

KERBER, Nalú Pereira da Costa; KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso; CEZAR-VAZ, Marta Regina. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, n.3, pp. 485-493.

_____. Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira. **Acta paul. enferm.** [online]. 2010, vol.23, n.2, pp. 244-250.

OLIVEIRA, SG; QUINTANA, AM; DENARDIM-BUDÓ, ML; MORAES, NA; LUDTKE, MF; CASSEL, PA. Internação domiciliar do paciente terminal: o olhar do cuidador familiar. **Rev Gaúcha Enfermagem**, 2012, 33(3):104-110.

OLIVEIRA, EM; SPIRI, WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**. 2006 Dez-Fev; 40(4):727-33.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p.: il. (NAVEGADORSUS, 2).

LACERDA, Maria Ribeiro; GIACOMOZZI, Clélia Mozara; OLINISKI, Samantha Reikda; TRUPPEL, Thiago Christel. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saude soc.** [online]. 2006, vol.15, n.2, pp. 88-95.

MACHADO, L. M.; COLOMÉ, Juliana Silveira ; BECK, Carmem Lúcia Colomé . Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e contra-referência: um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem da UFSM (REUFSM)**, v. 1, p. 31-40, 2011.

MARQUI, T. B. A.; DARIELLI, J. C A.; RESTA, G. COLOMÉ, S. C. I.; ROSA, N.; ZANON, T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 44, n. 4, p.956-961, dez. 2010.

MAUCHLE, VPV. **O programa de internação domiciliar do Estado da Bahia**: um estudo sobre sua avaliabilidade. Dissertação (mestrado) Universidade Federal da Bahia, 2010, 90f.

MENDES, E. V. Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: **Escola de Saúde Pública do Ceará**; 2002. 92 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, 512 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 549 p.: il.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

POLIT, D, F; HUNGLER, B, P; Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3º ed. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 1995. 391p.

RAMALLO, VJG; TAMAYO, MIP. Historia de la hospitalización a domicilio. **Hoechst Merck**, Espanha. 1998 pp. 13- 22. In MDD Glez (coord) .

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2003, vol.19, n.1, pp. 27-34.

REHEM, TCMSB; TRAD, LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência Saúde Coletiva**. 2005;10 (Supl):231-42.

RIBEIRO, C. A. Assistência domiciliar: uma ‘nova’modalidade de atenção à saúde, 2004. Disponível em: <http://www.unimeds.com.br/conteúdo/ME01.htm>. Acessado em: 10 de maio de 2013.

RIBEIRO, EM; PIRES, D; BLANK, VLG. A teorização sobre processode trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**.2004;20(2):438-46.

RICHARDSON, Roberto Jaury e colaboradores. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1985.

- SERAFIM, PA; RUBENS, BAR. Internação Domiciliar no SUS: breve histórico e desafios sobre sua implementação no Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**. Brasília, 2011; 22(2): 163-168.
- SILVA, KL; SENA, RR; SEIXAS, CT; FEUERWERKER, LCM; MERHY, EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**. 2010; 44 (1): 166-76.
- SILVA, KL; SENA, R; LEITE, JCA; SEIXAS, CT; GONÇALVES, AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev Saude Publica**. 2005; 39(3):391-7.
- SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s100-s110.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde**; 2004, 726 p.
- TAVOLARI, CEL.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do 'Home Health Care' no Brasil. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 9, p.15-18, out./dez. 2000.
- VERGARA, Sylvia Constant. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 6. ed. São Paulo: **Atlas**, 2005.

Anexo I- Roteiro de Pesquisa para os Pacientes Acamados (Cuidadores)

1. NOME (OPCIONAL):
2. IDADE:
3. PROFISSÃO:
4. CS RESPONSÁVEL POR SUA ÁREA DE ABRANGÊNCIA:
5. QUADRO CLÍNICO DA PACIENTE:
6. FICOU INTERNADA NO HOSPITAL? SE SIM, QUANTAS VEZES?
7. AO RECEBER ALTA, QUAL FOI O PROCEDIMENTO QUE TIVERAM? O QUE EXPLICARAM SOBRE O PRÓXIMO PASSO DA ASSISTÊNCIA? FOI FEITO ENCAMINHAMENTO PARA ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE? SE SIM, COMO (POR DOCUMENTOS OU CONTATO PROFISSIONAL)?
8. COMO TOMOU CONHECIMENTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR (NRAD)?
9. CASO, NÃO TENHA SIDO REALIZADO O ENCAMINHAMENTO PARA O NRAD PELO HOSPITAL, COMO QUE VOCÊ ESTÁ BUSCANDO QUE SEU PARENTE SEJA ASSISTIDO POR ESSE SERVIÇO?

Anexo II- Questionário para os profissionais de saúde que fazem parte ou não da Estratégia Saúde da Família/ Estratégia Agente Comunitários de Saúde

PROFISSÃO: _____

1. SÃO REALIZADAS MUITAS VISITAS DOMICILIARES PARA PACIENTES CRÔNICOS (ACAMADOS) NO CENTRO DE SAÚDE?
() SIM () NÃO QUANTAS EM UM MÊS?
2. COMO É REALIZADO A ASSISTÊNCIA DOS PACIENTES CRÔNICOS (ACAMADOS) PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA?
3. EXISTE UM REGISTRO DESSES PACIENTES (ACAMADOS) NOS CS? SE SIM, COMO QUE É FEITO?
4. COMO VOCÊS ENCONTRAM ESSES PACIENTES CRÔNICOS (ACAMADOS) NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE SUA EQUIPE?
COMO OCORRE O ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE QUE NECESSITA DOS CUIDADOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR?
5. QUAL É O TEMPO DE ESPERA, EM MÉDIA, DE O PACIENTE SER ASSISTIDO PELA ATENÇÃO DOMICILIAR?
6. DESCREVA COMO SERIA O FLUXO DO PACIENTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA QUE NECESSITA DA ATENÇÃO DOMICILIAR?
EM SUA OPINIÃO, SE FOSSE PROPOSTO UM INSTRUMENTO DE ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES CRÔNICOS PARA ATENÇÃO DOMICILIAR, QUAIS INFORMAÇÕES SERIAM IMPORTANTES CONTER NO INSTRUMENTO?

SE VOCÊ DESEJAR COMPLEMENTAR A ENTREVISTA COM OUTRA INFORMAÇÃO:

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

Anexo III- Questionário para os profissionais de saúde do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar

PROFISSÃO: _____

1. COMO É REALIZADO A ASSISTÊNCIA DOS PACIENTES CRÔNICOS (ACAMADOS) PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA?
2. QUANTAS VISITAS SÃO REALIZADAS AOS PACIENTESW (EM MÉDIA)
3. EXISTE UM REGISTRO DESSES PACIENTES (ACAMADOS) ?
4. COMO VOCÊS ENCONTRAM ESSES PACIENTES CRÔNICOS (ACAMADOS) ?
5. COMO OCORRE O ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE QUE NECESSITA DOS CUIDADOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR? (Atenção Primária \leftrightarrow Atenção Domiciliar)
6. EXISTE UM FLUXO DO PACIENTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA QUE NECESSITA DOS CUIDADOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR?
7. HÁ COMUNICAÇÃO E INTEGRALIDADE COM OS OUTROS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE?
8. EM SUA OPINIÃO, SE FOSSE PROPOSTO UM INSTRUMENTO DE ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES CRÔNICOS PARA ATENÇÃO DOMICILIAR, QUAIS INFORMAÇÕES SERIAM IMPORTANTES CONTER NO INSTRUMENTO?

SE VOCÊ DESEJAR COMPLEMENTAR A ENTREVISTA COM OUTRA INFORMAÇÃO:

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

Anexo IV- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**Título do projeto de pesquisa:** Atenção Domiciliar.**Orientador:** Profª Carla Pintas**Estudante responsável:** Samira Yusef Ali

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Atenção domiciliar: proposta de um instrumento de encaminhamento para a melhoria da organização dos serviços de saúde”, de responsabilidade de Carla Pintas, docente da Universidade Brasília. O objetivo desta pesquisa é propor um instrumento de encaminhamento para pacientes crônicos, da Regional de Ceilândia/DF, que necessitam de uma assistência contínua e integral pela Atenção Domiciliar.

Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários e entrevistas ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas. É para este procedimento que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Espera-se com esta pesquisa compreender as perspectivas e visões que poderão contribuir para a construção do instrumento de encaminhamento para pacientes crônicos que necessitam de uma assistência contínua e integral pela Atenção Domiciliar (AD). Assim como cooperar para a melhoria da organização da assistência e dos serviços de saúde

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Universidade de Brasília/ Faculdade Ceilândia, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Qualquer dúvida em relação à pesquisa ou se desejar entrar em contato com a pesquisadora utilize o e-mail: carlapintas@unb.br ou ligue para (61) 99870313. Poderá também entrar com o Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS (telefone: 33254955 ou e-mail: cepesdf@saude.df.gov.br). Sua assinatura abaixo significa que você leu este consentimento, esclareceu suas dúvidas e concordou em participar nos termos indicados.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o senhor(a).

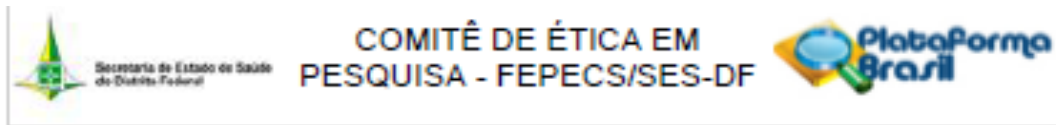
Agradecemos por seu interesse e disponibilidade em participar da pesquisa!

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador

Brasília, ____ de _____ de _____

Anexo V- Parecer Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção Domiciliar: proposta de Instrumento para organização dos serviços

Pesquisador: Carla Pintas Marques

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 12931913.2.0000.5553

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO DE ENSINO PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

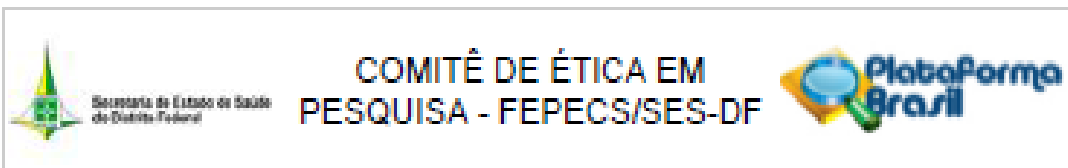
Número do Parecer: 284.583

Data da Relatoria: 27/05/2013

Apresentação do Projeto:

A atenção domiciliar é concebida como a continuação dos cuidados à saúde, que inclui ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio. Esta tem o intuito de propagar a desospitalização nos casos de internação prolongada, otimizar os resultados e custos-benefícios em saúde e realizar as ofertas das ações em saúde no Sistema Único de Saúde brasileiro. Um dos desafios do sistema público é integrar a atenção domiciliar a atenção à saúde do sistema com outros pontos da atenção básica, estruturada na perspectiva de Redes de Atenção à Saúde, construindo um sistema de referência e contra-referência. O projeto tem como objetivo propor um Instrumento de encaminhamento para pacientes crônicos, da Regional de Ceilândia/DF, que necessitam de uma assistência contínua e integral pela Atenção Domiciliar (AD). É um estudo de caráter descritivo e intervencionista de

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br



Continuação do Parecer: 204.503

abordagem quanti-qualitativa, para a análise do objeto de trabalho será realizada uma entrevista semiestruturada por meio de um questionário, com questões abertas, para os profissionais dos Centros de Saúde da Regional de Ceilândia- DF.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Propor um Instrumento de encaminhamento para pacientes crônicos, da Regional de Ceilândia/DF,

Objetivo Secundário:

- Compreender como os profissionais de saúde realizam o encaminhamento do indivíduo para AD;
- Identificar os indivíduos que necessitam dar continuidade do tratamento em domicílio pela AD;
- Identificar o tempo de espera para o paciente ser atendido pela AD;
- Aplicar o instrumento em pelo menos 5 pacientes para a validação do mesmo;
- Estabelecer o fluxo da atenção primária e atenção domiciliar que necessitam de uma assistência contínua e integral pela Atenção Domiciliar (AD).

Objetivo Secundário:

- Compreender como os profissionais de saúde realizam o encaminhamento do indivíduo para AD;
- Identificar os indivíduos que necessitam dar continuidade do tratamento em domicílio pela AD;
- Identificar o tempo de espera para o paciente ser atendido pela AD;
- Aplicar o instrumento em pelo menos 5 pacientes para a validação do mesmo;
- Estabelecer o fluxo da atenção primária e atenção domiciliar.

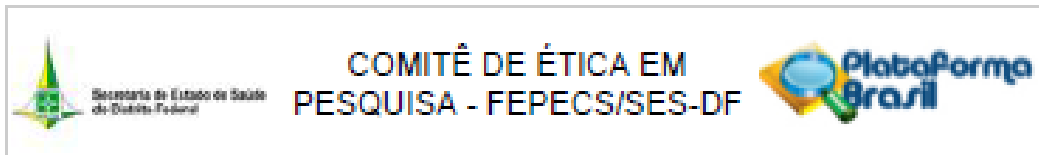
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Possibilitar à atenção básica o uso de um instrumento facilitador para identificação de pacientes crônicos, que necessitam de assistência contínua e integral da Atenção Domiciliar

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A atenção domiciliar tem se desenvolvido no Brasil como um modelo de atenção voltado para o cuidado em saúde no domicílio, na qual estabelece a assistência contínua e integral para o paciente e sua família, possui custos menores que a atenção hospitalar e uma preocupação com a humanização da assistência. Esta possibilita a desospitalização do paciente que se encontram internados nos serviços de saúde, evita hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto socorro e apoia as equipes saúde da família no cuidado a aqueles pacientes que necessitam de atenção à saúde prestada no domicílio (BRASIL, 2012). Desse modo, a escolha do tema foi influenciada pela experiência no Estágio Supervisionado de

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-004
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (51)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br



Continuação do Parecer: 204.503

Saúde Coletiva I no projeto de intervenção desenvolvido no Centro de Saúde nº 08, e pela participação em um projeto de extensão na área de atenção domiciliar (Melhor em casa: desospitalizando pela atenção no domicílio, na qual a partir da vivência no cotidiano dos serviços foi observado a necessidade desenvolver uma abordagem que estimula a ação Intersetorial e Interações entre trabalhadores e usuários nos serviços de saúde. A AD precisa ser integrada a Rede de Atenção a Saúde para que assegure ao paciente acesso aos serviços de saúde, a integralidade do cuidado e a universalidade. Isso é evidenciado na Portaria nº 2.527/11, a que define a organização da AD no âmbito do Sistema Único de Saúde, expõe que os serviços de AD tem a função de cuidar dos pacientes em domicílio, de colaborar a fazer a gestão do cuidado destes e executar a articulação dos níveis de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As Pendências foram atendidas.

Recomendações:

Apresentar Relatório Final ao término do Projeto através da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 27 de Maio de 2013

Assinado por:
Luiz Fernando Galvão Salinas
 (Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-004
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (51)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br