

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

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR COM ÊNFASE EM
GESTÃO DE REDES - LATO SENSU

A IMPORTÂNCIA DO CUIDADOR PARA INCLUSÃO DO PACIENTE
NO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR

MARIANA IVELISE MARTINS GOMES

ORIENTADORA: SILVANI BOTLENDER SEVERO

PORTO ALEGRE

2015

MARIANA IVELISE MARTIS GOMES

**A IMPORTÂNCIA DO CUIDADOR PARA INCLUSÃO DO PACIENTE
NO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

Trabalho apresentado como pré-requisito de conclusão do Curso de Especialização em Atenção Domiciliar com Ênfase em Gestão de Redes. Parceria do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Silvani Botlender Severo

Porto Alegre, 2015.

RESUMO

A Atenção Domiciliar é uma nova modalidade de atenção à saúde, abrangendo desde a promoção até a recuperação das pessoas acometidas por alguma doença. O Programa de Atenção Domiciliar do Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição (PAD-HNSC-GHC) executa as atividades de atenção domiciliar na zona norte de Porto Alegre. Para ingressar no programa é necessário um cuidador, familiar ou não. O cuidador é a pessoa que ajuda o paciente com limitações a realizar suas atividades básicas de vida diária, preservando sua autonomia. Este trabalho teve por objetivo propor ações que promovam a compreensão da importância de ter um cuidador, familiar ou não, para o paciente ser incluso ao programa de atenção domiciliar. A metodologia qualitativa utilizada é a observação participante e a análise e interpretação dos dados será através da análise de conteúdo (Bardin, 2011). Os sujeitos da pesquisa são os familiares de pacientes da Medicina Interna do HNSC e a equipe de saúde desta unidade. A coleta dos dados será através do relato do grupo de familiares e do grupo focal com a equipe após dez grupos.

Palavras-chave: “Assistência Domiciliar”, “Cuidadores” e “Serviços de Assistência Domiciliar”.

LISTA DE ABREVIATURAS

AD - Atenção Domiciliar

EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio

HCC - Hospital da Criança Conceição

HCR - Hospital Cristo Redentor

HF - Hospital Fêmeina

HNSC - Hospital Nossa Senhora Conceição

MS - Ministério da Saúde

PAD-HNSC-GHC – Programa de Atenção Domiciliar – Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição

RAS – Rede de Atenção a Saúde

SAD – Serviços de Atenção Domiciliar

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

US – Unidade de Saúde

AIHs - Autorizações de Internações Hospitalares

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 PROBLEMA	7
3 JUSTIFICATIVA	9
4 OBJETIVOS	11
4.1 OBJETIVO GERAL	11
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
5 REVISÃO DE LITERATURA	12
5.1 ATENÇÃO DOMICILIAR (AD)	12
5.1.1 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR	12
5.1.2 INDICAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR E A ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS ASSISTENCIAIS	12
5.2 PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR (PAD)	18
5.3 PAD - HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO (HNSC)	19
5.4 O CUIDADO	21
5.5 O CUIDADOR	22
5.6 A IMPORTÂNCIA DO CUIDADOR PARA AD	23
6 METODOLOGIA	25
6.1 DELINEAMENTO	25
6.2 LOCAL DE ESTUDO.....	26
6.3 COLETA DE DADOS	26
6.4 ANÁLISE DE DADOS.....	27
6.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	27
7 CRONOGRAMA	28
8 RECURSOS NECESSÁRIOS	29
9 RESULTADOS ESPERADOS	30
REFERÊNCIAS	32
ANEXO A	35
ANEXO B	36

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é uma nova modalidade de atenção à saúde, que está incluída dentro da assistência domiciliar. Está caracterizada pela efetivação de todo e qualquer atendimento a domicílio realizado por profissionais que integram a equipe de saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2003).

A AD abrange desde a promoção até a recuperação das pessoas acometidas por alguma doença (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013). Essa atenção se dá no domicílio, fora do hospital e assim, distante dos riscos pertinentes a esse ambiente. Os maiores beneficiados são os pacientes que necessitam desse cuidado, pois passa a ser individualizado, tendo além da equipe de profissionais da saúde a participação de um cuidador, familiar ou não, nesses cuidados (LACERDA et al, 2006).

O cuidador pode ser um membro da família ou alguém da comunidade, que presta assistência auxiliando nos cuidados e recuperação do paciente (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008).

O cuidado no domicílio tende a ser um cuidado mais humanizado, uma vez que os pacientes recebem a atenção e o carinho de seus familiares nos cuidados em casa. Esta modalidade proporciona mais liberdade tanto para o paciente quanto para o cuidador (LACERDA et al, 2006), permitindo a interação entre equipe profissional, paciente e cuidador, desenvolvendo assim sentimentos de solidariedade, empatia e inserção social (BRONDANI et al, 2010).

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é uma sociedade de economia mista que faz parte da rede federal de atenção à saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

O Programa de atenção domiciliar (PAD)/GHC funciona desde 2004 e foi implantado seguindo a lógica da desospitalização de pacientes e assim continuar o tratamento em seus domicílios, contando com a assistência das equipes de AD da própria instituição (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

O PAD/GHC presta atendimento aos cerca de 400mil habitantes (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014) das Zonas Norte, Leste, Oeste-Nordeste e Noroeste da Capital, de Porto Alegre/RS e destina-se a pacientes dos quatro hospitais do GHC (Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital da Criança Conceição (HCC), Hospital Cristo Redentor (HCR) e Hospital Fêmeina (HF)) (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospital Conceição, 2006).

Penso nos benefícios que a AD traz para a vida dos pacientes e me indago quanto a um dos critérios de inclusão que é possuir um cuidador. Nos casos em que o paciente não possui cuidador percebe-se a importância de se buscar alternativas para captá-lo de modo que o paciente possa ser incluído no PAD.

Como problema de pesquisa formulamos a seguinte questão: Como melhorar a promoção de ações cuidadoras no HNSC para o desenvolvimento de cuidadores e ampliar o número de pessoas incluídas no PAD?

E para justificar a importância dessa intervenção buscamos proporcionar para os pacientes que necessitam do AD a possibilidade de terem acesso ao programa após a identificação de um cuidador familiar ou não.

Assim o presente estudo teve por objetivo geral realizar grupos com familiares de pacientes das unidades de saúde da Medicina Interna para promover o reconhecimento da importância do cuidador para a inclusão do paciente no PAD-HNSC.

Acredito que esse estudo venha a contribuir para a reflexão sobre a importância de ações voltadas a captação de cuidadores e da ampliação do cuidado enquanto prática social e fortalecimento de redes de solidariedade, para que assim a maioria de pacientes necessitados desta modalidade de atenção possa ser incluída no PAD.

2 PROBLEMA

O HNSC localiza-se na zona norte de Porto Alegre/RS, na zona norte a região tem 91.366 habitantes, o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 2,64 salários mínimos, na região Noroeste tem 130.810 habitantes, o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 6,81 salários mínimos, na região Eixo Baltazar tem 100.418 habitantes, o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 3,12 salários mínimos, na região Nordeste tem 37.234 habitantes, o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 1,68 salários mínimos (PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal, 2010).

O PAD/GHC destina-se a pacientes do HNSC, HCC, HCR e HF, residentes nas Zonas Norte, Leste, Oeste-Nordeste e Noroeste da Capital, envolvendo 370 mil pessoas vinculadas a 39 Unidades de Saúde (US) componentes da Rede Básica de Saúde da área sob responsabilidade do GHC, conforme regionalização determinada pela Prefeitura de Porto Alegre (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospital Conceição, 2006). Atende pacientes encaminhados das unidades de internação, ou dos serviços de emergência dos quatro hospitais do GHC (MACHADO et al, 2015).

Este programa implantado no GHC, seguindo política de medidas para a reforma do sistema hospitalar, proposta pelo Ministério da Saúde, e visando inserir o Grupo no Projeto de Qualificação de Assistência à Saúde no município de Porto Alegre, presta uma atenção pós-hospitalar a pacientes, com diagnóstico e tratamentos definidos, cujos cuidados possam ser realizados em seus próprios domicílios (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospital Conceição, 2006).

O PAD/GHC faz o acompanhamento de pacientes (adultos e crianças) após alta hospitalar e que podem continuar o tratamento em casa, promovendo a autonomia do cuidado. O Cuidador e/ou paciente são treinados para essa finalidade. Ele oferece os cuidados por meio dos seguintes profissionais: assistente social, enfermeiros, farmacêutico, fisioterapeuta, médicos de família e comunidade, médicos pediatras, nutricionista e técnicos de enfermagem (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospital Conceição, 2009).

Os requisitos e informações necessárias para o acesso ao PAD são:

- Poderão ter acesso todos os pacientes que se encontram internados nos hospitais do Grupo Hospitalar Conceição. Para isso, é necessário que os pacientes sejam moradores da Zona Norte de Porto Alegre e que a equipe hospitalar

assistente solicite uma avaliação para o PAD. Todos os pacientes que forem avaliados pelas equipes do PAD e que preencherem os critérios de inclusão pré-estabelecidos pela equipe serão admitidos no PAD após a assinatura do termo de consentimento (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospital Conceição, 2009).

Os benefícios esperados:

- Reduzir o tempo médio de permanência; reduzir reinternações hospitalares; desenvolver a autonomia do cuidado; vincular os pacientes nos postos de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospital Conceição, 2009).

O acompanhamento:

- Os pacientes serão acompanhados no domicílio por um tempo médio de 30 dias ou a critério da equipe assistente, conforme as necessidades do paciente. Após, o paciente é vinculado com o posto de saúde de referência (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospital Conceição, 2009).

Um dos critérios para a participação de pacientes no PAD é a necessidade de um cuidador para o paciente dependente, ou seja, que não consiga exercer suas atividades diárias.

Não existem dados sobre o número de pacientes que necessitam da AD e que por não possuírem cuidadores ficam sem esta inclusão. Existem pacientes não incluídos no PAD em função de não possuírem cuidadores, familiar ou não, de acordo com a exigência deste critério de inclusão.

Como melhorar a promoção de ações cuidadoras no HNSC para o desenvolvimento de cuidadores e assim , ampliar o número de pessoas incluídas no PAD?

3 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento do ser humano, especialmente na sociedade contemporânea, vem acompanhado de maior vulnerabilidade aos agravos à saúde, maior dependência e menor autonomia do idoso em consequência dos processos de adoecimento relacionados às perdas físicas, psíquicas, sociais e materiais decorrentes da trajetória de vida e das singularidades próprias de cada pessoa (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

Este envelhecimento populacional é influenciado pelo aumento da qualidade de vida e da criação de novas tecnologias na área da saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) contribui com o desenvolvimento de políticas públicas para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). Este novo olhar para o processo de saúde-doença orienta a assistência para a promoção da saúde em todos os ciclos de vida das pessoas, principalmente, na etapa do envelhecimento.

Segundo Bajotto et al (2012), em seus estudos com o objetivo de apresentar algumas características do perfil dos pacientes idosos que participaram do PAD da equipe do GHC, nos anos de 2009 e 2010 relatam que a maioria dos usuários do serviço é do sexo feminino, com idades variando de 60 a 98 anos, média de internação em torno de 25 a 30 dias, que nas áreas de maior complexidade utilizam mais o serviço de internação domiciliar (Medicina Interna, Emergência, Cardiologia). Os pacientes estão vinculados principalmente às unidades básicas do IAPI, Sarandi e Passo das Pedras. Concluem que houve um crescimento no número de internação de idosos pela equipe do PAD, porém a média de dias de internação dos pacientes diminuiu, demonstrando provavelmente, maior eficiência do serviço.

De acordo com experiências que vivenciei durante o curso de AD, percebi que a proposta do PAD exige ter um cuidador, familiar ou não, possibilitando a inclusão do paciente na AD e recebendo assim cuidados continuados por equipe multiprofissional. Esta atenção fora do ambiente hospitalar, melhora a qualidade de vida do paciente e também diminui custos e libera leitos.

O fato de não possuir um cuidador, familiar ou não, inviabiliza a inclusão no programa. A ampliação do número de pacientes incluídos no PAD-HNSC traz melhoria nos índices de internação, como também inclui abertura de leitos para situações mais complexas.

Houve momento de acompanhamento de visita domiciliar com a equipe do PAD-HNSC onde se observou que no trabalho destes profissionais a proposta de cuidados alcança os objetivos propostos pela atenção domiciliar, ou seja, o paciente tem acesso aos benefícios oferecidos em sua residência.

Em diálogo com a assistente social da equipe foi possível compreender que o programa realiza ações voltadas para os pacientes encaminhados pelos setores a partir de prévia identificação do cuidador responsável. No momento, não soube informar se existem dados sobre o quantitativo de pacientes não inclusos no programa em virtude de não possuir cuidador. A mesma relatou que uma das dificuldades encontradas junto aos cuidadores é em relação à adesão ao processo de cuidado do paciente que está incluído do programa.

A importância desta intervenção é proporcionar para os pacientes que necessitam do AD a possibilidade de terem acesso ao programa após a identificação de um cuidador familiar ou não.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Realizar grupos com familiares de pacientes das unidades de saúde da Medicina Interna para promover o reconhecimento da importância do cuidador para a inclusão do paciente no PAD-HNSC.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar reunião com equipe da Medicina Interna para apresentação do projeto;
- Agendar os grupos conforme disponibilidade de local e datas;
- Propiciar aos familiares nos encontros subsídios sobre o Cuidado e a importância de um cuidador;
- Relatar encontro com familiares para registro de temas debatidos pelo grupo.
- Realizar grupo focal com a equipe da Medicina Interna.

5 REVISÃO DA LITERATURA

O tema pesquisado foi desenvolvido a partir de um levantamento bibliográfico dos últimos 13 anos (2002 - 2015), com base em material já elaborado, constituído principalmente de leis, manuais, livros, artigos, entre outros, através de busca eletrônica de trabalhos divulgados na Scientific Electronic Library Online (SciELO), na Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (Lilacs) e no Ministério da Saúde pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foi utilizada também a Lei 8080/1990 do SUS. Para a busca dos artigos utilizou-se os termos “Atenção Domiciliar”, “Cuidadores” e PAD. Os critérios de inclusão dos artigos foram apenas publicações com textos nacionais em idioma português.

5.1 ATENÇÃO DOMICILIAR (AD)

O Ministério da Saúde através da Rede de Assistência à Saúde (RAS) promove ações e serviços de baixa, média e alta complexidade. Segundo a Portaria 2.527, a AD, no âmbito do SUS, deverá ser organizada em três modalidades, definidas a partir da caracterização do paciente cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado dos mesmos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

5.1.1 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Atenção Domiciliar 1 (AD1): destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde. Sendo de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo equipes de saúde da família, por meio das visitas regulares em domicílio, no mínimo uma vez por mês (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

Atenção Domiciliar 2 (AD2): destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento frequente, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. Sendo de responsabilidade da equipe multiprofissional de Atenção

Domiciliar (EMAD) e da equipe multiprofissional de apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

Atenção Domiciliar 3 (AD3): destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde e dificuldade de impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. Sendo de responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para esta finalidade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

Para admissão de usuários nas modalidades AD2 e AD3 é fundamental a presença de cuidador identificado (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

5.1.2 INDICAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR E A ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS ASSISTENCIAIS

A possibilidade dos serviços de atenção básica, hospitalares e de urgência/emergência indicarem a inserção de um paciente num Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (EMAD/EMAP) depende do entendimento de que alguns pacientes podem ser cuidados com qualidade e resolutividade no domicílio; conhecer os critérios que devem ser observados para que a AD seja indicada, identificando quais pacientes se beneficiariam de cuidados domiciliares em detrimento de outras modalidades de cuidado; e definição da modalidade de AD na qual o paciente se insere (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Para identificar o usuário é necessário que as estratégias de captação aconteçam de acordo com os serviços que podem ser “porta de entrada” para a AD. A indicação da AD e a conseqüente solicitação de inclusão num SAD (AD2 e AD3) ou na Atenção Básica (AD1) tem por origem: serviços de urgência e emergência (UPA), hospitais (Unidades de Internação, Unidades de Terapia Intensiva, Unidades Intermediárias), UBS, ambulatórios de especialidades, requerimentos (ex. demandas judiciais), ou por iniciativa e necessidade do paciente, por familiares e vizinhos. Essa solicitação deve obedecer às rotinas e protocolos da AD (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Pode-se elencar três formas de acessar o SAD:**a) Indicação da AD pelos serviços que compõem a rede de atenção:**

Através de fluxos e protocolos previamente pactuados, os serviços que compõem a rede de atenção podem indicar a AD e “encaminhar” o paciente para o SAD, que pode ser realizado a partir de instrumentos padronizados (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Estes devem conter informações básicas e indispensáveis a continuidade do cuidado ao paciente: dados de identificação, quadro clínico, descrição de todas as necessidades de insumos (equipamentos, sondagens, curativos entre outros) e medicamentos a serem utilizados no domicílio, estado saúde/doença, exames realizados, intercorrências, identificação e contato do demandante, entre outras necessidades frente à especificidade de cada paciente (como as de ordem social) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Este tipo de acesso está relacionado, à alta hospitalar ou encaminhamento para o SAD a partir dos serviços de urgência/emergência. Dessa forma, deverá ocorrer sistematicamente o contato do SAD com o ponto de atenção demandante para que a alta do paciente esteja atrelada à avaliação do SAD. Nestes casos, considera-se que a alta é programada e, portanto, devemos considerar as seguintes questões:

- Quando relacionado às portas de urgência/emergência (UPA, por exemplo), reduz hospitalizações, assim como a superlotação destas “portas” com pacientes aguardando internação hospitalar, sendo importante ressaltar a necessidade de agilidade do SAD para avaliação e admissão dos pacientes;

- A família sempre deverá ser bem informada e consultada a respeito da possibilidade de atenção domiciliar, como continuidade ao tratamento do paciente após alta hospitalar ou a partir de um serviço de urgência/emergência. Se de acordo, dentro do possível e dependendo das necessidades do usuário, a equipe do SAD fará visita prévia no domicílio (visita de ambiência), com a finalidade de verificar suas condições e a capacidade dos familiares em assumir os cuidados domiciliares, realizando orientações pertinentes; (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

b) Demanda espontânea:

Os próprios familiares podem acessar o SAD através do contato telefônico ou através da procura direto na sede. Esta forma, talvez, indique dificuldade no acesso

do paciente a outros serviços de saúde (atenção básica, por exemplo) ou falhas na comunicação destes serviços com o SAD (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

c) Busca ativa:

A busca ativa se configura num processo de educação permanente no qual os sucessivos contatos entre o SAD e os profissionais dos serviços potencialmente “porta de entrada” da AD possibilitam a divulgação e pactuação dos protocolos, além de sua reformulação, auxiliando que a busca ativa se torne cada vez menos necessária (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

A solicitação deverá ser encaminhada ao SAD, através de instrumento padronizado. Esta deve ser detalhada, contendo as condições de saúde e doença do paciente com histórico, prescrições, exames e intercorrências. O registro do pedido de inclusão em algum instrumento é importante e só será substituído quando a solicitação puder ser feita de forma eletrônica (prontuário eletrônico, por exemplo) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

A equipe receberá o encaminhamento do paciente e agendará a entrevista pré-admissional, prestando esclarecimentos quanto aos critérios de inclusão e exclusão. Nos casos mais complexos poderá ocorrer visita prévia ao paciente ainda em internação hospitalar, com a elaboração da alta programada (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Após entrevista, o membro da equipe aplicará os critérios de inclusão e exclusão, e em conjunto com a equipe, definirá se o paciente será admitido ou não. Se o paciente não contemplar os critérios de admissão no SAD, deverá ser informada à família e ao Serviço Solicitante a justificativa da não admissão e juntamente com encaminhamento pertinente a cada caso (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Caso haja a decisão de incluir a pessoa na AD, será agendada a primeira visita para avaliação e admissão no SAD. A primeira visita domiciliar preferencialmente deverá ser realizada pela EMAD completa, visando avaliação conjunta para elaboração do plano terapêutico (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Além da assinatura do termo de Consentimento Livre Esclarecido realizado pelo paciente ou pelo familiar no momento da admissão na AD, a equipe deve informar ao paciente/família/cuidador, cotidianamente, acerca do(a):

- Dias e horários de funcionamento e de visitas da equipe;
- Participação da Família;

- Importância da presença de um cuidador;
- Equipe de Referência, com todos os contatos telefônicos e endereços;
- Orientação para casos de urgência, e acionamento do SAMU;
- Atendimento ao óbito que ocorrer no domicílio: a declaração de óbito deverá ser fornecida pelo médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica que estiver disponível na ocasião (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

No processo de trabalho das equipes de AD devem existir ações que contemplem estratégias de captação, como comunicação com os serviços de saúde, busca ativa e, quando couber, avaliação dos pacientes nas unidades em que estes se encontram (UPA e hospital), identificando os pacientes elegíveis para a AD (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

A possibilidade de migração entre as modalidades de AD é extremamente importante na redução das taxas de reinternação hospitalar e na procura às urgências, o que impacta diretamente na otimização dos fluxos na rede, além da resolutividade do cuidado (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Critérios e Condições de inclusão: elegibilidade na Atenção Domiciliar

Critérios e condições de elegibilidade são um conjunto de elementos e informações que permitem avaliar o enquadramento do paciente na AD (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

A Portaria GM 2.527 de 27 de outubro de 2011, que redefine a AD do âmbito do SUS, orienta a organização do atendimento domiciliar em três modalidades (AD1, AD2 e AD3), pautadas no grau de complexidade e frequência das visitas domiciliares necessária para o cuidado a ser prestado. Desta forma, os critérios de elegibilidade para a AD se confundem com os critérios que definem a inclusão em cada uma das modalidades (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Podemos dividir os critérios de elegibilidades em clínicos e administrativos:

Os critérios clínicos dizem respeito à situação do paciente, aos procedimentos necessários ao cuidado e à frequência de visitas de que necessita. Os critérios administrativos se referem aos quesitos administrativos/operacionais/legais necessários para que o cuidado em AD seja realizado. Destacam-se os seguintes:

- Residência no território de cobertura da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, e da equipe de atenção básica, na modalidade AD1. Este critério pode ser relativizado em situações limítrofes (fronteiriças);

- Consentimento formal do paciente ou de familiar/cuidador por meio da assinatura do Termo de Consentimento Informado;

- Responsável que exerça a função de cuidador, quando o usuário encontra-se com dependência funcional;

Concordância e encaminhamento do médico assistente, seja na Atenção Básica, Serviço de Urgência e Emergência ou Hospital, através de protocolo ou instrumento de contra-referência, com relatório minucioso, contendo dados relevantes para avaliação do quadro clínico do usuário;

- Realização de visita pré-admissional deverá ocorrer sempre que possível, com as adequações necessárias em curso do atendimento e dentro da agilidade que o caso exige;

- Ambiência domiciliar minimamente adequada aos cuidados domiciliares, incluindo necessidade de rede elétrica e espaço físico adequados ao uso seguro dos equipamentos, quando necessários; (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

A ANVISA estabelece como critérios de inclusão para a atenção domiciliar, e que se enquadram na categoria de critérios administrativos, os seguintes quesitos:

- Suprimento de água potável;

- Fornecimento de energia elétrica;

- Meio de comunicação de fácil acesso;

- Facilidade de acesso para veículos e ambiente com janela, específico para o paciente, com dimensões mínimas para um leito e equipamentos. Todas as possibilidades devem ser consideradas em relação às necessidades da população atendida, cada caso deverá ser contemplado de forma individualizada e inclusiva, reconhecendo-se a singularidades do paciente, além da capacidade e condições do SAD em atendê-las. Existem situações especiais, que requerem avaliação caso a caso e definição conjunta da equipe quanto à inclusão:

- Alto grau de dificuldade no acesso ao local de atendimento ou de insegurança para a equipe;

- Ausência de condições ambientais e de higiene necessárias para o cuidado/tratamento;

- Quando o paciente está em acompanhamento na modalidade AD1, não há diagnóstico prévio fechado, mas estado clínico que indique a Atenção Domiciliar na modalidade AD2 ou AD3, a EMAD poderá admitir até que haja estabilização suficiente para devolver o paciente aos cuidados da AD1 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

A AD, representada pelo "Programa Melhor em Casa", constitui uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes. Caracteriza-se, segundo a Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006, por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integradas às Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013).

A AD envolve a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde para reduzir os riscos de os indivíduos adoecerem, a fiscalização e o planejamento dos programas de saúde; e a execução das atividades assistenciais, preventivas e educativas. Abrangendo desde a promoção até a recuperação dos indivíduos acometidos por um agravo e que estão sediados em seus respectivos lares (LACERDA et al, 2006).

5.2 PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR (PAD)

O PAD é um programa que visa à continuidade do tratamento da enfermidade fora do ambiente hospitalar. Assim, os cuidados à saúde podem acontecer no domicílio, juntamente com uma equipe de profissionais da saúde contribuindo para melhor recuperação do paciente enfermo e melhorando a qualidade de vida, pois o paciente está no aconchego do seu lar com a identificação familiar.

O PAD é dependente de uma articulada rede de serviços e uma importante estrutura organizacional. Conta com equipes de apoio, suporte técnico, grande logística para provimento de insumos, comunicações e transporte (FRANCO; MERHY, 2008).

Os critérios de elegibilidade para ingresso no programa de cuidado ou internação domiciliar indicam beneficiários dependentes de internação hospitalar prolongada e perfil nosológico que torna possível realizar os cuidados em ambiente domiciliar, por exemplo, tratamentos de feridas, antibioticoterapia, suporte pós -

internação e acompanhamento para beneficiários portadores de doenças crônicas (FRANCO; MERHY, 2008).

Para ingressar no programa, é necessário que o beneficiário tenha indicação de algum médico assistente. Após essa indicação, ele passa por uma avaliação da equipe do programa para análise de suas condições socioeconômicas, a ambiência do domicílio, o desejo da família em ter a pessoa em casa e a garantia de um cuidador (FRANCO; MERHY, 2008).

Também é possível a realização do atendimento domiciliar continuado e longitudinal pelas equipes de APS (Atenção Primária à saúde) em pacientes com problemas crônicos de saúde. Esta atividade pode evitar a hospitalização e, por consequência, o estresse e as dificuldades decorrentes da internação hospitalar, tendo o ambiente familiar papel fundamental neste processo, diminuindo internações, reduzindo os riscos decorrentes das hospitalizações e humanizando o atendimento (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003).

5.3 PAD / HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO (HNSC)

O GHC é uma sociedade de economia mista que faz parte da rede federal de atenção à saúde, prestando atendimento aos cerca de 400 mil habitantes da zona norte de Porto Alegre, capital gaúcha (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

Com atendimento 100% do Sistema Único de Saúde (SUS) e vivenciando um modelo de gestão e atenção diferenciado e qualificado, onde prima o entendimento de ser, a saúde, um direito constitucional do ser humano, o GHC, no desenvolvimento de sua atividade cotidiana, seguindo as diretrizes e políticas do Ministério da Saúde (MS), busca a promoção da cidadania, da inclusão e da justiça social (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2006).

Visa a assegurar aos indivíduos atenção nos diferentes níveis de complexidade, associar atenção curativa e preventiva, e sobretudo, compreender a totalidade dos indivíduos e coletividade a partir das suas singularidades (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2006).

A integralidade pressupõe a garantia de que todos os recursos e tecnologias necessários e existentes nas unidades do GHC e demais serviços do SUS, sejam disponibilizados ao cuidado, inaugurando uma outra ética no processo de trabalho. O eixo da atenção deve ser a pessoa e suas necessidades, superando o foco na

doença e nos procedimentos. Integralidade inclui os conceitos da humanização, acolhimento, vínculo e da responsabilização (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2006).

PAD-HNSC funciona desde 2004 e foi implantado seguindo a lógica da desospitalização de pacientes, que poderiam ter alta de um dos hospitais do grupo – o HNSC (geral), o HF, o CR (trauma) e o HCC – e continuar o tratamento em seus domicílios, contando com a assistência das equipes de AD da própria instituição (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

O PAD é custeado por meio de Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), mecanismo pelo qual são custeados os gastos com pacientes internados em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Está, institucionalmente, vinculado ao setor de urgências e emergências e, por fazer parte da estrutura do próprio hospital, conta com a unidade para obtenção de materiais, insumos e medicamentos necessários à execução do trabalho nas residências dos pacientes (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

O PAD-HNSC tem como objetivos:

- reduzir o tempo de internação hospitalar por meio do término do tratamento de saúde no domicílio;
- diminuir a superlotação das emergências;
- realizar a transição do cuidado hospitalar para o domicílio e Unidade Básica de Saúde (UBS);
- orientar e auxiliar usuários e familiares na produção do cuidado e atuar de forma a reduzir as reinternações hospitalares de indivíduos com doenças crônicas.

Os usuários acompanhados pelo PAD são provenientes das unidades de internação ou dos serviços de emergência dos quatro hospitais do GHC (MACHADO et al, 2015).

Atualmente o PAD conta com seis equipes compostas por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, destas, quatro prestam atendimento adulto e duas atendimento pediátrico. Cada equipe é responsável por até quinze pacientes, com acompanhamento médio de trinta dias. Uma equipe de apoio composta por nutricionista, fisioterapeuta e assistente social presta atendimento a todos os usuários do serviço (MACHADO et al, 2015).

5.4 CUIDADO

O cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas idéias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008).

No domicílio, a família tem papel essencial no cuidado, pois sua participação pode delinear a forma, a eficácia, a evolução do cuidado e a qualidade de vida do paciente em AD (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

O processo do cuidar em AD está interligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para essa assistência. A AD não é só uma continuidade do procedimento da atenção hospitalar no amplo aspecto da abrangência da saúde humana. O ser humano se constitui, quando tem em si, a autonomia e, com isso, possa exercer a liberdade de decidir ou executar (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Ainda que a atenção hospitalar seja, indiscutivelmente, importante e necessário componente de qualquer política de saúde, não é a única e sequer a mais importante. Com o envelhecimento da população e a cronificação de certas doenças, modalidades alternativas à hospitalização que utilizam o domicílio como lugar de cura/cuidado tem apresentado rápido e expressivo crescimento no Brasil, entre elas, a internação domiciliária (MESQUITA et al, 2005). O cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, diminui o tempo de internação hospitalar e reduz as complicações decorrentes de longas internações hospitalares (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008).

5.5 O CUIDADOR

O cuidador é a pessoa que, no espaço privado doméstico, realiza ou ajuda a pessoa com limitações a realizar suas atividades básicas e instrumentais de vida diária, com o objetivo da preservação de sua autonomia e de sua independência (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012). Essa pessoa pode ser membro da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada e com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008).

A figura do cuidador como sujeito do processo de cuidar e a participação ativa da família e dos profissionais envolvidos são fundamentais na AD (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

O cuidador deve atuar como um colaborador para a equipe de saúde e a família, pois em geral não tem vínculo legal com a instituição que presta assistência domiciliar. Cria-se um vínculo de trabalho solidário, para alcançar um mesmo objetivo: manter nas melhores condições de saúde e conforto o paciente (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2003).

A escolha de um cuidador principal implica processo que envolve o sistema familiar inteiro, movimentando todo o núcleo, culminado por influenciar na decisão de quem vai cuidar (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012). O cuidador é um ator relevante para a efetivação da AD e deve ser considerado um elemento importante na articulação e no agenciamento de recursos e esforços para a consecução dos projetos terapêuticos formulados (BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2006).

O papel do cuidador pode ser informal, quando assumido por um membro da família ou da comunidade, e formal, quando assumido por um profissional com formação específica ou contratado (RAFACHO; OLIVER, 2010).

A pessoa identificada para ser o cuidador sem formação profissional (Cuidador Comunitário) pode ser habilitada a realizar tarefas básicas do domicílio, auxiliando na recuperação da pessoa assistida. Deve ser treinado pela equipe de saúde nos cuidados a serem realizados, diariamente, no próprio domicílio. O importante é que as atribuições sejam definidas claramente entre equipe, família e cuidador, dentro de

um processo continuado de trocas de saberes, poderes e responsabilidades (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2003).

Na maior parte das situações, o cuidador não possui uma formação técnica específica na área da saúde, é um dos membros da família, amigo ou pessoa próxima que, embora sem formação profissional específica se dispõe a assumir da melhor forma possível esta função; ou é pessoa da comunidade que foi adquirindo experiência cuidando de pessoas doentes, sendo que alguns fazem desta prestação de serviço uma profissão informal; ainda temos uma parcela de profissionais com formação técnica de enfermagem que exerce sua profissão nesta modalidade de atividade (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2003).

Paskulin et al (2002), relata em seus estudos que em relação ao cuidador dos sujeitos estudados observa-se que muitos são acompanhados por mais de uma pessoa simultaneamente. Onze sujeitos citam os filhos como cuidadores, e com menor frequência incluem-se os sobrinhos, cônjuges, irmãos, netos, pais e cunhada. Esses dados mostram que o cuidado com o acamado é prestado, em sua maioria, pela família, podendo estabelecer uma relação de carinho e solidariedade no processo de cuidado.

5.6 A IMPORTÂNCIA DO CUIDADOR PARA AD

A condição primeira para que ocorra a AD é o consentimento da família e a definição do (s) cuidador (es). 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 (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2003).

São critérios de inclusão na AD (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2003).

- Consentimento da família e/ou da pessoa enferma.
- Existência de cuidador.
- Condições de infraestrutura física no domicílio para assistência domiciliar.
- Condição clínica da pessoa doente.
- Morar na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS).

- Se a pessoa doente necessitar de uso contínuo de infusões parenterais tais como quimioterápicos, transfusões sanguíneas, entre outros, deve ser avaliado pela equipe suas condições e recursos para prestar este tipo de procedimento.

Segundo Silva et al (2010), o cuidado realizado na casa das pessoas oferece-lhes mais liberdade de criação e condução das suas atividades como definição de horários para banhos, alimentação e medicamentos (em função de certos efeitos colaterais), rotina de troca de fraldas, mudança de decúbito e mobilização de acordo com a disponibilidade dos cuidadores e dinâmica da casa, e permite-lhes relacionar-se diretamente com profissionais (sem intermediários), construindo vínculos mais fortes. Observa-se a autonomia das famílias na implementação dos projetos de cuidado.

Brondani et al (2010), conclui em seus estudos que o domicílio torna-se um espaço privilegiado para o cuidado, caracterizado pela preocupação com a integralidade, com a singularidade do ser humano e de valorização da intersubjetividade, da relação e do respeito ao outro. O ato de cuidar no domicílio é percebido, por quem cuida, como uma oportunidade de crescimento e realização pessoal na medida em que permite o desenvolvimento de novas habilidades e a expressão de sentimentos de solidariedade, amor, respeito, empatia, dignidade e inserção social.

Lacerda et al (2006), considera que os maiores beneficiados da AD à saúde serão os pacientes e seus familiares, porque o cuidado passará a ser individualizado, humanizado, distantes dos riscos iatrogênicos, pertinentes ao contexto hospitalar e, acima de tudo, contará com a participação do principal cuidador: o familiar ou o significativo.

6 METODOLOGIA

6.1 DELINEAMENTO

Nesse Projeto de Intervenção será realizado a partir de metodologia de observação participante e a análise qualitativa dos dados.

A observação participante é uma técnica bastante utilizada pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa (QUEIROZ et al, 2007). Para Minayo, Deslandes e Gomes (2010), a observação participante pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Sua importância é de tal ordem que alguns estudiosos a consideram como método que, em si mesmo, permite a compreensão da realidade. A observação tem por vantagem a possibilidade de se obter a informação na ocorrência espontânea do fato. É mediante o ato intelectual de observar o fenômeno estudado que se concebe uma noção real do ser ou ambiente natural, como fonte direta dos dados (QUEIROZ et al, 2007). Segundo Gil (2010, p. 121), a observação participante consiste na participação real do pesquisador na vida da comunidade, da organização ou do grupo em que é realizada a pesquisa.

O observado fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o observador faz parte do contexto sob sua observação e, sem dúvida, modifica esse contexto, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2010).

A pesquisa qualitativa caracteriza-se, por examinar aspectos mais profundos e subjetivos do tema em estudo. De forma geral, os métodos qualitativos são menos estruturados, proporcionam um relacionamento mais longo e flexível entre o pesquisador e os entrevistados, e lidam com informações mais subjetivas, amplas e com maior riqueza de detalhes (DIAS, 2015).

6.2 LOCAL DE ESTUDO

Os sujeitos da pesquisa serão os familiares de pacientes da Medicina Interna e a equipe multiprofissional de saúde. Os participantes dos grupos serão encaminhados /orientados pelas equipes à participação nos grupos. Os horários dos grupos serão previamente agendados conforme combinação com a equipe.

Após dez grupos de familiares será realizado um grupo focal com a equipe de saúde.

6.3 COLETA DE DADOS

Os dados serão coletados através do relato dos grupos e da transcrição da gravação do grupo focal.

Os grupos com familiares abordarão temas relativos ao Cuidado e o grupo focal será realizado em um encontro com duração de no máximo 2 horas para aprofundamento do tema: a inclusão do paciente no PAD. Os encontros acontecerão em datas compatíveis com o cronograma deste projeto de pesquisa, em horário identificado junto à equipe. A unidade de registro utilizada será gravação em celular.

Estará sendo informado aos participantes que a gravação se dará para garantir a reprodução fiel e na íntegra de suas falas, adequando-se a linguagem escrita e tendo-se o cuidado para que não ocorram alterações do conteúdo. Portanto, será realizada a transcrição das falas. Não haverá identificação nominal dos participantes no texto transcrito. Será determinado pela pesquisadora um nome fictício a cada participante. Depois de analisado o material transcrito, ele deverá ser destruído.

O grupo focal, como técnica de pesquisa, utiliza sessões grupais de discussão, centralizando um tópico específico a ser debatido entre os participantes. Ela é apropriada nas pesquisas qualitativas, que objetivam explorar um foco, ou um ponto em especial (RESSEL et al, 2008). No grupo focal, se busca a pluralidade de ideias, a ênfase está na interação dentro do grupo, baseada em tópicos oferecidos pelo pesquisador, que assume o papel de moderador. O principal interesse é que seja recriado, um contexto ou ambiente social onde o indivíduo pode interagir com os demais, defendendo, revendo, ratificando suas próprias opiniões ou influenciando as opiniões dos demais. Essa abordagem possibilita também o pesquisador aprofundar sua compreensão das respostas obtidas (GUI, 2003).

6.4 ANALISE DE DADOS

A análise e interpretação dos dados propõem a compreensão entre os dados levantados nos instrumentos de coleta de dados e a revisão da literatura. Será realizada através de análise de conteúdo do material transcrito coletado nos encontros e do grupo focal.

6.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente projeto de intervenção será apresentado ao Comitê de Ética do GHC no mês janeiro de 2016.

O projeto deverá passar por avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição onde será realizada a pesquisa, precedendo a autorização da direção da instituição.

- O instrumento de pesquisa terá sua aplicação após assinatura (ANEXO B) do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) pelo usuário, constando de duas vias, ficando uma com o participante e outra via com a pesquisadora. Pelo TCLE, o participante será informado dos objetivos e a metodologia da pesquisa.

Será garantido sigilo absoluto das informações e o direito de o participante desistir a qualquer momento do estudo, sem nenhum tipo de penalidade, constrangimento ou prejuízo aos mesmos.

O participante deverá ser esclarecido que os dados da pesquisa poderão vir a serem utilizados para estudos e ter publicações do mesmo, respeitando seu anonimato. Nos documentos de entrevista não devem constar identificações do usuário. Todas as informações desta intervenção serão usadas somente para o desenvolvimento deste trabalho.

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Material	Valores em reais R\$
Folhas de ofício A4	50,00
Caneta esferográfica	10,00
Tinta para impressora	100,00
Gravador/celular	750,00
Total	1.070,00

9 RESULTADOS ESPERADOS

A idéia inicial deste trabalho partiu de minha apropriação da proposta de AD e da identificação da limitação de acesso a este programa por parte de pacientes que não possuem um cuidador familiar ou não.

Buscou-se uma aproximação com o PAD-HNSC com objetivo de compreender a importância do cuidador neste processo de assistência domiciliar. Percebemos que as atividades realizadas pela equipe estão, prioritariamente, voltadas aos pacientes incluídos no programa.

Após contato com profissional da equipe compreendeu-se que, se ocupar do paciente “não incluído”, demandaria maior aproximação e reconhecimento de necessidades das equipes de saúde, da RAS, como também da articulação com outras políticas públicas.

O cuidado na residência revela dificuldades no cuidado do paciente pela família. Existe, também, a situação de que este grupo familiar está inserido num contexto com necessidades básicas e sociais, muitas vezes, de sobrevivência, que interferem na organização familiar para estes cuidados.

Compreende-se que o problema levantado envolve uma ampliação do cuidado enquanto estratégia de AD para promoção do acesso a todos que necessitem e se beneficiem desta proposta. Percebe-se que, para esta ampliação necessitamos de mais subsídios para a construção de ações de intervenção.

O Profissional de saúde atento às questões relacionadas não somente à doença, mas ao sujeito em sofrimento, ou o serviço de saúde organizado de maneira que usuários tenham acesso ao cuidado são exemplos dos possíveis sentidos para integralidade. São situações que nos remetem ao desenvolvimento de mecanismos capazes de ampliar as percepções dos cuidadores às necessidades dos que buscam cuidado no atendimento. A integralidade surge como a capacidade de profissionais e serviços de saúde interagirem com usuários, produzindo um território comum que possibilite o diálogo entre sujeitos. (PINHEIRO; MATTOS, 2004, p. 75).

Conforme Pinheiro e Mattos (2004, p.21), quando nos reportamos à noção do cuidado, não a apreendemos como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser.

Pretendemos neste projeto de intervenção ampliar e ressignificar o Cuidado como elemento fundamental nas relações familiares e comunitárias. Através do oferecimento de um espaço de convivência e troca de experiências com os familiares buscamos o reconhecimento da importância do cuidador no processo de adoecimento de um ser humano. Contar com a participação de um familiar ou não para este cuidado possibilita ao enfermo possibilidades de alta hospitalar e de benefícios da atenção em sua residência.

Com este projeto de intervenção propomos uma avaliação dos aspectos facilitadores para a qualificação da inclusão de pacientes no PAD e assim, a construção de estratégias para ampliar a assistência no domicílio.

REFERÊNCIAS

BAJOTTO, Alethéia Peters et al. Perfil do paciente idoso atendido por um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, RS. **Rev. HCPA**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 311-317, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/download/31055/22054>>. Acesso em: 14 dez. 2015.

BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do melhor em casa**. 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância à Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) no 11 de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Disponível em: <<http://crn3.org.br/Areas/Admin/Content/upload/file-0711201565657.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospital Conceição. **Relatório social 2005**. Porto Alegre: [s.n], 2006.

_____. **Carta de serviços ao cidadão**. Porto Alegre: [s.n], 2009. Disponível em <<https://www.ghc.com.br/files/cartacidadao.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

_____. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: [s.n], 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012. V.1. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=136672>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

_____. **Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS. 2013. Disponível em: <http://www.cosemsce.org.br/v2/wp-content/uploads/downloads/2013/09/nota-tecnica-30_2013_termo-de-compromisso.pdf>. Acesso em: 23 jun.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS:** resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf>. Acesso em: 23 jun. 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, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a12v19n3>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

DIAS, Cláudia Augusto. **Grupo Focal:** técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Disponível em: <<<http://www.google.com.br/url?=&source=web&cd=2&rct=j&q=grupo%20focal%3At%C3%A9cnica%20de%20coleta%20de%20dados%20em%20pesquisas%20qualitativas&ved=0ahUKEwiT1rPP2sXKAhXGcj4KHTWKB0YQFgghMAE&url=https%3A%2F%2Fmoodle.ufsc.br%2Fmod%2Fresouse%2Fview.php%3Fid%3D724130%26redirect%3D1%usg=AFQjCNHV1smPUI8C2TsQrIT9-LnNS4aWg>>>. Acesso em: 14 dez. 2015.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Atenção Domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/16.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUI, Roque Tadeu. Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. **Rev. Psicol. Organ. Trab. (rPOT)**, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 135-160, jan./jun. 2003. Disponível em: <<http://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/7071/6544>>. Acesso em: 14 dez. 2015.

LACERDA, Maria Ribeiro et al. Atenção à Saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, maio/ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/09.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

MACHADO, Diani de Oliveira et al. **Antibioticoterapia endovenosa no domicílio:** a experiência do Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2013/atencao-domiciliar/wp-content/blogs.dir/8/files/2013/12/49-Porto-Alegre-Grupo-Concei%C3%A7%C3%A3o-RS-Antibioticoterapia-endovenosa-em-AD.pdf>>. Acesso em:14 jul. 2015.

MESQUITA, Sandra Albino Marques et al. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília - SP: custos de recursos materiais consumidos. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 555-556, jul./ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692005000400014&script=sci_arttext> Acesso em: 23 jun. 2015.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. Como é ser cuidado em casa: percepções dos clientes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 55, n. 2, p. 140-145, mar./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n2/v55n2a05.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araújo. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Porto Alegre e seus territórios**. 2010. Disponível em: <<http://www.observapoa.com.br>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

QUEIROZ, Danielle Texeira et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da Saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.google.com.br/ur/?sa=t&source=web&cd=1&rct=j&q=obseva%C3%A7%C3%A3o%20participante%20na%20PESQUISA%20qualitativa%3A%20conceito%20e%20aplica%C3%A7%C3%B5es%20na%20area%20da%sa%C3%BAde%20&ved=0ahUKEwiY7dTU2MXKAhWH1R4KHdWYCGYQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.facenf.uerj.br%2Fv15n2%2Fv15n2a19.pdf&usg=AFQjCNF7nLWadf4cC6BVD95jrxArx4Lg>>. Acesso em: 14 dez. 2015.

RAFACHO, Marília; OLIVER, Fátima Correa. A atenção aos cuidadores informais/familiares e a estratégia de saúde da família: contribuições de uma revisão bibliográfica. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 41-50, jan/abr. 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=657240&indexSearch=ID>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

RESSEL, Lúcia Beatriz et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/tcev/17n4/21.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2015.

SILVA, Kênia Lara et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

ANEXO A

INSTRUMENTO DE DEBATE

Questões norteadoras para os grupos de familiares e para o debate no grupo focal:

- Qual a ideia que lhe vem a mente, quando falamos em cuidado?
- O que você entende por ser um cuidador?
- Como você se vê sendo um cuidador?
- Como você se vê sendo cuidado por outra pessoa?
- Como você imagina que seja o atendimento domiciliar?
- Como você imagina o trabalho da equipe hospitalar no domicílio?

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Gostaríamos de convidá-lo a participar do PROJETO DE INTERVENÇÃO, A IMPORTÂNCIA DO CUIDADOR PARA INCLUSÃO DO PACIENTE NO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR, que tem como objetivo geral “realizar grupos com familiares de pacientes das unidades de saúde da Medicina Interna para promover o reconhecimento da importância do cuidador para a inclusão do paciente no PAD-HNSC”.

A pesquisa, para o Projeto de Intervenção será realizado a partir de metodologia de observação participante e a análise qualitativa dos dados. Consistirá na realização de grupos com familiares de pacientes da Medicina Interna sobre o tema do Cuidado e seus respectivos relatos, como também de grupo focal com a equipe multiprofissional.

Trata-se de um Projeto de intervenção para orientação de trabalho de conclusão. Desenvolvido por MARIANA IVELISE MARTINS GOMES orientada pela professora SILVANI BOTLENDER SEVERO, do Curso de Especialização em Atenção Domiciliar com Ênfase em Gestão de Redes da Escola GHC e IFRS.

A qualquer momento da realização desse estudo qualquer participante / pesquisado envolvido poderá receber os esclarecimentos adicionais que julgar necessários. Qualquer participante selecionado (a) poderá recusar-se a participar ou retirar-se da pesquisa em qualquer fase da mesma, sem nenhum tipo de penalidade, constrangimento ou prejuízo aos mesmos. O sigilo das informações será preservado através de adequada codificação dos instrumentos de coleta de dados. Especificamente, nenhum nome, identificação de pessoas ou de locais interessa a esse estudo. Todas as informações desta intervenção serão usadas somente para o desenvolvimento deste trabalho, não sendo utilizados para qualquer fim comercial.

Em caso de concordância com as considerações expostas, solicitamos que assine este “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” no local indicado abaixo. Desde já agradecemos sua colaboração e nos comprometemos com a disponibilização à instituição dos resultados obtidos nesta intervenção, tornando-os acessíveis a todos os participantes.

MARIANA IVELISE MARTINS GOMES
Pesquisador (a)
Especialização em Atenção Domiciliar
com Ênfase em redes GHC/IFRS

SILVANI BOTLENDER SEVERO
Professora Orientadora GHC/
IFRS

Eu, _____,
assinoo o termo de consentimento, após esclarecimento e concordância com os
objetivos e condições da realização da pesquisa A IMPORTÂNCIA DO CUIDADOR
PARA INCLUSÃO DO PACIENTE NO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR,
permitindo, também, que os resultados gerais deste estudo sejam divulgados sem a
menção dos nomes dos pesquisados.

Porto Alegre, _____ de _____
de 201_.

Assinatura do Pesquisado/da
Pesquisada

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos, entrar em contato com os
responsáveis pelo estudo:

Pesquisadora:
Mariana Ivelise Martins Gomes
E-mail: marigomes25@hotmail.com
Telefone: (51) 93336521

Orientadora:
Silvani Botlender Severo
E-mail: ssilvani@ghc.com.br