

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE

ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR COM ÊNFASE EM GESTÃO DE
REDES

O IMPACTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA SAÚDE DE PESSOAS
PORTADORES DE INCAPACIDADES

KAREN COSTA CARVALHO

ORIENTADORA: PROF. ADELAIDE LÚCIA KONZEN

PORTO ALEGRE

2015

KAREN COSTA CARVALHO

**O IMPACTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA SAÚDE DE PESSOAS
PORTADORAS DE INCAPACIDADES**

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Domiciliar com Ênfase em Gestão de Redes da Escola GHC em parceria com o IFRS, como requisito para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof. Adelaide Lúcia Konzen

PORTO ALEGRE

2015

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Cronograma.....
Quadro 2 – Recursos necessários.....

LISTA DE ABREVIATURAS

- SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- UBS - Unidade Básica de saúde
- AD - Atenção Domiciliar
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

RESUMO

O envelhecimento da população aponta a necessidade de reorganizar o modelo de atenção à saúde desse grupo etário, especialmente àqueles portadores de incapacidades. Para atender essa demanda surge o Serviço de Atenção Domiciliar, um serviço de caráter complementar ou substitutivo. O objetivo deste projeto de intervenção é elaborar questionários e aplicar aos idosos portadores de incapacidades, para avaliar o impacto que o serviço de atenção domiciliar teria na qualidade da assistência em saúde desses usuários, e levantar dados para subsidiar a implantação do serviço no município.

PALAVRAS CHAVES: Assistência domiciliar. Atenção Primária à Saúde. Idoso.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 PROBLEMA.....	7
3 JUSTIFICATIVA.....	8
4 OBJETIVOS.....	10
4.1 OBJETIVO GERAL.....	10
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
6 METODOLOGIA.....	15
7 CRONOGRAMA.....	16
8 RECURSOS NECESSÁRIOS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

Este projeto de intervenção é pré-requisito para a conclusão do curso de Especialização em Atenção Domiciliar com Ênfase em Gestão de Redes – *Lato Sensu*, promovido pelo Centro de Educação Tecnológico e Pesquisa em Saúde – Escola GHC, em parceria com o Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS).

As mudanças ocorridas na sociedade, especialmente o envelhecimento da população, apontam para uma necessidade de reorganizar o modelo de atenção à saúde, de maneira a garantir o atendimento adequado às necessidades de saúde dessa população.

Nesse sentido surge a Atenção Domiciliar, que de acordo com a Portaria 963, de 27 de maio de 2013, se constitui como uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, que caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas no domicílio, com garantia de continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013).

Configura-se como atividade a ser desenvolvida na atenção básica pelas equipes de atenção básica e pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) para atender pessoas incapacitadas ou com dificuldade de locomoção. O processo do cuidado na atenção domiciliar está relacionado diretamente com aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência (BRASIL, 2012)

2 PROBLEMA

Necessidade de qualificar o cuidado no domicílio para pessoas portadoras de incapacidades.

3 JUSTIFICATIVA

O cuidado prestado pelos serviços de saúde existentes no município aos idosos e portadores de incapacidades restritos ao leito não dá conta da demanda que aumenta.

Thumé, Elaine et al (2010) em estudo realizado com idosos, conclui que dos 1593 indivíduos pesquisados, 95% avaliaram positivamente o serviço de atenção domiciliar recebido; e 2/3 dos idosos referiram ter melhorado as condições de saúde com o atendimento domiciliar.

O município de Canoas possui uma população, segundo o censo de 2010, de 323.827 habitantes (IBGE, 2010), e população estimada em 339.979 habitantes (IBGE, 2013). Destes, 11,46% é constituída por população idosa (60 anos ou mais).

De acordo com os dados do Instituto Canoas XXI (2012), o município conta com 52% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família, com objetivo de chegar à 80% até o final deste ano.

O município de Canoas está dividido em 5 quadrantes: Noroeste, Nordeste, Centro, Sudoeste e Sudeste. A UBS na qual atuo está localizada no quadrante noroeste, com 100% de cobertura de ESF.

A equipe na qual realizo minhas atividades está dividida em seis micro equipes, prestando atendimento à aproximadamente 4.989 habitantes, destes 589 constituída por população idosa. Dentre estes, 59 estão restritos ao leito ou impossibilitados de comparecer à UBS, o que representa 10% da população idosa da equipe. Sem levar em consideração os pacientes que estão acamados e que não pertencem a essa população, mas que necessitam de um cuidado no domicílio.

Considerando que a equipe de ESF em questão tem disponível em agenda somente meio turno para realizar visitas domiciliares (duas visitas por semana), que há impossibilidade de aumentar essa agenda pela dificuldade em conseguir transporte, e que não é possível realizar as visitas sem veículo pela distância entre o território e a UBS; a equipe fica restrita a realizar, em casos de necessidades, uma visita domiciliar mensal para cada paciente.

A partir da realidade vivenciada no cotidiano de trabalho, acompanhando a necessidade dos pacientes, surge o interesse em elaborar instrumentos de coleta de dados para avaliar o impacto que o Serviço de Atenção Domiciliar causaria na qualidade da assistência em saúde no município de Canoas

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Qualificar o cuidado prestado no domicílio aos idosos e portadores de incapacidades.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a realidade das pessoas portadoras de incapacidades residentes no município de Canoas;
- Realizar levantamento das necessidades em saúde desta parcela da população para prover o cuidado em casa;
- Divulgar os resultados obtidos para que o município tenha subsídios para a implantação do Serviço de Atenção Domiciliar.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Apesar dos avanços em termos legislativos, quanto ao papel do Estado na proteção da saúde da população idosa, e a implantação da ESF, a prática do cuidado ainda é insatisfatória, tendo em vista que as políticas públicas não conseguiram atender as demandas de saúde dessa população nem mesmo acompanhar o crescimento desse grupo etário (WENDT, CASSIA JORDANA KRUG et al, 2015).

A atenção domiciliar surge como uma modalidade de cuidado que tem por objetivo suprir as necessidades de cuidados permanentes, tanto aos pacientes terminais, quanto aos doentes crônicos, evitando assim as internações hospitalares que expõem esses indivíduos a risco de infecções, bem como o distanciamento do seu ambiente familiar (OLIVEIRA, STEFANIE GRIEBELER et al, 2012).

Brondani, Cecília Maria et al (2010) em estudo realizado em um serviço de internação domiciliar vinculado à um hospital público, conclui que o domicílio torna-se um espaço privilegiado para o cuidado, caracterizado pela preocupação com a integralidade do sujeito e de valorização da subjetividade do indivíduo.

Realizar o atendimento no domicílio representa maior conforto aos pacientes, entretanto exige que a equipe consiga adaptar-se às condições oferecidas para exercer os cuidados, que nem sempre são as mais adequadas, mas aquelas disponíveis no momento.

Conforme definição da portaria 963/2013, a atenção domiciliar é uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes; tem como objetivo reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas em reduzir a demanda por atendimento hospitalar e/ou redução no período de internação hospitalar, humanização da atenção e ampliação da autonomia dos usuários.

A atenção domiciliar está dividida em três modalidades definidas através da caracterização do paciente, do tipo de atenção e dos procedimentos necessários para a realização do cuidado:

- Modalidade AD1 – Atenção Básica: destina-se à pacientes que possuem problemas de saúde controlados e com dificuldade de locomoção ou

restritos ao leito; e/ou pacientes que necessitam de cuidados de menor intensidade, incluindo os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menos necessidade de recursos de saúde e de acordo com a capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que constituem a atenção básica.

- Modalidade AD2 – Serviço de Atenção Domiciliar: destina-se à pacientes que possuem problemas de saúde e dificuldade de locomoção ou restritos ao leito e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da atenção básica.
- Modalidade AD3 – Serviço de Atenção Domiciliar: destina-se à pacientes semelhantes à modalidade AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos. São pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares (BRASIL, 2013).

Conforme a portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, as equipes de saúde da atenção básica são caracterizadas, entre outros itens, por: prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita; realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS), domicílio, em locais do território e outros espaços que comportem ação planejada e realizar a atenção domiciliar a usuários que possuam problemas de saúde controlados e com dificuldade ou impossibilidade de se locomover até a UBS, que necessitam de cuidados de menor frequência e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de Atenção Domiciliar (AD) nos demais casos.

As equipes de atenção básica não tem conseguido realizar nem mesmo atendimento adequado aos pacientes que seriam de sua responsabilidade, AD1, provavelmente pela demanda aumentada e por falta de estrutura e recursos materiais.

“O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)” (BRASIL, 2013).

Um dos eixos centrais da atenção domiciliar é a “desospitalização”. Propicia antecipar o processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; minimiza intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático pelas equipes de atenção domiciliar; diminui risco de infecções hospitalares; oferece suporte emocional para paciente e cuidadores, se necessário; institui o papel do cuidador, que pode ser qualquer pessoa que tenha vínculo emocional com o paciente e que se responsabilize pelo cuidado junto à equipe; propõe autonomia para o paciente cuidado fora do ambiente hospitalar (BRASIL, 2013).

No Brasil, existem várias experiências de serviços de atenção domiciliar, criados a partir das dificuldades dos pacientes em acessar os serviços de saúde. O domicílio despontou, somada à sua característica humanizadora e devido ao perfil demográfico e epidemiológico da população, como um local com potencial de qualificar os processos de cuidado (BRASIL, 2013).

Segundo Silva, Kênia Lara et al (2012), as modalidades de atenção domiciliar, em especial as de cuidados prolongados, apresentam-se como alternativas para um cuidado mais qualificado a pacientes com dependência funcional, o que justifica investimento em larga escala nessa modalidade de cuidado.

De acordo com Alves, Leite e Machado (2010), incapacidade funcional pode ser definida pela dificuldade ou necessidade de auxílio para o indivíduo executar tarefas cotidianas básicas ou complexas necessárias para uma vida independente na comunidade. Embora a presença de doenças crônicas seja importante, suas consequências funcionais possuem implicações mais perceptíveis para os idosos, uma vez que o prejuízo funcional ocasiona maior dependência e vulnerabilidade na velhice.

Após a internação hospitalar a maioria dos idosos retorna ao domicílio sem estar com a sua saúde completamente restabelecida, necessitando de cuidados profissionais. Além disso, os idosos apresentam vulnerabilidade do seu estado de saúde, devido às alterações ocorridas durante o processo de envelhecimento, tanto físicas como emocionais e sociais (MARIN, MARIA JOSÉ et al, 2010).

Marin, Maria José et al (2010) afirma que o cuidado ao idoso deve ser baseado na continuidade, uma vez que atendimentos esporádicos não atendem às

demandas dessa população. Nesse estudo 31,3% dos idosos tiveram complicações após a alta hospitalar e demandaram nova assistência dos serviços de saúde. E 30% dos idosos avaliados referiram que os cuidados prestados pela equipe da ESF deveriam ser mais frequentes.

Segundo Borges e Telles (2010), os profissionais da ESF justificam os cuidados domiciliares pouco frequentes com a deficiência do transporte para realizar as visitas, recursos humanos insuficientes, demanda aumentada de serviço e falta de capacitação profissional em geriatria e gerontologia.

Por meio dos dados apresentados na literatura verifica-se a necessidade de maior produção de dados que possam identificar a importância dos serviços de atenção domiciliar para qualificar a assistência prestada aos idosos portadores de incapacidades.

6. METODOLOGIA

Realizar coleta de dados, através de questionários, para avaliar o impacto que o Serviço de Atenção Domiciliar causaria na qualidade da assistência dos serviços de saúde para os pacientes idosos portadores de incapacidades.

Com o objetivo de realizar a coleta de dados, serão aplicados questionários aos pacientes e/ou cuidadores, no sentido de avaliar se o atual cuidado oferecido pela equipe de ESF é suficiente para atender às demandas destes pacientes.

Serão respeitados os aspectos éticos de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, para proteger os direitos dos participantes da pesquisa (BRASIL, 1996).

Os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, antes de iniciar sua participação no estudo.

O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética existente no município para aprovação da realização do mesmo.

Os questionários serão aplicados nos dois quadrantes do município que oferecem 100% de cobertura de ESF, nordeste e sudoeste.

A segunda etapa deste projeto de intervenção é a apresentação dos dados à população através das reuniões do Conselho Local de Saúde, e aos gestores através das reuniões de coordenações que ocorrem na Secretaria Municipal de Saúde, semanalmente.

7 CRONOGRAMA

ATIVIDADE	DATA
Submissão do projeto ao comitê de ética	Março/2016 à Junho/2016
Coleta de dados	Julho/2016 à Dez/2016
Análise dos dados	Janeiro e Fevereiro/2017
Apresentação dos resultados	Março e Abril/2017

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

MATERIAL	QUANTIDADE/ UNIDADE
Folhas A4	2.000
Cartucho para impressora	02
Caneta esferográfica	50
Transporte para as visitas	-
Divulgação dos resultados	-

REFERÊNCIAS

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Íuri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 44, n. 3, p. 468-478, jun. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 nov. 2015. Epub 07-Maio-2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000009>.

BORGES, Maria Marta Marques de Castro; TELLES, José Luiz. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 349-360, dez. 2010 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2527, de 27 de Outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.208, 28 out. 2011. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de Maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 maio 2013. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.204, 24 out. 2011. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. V.2. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portal do Departamento de Atenção Básica – Melhor em Casa**. Brasília, 2012. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_melhor_em_casa.php Acesso em 20 out 2015

BRONDANI, Cecília Maria et al . Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 3, p. 504-510, set 2010 Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000300012&lng=pt&nrm=iso>.acessos em 05 out. 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas- IBGE-2013. Disponível em: http://www.canoas.rs.gov.br/uploads/paginadinamica/15857/Canoas_em_Dados2013.pdf. Acesso em Maio/2015

Instituto Canoas XXI - Disponível em: <[http://www.canoas.rs.gov.br/uploads/paginadinamica/15857/Canoas em Dados2012.pdf](http://www.canoas.rs.gov.br/uploads/paginadinamica/15857/Canoas_em_Dados2012.pdf)>. Acesso em 05 out. 2015.

MARIN, Maria José Sanches et al . Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 44, n. 4, p. 962-968, dez. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 out. 2015.

OLIVEIRA, Stefanie Griebeler et al . Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 3, p. 591-599, set. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 out. 2015. .

SILVA, Kênia Lara et al . Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 408-414, 2012 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 out. 2015. .

THUME, Elaine et al . Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 44, n. 6, p. 1102-1111, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102010000600016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 out. 2015. Epub 17-Set-2010.

WENDT, Cássia Jordana Krug et al . Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no Sul do Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 3, p. 406-413, jun. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000300406&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 out. 2015.

