

Nívea Vieira Furtado Figueiredo

**TECNOLOGIAS PARA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
NA ATENÇÃO BÁSICA:**

**EM BUSCA DE FERRAMENTAS QUE SUBSIDIEM O TRABALHO DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Belo Horizonte
2010**

Nívea Vieira Furtado Figueiredo

TECNOLOGIAS PARA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA:

**EM BUSCA DE FERRAMENTAS QUE SUBSIDIEM O TRABALHO DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Raquel Gomes Maia Pires

**Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2010**

F475t Figueiredo, Nívea Vieira Furtado.
Tecnologias para assistência domiciliar na atenção básica [manuscrito]; em busca de ferramentas que subsidiem o trabalho da equipe de saúde da família. / Nívea Vieira Furtado Figueiredo. -- Belo Horizonte: 2010.
248f.: il.
Orientadora: Maria Raquel Gomes Maia Pires.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Assistência Domiciliar. 3. Tecnologia Biomédica. 4. Avaliação. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Pires, Maria Raquel Gomes Maia. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: W 84.6



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem: Mestrado
em Enfermagem

Dissertação intitulada: “Tecnologias para Assistência Domiciliar na Atenção Básica: em busca de ferramentas que subsidiem o trabalho da Equipe de Saúde da Família”, de autoria da mestranda Nívea Vieira Furtado Figueiredo, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof^a Dr^a Maria Raquel Gomes Maia Pires – EE/UFMG – Orientadora

Prof^a Dr^a Roseni Rosângela de Sena – EE/UFMG – Examinadora

Prof^a Dr^a Mariângela Leal Cherghiaglia – FM/UFMG – Examinadora

Belo Horizonte, 15 de Março de 2010

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida! Obrigada pela força e sabedoria nessa caminhada tão pesada e tão importante da minha vida. Missão cumprida.

A meus pais, José Márcio e Lucília, pela oportunidade de fazer parte dessa linda família. Vocês são exemplos de força, garra, atitude, coragem e determinação. Devo a vocês tudo o que sou hoje.

A meus irmãos, Thiago e Nádia, pelo companheirismo e compreensão nos momentos de ausência. Adoro vocês.

A meu grande amor, Davis, por TUDO! Obrigada pela paciência, tolerância, companheirismo, solicitude, compreensão nos momentos de ausência (que foram muitos), cumplicidade e delicadeza nos momentos de stress e turbulências! Admiro muito você por tudo isso. Amo você.

A Márcia e Adário, pela força, carinho e apoio constantes

A Fabiana, Fabrício, Michelle e Vitor, pela amizade, força e apoio. Vocês moram em meu coração.

A todos os familiares, amigos, colegas de trabalho, por terem acreditado em minha capacidade! Vocês são especiais.

A querida Maria Raquel, fonte de sabedoria e determinação. Obrigada pela oportunidade de ser sua aluna e por fazer parte de uma equipe tão cúmplice e dedicada. Você me fez acreditar que tudo na vida depende de determinação, organização e vontade! Saiba que contribuiu muito para minha formação pessoal e profissional.

Aos queridos alunos, amigos e colegas de pesquisa da Escola de Enfermagem da UFMG: Marcelo Castro, Luciana do Vale, Lucas Leite, Tiago Cupertino, Anna

Cláudia Martins, Flávia Gomes, Kátia Muradas e Camila Passos. Vocês sempre farão parte de minha história. Obrigada pela imensa dedicação, envolvimento, companheirismo e apoio nos momentos mais difíceis que passamos! Vocês me ensinaram a verdadeira arte de ser Enfermeiro. Adoro todos vocês.

A Túlio Mauro, muito mais que nosso consultor estatístico. Agradeço pela parceria, dedicação e doação. Reconheço seu belo trabalho e agradeço-lhe abrir mão diversas vezes de seus interesses pessoais para estar junto à Equipe MR. Suas vindas a Belo Horizonte foram mais que aprendizado; representaram cumplicidade e amizade! Não tenho palavras para lhe agradecer.

A Vilma Regina e Jória Guerreiro, pela importante contribuição nessa pesquisa. Muito obrigada.

À equipe da CASS, em especial ao Dr. Henrique e ao Dr. Nilton. Obrigada pela confiança, parceria e profissionalismo. Sem o apoio de todos vocês, eu não estaria aqui hoje. Dedico essa vitória a vocês também.

À Equipe do Programa de Assistência Domiciliar da Petrobrás e Copass, pelo apoio durante esse período e pelo grande incentivo. Obrigada.

Aos amigos e alunos do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Newton Paiva e do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNI-BH). Obrigada pela força e carinho. Vocês fazem parte de minha história.

Às Enfermeiras Judith, Sandra e Edna, gerentes das Unidades Básicas de Saúde que facilitaram a concretização desta pesquisa. Obrigada pelo convívio, experiência e oportunidade.

Às Unidades Básicas de Saúde deste estudo, em especial aos Enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde. Sem vocês, esta pesquisa não seria possível.

Aos pacientes e famílias dos Centros de Saúde desta pesquisa! Vocês representam a essência deste trabalho. Apesar de todo o cansaço e correria do dia a dia, vocês foram fonte de inspiração para que cada dia fosse um dia diferente e belo. Sinto-me gratificada pelo convívio com cada um de vocês e de ter aprendido como podemos fazer da vida uma história mais simples e cheia de esperança.

RESUMO

Introdução: Apesar da tendência crescente da Assistência Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), são escassos os instrumentos de trabalho e os conhecimentos aplicados de que os profissionais de saúde dispõem para agir na realidade encontrada. Ao adentrar as residências das pessoas, interage-se com os convívios, os conflitos e as dinâmicas da vida privada, bem como com a pobreza socioeconômica da maioria da população brasileira que é usuária do SUS. Esta pesquisa questiona que tecnologias para sistematização da Assistência Domiciliar (AD) na Atenção Básica, baseadas no desenvolvimento de ferramentas para o gerenciamento do cuidado, podem subsidiar o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF). Parte-se da hipótese de que as tecnologias mediadas por questionários que possibilitem a avaliação clínica, socioeconômica e familiar de usuários, bem como em modelos de predição para a classificação no tipo de Assistência Domiciliar que orientem a programação das ações dos profissionais, fornecem subsídios para a incorporação de conhecimentos ao processo de trabalho em saúde, qualificando a assistência prestada. **Objetivos:** 1- Analisar as tecnologias disponíveis nas Equipes de Saúde da Família para sistematizar a Assistência Domiciliar na Atenção Básica; 2- Avaliar o processo de trabalho dos profissionais das ESF quanto à sistematização da Assistência Domiciliar na Atenção Básica; 3- Elaborar questionários que possibilitem a avaliação clínica, o grau de dependência para as Atividades da Vida Diária (AVD), o risco de úlceras por pressão (UP) e o contexto sócio-familiar de usuários que demandam Assistência Domiciliar na área de atuação das ESF / Atenção Básica de Belo Horizonte; 4- Discutir com os profissionais das Equipes de Saúde da Família a aplicabilidade dos instrumentos para a sistematização da Assistência Domiciliar na Atenção Básica; 5- Propor, a partir das investigações realizadas, instrumentos para sistematização da assistência domiciliar na Atenção Básica. **Metodologia:** Pesquisa avaliativa com triangulação de métodos e técnicas, abordagem quantitativa e qualitativa, do tipo estudo de caso, em 2 UBS/SMSA-BH. Análise dos dados: regressão logística e múltipla na fase quantitativa e análise de conteúdo na etapa qualitativa. O delineamento do estudo ocorre em três etapas: 1ª-observação participante do processo de trabalho da ESF para construção de um instrumento que subsidie a assistência domiciliar integral aos usuários da área de abrangência; 2ª-survey com usuários, família e cuidador que demandam Assistência Domiciliar nas UBS/SMSA-BH, com classificação das necessidades de assistência domiciliar das famílias visitadas em tipo AD1 e AD2. Definição dos Modelos de Predição para a programação da assistência requerida; 3ª-realização de oficinas de discussão com os profissionais de saúde das UBS para avaliação da adequabilidade do instrumento, da classificação dos tipos de AD e do gerenciamento da assistência proposto. O estudo foi aprovado pelos Comitês de ética em pesquisa da UFMG, Parecer n ETIC 449/08, e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, protocolo 007/2008. **Resultados:** Há pouca disponibilidade de tecnologias para a Assistência Domiciliar no âmbito da Atenção Básica, comprometendo o cuidado prestado. A partir desse cenário, elaborou-se um fluxograma para gerenciamento da assistência na atenção básica, baseado num modelo preditivo para classificação do usuário no tipo de Assistência Domiciliar requerida (AD 1 ou AD2) e em instrumentos que subsidiam as ações da ESF. **Conclusão:** Os questionários, o plano de cuidados para o usuário e família, bem como o fluxograma e programação da assistência proposta, foram considerados adequados e pertinentes pelos profissionais de saúde das UBS investigadas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Assistência Domiciliar, Tecnologia Biomédica, Avaliação.

ABSTRACT

Introduction: Despite the growing trend of Home Health Care (HHC) in the Single Health System (SUS), there are a few tools and pieces of applied knowledge that health professionals have to acknowledge. When you get into the homes of individuals, there is an interaction with companionship, conflict and the dynamics of privacy, as well as the socio-economic poverty, which affects the majority of the Brazilian population, who are SUS users. The current research questions that technologies use for the systematization of Home Health Care at a Primary Health Care level, are based on the development of tools for managing care and subsidizing the work of family health teams (FHT). It starts from the assumption that the technology-based questionnaires that enable clinical, socioeconomic and family users, as well as the predictive models for classifying the type of home health care to guide the programming of the actions of professionals, provide subsidies for the incorporation of knowledge to the process of health work, qualifying the assistance.

Objectives: 1-To Analyze the available technologies in the FHT to standardize the Home Health Care in Primary Care, 2-To evaluate the process of working from the FHT professionals in the systematization of Home Health Care in Primary Care. 3-To develop questionnaires to enable the clinical evaluation, the degree of care for the Activities of Daily Living (ADL), the risk of pressure ulcers (PU) and the socio-family users who require Home Health Care on the scope of the FHT/ Primary Care of Belo Horizonte, 4-To discuss with the professionals of the Family Health Teams the application of the tools for the systematization of Home Health Care in Primary Care; 5-To implement, from investigations, instruments for home health care systematization in Primary Care. Methodology: Evaluative research with triangulation of methods and techniques, a quantitative and qualitative case study, from 2 Basic Health Units (BHU)/ Municipal Health Secretariat of Belo Horizonte (MHS-BH). Data analysis: logistic regression and multiple in the quantitative phase and content analysis in qualitative stage. The study design occurs in three stages: 1st- participant observation of the working process of the FHT to build an instrument that assists integral Home Health Care to the users of the coverage area. 2nd- survey with patients, families and caregivers who require home health care at the BHU/MHS-BH, with classification of home health care needs of the families visited in type HHC1 and HHC2. Definition of Prediction Models for programming the required assistance; 3rd- workshops for discussion with health professionals from BHU to evaluate the suitability of the instrument, the classification of types of HHC and the management of the proposed assistance. The study was approved by the Research Ethics of the Federal University of Minas Gerais (UFMG), Opinion n ETIC 449/08, and the Municipal Health Secretariat of Belo Horizonte, protocol 007/2008. Results: There is limited availability of technologies for Home Health Care in Primary Care, compromising the care provided. From these results, a flowchart was created to assist in managing home health care in primary care, based on a predictive model for classification of the user type of home health care required (HHC 1 and HHC 2) and instruments which support the actions of the FHT. Conclusion: The questionnaires, the care plan for the user and family, and the flowchart and programming assistance proposal was considered appropriate and relevant by the health professionals from the BHU investigated.

Key Words: Primary Health Care, Home Health Care, Biomedic Technology, Assessment,

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Distribuição dos usuários avaliados segundo classificação do tipo de assistência domiciliar (AD) requerida e pertencimento à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família, em Unidades Básicas investigadas, Belo Horizonte, setembro de 2009..... 136
- Tabela 2 – Perfil do usuário em assistência domiciliar e dos cuidadores das Unidades Básicas de Saúde avaliadas, por sexo, idade e escolaridade, Belo Horizonte, setembro de 2009..... 138
- Tabela 3 – Grau de parentesco de cuidadores dos usuários que demandam assistência domiciliar na atenção básica, nas Unidades Básicas de Saúde avaliadas, por gênero, Belo Horizonte, setembro de 2009..... 139
- Tabela 4 – Intensidade com que os familiares cuidam dos usuários em assistência domiciliar, por gênero e idade nas Unidades Básicas de Saúde avaliadas, Belo Horizonte, setembro de 2009..... 140
- Tabela 5 – Descrição dos sentimentos do usuário em assistência domiciliar e do cuidador em relação à doença, atividade de cuidador e convívio familiar das Unidades Básicas de Saúde investigadas, Belo Horizonte, setembro de 2009..... 141
- Tabela 6 – Grau de desconforto, sono, dor e fadiga do cuidador das Unidades Básicas de Saúde investigadas, Belo Horizonte, setembro de 2009. 143
- Tabela 7 – Grau de dependência para as Atividades da Vida Diária dos usuários em assistência domiciliar das Unidades Básicas de Saúde investigadas, Belo Horizonte, setembro de 2009..... 145
- Tabela 8 – Grau de desconforto, sono, dor e fadiga do usuário das Unidades Básicas de Saúde investigadas, Belo Horizonte, setembro de 2009..... 149

Tabela 9 – Correlação entre a variável dependente e independentes do instrumento de coleta de dados, Belo Horizonte, setembro de 2009.....	149
Tabela 10 – Correlação entre a variável dependente e as variáveis independentes do instrumento de coleta de dados – filtro por idade (≥ 60 anos), Belo Horizonte, setembro de 2009.....	150
Tabela 11 – Correlações entre as variáveis independentes do instrumento de coleta de dados – banco de dados sem filtro, Belo Horizonte, setembro de 2009.....	150

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Conceitos / termos da modalidade de Assistência Domiciliar.....	32
Quadro 2 – Assistência Domiciliar: um paralelo entre a proposta do Brasil e o modelo do Canadá.....	35
Quadro 3 – Referências Nacionais para a Política de Assistência Domiciliar na Atenção Básica / SUS.....	41
Quadro 4 – Classificação da primeira versão do Índice de Katz.....	72
Quadro 5 – Classificação da segunda versão do Índice de Katz.....	72
Quadro 6 – Classificação da terceira versão do Índice de Katz.....	73
Quadro 7 – Instrumentos de avaliação do usuário, família e cuidador.....	82
Quadro 8 – Referencial teórico-metodológico para a construção das ferramentas que subsidiem o trabalho das Equipes de Saúde da Família.....	95
Quadro 9 – Dimensões, conceitos e variáveis independentes utilizados na construção do questionário de coleta de dados, para a classificação do usuário no tipo de assistência domiciliar (AD) requerida, Belo Horizonte, 2010.....	99
Quadro 10 – Diagrama da construção do instrumento de coleta de dados.....	102
Quadro 11 – Fluxograma para a construção do questionário.....	109
Quadro 12 – Principais características da organização dos serviços e do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, identificadas nas Unidades Básicas de Saúde observadas, Belo Horizonte, setembro de 2009..	133

Quadro 13 – Modelo de Regressão Linear Múltipla com o filtro idade.....	152
Quadro 14 – Modelo de Regressão Linear Múltipla com o filtro idade e renda familiar > 2 salários mínimos.....	153
Quadro 15 – Classificação dos usuários em AD1 e AD2 pela Regressão Linear Múltipla.....	154
Quadro 16 – Score de classificação do tipo de assistência domiciliar requerida pelo usuário segundo o modelo preditivo A – Katz + disposição para o lazer.....	155
Quadro 17 – Probabilidade do usuário pertencer à AD2 segundo Katz e tipo de doença (HAS) pela Regressão Logística.....	157
Quadro 18 – Probabilidade do usuário pertencer à AD2 segundo Katz e condição clínica (compensado ou descompensado) pela Regressão Logística	159
Quadro 19 – Modelos de Predição para a classificação do usuário no tipo de Assistência Domiciliar.....	160
Quadro 20 – Revalidação da classificação do tipo de Assistência Domiciliar a partir da classificação do observador e dos modelos preditivos, Belo Horizonte, dezembro de 2009.....	161
Quadro 21 – Critérios para a confirmação da classificação do tipo de assistência domiciliar requerida pelo usuário.....	163
Quadro 22 – Dimensão, conceitos e variáveis independentes que permaneceram nos instrumentos do médico e enfermeiro para a classificação do usuário no tipo de assistência domiciliar (AD) requerida, Belo Horizonte, janeiro de 2010.....	166

Quadro 23 – Fluxograma para gerenciamento da Assistência Domiciliar.....	168
Quadro 24 – Categorias teóricas e empíricas.....	172
Figura 1 – Escala visual para a classificação dos usuários no tipo de Assistência Domiciliar.....	136

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Assistência Domiciliar
AE	Auxiliar de Enfermagem
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	Atividades da Vida Diária
BOMFAQ	Brasilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionare
BR	Baixo Risco
CBS	Cargiven Burden Scale
CERSAM	Centro de Referência de Saúde Mental
CIH	Central de Internação Hospitalar
CMC	Central de Marcação de Consultas
CS	Centro de Saúde
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DM	Diabetes Mellitus
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DOU	Diário Oficial da União
EE	Escola de Enfermagem
ESF	Equipe de Saúde da Família
FG	Familiograma
GC	Glicemia Capilar
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HSPE	Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
MCAF	Modelo Calgary de Avaliação da Família
MCIF	Modelo Calgary de Intervenção na Família
MIF	Medida de Independência Funcional
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NHB	Necessidades Humanas Básicas
NPT	Nutrição Parenteral Total
OARS	Olders Americans Research and Services
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PAD	Programa de Atenção Domiciliar
PE	Prontuário Eletrônico
PID	Programa de Internação Domiciliar
PNM	Pneumonia
PNSPI	Política Nacional de Saúde Pública da Pessoa Idosa
PROGRAB	Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
PUC/MG	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
RHA	Ruído Hidroaéreo
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISREG	Sistema de Regulação do SUS
SNE	Sonda Nasoentérica
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Técnico de Enfermagem
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UP	Úlceras por Pressão
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URS	Unidade de Referência de Saúde
VO	Via Oral
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	OBJETIVOS	24
3	REFERENCIAL TEÓRICO / JUSTIFICATIVA	25
	3.1-Organização da Atenção Básica no SUS	25
	3.1.1-Conceito de Atenção Básica	25
	3.1.2-Equipe de Saúde da Família como estratégia de organização da Atenção Básica	26
	3.2-A Política de Atenção Domiciliar no SUS	28
	3.2.1-A Assistência Domiciliar na Atenção Básica	33
	3.3-Tecnologias para a Assistência Domiciliar na Atenção Básica	44
	3.3.1-Concepções de tecnologia, conhecimento e trabalho em saúde	44
	3.3.2-Abordagem da família e do cuidador	53
	3.3.3-Processo de Trabalho da Equipe de Saúde da Família e Assistência Domiciliar	64
4	METODOLOGIA	85
	4.1-Delineamento do Estudo	91
	4.1.1-ETAPA 1 – Observação Participante do trabalho das Equipes de Saúde da Família	91
	4.1.2-ETAPA 2 – Survey com usuários que demandam Assistência Domiciliar	92
	4.1.3-ETAPA 3 – Oficinas de discussão com profissionais	92
	4.2-Detalhamento das etapas da pesquisa	96
	4.2.1-ETAPA 1 – Processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde	96

4.2.1.1-Técnicas, instrumentos e coleta de dados	96
4.2.1.2-Análise dos registros	97
4.2.2-ETAPA 2 – Classificação dos tipos de assistência necessária aos usuários	98
4.2.2.1-Construção do questionário para abordagem dos usuários, da família e do cuidador	98
4.2.2.2-Coleta de dados	109
4.2.2.3-Análise Multivariada – Regressão Linear Múltipla e Logística	113
4.2.3-ETAPA 3 – Avaliação da adequabilidade dos instrumentos para Assistência Domiciliar na Atenção Básica	118
4.2.3.1-Coleta de dados: oficinas de discussão	118
4.2.3.2-Análise de conteúdo dos depoimentos	119
4.3-Triangulação de Dados e Métodos	121
4.4-Aspectos Éticos	122
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	123
5.1-Observação da Unidade Básica de Saúde e do Processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família	123
5.2-Avaliação da situação social, familiar e clínica de usuários e cuidadores que requerem assistência domiciliar na atenção básica	135
5.2.1-Contexto social e familiar	137
5.2.2-Grau de dependência para as atividades da vida diária e risco para úlceras por pressão	145
5.2.3-Anamnese e clínica dos usuários avaliados	146
5.3-Modelos de Predição para a classificação do tipo de Assistência Domiciliar requerida pelos usuários	149
5.3.1-Exercício de revalidação dos modelos preditivos para a classificação dos usuários no tipo de assistência domiciliar requerida	161

5.3.2-Tecnologias para AD na Atenção Básica: ferramentas para o trabalho das Equipes de Saúde da Família na assistência domiciliar	163
5.4-Resultados das Oficinas de Discussão	171
6 CONCLUSÃO	178
REFERÊNCIAS	180
ANEXOS	189
Anexo A-Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG	190
Anexo B-Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/BH	192
APÊNDICES	195
Apêndice A-Roteiro de Observação Participante do Processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família	196
Apêndice B-Escala de Likert	197
Apêndice C-Matriz para a construção do questionário	198
Apêndice D-Convite da primeira Oficina de Discussão em os profissionais das Equipes de Saúde da Família	211
Apêndice E-Instrumento de coleta de dados para Assistência Domiciliar na Atenção Básica (1ª versão)	213
Apêndice F-Manual de preenchimento da 1a versão do questionário	221
Apêndice G-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – coleta de dados	228
Apêndice H-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – oficinas de discussão	229
Apêndice I-Avaliação do usuário – Instrumento para o enfermeiro e para o médico da ESF – 1ª avaliação	230
Apêndice J-Avaliação do usuário – Instrumento para o enfermeiro e para o médico da ESF – Monitoramento	236

Apêndice K-Pré-classificação do usuário – Instrumento para o Técnico ou Auxiliar de Enfermagem	240
Apêndice L-Diagnóstico de Enfermagem e Plano de Cuidados para o usuário e cuidador	242
Apêndice M-Prescrição de Enfermagem para o usuário e cuidador	244
Apêndice N-Convite da segunda Oficina de Discussão com os profissionais das ESF	245
Apêndice O-Programação da Assistência Domiciliar	247

1 INTRODUÇÃO

As mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira caracterizam-se pelo aumento da expectativa de vida, aumento das doenças crônico-degenerativas, maior risco de complicações e grau de dependência dos idosos.

Esse fato gera uma demanda de pessoas aos serviços de saúde, em especial de Atenção Básica, com necessidades de Assistência Domiciliar. Conceitua-se essa modalidade de atendimento como ações integradas em saúde, sistematizadas, regulares e articuladas desenvolvidas pela equipe de profissionais no domicílio, com o objetivo de promover e/ou restabelecer a saúde de pessoas em seu contexto socioeconômico, cultural e familiar. Inclui a visita domiciliar, a consulta de profissional de nível superior no domicílio, a identificação da pessoa que cuida do paciente, o planejamento, a realização de procedimentos e o acompanhamento sistemático à família como atividades principais (REHEM & TRAD, 2005; GIACOMOZZI & LACERDA, 2006).

A Assistência Domiciliar (AD) é uma atividade inerente ao processo de trabalho das equipes de saúde, seja de Saúde da Família centrado na vigilância à saúde ou do modelo de organização tradicional da Atenção Básica, com foco nas consultas médicas. No entanto, essas atividades ocorrem sem a devida sistematização. A Estratégia de Saúde da Família surge em 1994 como uma forma de reorientação do modelo assistencial mediante a implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF) em Unidades Básicas de Saúde (UBS), favorecendo a reorganização do processo de trabalho nos Centros de Saúde (CS) e a inserção de novos saberes e práticas no dia a dia desses serviços (BELO HORIZONTE, 2006).

No âmbito da Assistência Domiciliar são escassos os instrumentos de trabalho e conhecimentos aplicados de que os profissionais de saúde dispõem para agir na realidade encontrada. As equipes têm dificuldade na organização de seu processo de trabalho nessa modalidade de assistência em consequência, principalmente, do excesso da demanda e de poucas tecnologias adequadas que subsidiem a sistematização das ações. Tal fato tem contribuído para o aumento de complicações clínicas, hospitalizações e/ou reinternações dos pacientes.

Ao adentrar as residências das pessoas, interage-se com os convívios, os conflitos e as dinâmicas da vida privada, bem como com a pobreza sócio-econômica

da maioria da população brasileira que é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Privados dos muros, dos manuais e das técnicas que os protegem nos serviços de saúde, os profissionais veem-se, muitas vezes, com poucas opções de intervenções na situação complexa encontrada. Faltam conhecimentos, instrumentos e tecnologias que os habilitem, por exemplo, a abordar integralmente a família ou para exercer uma clínica ampliada, ou seja, uma clínica que possibilite a compreensão de outros aspectos do Sujeito (não apenas o biológico). A clínica ampliada teria como foco as diferenças singulares do sujeito doente e produziria um plano terapêutico que levasse em conta essa diferença (CUNHA, 2005). Contudo, torna-se necessário mudar a forma de organizar os serviços para atender de maneira abrangente e integral, as necessidades desses usuários, famílias e cuidadores.

Os desafios para que o Programa de Saúde da Família (PSF) se constitua em estratégia de reorganização da Atenção Básica (AB) coincidem com as propostas do SUS, qual seja, ampliar a qualidade do acesso aos serviços de saúde da população, num contexto de mercantilização da saúde. E o PSF segue os princípios do SUS de buscar a universalidade e a igualdade, numa realidade com pouca cidadania organizada para exigir oportunidades de vida (PIRES & GÖTTEMS, 2009).

Valem algumas ponderações sobre as possibilidades de mudanças na forma de organização das práticas dos profissionais de saúde. No que se refere ao processo de trabalho, a dimensão da equipe e a abordagem à família são aspectos ainda distantes do cotidiano da maioria das ESF. Da mesma forma, a incipiência do planejamento das ações, a criação de novas tecnologias e as dificuldades para sistematizar a assistência domiciliar dos usuários da área de abrangência, coabita o cotidiano dos serviços de Atenção Básica (GIACOMOZZI & LACERDA, 2006).

Entende-se por tecnologia, como se verá a seguir, um conceito amplo que abrange toda e qualquer possibilidade de uso do conhecimento para a produção de um trabalho (LEOPARDI et al, 1999), com possibilidade de interferir na produção social (MERHY, 1997), contribuindo para o gerenciamento do cuidado no processo de trabalho das equipes.

Dentro desse contexto, esta pesquisa questiona que tecnologias podem subsidiar o trabalho das Equipes de Saúde da Família para a sistematização da Assistência Domiciliar na Atenção Básica com base no desenvolvimento de ferramentas para o gerenciamento do cuidado.

Parte-se da hipótese de que o conhecimento aplicado, o saber específico das diversas profissões, bem como a elaboração e a implantação de instrumentos que subsidiem a classificação dos usuários para o planejamento das ações, são tecnologias que auxiliam a reorganização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família na Atenção Básica, qualificando a assistência prestada.

2 OBJETIVOS

1. Analisar as tecnologias disponíveis nas Equipes de Saúde da Família para sistematizar a Assistência Domiciliar na Atenção Básica;
2. Avaliar o processo de trabalho dos profissionais das ESF quanto à sistematização da Assistência Domiciliar na Atenção Básica;
3. Elaborar questionários que possibilitem a avaliação clínica, o grau de dependência para as Atividades da Vida Diária (AVD), o risco de úlceras por pressão (UP) e o contexto sócio-familiar de usuários que demandam Assistência Domiciliar na área de atuação das ESF/Atenção Básica/SUS;
4. Discutir com os profissionais das Equipes de Saúde da Família a aplicabilidade dos instrumentos para a sistematização da Assistência Domiciliar na Atenção Básica;
5. Propor, a partir das investigações realizadas, ferramentas para a sistematização dessa assistência na Atenção Básica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO / JUSTIFICATIVA

3.1 Organização da Atenção Básica no SUS

3.1.1 Conceito de Atenção Básica

Define-se Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. (BRASIL, 2006). É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade desses territórios em que vivem essas populações (BRASIL, 2007).

Esse nível de atenção à saúde possui características consideradas importantes e peculiares: a- não é restrita às faixas etárias, tipos de problemas ou condições; b- é acessível, continuada e integrada (prevenção e promoção da saúde, tratamento, reabilitação e manutenção); c- utiliza o trabalho em equipe; d- preconiza a abordagem holística (indivíduo e comunidade no âmbito físico, psicológico e social); e- a atenção está centrada na pessoa e não na enfermidade; f- a atenção é orientada para a família e a comunidade (CUNHA, 2005).

Vale ressaltar que a Atenção Básica tem como fundamento os princípios da universalidade, acessibilidade, equidade, integralidade da assistência, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação da comunidade no exercício do controle social. Göttems e Pires (2009) acrescentam a esse modelo de atenção o caráter democrático, participativo e integrado norteado pelo trabalho em equipe, pela territorialização, focado nas necessidades da comunidade, com vistas à ampliação de seu conceito para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

Também denominada atenção primária à saúde, acredita-se que, com sistemas de saúde orientados pela Atenção Básica, torna-se possível alcançar melhores resultados, custos mais aceitáveis e promoção da equidade; garantindo

um dos princípios do SUS. É reconhecida, em Belo Horizonte, como a rede de Centros de Saúde que se configuram como porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde e que realizam diversas ações que buscam oferecer atenção integral aos indivíduos e comunidade (BELO HORIZONTE, 2006).

Acredita-se que uma das formas de firmar esse novo modelo de assistência seja o compromisso dos profissionais com toda a comunidade visando, não só a cura de uma doença, mas também a criação de vínculos por meio da inter-relação entre os diversos atores sociais (indivíduo, família, comunidade). Torna-se necessário enxergar o sujeito não como objeto de trabalho, mas como parte integrante desse processo – um protagonista nessa história – adotando, assim, a prática de uma Clínica Ampliada. Porém, Göttems e Pires (2009) ressaltam que não é propriamente a Atenção Básica o nível de atenção responsável por essa mudança de paradigma no modelo de saúde vigente, mas a relação entre os demais níveis de atenção do SUS (atenção básica, de média complexidade e de alta complexidade). Esses três níveis de atenção, uma vez bem articulados, têm grandes perspectivas de racionalização da utilização dos serviços a partir das demandas da população. Mas, para isso, faz-se necessária uma população mais crítica e politicamente atuante no controle social da implementação de políticas sociais de qualidade.

3.1.2 Equipe de Saúde da Família como estratégia de organização da Atenção Básica

A Saúde da Família surge, no Brasil, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde a partir da Atenção Básica. Iniciou em junho de 1991, com a implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, foram formadas as primeiras equipes. Uma Unidade de Saúde da Família tem como função realizar atenção contínua, nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (COSTA & CARBONE, 2004).

O Programa de Saúde da Família, no SUS, tem, como objetivo, propiciar a reorganização da assistência à saúde a partir da AB por meio da reorganização do processo de trabalho nos Centros de Saúde, potencializando a implantação dos princípios do SUS: integralidade, universalidade e equidade. Equipes de Saúde da Família foram criadas e devem possibilitar a entrada das pessoas, no Sistema, de

forma espontânea, ampliando o acesso e viabilizando a atenção integral e multidisciplinar (BRASIL, 2006).

Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre da insuficiência do modelo tecnicista / hospitalocêntrico para atender às necessidades de saúde das pessoas.

O modelo de atenção deve centrar-se na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com seus núcleos sociais primários – as famílias. O novo modelo requer, de um lado, “a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre eles) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação saúde” (BRASIL, 1999).

Nesse contexto, essa estratégia elege a família como o núcleo social-alvo, em um território definido, agregando os princípios citados, inclusive o da responsabilidade social.

Considera-se o PSF como uma estratégia de organização da AB, pois contribui para que as atribuições e as responsabilidades apontadas para esse nível de assistência sejam executadas e assumidas de uma forma inovadora, com efetiva mudança na organização dos serviços de saúde. As UBS, reorganizadas de acordo com os princípios do Saúde da Família, passam a ser responsáveis pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram ou trabalham no espaço territorial próximo, possibilitando o estabelecimento de vínculos, de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e da população (BRASIL, 1999).

O Programa de Saúde da Família hoje, tem as seguintes funções: ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios de atuação das ESF; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas, buscando o cuidado das pessoas e das famílias; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico local, tendo como foco a família e a comunidade; buscar integração com instituições e organizações sociais e ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2007).

Essa estratégia lança mão de valores importantes para todos os seres humanos: o respeito ao próximo e a atenção individual aos problemas que, por mais

parecidos que sejam, são vividos e vivenciados de formas diferentes e peculiares. Uma mulher diabética e hipertensa empregada não é igual a uma mulher, da mesma idade, diabética e hipertensa desempregada. Com certeza, cada uma tem seu modo de viver e adoecer e isso será respeitado por todos os profissionais de saúde, mas muito mais por aqueles que compõem essas equipes na Atenção Básica, pois têm o privilégio de fazer parte da história dessas pessoas.

3.2 A Política de Atenção Domiciliar no SUS

Muito se questiona sobre a assistência hospitalar por apresentar uma abordagem mais tecnicista e fora do contexto dos usuários e de seus familiares. É uma assistência com foco nas normas e técnicas impostas, na medicalização, nas diversas especialidades trabalhando de forma fragmentada. É uma assistência centrada no tratamento das doenças e condutas médicas, distanciando-se cada vez mais das necessidades do usuário e da família (sentimentos, anseios, dinâmica da vida familiar, etc). A proposta da assistência domiciliar surge nesse contexto, como uma possibilidade de implementação das ações de saúde voltadas para uma prática mais humanizada, de acordo com as necessidades das pessoas, preservando as relações entre os profissionais e a comunidade.

A Assistência Domiciliar compreende uma das diversas atividades da Atenção Básica. Citada desde o Velho Testamento como uma forma de se prestar caridade, esse tipo de atenção à saúde é atualmente enfatizado no Brasil. Trata-se de um conceito amplo que contempla todas as atividades dos serviços de saúde que têm como lócus o domicílio, independente do nível de complexidade das demandas.

O desenvolvimento da AD, no Brasil, tem estreita relação com a enfermagem e suas primeiras atividades ocorreram em 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro, voltado às áreas de fisiologia e materno-infantil. As enfermeiras pertenciam ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e orientavam as famílias, nos domicílios, no combate às epidemias (DUARTE & DIOGO, 2000). Observa-se que, já naquela época, os serviços de atendimento domiciliar estavam ligados à área de saúde pública, visando a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

A primeira experiência de abordagem domiciliar, no Brasil, foi desenvolvida pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), criado em

1949. Sua implantação como atividade planejada teve início no setor público, com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), que funciona desde 1963. No entanto, nesse mesmo setor, as demais experiências são incipientes e resultam de iniciativas de um ou outro gestor ou de grupos de profissionais de um hospital (MENDES JÚNIOR, 2000).

Diversos são os termos utilizados para caracterizar essa modalidade de atendimento: assistência domiciliar (predominante), atenção domiciliária, assistência domiciliária, internação domiciliária, hospitalização domiciliar, Home Care e visita domiciliar. Esses nomes derivam das dificuldades históricas de expressar claramente suas características. (REHEM & TRAD, 2005).

Atenção Domiciliária é definida por Carletti e Rejani (*apud* DUARTE & DIOGO, 2000) como “o serviço em que as ações de saúde são desenvolvidas no domicílio do paciente por uma equipe interprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, assim como de seus potenciais e limitações. Visa a promoção, manutenção e/ou restauração da saúde e o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e a preservação de sua autonomia”.

A *Assistência Domiciliária* compreende as atividades assistenciais exercidas por profissional de saúde e/ou equipe interprofissional no local de residência do cliente. Engloba visitas programadas em que determinados procedimentos (maior complexidade) são realizados pelos membros da equipe. A periodicidade das visitas depende da complexidade de cada caso. Conta também com o cuidador, responsável pela continuidade da assistência em domicílio (DUARTE & DIOGO, 2000).

A *Assistência Domiciliar* é vista como um recorte da Atenção Domiciliar no campo da Atenção Básica, podendo ser caracterizada como a assistência prestada no domicílio ao indivíduo com problema de saúde, com algum grau de dependência para as Atividades da Vida Diária, que não possa se deslocar até a Unidade de Saúde (BELO HORIZONTE, 2006).

Há inúmeras vantagens na AD que garantem um cuidado mais qualificado e humanizado, como: evitar internações e suas consequências; diminuir o tempo de internação; manter o paciente em seu habitat e no convívio com os seus; dividir a responsabilidade dos cuidados do paciente com a família; suprir a dificuldade de locomoção do paciente; acompanhar doenças crônicas, controlando suas

descompensações; acompanhar e controlar a evolução natural das doenças; monitorizar o paciente por intermédio de uma equipe interdisciplinar; otimizar leitos e recursos hospitalares; minimizar o estresse e o desgaste familiar (BRUNNER; SUDDARTH, 2002).

Esses mesmos autores ressaltam que a assistência no domicílio melhora a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, pois, durante uma internação hospitalar, há alterações de sua rotina de vida e de quem o cerca. O procedimento favorece a valorização da imagem institucional e é uma forma de se prestar assistência por um custo compatível.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a 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 a saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, e reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos” (BELO HORIZONTE, 2008. p. 225).

Esse conceito retrata a visão funcionalista do processo de restabelecimento da função da saúde da pessoa ao máximo, distanciando da oportunidade de adaptação das atividades diárias dentro das possibilidades de cada usuário.

A *visita domiciliar* é um recurso dos mais valiosos para o serviço de saúde, estruturada com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Atenção Básica de forma que possibilite um contato permanente do serviço com a clientela, mesmo quando não existe queixa. Assim, se torna possível, além de orientar e esclarecer dúvidas sem a necessidade de o cliente ir à UBS, descobrir pessoas doentes que não conseguem deslocar-se até o serviço, proporcionando-lhes atendimento. Com a visita, o atendimento é mais qualificado e permite que todos os profissionais de saúde (não só os ACS) conheçam a dinâmica familiar, estreitem o vínculo terapêutico e qualifiquem a intervenção em saúde (CUNHA, 2005).

Ressalta ainda o autor que a visita tem um significado simbólico muito forte. Para os profissionais, significa atuar em um espaço “concedido pelo usuário” totalmente diferente do serviço de saúde, que é um espaço bem mais protegido para o profissional. Para os pacientes e familiares, essa visita geralmente simboliza um

cuidado especial, um compromisso real da equipe, o que pode facilitar muito a receptividade às propostas terapêuticas.

A *Internação Domiciliária* consiste na instalação de um mini-hospital domiciliário. Representa uma opção segura e eficiente para o atendimento a determinados tipos de pacientes que, mesmo após a estabilização do quadro clínico, continuam a requerer cuidados especializados de um profissional de saúde no dia-a-dia (DUARTE & DIOGO, 2000).

Já a *Hospitalização Domiciliar* é uma alternativa assistencial da área da saúde que consiste em um modelo organizativo capaz de prover um conjunto de atenções e cuidados médicos e de enfermagem aos pacientes em seu domicílio, com as mesmas características da assistência hospitalar, tanto em qualidade como em quantidade (REHEM & TRAD, 2005). E Mendes Júnior (2000) refere-se ao termo *Home Care* como assistência domiciliar à saúde.

Portanto, dois aspectos merecem discussão: observa-se o predomínio da Assistência Domiciliar vinculado ao âmbito hospitalar e verifica-se a ausência de uma política para regulamentação dessa modalidade de atenção em saúde. Mas já é possível identificar iniciativas parciais de regulamentação por parte do Congresso Nacional e do Ministério da Saúde (MS), como descrito adiante (REHEM & TRAD, 2005).

No âmbito hospitalar, muitas operadoras de saúde (convênios) possuem programas específicos para atuar no domicílio, caracterizados como Atendimento e Internação Domiciliar. Profissionais de saúde dessas operadoras captam pacientes com internação de longa permanência ou o próprio médico do hospital solicita o serviço diretamente ao convênio, no intuito de planejar a continuidade da assistência no domicílio. Mediante o consentimento da família e do usuário sobre a viabilidade da alta hospitalar, a Assistência Domiciliar implicará redução de custos para a operadora, diminuição de complicações e infecções hospitalares, além de maior qualidade de vida ao usuário e seus familiares.

Cabe aqui discutir alguns limites da AD, seja no âmbito das operadoras de saúde ou na Atenção Básica. A desospitalização de um paciente gera redução de custos para os convênios, mas acarreta muitas vezes sobrecarga para alguns familiares, uma vez que a exigência de um familiar responsável para o cuidado implica deixar o emprego para assistir o usuário. Além disso, as normas dos programas domiciliares de várias operadoras funcionam com o sistema de co-

participação ou com várias restrições de cobertura, gerando aumento de gastos para a família. Não é à toa que o setor privado aumentou o número de empresas que prestam serviço domiciliar. O mesmo princípio ocorre no âmbito da saúde pública e a desospitalização ou “desupalização” deixa nas mãos do usuário e família a responsabilidade de continuidade da assistência, gerando muitas vezes mudanças importantes na dinâmica de vida da família e sobrecarga física e/ou financeira sobre um único familiar. Portanto, a vulnerabilidade social, os conflitos familiares e a diminuição da renda causado pelo aumento de gastos devem ser considerados ao se propor a AD. A seguir, o quadro sintetiza os conceitos discutidos acima:

Quadro 1

Conceitos / termos da modalidade de Assistência Domiciliar

Conceitos	Características
Atenção Domiciliária	Ações de saúde desenvolvidas no domicílio por uma equipe interprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, assim como de seus potenciais e limitações. Visa a promoção, manutenção e/ou restauração da saúde e o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e a preservação de sua autonomia.
Assistência Domiciliária	Atividades assistenciais exercidas por profissional de saúde e/ou equipe interprofissional na residência. Engloba visitas programadas em que determinados procedimentos de maior complexidade são realizados pelos membros da equipe, sendo a periodicidade determinada pela complexidade assistencial requerida. O cuidador torna-se essencial para a continuidade dessa assistência.
Assistência Domiciliar	Provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e a saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Visa cuidados preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos.
Internação Domiciliária	Instalação de um mini-hospital domiciliário de forma segura e eficiente para o atendimento a determinados tipos de pacientes que, mesmo após a estabilização do quadro clínico, continuam a requerer cuidados especializados de um profissional de saúde.
Hospitalização Domiciliar	Alternativa assistencial da área da saúde que consiste em um modelo organizativo capaz de prover um conjunto de atenções e cuidados médicos e de enfermagem aos pacientes em seu domicílio, com as mesmas características da assistência hospitalar, tanto em qualidade como em quantidade.
Home Care Visita domiciliar	Assistência domiciliar à saúde Recurso valioso da assistência domiciliar possibilitando o contato com a clientela, o conhecimento da dinâmica da vida familiar, o estreitamento de vínculos, além da realização de procedimentos e orientações à saúde

Fonte: elaboração própria, 2010.

3.2.1 A Assistência Domiciliar na Atenção Básica

Embora não tenham sido publicadas diretrizes para a regulação da Atenção Domiciliar no contexto da Atenção Básica, nos documentos do Programa de Saúde da Família a internação domiciliar é referida como uma prática incentivada pelo programa e inclui a visita domiciliar como forma de Atenção Domiciliar. Portanto, ainda não existe uma política nacional de Atenção Domiciliar nesse nível de assistência (COSTA NETO, 2000).

Em 1998, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 2.146, de 23 de março, que estabeleceu requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a realização de internação domiciliar no SUS realizada pela própria equipe do hospital, na sequência da internação hospitalar. Com a Lei nº 10.424, de 16 de abril de 2002, foram acrescentados à Lei Orgânica da Saúde, o atendimento e a internação domiciliar. Mas a Lei não explicita em que consistiria cada um desses conceitos. Nessa mesma época, foi publicada, no Diário Oficial da União (DOU), a Portaria SAS/MS nº 249, de 16 de abril de 2002, estabelecendo a modalidade de Assistência Domiciliar como uma modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, também vinculada à área hospitalar. O artigo 2º dessa Portaria estabelece que as Secretarias Estaduais de Saúde adotem as providências necessárias à articulação dos Centros de Referência Cadastrados com a Rede de Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família (REHEM & TRAD, 2005).

Já em 2006, a ANVISA publicou a RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) nº 11, de 26 de janeiro de 2006 que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam Atenção Domiciliar, seja público ou privado. Essa Resolução determina a obrigatoriedade do funcionamento do serviço mediante licença da autoridade sanitária legal. Posteriormente, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006 que institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, contendo critérios de inclusão e desligamento dos pacientes nessa modalidade de atenção, remetendo, à Atenção Básica, a responsabilidade de acompanhamento após a alta do programa.

O Manual sobre os avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte descreve uma discussão que iniciou com membros do MS, não publicado. Propuseram duas modalidades de AD: a Assistência Domiciliar tipo 1

(AD1) e a Assistência Domiciliar tipo 2 (AD2). A AD1 foi conceituada como aquela prestada pela Atenção Básica aos indivíduos com problemas de saúde controlados e compensados, com algum grau de dependência para as Atividades da Vida Diária, que não podem se deslocar até as Unidades de Saúde. Permite maior espaçamento entre as visitas; não exige procedimentos e técnicas de maior complexidade e seu usuário não necessita de atendimento médico frequente. Já a AD2 foi conceituada como a assistência prestada a indivíduos com maior grau de comprometimento nos critérios clínicos, epidemiológicos e sociais com algum grau de dependência para as AVD, que não podem se deslocar até a Unidade de Saúde. Nessa modalidade, os usuários possuem doença em processo agudo ou doença crônica descompensada; necessitam de equipamentos mínimos de acordo com a patologia, de visitas frequentes e dependem de procedimentos e técnicas de maior complexidade (REHEM & TRAD, 2005; BELO HORIZONTE, 2008).

Percebe-se que tais conceitos são amplos, genéricos e não norteiam as equipes na programação da AD aos usuários que demandam esse tipo de assistência. A periodicidade de visitas de cada profissional é imprescindível no intuito de manter a qualidade e a organização na Atenção Básica, além de direcionar os profissionais na escolha de modalidades e tratamentos baseados nas necessidades e perfil do usuário e seus familiares. Isso é ainda um grande desafio. Sendo assim, é necessário que se ampliem esses conceitos e que se proponham tecnologias para sistematizar essa assistência na atenção primária à saúde.

O Ministério da Saúde iniciou um processo de discussão buscando a configuração de uma proposta para a Assistência Domiciliar no âmbito da AB. O quadro a seguir compara a proposta brasileira com o modelo adotado no Canadá (Quadro 2). Embora se reconheçam as diferenças sócio-econômicas e sanitárias entre os dois países, as autoras reafirmam que a aproximação com uma experiência relativamente consolidada, de um país que vem investindo no fortalecimento da atenção primária à saúde, do enfoque comunitário, desencadeando importante processo de desospitalização, poderá lançar luz à proposta brasileira, ainda em fase de discussão (REHEM & TRAD, 2005).

Quadro 2

Assistência Domiciliar: um paralelo entre a proposta do Brasil e o modelo do Canadá

<i>Proposta brasileira</i>	<i>Modelo canadense</i>
Definição <p>Conjunto de ações integradas, sistematizadas, articuladas e regulares desenvolvidas pela equipe de saúde no domicílio, com o objetivo de promover e/ou restabelecer a saúde das pessoas em seu contexto socioeconômico, cultural e familiar. Incluem a visita domiciliar, a consulta de profissional de nível superior no domicílio, a identificação do cuidador, o planejamento, a realização de procedimentos e o acompanhamento sistemático à família como atividades principais.</p>	A assistência domiciliar abrange uma gama de serviços aos clientes parcial ou totalmente incapacitados viverem em seu próprio lar, frequentemente com a vantagem de prevenir, retardar ou substituir por assistência a longo prazo ou assistência alternativa intensiva.
Legislação <p>Lei nº 10.424 de 16/04/2002, que acrescenta à Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080) o atendimento e a internação domiciliar no SUS</p>	A assistência domiciliar está incluída na Lei Canadense da Saúde (Canada Health Act), de âmbito federal, como sendo uma “extensão do serviço de saúde”.
Serviços e Provedores <p>Na proposta não estão explicitados os serviços disponibilizados e quais serão os provedores. No item provedores subentende-se que será o município</p>	Ambos os serviços de assistência domiciliar – intensivo e prolongado – existem em todas as províncias. Todas as províncias oferecem uma série de serviços básicos similares: avaliação de cliente; coordenação e gerenciamento de casos; serviços de enfermagem; e auxílio domiciliar, incluindo a assistência personalizada, tarefas domésticas, etc.
Elegibilidade <p>Critérios para inclusão: Pactuação com a família e/ou usuário; Existência do cuidador com condições de realizar atividades pactuadas entre a equipe e família; Existência de infra-estrutura física do domicílio para a modalidade da assistência domiciliar; Condição clínica do usuário; Moradia na área de abrangência da Unidade de Saúde; Garantia da referência ambulatorial especializada e hospitalar.</p>	Critérios básicos de elegibilidade (couns entre províncias e territórios): Residência na província e/ou Canadá; Levantamento completo das necessidades antes que qualquer serviço seja oferecido; O atendimento é uma resposta às necessidades não atendidas (i.e. na casa não pode obter ajuda suficiente da família e dos amigos); Condições adequadas do domicílio para prestação dos serviços domiciliares; Consentimento do cliente ou de seu representante legal.

Organização e administração

A organização da assistência domiciliar na Atenção Básica deve prever instrumentos que sintetizem os serviços prestados na lógica da hierarquização, resolutividade e continuidade da atenção.

A AD deve ter uma clientela adstrita a um território de atuação determinado e estar inserida na política social do município. O encaminhamento do usuário para o hospital, sempre que possível, deve ser acompanhado por um profissional da Atenção Básica. É importante estabelecer um fluxo para marcação de consultas especializadas e encaminhamentos para exames especiais.

Os ministérios ou departamentos de saúde e/ou serviço social/comunitário controlam os orçamentos e níveis de doações da assistência domiciliar em todas as jurisdições.

A maioria das províncias delega a responsabilidade da distribuição dos recursos e da prestação de serviços às autoridades locais ou regionais. Mas, na maioria dos casos, os departamentos estabelecem políticas e normas para a prestação de serviço regional, retratando as necessidades e monitorando os resultados.

Financiamento

Não existe financiamento do nível federal específico para a AD. Propõe-se que esta atividade faça parte do elenco de atividades da Atenção Básica, que é financiada por recursos oriundos da União, alguns Estados e municípios.

O governo federal inclui apoio financeiro para a assistência domiciliar como parte dos pagamentos do CHST (Canada Health and Social Transfer) destinados para serviços de assistência à saúde nas províncias e territórios.

Mecanismos de avaliação e gerenciamento de casos

Propõe a criação de instrumentos de avaliação capazes de contemplar informações importantes como qualidade do atendimento, resolutividade da assistência, número de pessoas assistidas por equipe de saúde, satisfação do usuário, desempenho e satisfação da equipe, entre outros. Não faz referência ao gerenciamento de casos.

A maioria das províncias e territórios tem usado uma ferramenta de avaliação padronizada. Algumas jurisdições acrescentam a reavaliação e o planejamento do egresso ao processo inicial de planejamento. Adota a prática de gerenciamento de casos, sem explicitar como se dá sua operacionalização.

* Fonte: REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência Domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (sup): 236 e 237, 2005.

A partir desse paralelo, observa-se que, em relação à legislação nas duas propostas, a Lei que regulamenta a AD não faz parte do projeto original do sistema de saúde e é colocada como um componente complementar. A legislação canadense, apesar de colocar a assistência domiciliar como uma “extensão dos serviços de saúde”, não assegura sua oferta no sistema público, diferente da assistência hospitalar. No que tange aos critérios de elegibilidade, a proposta canadense dá ênfase ao consentimento da família ou de seu representante legal. Já a proposta brasileira aparece como uma pactuação com a família e o usuário, e esse consentimento não é enfatizado na elegibilidade (REHEM & TRAD, 2005). Acredita-

se que essa diferença é retratada pelo nível de consciência da população em relação a seus direitos e a atenção do Estado para com o cidadão. No Brasil, as pessoas ainda têm pouca consciência sobre o exercício da cidadania.

As autoras refletem também sobre as condições do domicílio como critério de elegibilidade para a AD. Apesar das boas condições do domicílio serem um fator importante para a adoção dessa modalidade, no Brasil, isso se tornaria inviável para a grande maioria das pessoas que demandam esse tipo de assistência. A mudança desse fator dependeria de investimento financeiro tanto para o serviço como para a família.

Para finalizar esta discussão, questionam sobre a definição da Assistência Domiciliar e o acompanhamento / avaliação. Na proposta brasileira, o conceito é genérico e não deixa claro o escopo dessa modalidade de atenção. Sobre o acompanhamento sistemático à família, não se sabe se seria restrito a situações concretas de adoecimento no domicílio ou se envolveria controle de riscos. Além disso, se o acompanhamento refere-se de fato à família ou apenas ao usuário de AD.

O Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre / RS organizou um Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde e traçou alguns objetivos da AD a partir da experiência de trabalho das equipes: a- capacitar os profissionais do serviço para desempenhar atividades de assistência e vigilância à saúde no domicílio; b- englobar todas as atividades do serviço realizadas no domicílio no Programa de Assistência Domiciliar (PAD); c- criar fluxo de recepção e avaliação das solicitações de visitas domiciliares; d- definir conceitos e critérios de inclusão e alta dos pacientes; e- sistematizar a coleta de dados do programa para avaliar e organizar a assistência prestada; f- incentivar a participação de toda a equipe de saúde no PAD, delegando atividades conforme qualificação e níveis de competência, buscando um trabalho de equipe efetivo, continuado e de qualidade; g- desenvolver, no domicílio, atividades preventivas e de promoção da saúde ao usuário e sua família; h- assistir e apoiar a família, ajudando-a a assumir atribuições com o usuário que demanda assistência, em conjunto e sob supervisão da Equipe de Saúde; i- utilizar e estimular redes de apoio na comunidade, dentro de uma abordagem sistêmica de cuidados à saúde; j- capacitar cuidadores domiciliares leigos para atenção à saúde no domicílio; k- obter uma avaliação mais precisa da situação socioeconômica e da estrutura familiar das

peças atendidas com a finalidade de adequar a qualidade da assistência prestada; l- estruturar um grupo permanente de estudos sobre a Assistência Domiciliar (LOPES, 2003).

Para que esses objetivos sejam alcançados, a AD pressupõe a participação ativa dos familiares no processo de cuidar dentro das responsabilidades estabelecidas, além da criação de vínculos das equipes com todos os membros da família e de tecnologias para sistematizar tal assistência. Mas conforme discutido anteriormente, essa modalidade de assistência sempre esteve atrelada ao hospital e não à Atenção Básica. Daí a dificuldade de estruturá-la nesse nível de atenção.

Em Belo Horizonte, a exemplo do resto do país, segundo o Manual da Prefeitura Municipal de 2004, a história da Atenção Domiciliar iniciou em instituições públicas de saúde, na década de 1960, com ações isoladas do Hospital Público Universitário. Em 1999, foi implantado o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) Estadual, para desospitalização precoce de pacientes internados no Hospital João XXIII, em decorrência de sequelas de traumas e outras patologias. Nesse mesmo ano, foi implantado o serviço de desospitalização e internação domiciliar no Hospital das Clínicas da UFMG. Em 2000, o PAD municipal abrangeu pacientes internados no Hospital Odilon Behrens para pacientes com feridas crônicas e que poderiam ser tratados no domicílio, tornando-se oficial em 2001 (SENA et al, 2007).

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH) estabelece que a atenção desenvolvida pelas equipes do PAD compreende ações de saúde que têm como características comuns as intervenções terapêuticas, realizadas no domicílio, para usuários com necessidades de cuidados de intensidades variadas. São ações que não precisam ser realizadas em ambiente hospitalar, mas demandam mais do que os Centros de Saúde podem oferecer em termos de complexidade e/ou frequência. Há também a “desupalização”, que compreende a identificação de usuários que estão nas UPA com indicação de internação por patologias passíveis de intervenção e acompanhamento no domicílio (BELO HORIZONTE, 2008).

Outras equipes do Programa de Atenção Domiciliar estão vinculadas a outros hospitais, que atendem a população de modo geral com características muitas vezes específicas do hospital e até com programas direcionados a certas patologias (distrofia muscular, HIV/Aids). O Hospital das Clínicas e o Sofia Feldman possuem o Programa de Internação Domiciliar (PID) destinado ao atendimento de crianças, idosos e neonatal (SENA et al, 2007).

Baseado no Manual da SMSA/BH, cada Distrito Sanitário possui uma equipe do PAD, sendo as sedes nas próprias UPA ou Hospitais (HC/UFMG e HOB), totalizando 9 unidades de PAD. Atualmente, o PAD de cada UPA ou Hospital está expandindo o número de equipes (três ou quatro equipes por unidade). Cada equipe é composta basicamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem, um assistente social, podendo variar de acordo com a unidade. Algumas equipes contam com profissionais de reabilitação e de psicologia. A média de visitas varia de duas a três vezes por semana e, posteriormente, o paciente é acompanhado pelas ESF das Unidades Básicas de Saúde. A SMSA estabelece a AD tipo 1 como modalidade de responsabilidade das equipes de saúde da família e a AD tipo 2 para a equipe do PAD. O grupo prioritário para o atendimento neste programa é: idosos frágeis (> 75 anos, diversas patologias, polifarmácia, dependentes); portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas estáveis, aguardando vaga para hospitalização; cuidados paliativos, portadores de incapacidade funcional provisória ou permanente, com quadro clínico agudizado. Usuário sem cuidador identificado é um critério de exclusão do programa, bem como a necessidade de ventilação mecânica, de monitorização contínua, de enfermagem intensiva, de propedêutica complementar, tratamento cirúrgico de urgência e em uso de medicações complexas (BELO HORIZONTE, 2008).

Contudo, sabemos que, na prática, a assistência domiciliar ocorre de forma diferente daquilo que muitas vezes é proposto ou estabelecido em protocolos ou programas. Um paciente crônico compensado e que não exige procedimentos tão complexos ou visitas mais frequentes da ESF pode tornar-se um paciente levemente descompensado, com situações familiares conflituosas, necessitando de procedimentos como curativos especiais e equipamentos que auxiliam no cuidado domiciliar, migrando para a AD2. Apesar de a recomendação do Manual da SMSA/BH sugerir o auxílio do PAD nesses momentos, profissionais da Saúde da Família não solicitam assistência às equipes do Programa de Atenção Domiciliar, quando um paciente torna-se AD2. A burocratização e a formalização do processo de contra-referência e apoio fazem com que os pacientes muitas vezes evoluam para uma piora clínica significativa, com necessidade de encaminhamento à UPA com urgência.

Diante da realidade vivenciada da falta de sistematização da Assistência Domiciliar na Atenção Básica e referência no país, do número de usuários elegíveis

para a Assistência Domiciliar, as ESF podem ter condições, a partir do planejamento e da organização das ações, de acompanhar e assistir cada indivíduo de forma adequada, mesmo com intervalo de visitas menores. Cabe à equipe priorizar, eleger o profissional e programar o atendimento de acordo com cada situação encontrada. E pensando na proposta do PSF, a abordagem da família deve ser uma prioridade nessa assistência, pois está envolvida no processo de adoecimento da pessoa assistida e que muitas vezes trazem consigo o peso de mudar toda a rotina familiar em decorrência da doença de alguém tão próximo.

Após ampla discussão, o quadro abaixo sintetiza as referências nacionais existentes para a Política de Atenção Domiciliar no SUS.

Quadro 03

Referências Nacionais para a Política de Assistência Domiciliar na Atenção Básica / SUS

<i>Legislação e Normatizações</i>	<i>Finalidade</i>	<i>Diretrizes e Recomendações</i>	<i>Fluxos e Programações</i>	
			<i>Crítérios de inclusão e desligamento</i>	<i>Processo de trabalho dos profissionais de saúde ou ESF</i>
Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998 (Ministério da Saúde)	Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS	<ul style="list-style-type: none"> * Considera a internação domiciliar uma prática humanizada, capaz de acompanhar pacientes crônicos dependente do hospital; * Considera que a adequada desospitalização proporciona maior contato do paciente com a família, favorecendo a recuperação e diminuindo risco de infecções hospitalares; 	<ul style="list-style-type: none"> * ter autorização do órgão emissor da AIH, seguindo-se a uma internação hospitalar; * o motivo da internação domiciliar deve ser relacionada com o procedimento da internação hospitalar que a precedeu; * é vedada a internação domiciliar com tempo médio de permanência no hospital inferior a 4 dias; * o paciente deverá ser avaliado pelo médico que solicitará a internação domiciliar em laudo específico; *necessidade de avaliação das condições familiares e domiciliares e do cuidado ao paciente; * o paciente e o familiar responsável deverão explicitar o consentimento desta assistência em documento assinado e anexado ao prontuário; *condições para ingressar à internação domiciliar: idade superior a 65 anos com pelo menos 3 internações pela mesma causa ou procedimento em um ano; portadores de condições crônicas (ICC, DPOC, doença vascular cerebral, DM); acometidos por trauma com fratura ou afecção ósteo-articular em recuperação, portadores de neoplasias malignas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Requisitos para o credenciamento do hospital na ID: serviço de urgência / emergência 24 horas; garantia de remoção de ambulância; prover todos os recursos materiais e equipamentos; contar com equipe multidisciplinar para atendimento máximo de 10 pacientes / mês por equipe; realizar visita semanal programada para avaliação, assistência e/ou alta da internação; adotar as providências necessárias em caso de óbito. * A internação domiciliar não poderá exceder 30 dias <p>*OBS: não há descrição de articulação com a ESF</p>

Legislação e Normatizações	Finalidade	Diretrizes e Recomendações	Fluxos e Programações	
			Crítérios de inclusão e desligamento	Processo de trabalho dos profissionais de saúde ou ESF
Lei nº 10.424, de 16 de abril de 2002 (Senado Federal) – acrescenta capítulo e artigo à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.	Dispõe sobre a regulamentação da assistência domiciliar no SUS	* Estabelece, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar;	* o atendimento e a internação domiciliar só poderão ser realizados por indicação médica * deverá haver concordância do paciente e de sua família * OBS: não explicita o que consistiria cada uma das modalidades	* Incluem procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio * Deverão ser realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. *OBS: não há descrição de articulação com a ESF
Portaria nº 249, de 16 de abril de 2002 (Secretário de Assistência à Saúde – SAS / Ministério da Saúde)	* Aprova as normas para cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso; * Estabelece que as Secretarias de Saúde adotem as providências necessárias à articulação dos Centros de Referência cadastrados com a Rede de Atenção Básica e o PSF	* Os Centros de Referência são responsáveis pela assistência integral e integrada aos pacientes idosos nas modalidades de: internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar * A assistência a ser prestada pelos Centros de Referência deve ser conduzida em conformidade com as Diretrizes Essenciais contidas na Política Nacional de Saúde do Idoso	* Serão incluídos no serviço de Assistência Domiciliar pacientes idosos com quadro clínico compensado e estável, sem condições de se locomoverem-se, que residam na área de abrangência do serviço e disponham de familiares ou responsáveis em condições de prestar os cuidados mínimos no domicílio. * Estabelece um período de tempo variável, dependendo do(s) problema(s) de saúde do paciente: 1. Grupo I – AD de curta permanência – limite de 30 dias (pneumonias, pielonefrite, DM, ICC, úlceras por pressão, etc) 2. Grupo II – AD de média permanência – limite de 31 a 60 dias (pós-operatório de fratura de colo de fêmur, pós amputações, seqüelas de AVE, etc) 3. Grupo III – AD de longa permanência – a partir dos 61 dias (varizes com úlcera e inflamação, DPOC, demências, Parkinson, miopatias crônicas, neoplasias malignas, etc) * O critério de desligamento (alta) para as 3 modalidades acima são: óbito, recuperação ou hospitalização por piora.	* Deverá ter uma equipe interdisciplinar e multidisciplinar básica, com competência em saúde do idoso, formada por médico, enfermeiro, técnicos / auxiliares de enfermagem * A equipe deve contar com o apoio de outros profissionais do Centro e a participação destes na assistência dependerá da avaliação inicial realizada pela equipe básica. * Deve garantir a referência hospitalar para serviços de emergência, com transporte adequado * A Rede de Atenção Básica, por meio do PSF deverá referenciar esses pacientes ao Serviço de AD dos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

Legislação e Normatizações	Finalidade	Diretrizes e Recomendações	Fluxos e Programações	
			Critérios de inclusão e desligamento	
				Processo de trabalho dos profissionais de saúde ou ESF
RDC nº 11, de 26 de Janeiro de 2006 (ANVISA)	Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam Atenção Domiciliar	<ul style="list-style-type: none"> * Aprova o regulamento técnico para o funcionamento da Atenção Domiciliar nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar * Determina que nenhum Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) pode funcionar sem estar licenciado pela autoridade sanitária legal; * É aplicável aos serviços públicos ou privados; 	<ul style="list-style-type: none"> * A atenção domiciliar deve ser indicada pelo profissional de saúde que acompanha o paciente * A alta da Atenção Domiciliar ocorre em função de internação hospitalar, alcance de estabilidade clínica, cura, a pedido do paciente e/ou responsável em domicílio; * Não há descrição dos critérios utilizados para a inclusão do paciente na Atenção Domiciliar 	<ul style="list-style-type: none"> * O SAD (instituição pública ou privada) é responsável pelo gerenciamento e operacionalização das duas modalidades de atenção; * A equipe SAD deverá emitir o Plano de Atenção Domiciliar, contemplando medidas que orientam a atuação dos profissionais ao paciente desde sua admissão até a alta. * O SAD deve garantir a remoção ao atendimento de urgência / emergência aos pacientes em regime de internação domiciliar.
Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006 (Ministério da Saúde)	Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS	<ul style="list-style-type: none"> * Define como Internação Domiciliar (ID) no âmbito do SUS, o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais; * Define que os serviços de ID são compostos por Equipes Multiprofissionais de ID e Equipes Matriciais de Apoio 	<ul style="list-style-type: none"> * Critérios de inclusão: idoso, portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas, portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos, portadores de incapacidade funcional (provisória ou permanente) * Critérios de exclusão: necessidade de ventilação mecânica, monitorização contínua e/ou enfermagem intensiva; necessidade de propedêutica complementar com demanda potencial de realização de vários procedimentos diagnósticos em sequência com urgência; em uso de medicação complexa com efeitos colaterais potencialmente graves ou de difícil administração; com necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; que não tenha cuidador contínuo identificado * Atua como “costura” entre o nível hospitalar e a atenção básica, fortalecendo o sistema, e particularmente o PSF. 	<ul style="list-style-type: none"> * População mínima de 10.000 hab. por equipe de ID. * Meta média: 30 internações mês por equipe, com média de permanência de até 30 dias; * Os serviços de ID devem garantir retaguarda no período da noite e finais de semana. O paciente deve contar com o SAMU para as urgências * Incentivo financeiro para implementação e funcionamento das equipes de Internação Domiciliar em parcela única (R\$ 50.000,00) por equipe. * A responsabilidade de acompanhamento, após a alta do paciente, será transferida à AB

Fonte: elaboração própria, 2010.

3.3 Tecnologias para a Assistência Domiciliar na Atenção Básica

3.3.1 Concepções de tecnologia, conhecimento e trabalho em saúde

A criação de tecnologias desvinculadas da realidade cultural, sócio-econômica e familiar dos usuários torna-se inviável. Leopardi et al (1999) ressalta que tecnologia é a formalização do conhecimento no sentido de utilidade, para resolver problemas práticos. A prática instrumentalizada para resolver tal problema se alicerça em uma tecnologia.

As tecnologias na área da saúde, interligadas e presentes no agir da enfermagem, estão agrupadas em três categorias: DURA (representado pelo material concreto como equipamentos); LEVE-DURA (incluindo os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam a saúde); LEVE (que se expressa como o processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde). As tecnologias leves e leve-duras expressam-se nos processos relacionados dos atos de saúde e nas práticas, nos processos de trabalho e em sua capacidade de gerar novas modalidades de produção do cuidado, bem como de governá-las (MERHY, 1997).

A tecnologia aqui é utilizada de uma forma bem mais ampla e não pode ser confundida como equipamento e máquina. São saberes construídos para a produção de produtos singulares, seja para a organização das ações humanas nos processos produtivos, seja na dimensão inter-humana (MERHY, 2002).

Esse mesmo autor aposta na produção de tecnologias no campo da gestão de processos de trabalho em saúde, impondo uma nova forma tecnológica de construir o próprio ato de cuidar e o modo de operar sua gestão, tanto no interior dos processos produtivos em saúde, quanto no campo da organização do próprio sistema.

A tecnologia é caracterizada como resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos para a construção de produtos materiais, ou não, com a finalidade de provocar intervenções sobre uma determinada situação prática. Todo esse processo deve ser avaliado e controlado sistematicamente (NIETSCHE et al, 2005).

Descrevem ainda que há vários tipos de tecnologias disponíveis aos profissionais e usuários, dentre elas a Tecnologia Educacional (TE), Tecnologia Gerencial (TG) e Tecnologia Assistencial (TA):

- ❖ A Tecnologia Educacional diz respeito ao saber fazer e ao saber usar o conhecimento e equipamentos em todas as situações do cotidiano no processo tecnológico. A partir da Tecnologia Educacional, tornam-se possíveis o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento envolvendo todo o processo educacional formal e informal
- ❖ A Tecnologia Gerencial retrata um processo sistematizado e testado de ações teórico-práticas (planejamento, execução e avaliação), utilizadas no gerenciamento da assistência e dos serviços de saúde, para intervir no contexto da prática profissional, buscando a melhoria de sua qualidade. Nesse tipo de tecnologia, utilizam-se recursos materiais e humanos e permite-se uma visão compartilhada baseada no diálogo entre os sujeitos.
- ❖ A Tecnologia Assistencial inclui a construção do saber técnico-científico resultante de investigações, aplicações de teorias e da experiência cotidiana dos profissionais e da clientela, constituindo-se num conjunto de ações sistematizadas, processuais e instrumentais para a prestação de uma assistência qualificada ao ser humano em todas as suas dimensões.

O trabalho dos profissionais de saúde pode ser orientado por TECNOLOGIAS, que fornecem a base para transformar a realidade. A proposta dessas tecnologias causará impacto, tanto no campo do CUIDADO, fundamentada na ação sobre as necessidades dos indivíduos (técnicas, métodos e processos), quanto no campo da ORGANIZAÇÃO, relacionada à área de decisão, planejamento, controle e avaliação dos trabalhos específicos (LEOPARDI et al, 1999). Esses dois campos se interrelacionam, pois não há como prestar assistência ao usuário sem ter como fundamento uma gestão eficaz da assistência.

A implantação de tecnologias que auxiliarão na organização da assistência domiciliar no processo de trabalho da ESF poderá tornar o usuário mais independente para os cuidados, adquirindo habilidades de autocuidado e contribuindo para um processo de cronicidade da doença / envelhecimento mais saudável.

E, a partir do conhecimento das necessidades de cada paciente e família, a equipe de saúde terá possibilidade de traçar, de forma sistematizada, um plano terapêutico individualizado. As visitas periódicas delineadas pela equipe proporcionarão um acompanhamento sistematizado, tornando a assistência mais qualificada e humana. Dentro desse contexto, há necessidade de novas tecnologias para otimizar a sistematização da Assistência Domiciliar no processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família na Atenção Básica.

Como a aplicação do conhecimento concretiza o trabalho em saúde, faz-se necessário discutir seus conceitos, à luz de Maturana e Demo.

Atualmente, o pensamento de Humberto Maturana parece ser um dos mais significativos na procura do fenômeno do conhecimento. Esse autor considera o conhecimento como uma construção da linguagem, referenciada e construída nas relações que são emocionadas. Esse autor tem uma contribuição na organização do conhecimento, considerando a formação do sujeito numa perspectiva mais inteira em sua constituição como tal (VIEIRA, 2004).

Maturana inaugura a concepção de autopoiese – autonomia do ser vivo. Pensar o conhecimento a partir da autopoiese só é possível se entendemos cada vivente como sistema fechado, auto-organizado e auto-organizável. Para ele isso só é possível porque cada ser é em relação. O que determina, em última análise, a organização do vivo é sua própria autopoiese. Mas o que a desencadeia é a relação que se estabelece entre vivo-meio-vivo. O organismo se autogere, mas só o faz na relação com os outros organismos. Assim, torna-se possível saber que o vivo age e re-age diante das circunstâncias, já que vai organizando seu conhecer a partir do próprio ato de viver (VIEIRA, 2004).

Demo (2002a) cita Maturana e Varela e destaca que por meio do conceito de autopoiese, o ser vivo é incrivelmente reconstrutivo e capaz de autonomia relativa, seja quando se vê privado de certas disponibilidades e as compensa de outra maneira, seja quando sabe adaptar-se de maneira criativa. Não só vê a realidade de modo reconstrutivo, como também sabe reconstruir-se em seu ambiente. Enquanto, de um lado, “sofre” influência, de outro, pode reagir de maneira criativa, como sujeito.

Todo conhecimento é ambíguo, pois sua estrutura não permite clareza total, e é ambivalente, já que, em sua dinâmica, a interpretação pode admitir sentidos contrários. Além disso, o conhecimento é criativo por não conseguir repetir-se: é

interpretado duplamente em quem concebe o pensamento e em quem o procura entender (DEMO, 2002).

Maturana descreve sobre os sinônimos conhecer e viver. A noção de viver-conhecer está diretamente vinculada com o modo de relacionar-se e de organizar-se nessa relação. Não se trata de adaptação ao meio. O viver-conhecer na relação significa, ao mesmo tempo, a criação/recriação desse espaço relacional, e de outros, e a criação/recriação do sistema em relação. O viver-conhecer, nessa convivência, é constante atualização do sistema (VIEIRA, 2004).

Ressalta que a relação do sistema com o meio cria a linguagem e Maturana vê a linguagem não como uma estrutura cerebral, mas como construto das relações do ser humano com os outros. Aponta, assim, para um caminho que valoriza os processos de relacionamento em detrimento de uma concepção cristalizada e fixa de linguagem, e do conhecimento construído a partir dela, como elaborações acabadas do cérebro humano. A linguagem é um exercício de conversa, que é elemento central na relação que produz o conhecimento.

O conhecimento passa a ser compreendido como organização do vivo nas relações que vai vivenciando, como fenômenos. O próprio ato de conhecer-viver se constitui em uma leitura da relação cognoscente-vivente. Por isso, nessa perspectiva, o conhecer-viver é elemento fundamental no processo de conscientização (VIEIRA, 2004).

O conhecimento tem potencialidade disruptiva – a capacidade possível de olhar para além do que querem que se olhe. Quem assim faz torna-se suspeito, perigoso. Conhecer geralmente implica cuidar que outros conheçam menos. O fenômeno do conhecimento científico não se reduz a isso, mas precisa incluir o horizonte crítico e autocrítico (DEMO, 2002).

Descreve, ainda, que o conhecimento é tomado como “lente” teórica que filtra a realidade, considera os fenômenos mais ou menos reais, enquadra expectativas de realidade de acordo com a inserção sócio-histórica. Não se vê tudo, nem o que se quer, mas o que se pode e somos levados a ver dentro da respectiva sociedade. Não se deve desprezar o conhecimento comunitário e comum. E o conhecimento é visto, não só como uma fonte alternativa de produção, mas como produção de alternativas inovadoras.

O conhecimento talvez seja a invenção mais potente do ser humano, porque é sua ferramenta de intervenção, tanto na natureza como na sociedade, e isso

concedeu vantagens comparativas decisivas aos povos que souberam trabalhar esse recurso estratégico (DEMO, 2002).

E a energia própria do conhecimento é a revolta. Por ser crítico, vê antes o que falta. Antes de fazer, desfaz. Depois, tenta fazer a seu modo, como se fosse dono da situação. Conhecer é essencialmente não aceitar nada do que aí está ou se imagina determinado. Significa poder superar qualquer barreira, principalmente as que nos parecem intransponíveis (DEMO, 2002a).

Esse mesmo autor ressalta que a razão maior do conhecimento é fazer autonomia, para que o ser humano, de massa de manobra, torne-se criador de alternativas próprias. Embora aprender possa ser tomado como particularmente vinculado a conhecer, o conhecer está mais para a ordem dos meios, enquanto o aprender está para a ordem dos fins. Conhecer orienta-se, sobretudo, pela qualidade formal; aprender destaca a qualidade política, sem dicotomias.

Conhecer é substancialmente reconstruir. Não construímos conhecimento como se fosse algo extremamente original, mas reconstruímos, partindo do que já conhecemos, da inserção histórico-cultural, dos saberes disponíveis. Conhecimento é sempre um processo de questionamento. Tem como gesto primordial colocar ordem no caos. Conhecer é, primeiro, partir do que já conhecemos, e segundo, decifrar o desconhecido, tendo como resultado mais importante acarretar familiaridade e distensão. Será preciso impor ética ao conhecimento, para que o processo inovador tome o rumo do bem comum (DEMO, 2002a).

Nas “certezas”, o conhecimento aquieta-se, porque já não questiona adiante, enquanto na dúvida vive de questionar. De todos os modos, o conhecimento novo costuma provir não do que se imagina comprovado, mas do que comparece à cena como desafio ao que pareceria comprovado. O conhecimento crítico é sempre, pelo menos em algum sentido, novo, já que o questionamento acrescenta-lhe alguma dimensão, algum olhar, alguma preocupação que antes não existia ainda (DEMO, 2000, p. 9).

Esse mesmo autor fala também sobre o conhecimento científico. Para ele, esse conhecimento implica sabedoria, bom-senso e mesmo senso comum, além de admitir histórias diferenciadas. Pode ser sinônimo de “ciência”, desde que não se afirme ser a ciência necessariamente superior e totalmente diversa diante de outros

tipos de histórias. E, para Minayo (2008), o conhecimento científico se produz pela busca de articulação entre teoria e realidade empírica.

Reconstruir o conhecimento significa pesquisar e elaborar. A pesquisa é entendida, tanto como procedimento de fabricação do conhecimento, quanto como procedimento de aprendizagem (princípio científico e educativo), sendo parte integrante de todo processo reconstrutivo de conhecimento. Não pode ser visto como “porto seguro”, lugar de chegada e permanência, mas como turbilhão sempre em chamas. Ele não produz certezas, mas fragilidades mais controladas (DEMO, 2000). Só assim, os profissionais da saúde continuarão rediscutindo e reformulando novas tecnologias para atender os usuários e suas famílias dentro de uma realidade singular, o domicílio.

A criação de tecnologias (conhecimento aplicado) para a organização da Assistência Domiciliar das equipes se faz à medida que os profissionais discutem e rediscutem o dia-a-dia, as experiências, os dilemas, as dificuldades e os conflitos, na tentativa de reconstruir uma nova forma de se prestar assistência aos usuários e suas famílias dentro de uma realidade complexa para a qual muitas vezes não estão profissionalmente e intimamente preparados.

No âmbito da Assistência Domiciliar na atenção primária à saúde, a conversa proporcionará vínculo e confiança entre as equipes e usuários / famílias, contribuindo para uma conscientização do processo saúde-doença e de recuperação dos usuários sem condições de serem atendidos nas Unidades Básicas de Saúde. Compreende uma relação de troca de saberes na tentativa de uma vida melhor e mais digna.

Sendo assim, as equipes devem adotar uma relação interdisciplinar e transdisciplinar, na tentativa de construir um corpo de conhecimento nas áreas de atuação. E, pensando na saúde da família, a troca de saberes contribui para a criação de instrumentos que auxiliarão na prestação de serviço mais organizado e humanizado.

Muitas vezes, os profissionais deparam com situações, no domicílio, totalmente diferentes do que é transmitido nas universidades. Saem para a prática com a sensação de que são detentores do saber e nada poderá modificar aquilo que aprendem na literatura e discussões em sala de aula. Quando se deparam com a realidade da sociedade sofrida e marginalizada, o sentimento que vem à tona é simplesmente de frustração. Frustração por não dar conta, muitas vezes, de resolver

os problemas dos usuários / familiares. Com o passar do tempo e da experiência, começam a valorizar o conhecimento popular, pois só assim conseguem prestar assistência dentro dessa realidade. Essa troca é um grande exemplo de produção de conhecimento.

Tendo em vista o discurso acima, é preciso conhecer o ambiente de trabalho, as pessoas com quem compartilham as experiências, a população a ser atendida e suas reais necessidades. Só assim, conseguirão reconstruir uma nova forma de trabalho em saúde com foco no coletivo. Torna-se necessário “sair de dentro dos consultórios e detrás dos balcões” e vivenciar, com a sociedade, a bruta realidade que vive e conscientizar-se de que o conhecimento não é apenas o que se aprende, mas o que se reconstrói à medida que convivem uns com os outros.

Diante dessa realidade tão complexa, como construir ferramentas que possam organizar o trabalho da ESF e que realmente atendam a necessidade da população, sem ignorar o dia a dia corrido e “tarefeiro” dos profissionais de saúde? E que necessidades são essas? A do usuário, do profissional ou do gestor? Como os serviços de saúde têm escutado essa demanda das pessoas? De que formas têm sido interpretadas e atendidas? É possível construir e criar tecnologias abrindo mão do conhecimento das necessidades dos usuários dentro de um contexto familiar?

Portanto, o conhecimento aplicado, o saber específico das diversas profissões articulado à construção e implantação de ferramentas que subsidiem a classificação dos usuários para o planejamento das ações, são tecnologias que auxiliam a reorganização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família na Atenção Básica.

Finaliza-se essa discussão trazendo o conceito de trabalho em saúde.

O trabalho, como atividade humana, é, por natureza, relação entre sujeito e objeto, cuja consequência não é uma modificação unilateral, mas uma mútua transformação que se torna imediatamente movimento, de complexidade crescente (LEOPARDI et al, 1999).

O crescimento do setor de serviços, é parte da totalidade social. É profundamente influenciado pela lógica da acumulação de capital, pela tecnologia e pelas formas de organização do trabalho utilizadas na indústria. Um exemplo disso é o setor saúde. O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. Esse trabalho completa-se no ato de sua realização. O

produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade (LEOPARDI et al, 1999).

O trabalho em saúde teria tanto características comuns quanto especiais (diferentes de outros setores produtivos). Em relação às características comuns, o trabalho em saúde tem sido “influenciado pelas mudanças tecnológicas e pelos modos de organização do trabalho” – o que se deve à Escola Taylorista, à teoria da organização científica (PIRES, 1998).

No processo de trabalho, estão envolvidos os meios de produção (objeto de trabalho e meios de trabalho – instrumentos) e a capacidade operária de produção (a força de trabalho) que representa as condições subjetivas da produção. O processo de trabalho era controlado pelo capital que comprava o trabalho assalariado em larga escala, organizado em imensas máquinas de produção, tornando-se rotineiro, padronizado e repetitivo. Assim, envolvia o fracionamento de tarefas, a garantia do controle do processo e dos tempos e movimentos, com vistas ao incremento da produtividade (PIRES, 1998).

Essa mesma autora diz que a lógica da organização capitalista do trabalho insere-se na organização da assistência de saúde, o que se verifica mais claramente no espaço institucional. A assistência de saúde resulta do trabalho coletivo, parcelado em diversas atividades e exercido por profissionais de saúde e outros profissionais ou trabalhadores treinados para atividades específicas.

O trabalho ainda é compartimentalizado; cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. O médico é elemento central do processo assistencial e os demais profissionais são subordinados às decisões médicas (LEOPARDI et al, 1999).

O trabalho em saúde é conceituado como atos de saúde, ou seja, procedimentos individuais e coletivos, acolhimentos, vínculos, responsabilizações. Por meio desse trabalho, ocorre a intervenção em saúde sob a forma do cuidado atuando individual e coletivamente sobre “problemas de saúde”. Com a produção do cuidado à saúde, a “cura”, a promoção e a proteção são fruto desse trabalho, que impacta certas formas de direitos aos usuários finais tidos como necessidades de saúde (MERHY et al, 2006).

Sempre que houver um “processo relacional” de um usuário com um trabalhador haverá uma dimensão individual do trabalho em saúde, que comporta

um conjunto de “ações clínicas”. Ações entendidas no sentido do encontro de necessidades com processos de intervenção tecnologicamente orientados, que visam “operar” sobre o campo das necessidades que se faz presente nesse encontro, na busca da manutenção e/ou recuperação do modo de viver a vida (MERHY et al, 2006).

O trabalho na área da saúde, hoje, é um trabalho coletivo realizado por diversos profissionais de saúde que desempenham ações específicas. Pires (1998) afirma que a complexidade dos problemas de saúde exige conhecimentos profundos em cada área, possibilitando que atividades ou campos do conhecimento organizem-se em novas profissões de saúde. Mas, para se entender a totalidade é preciso que haja um inter-relacionamento entre essas áreas e profissões.

Vale ressaltar que a finalidade de qualquer trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, é a responsabilidade em operar com saberes tecnológicos, de expressão material e não material, a produção do cuidado individual e/ou coletivo, que promete a cura e a saúde (MERHY et al, 2006).

Os autores descrevem que, em todo lugar em que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos que visam a produção de relações de escutas e responsabilizações, que se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções, que objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de “algo” que possa representar a “conquista” de controle do sofrimento e/ou a produção da saúde.

Na área da saúde, a relação entre os diversos profissionais proporciona uma mudança interior e no próprio processo de trabalho, possibilitando subsidiar o planejamento e a organização de uma assistência mais humana e qualificada à comunidade. Mas, muitas vezes, essa relação de trabalho gera conflito que esbarram nas divergências de pensamentos e na própria formação prejudicando a qualidade da assistência.

O trabalho de enfermagem vem sofrendo algumas modificações, chegando a algumas experiências inovadoras, que tentam romper ou amenizar o excessivo parcelamento das ações de saúde. Mas tudo ainda é muito novo e recente.

É indispensável reconstruir a prática diária por meio de discussões entre os saberes especializados e elaborar instrumentos que possam organizar o trabalho

dos profissionais de saúde, tornando, desta forma, tecnologias para o gerenciamento das ações de cuidado na Atenção Básica, em especial na Assistência Domiciliar.

3.3.2 Abordagem da família e do cuidador

Diante de uma nova tentativa de abordagem da saúde, alicerçada em um novo modelo de atenção à saúde, a família deverá retornar ao centro desse cuidado e fazer parte do contexto de abordagem dos profissionais de saúde pela interação entre os diversos atores.

A Assistência Domiciliar, como uma modalidade da Atenção Domiciliar, resgata os princípios do SUS, fundamentada no trabalho em equipe, inserção do usuário na política social, abordagem integral da família e participação do usuário (BELO HORIZONTE, 2006). Porém, a dinâmica dessa assistência é muito complexa em decorrência das relações físicas e humanas, colocando para o modelo de estratégia de saúde da família um grande desafio.

Mas por que abordar, conhecer e pensar a família? As altas taxas populacionais, o aumento da pobreza e do desemprego, o predomínio de pessoas idosas com algum grau de dependência nos domicílios, o aumento de pessoas com doenças crônicas descontroladas, bem como a alta competitividade no mundo de hoje influenciam profundamente a postura de cada pessoa e suas relações dentro do contexto familiar. Como o ambiente familiar e social participa do processo saúde-doença e de envelhecimento das pessoas? Quais as dificuldades que as famílias enfrentam hoje, tendo em vista a mudança na dinâmica familiar (mulheres que trabalham fora, falta de diálogo entre as pessoas, aumento da longevidade, divórcios, idosos morando sozinhos, crianças e adolescentes sob os cuidados de seus avós, família composta somente pela mãe, etc)?

Pensar a família vai além de orientar e esperar sua colaboração no desempenho de ações de cuidado em prol do usuário fragilizado e doente. Pensar a família é tomá-la como perspectiva, ou seja, considerar seu grande potencial como aliada na manutenção e na restauração da saúde de seus membros. E esse potencial é determinado por suas percepções das experiências que vivencia, que muitas vezes influenciam suas ações no manejo dessas experiências. Portanto, a família tem papel ativo na vivência do cuidado e não pode ser vista como cumpridora passiva das ordens profissionais (DUARTE & DIOGO, 2000).

Tomar a família como perspectiva é fazer com que cada profissional que se insere nesse contexto possa tentar viver como parte dessa família, colocar-se no lugar dessas pessoas que passam por situações difíceis e sofridas. Além disso, é pensar a família como um conjunto de valores que dá identidade aos indivíduos e dá sentido à vida de todos.

A Estratégia de Saúde da Família, como modo de organização da Atenção Básica, elege a família como núcleo social central em um território definido. Mas, o que vem a ser FAMÍLIA? Os profissionais de saúde estão preparados para essa abordagem familiar?

Família é um grupo de indivíduos ligados por fortes vínculos emocionais, destinados a participar das vidas uns dos outros (COSTA & CARBONE, 2004). Para Duarte & Diogo (2000), a família é quem eles (os próprios membros) dizem ser.

Cada família é única e faz-se necessário conhecê-la em sua singularidade. Nas palavras de Rubem Alves, citado por Althoff, Elsen & Nitschke (2004), “conhecer é reduzir o desconhecido ao conhecido”.

Com tantas diversidades conceituais e culturais, Penna (1992) define a estrutura das famílias brasileiras como uma unidade dinâmica formada por pessoas que se percebem e se veem como família, que convivem por determinado tempo, com uma estrutura de organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida.

Partindo desse pressuposto e conhecendo o universo familiar como singular e privado, como tornar visível aquilo que desejamos conhecer sobre a família? De que meios e/ou metodologias dispomos para compreender a família como grupo social que vem se transformando ao longo da história?

Estudos desenvolvidos na área estão relacionados ao indivíduo na família, ou seja, estudos sobre a mãe, o pai, o filho e suas múltiplas relações. São poucas as pesquisas que consideram a família como uma unidade de análise e compreensão. Afirmam que no decorrer dos dias, ao se lidar com famílias, é preciso que deixemos de lado o velho modelo nuclear, que aceita como verdade estabelecida a família composta por mãe, pai e filhos, de relacionamento fulcrado na hierarquia e subordinação, no poder e obediência, com a autoridade masculina a evidenciar relações desiguais. Importa ter em mente que cada família constitui universo e sistema singular de relacionamento (ALTHOFF, ELSSEN & NITSCHKE, 2004).

Ressaltam que em decorrência dessa mudança do modelo e da composição familiar, as possibilidades de agravos à saúde têm sido estabelecidas de forma diferenciada. Os homens têm aumentando o risco de depressão e alcoolismo à medida que suas funções na sociedade se reduzem em consequência da aposentadoria, desemprego ou invalidez. Os idosos podem ter problemas de adaptação nas famílias, pois seu papel e sua autoridade são transferidos para as outras gerações quando, muitas vezes, passam a residirem com seus filhos.

No interior da família, a ocorrência de outros eventos de vida na sua dinâmica, potencialmente estressantes, também deve ser observada: a morte de um dos pais ou do provedor dos cuidados ou da renda; gravidez e nascimentos trazendo novo arranjo ao grupo; manifestação de doença grave ou envelhecimento a interferir na capacidade de autonomia de um dos membros da família; hospitalização ou migração de um novo membro da família para aquele convívio familiar. Todos esses fenômenos reforçam a necessidade de pesquisarmos essas mudanças, visando o atendimento mútuo no cuidado à saúde, tanto do indivíduo quanto da família (ALTHOFF, ELSEN & NITSCHKE, 2004).

Dinâmica familiar é o modo como vivem as pessoas que compõem essa família, ou seja, como é o funcionamento dessa família. Para intervir neste contexto, é importante que saibamos a dimensão dos problemas em que vive essa família, como: a rotina de vida diária dessas pessoas; a distribuição de tarefas dentro e fora da residência; as pessoas que trabalham fora; o tempo que o principal membro da família passa fora ou dentro de casa; o responsável pelo preparo das refeições e compras da casa; se o usuário recebe algum tipo de renda e como isso é utilizado a seu favor; a rotina social da família, bem como a forma com que o doente está inserido nessa rotina social (SANTOS, 2005). São vários os fatores que interferem na dinâmica familiar e todos eles interferem no processo de recuperação da pessoa doente.

O contexto familiar é amplo e lança um desafio para os profissionais de saúde, sobretudo do ponto de vista de que o cuidado está voltado primeiramente para o doente e não para a família e depois se estabelece em torno da família. Geralmente, optamos por atender às necessidades do doente e posteriormente de seu contexto familiar (SANTOS, 2005).

Ressalta ainda que, nesse contexto, o elo entre a família e o usuário é indispensável para que o atendimento domiciliar possa ter o resultado esperado,

atingindo a recuperação total ou parcial e/ou estabilidade clínica / social a partir do plano de cuidados traçado pela equipe de saúde.

O ensino dos profissionais de saúde ainda não aborda em seu currículo, de forma sistemática, a assistência à saúde da família, não favorecendo, dessa forma, a instrumentalização teórica e metodológica ao enfermeiro para uma interação saudável com a família (ELSEN et al, 1994). Talvez essa seja a grande dificuldade de utilizar tecnologias na AB, visto que mantém a mesma lógica hospitalocêntrica no âmbito da AD, sem alteração dessa abordagem. O trabalho fragmentado, o foco no cumprimento das tarefas em alta escala, o olhar na doença e no tratamento. A escuta pouco qualificada desvaloriza o saber e as experiências das pessoas, distanciando a prática profissional das necessidades do usuário da família.

Dentro do PSF, torna-se importante um olhar que transcenda o biológico. Para se compreenderem as dimensões biopsicossociais das famílias é essencial que se conheça a historicidade de cada paciente. A fala do usuário reflete seu mundo; sua história constitui o indivíduo que hoje conhecemos. É fundamental que a ESF compreenda a “herança social” (valores da sociedade absorvidos na vida familiar) não só para interpretar a linguagem do seu paciente, mas para compreender suas ações e descobrir a melhor forma de direcionar este agir para um viver saudável (COSTA & CARBONE, 2004).

Saúde da família é mais que a ausência de doenças em um membro da família; inclui uma multiplicidade de variáveis biológicas, psicológicas, sociológicas, espirituais, dentro de um contexto cultural que a família vivencia enquanto sente bem-estar ou doença. Por outro lado, a promoção da saúde familiar consiste nas ações desenvolvidas pela família para aumentar seu bem-estar ou a qualidade de sua vida (ELSEN et al, 1994).

Cada vez mais nos deparamos com os mais variados tipos familiares: a nuclear (composta por pai, mãe e filhos) e a extensa ou ramificada (quando diferentes ramificações são incluídas. Algumas famílias incluem entre seus membros pessoas que mantêm estreitos laços afetivos; enquanto outras definem como família apenas seu círculo de amigos íntimos com os quais não possuem nenhuma consaguinidade (ELSEN et al., 1994). COMO ABORDAR ESTAS FAMÍLIAS QUE SE APRESENTAM DE FORMA TÃO DIVERSIFICADA?

Estudos realizados com as famílias de Santa Catarina identificaram que a família desenvolvia um verdadeiro processo de cuidar, onde se evidenciam ações de

observação das condições de saúde de cada um dos membros, de identificação do problema, de definição da situação, de tomada de decisão sobre a melhor forma de conduzir a situação, de solicitação de ajuda quando necessária de acompanhamento da evolução e de avaliação (ELSEN et al, 1994).

De acordo com Edgar Morin, compreender é abraçar junto, texto e contexto. E as famílias, ao serem encontradas por olhares, querem ser compreendidas e abraçadas (ALTHOFF, ELSSEN & NITSCHKE, 2004).

Ressaltam que a assistência no domicílio deve compreender a família em seu espaço social, abordando de modo integral e individualizado o usuário em seu contexto sócio-econômico e cultural. O profissional de saúde deverá avaliar a dinâmica da vida familiar, com uma atitude de respeito e valorização das características peculiares a cada família e do convívio entre as pessoas. Os conflitos, as interações e desagregações fazem parte do universo da família, intervindo diretamente na saúde de seus membros, bem como a doença tem efeito direto sobre os diversos estágios do ciclo familiar, impulsionando a família a se organizar para esse cuidado ou a buscar recursos fora para suportar a situação vivida.

Em relação à escolha da família como espaço estratégico de atuação, também são necessários alguns comentários. É positivo apontar o foco de atenção de uma equipe de saúde, para um “indivíduo em relação”, em oposição ao “indivíduo biológico”. Com certeza, onde houver famílias na forma tradicional, a compreensão da dinâmica desse núcleo, pela presença da equipe no domicílio, é potencialmente enriquecedora do trabalho em saúde. No entanto, nem sempre esse núcleo está presente. Nem sempre esse é o espaço de relação predominante, ou mesmo o lugar de síntese das determinações do modo de andar a vida das pessoas em foco (MERHY et al, 2006).

Em decorrência das mudanças ocorridas na história da formação familiar, como a baixa natalidade, o aumento do índice de divórcios e o aumento da longevidade, as autoras pensavam em declínio das relações familiares. Mas hoje, vêm de forma diferente, trazendo à tona o conceito de parentesco, algo muito além da ligação sanguínea, que vem ganhando força nas relações familiares. Com isso, as relações familiares estão ganhando nova vida e mais força. Os parentes estão se mostrando igualmente importantes para a organização do lazer, pois muitas pessoas

dedicam-se o dia todo ao trabalho, e apoiam-se nos parentes para garantir uma boa rede social (ALTHOFF, ELSESEN & NITSCHKE, 2004).

Citam várias formas de intervenção no contexto familiar fundamentadas no levantamento de suas reais condições, capazes de criar possibilidades de traçar a história familiar, analisando tanto o passado mais recente quanto o mais distante, de modo a avaliar: a) as características socioculturais das famílias, analisando os padrões de relacionamento entre os sexos e gerações; papel de cada membro dentro e fora do contexto familiar; o cotidiano, os valores, as crenças e práticas; b) o registro cuidadoso de todas as informações levantadas e a confecção de um banco de dados permanente, passível de atualizações, sendo facilitado o acesso aos profissionais envolvidos; c) a interação de profissionais de diferentes áreas para troca de informações; d) as necessidades, prioridades e desejos das famílias, condições para participação no cuidado do usuário, bem como as dificuldades / limitações encontradas diante dos problemas de saúde de algum de seus membros.

Produzir conhecimento sobre família e sobre a intervenção com famílias implica transitar tanto por uma perspectiva que privilegie os estudos centrados nas diferentes formas de se fazer família e de se compreenderem as relações que se estabelecem dentro dela, quanto pela análise de sua inserção na sociedade de hoje para desvendar quais relações ela vem estabelecendo com outras esferas da sociedade (Estado, trabalho, mercado). Acreditam que um dos caminhos para se pensar a intervenção com famílias está numa abordagem que integre e articule diferentes níveis de atenção: proposição, articulação e avaliação de políticas sociais, organização e articulação de serviços; e intervenção em situações familiares (ALTHOFF, ELSESEN & NITSCHKE, 2004).

Há cada vez mais idosos na composição das famílias além do aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas. Na família atual, a maior parte das pessoas está envolvida em atividades fora do lar e, muitas vezes, faltam familiares para cuidar do idoso, quando suas condições físicas o exigem. Por outro lado, muitos idosos residem sozinhos ou com um cônjuge da mesma idade e incapaz de propiciar cuidado adequado.

Cuidar da família é muito complexo, pois envolve compreendê-la em sua totalidade. Isso requer trabalhar com outros profissionais e não é tarefa fácil trabalhar em grupo. Profissionais de saúde devem interagir com a família em seu processo de viver, ser saudável / adoecer. Essa interação é uma troca de saberes

onde todos podem aprender e enriquecer juntos. Faz-se necessário trabalhar com as famílias, compreendê-las e respeitá-las, procurando apoiá-las em sua rede de interações à procura de um viver mais saudável. E esse é o nosso grande desafio.

Portanto, torna-se indispensável uma abordagem integral da família dentro da assistência domiciliar, deixando de lado a *díade* usuário-médico e avançando para a *tríade* usuário-família-equipe de saúde.

A criação de instrumentos que possam intervir no contexto familiar torna-se então imprescindível. Isso exige assumir que a família deve primeiramente ser ouvida, antes de ser “diagnosticada”. Essa intervenção deveria vir fundamentada numa perspectiva de discutir o desenvolvimento ao longo da vida social / afetiva com os diferentes membros da família, criando-se estratégias adaptadas a suas características, capazes de fornecer tanto sua compreensão quanto a expressão de dúvidas e a elaboração de formas de enfrentamento de sua realidade de vida.

Além da necessidade de se conhecer e de se compreender a família em sua singularidade para uma abordagem mais completa e dentro dos princípios do novo modelo de atenção, torna-se também desafiadora a construção de formas de enfrentamento da realidade da família nesse contexto social tão desigual e sofrido, longe de nossa realidade e da própria formação profissional. Vivemos em um “mundinho” totalmente diferente e distante dos problemas que essas famílias marginalizadas vivem e torna-se angustiante não conseguir intervir e auxiliá-las nas dificuldades do dia a dia. Acredito que a escuta qualificada tornará esse contexto mais compreensível e passível de intervenções humanas e transformadoras.

E, dentro deste contexto familiar, surge muitas vezes o papel do CUIDADOR, que cada vez mais é assumido por um membro da própria família.

O aumento do número de pessoas portadoras de doenças crônicas e múltiplas tem sido acompanhado do aumento de incapacidades e disfunções. Essa situação acarreta frequentemente a perda da independência do indivíduo, o que requer a presença de outra pessoa para cuidar desses usuários, geralmente idosos, e auxiliá-los nas Atividades da Vida Diária, sendo essas atividades básicas que uma pessoa precisa executar diariamente para cuidar de si própria (RESENDE & DIAS, 2007).

Ressaltam o surgimento da figura do cuidador, geralmente familiar e idoso, que auxilia na realização de suas atividades. O trabalho de cuidar dos idosos dentro do domicílio tem sua origem em tempos remotos e retorna na atualidade como uma

opção para proporcionar atenção humanizada a esses indivíduos, nas situações em que não cabe a alternativa de uma instituição asilar, principalmente na Atenção Básica, devido ao custo.

A literatura internacional aponta para quatro fatores na designação da pessoa que assume os cuidados pessoais à pessoa / idoso incapacitado: parentesco (cônjuge); gênero (principalmente mulher – que são as “grandes cuidadoras” dos idosos e pessoas incapacitadas, por razões culturais de a mulher ser uma cuidadora tradicional); proximidade física (vive junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos). (KARSCH, 2003).

Este cuidador deve atuar como um colaborador da equipe de saúde e da família. Além disso, cria-se um vínculo de trabalho solidário para alcançar um mesmo objetivo: manter o usuário nas melhores condições de saúde e conforto (LOPES, 2003).

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), o apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais à saúde desse grupo populacional (BRASIL, 2006a).

A doença ou a limitação física em uma pessoa provoca mudanças na vida dos outros membros da família, que têm que fazer alterações nas funções ou no papel de cada um dentro da família, tais como: a filha que passa a cuidar da mãe; a esposa que além de todas as tarefas agora cuida do marido acamado; o marido que tem que assumir as tarefas domésticas e o cuidado com os filhos, porque a esposa se encontra incapacitada; o irmão que precisa cuidar de outro irmão. Todas essas mudanças podem gerar insegurança e desentendimentos, por isso é importante que a família, o cuidador e a equipe de saúde conversem e planejem as ações do cuidado domiciliar (BRASIL, 2008).

No Brasil, há, cada vez mais, um quadro de sobrevivência de idosos na dependência de uma ou mais pessoas que suprem as suas incapacidades para a realização das AVD. Afirmam que essas pessoas são familiares de idosos, especialmente, mulheres, que, geralmente, residem no mesmo domicílio e se tornam cuidadoras de seus maridos, pais, e até mesmo filhos (KARSCH, 2003).

Estudos revelaram que em 98% dos casos, o cuidador era alguém da família e predominantemente do sexo feminino (92,9%). A maior parte era formada por esposas (44,1%), seguida pelas filhas (31,3%); as noras e irmãs não foram frequentes. O cuidador familiar revelou ser o ator social principal na dinâmica dos

cuidados pessoais necessários às AVD dos portadores de lesões que lhe tiraram a independência. Contudo, 67% dos cuidadores entrevistados prestavam esses cuidados sem nenhum tipo de ajuda. A faixa etária de 59% dos cuidadores estava acima dos 50 anos e 41% tinham mais de 60 anos. Dados dessa pesquisa demonstraram também, que 39% de cuidadores, entre 60 e 80 anos, cuidavam de 62,5% de pacientes da mesma faixa etária, o que mostra que pessoas idosas estão cuidando de idosos. Além disso, as condições físicas desses cuidadores levaram a inferir que os cuidadores são doentes em potencial e que sua capacidade funcional está constantemente em risco (KARSCH, 2003).

As principais atividades de cuidado com os usuários são: alimentação, incluindo a escolha e preparo do alimento até o auxílio direto para a pessoa alimentar-se, higiene pessoal (como banho, troca de fralda e higiene íntima), locomoção (dentro e fora do domicílio), medicação (administração e aquisição de medicamentos) e cuidados noturnos (RESENDE & DIAS, 2007). Diante dessas atribuições, a rotina doméstica altera-se completamente e há uma perda da atividade social da família. Muitos amigos se afastam e a despesa passa a ser um fator preocupante para os familiares (CALDAS, 2003).

O cuidador possui atribuições importantes, como observar e identificar o que a pessoa pode fazer por si, avaliar as condições e ajudar a pessoa a fazer as atividades. Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita, estimulando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas. Isso requer paciência e tempo (BRASIL, 2008).

Outros autores reforçam que o cuidador familiar tem assumido responsabilidades relacionadas às ações do cuidado, como administrar medicamentos e dieta, efetuar a higiene pessoal, locomover o paciente de um lugar para o outro, manipular sondas e ostomias, sem estar tecnicamente preparado para isso. Porém, a maioria não está habilitada e/ou preparada para o cuidado no lar de um familiar com uma doença crônico-degenerativa, necessitando assim, de orientação e capacitação técnica e emocional por parte da equipe multiprofissional que atende o paciente (SANTOS et al, 2001).

Descrevem que dados de uma pesquisa demonstraram que a maioria dos entrevistados relatou que havia rodízio de cuidadores, pois geralmente o cuidador principal necessitava realizar outras atividades e o paciente debilitado, requer

atenção em tempo integral. A mobilização da estrutura familiar e de amigos faz com que o cuidador principal consiga suportar essa situação exaustiva por longo tempo.

Em contrapartida, outros estudos demonstram que a realidade do dia a dia do cuidador tem sido um pouco diferente. Em muitos casos, apenas uma pessoa da família tem disponibilidade para exercer os cuidados. E lidar com pacientes na situação de dependência gera um desgaste físico, pois a todo momento são realizados procedimentos que exigem força física. Autores ressaltam a necessidade das orientações de enfermagem e verificação do aprendizado relativo aos cuidados diários, bem como ao manuseio de dispositivos e equipamentos, assegurando assim, requisitos fundamentais para embasar o cuidador a realizar, de maneira correta e segura os cuidados prestados (SANTOS et al, 2001).

Dados sobre a saúde dos cuidadores reforçam essa hipótese: 40,7% dos casos entrevistados tinham dores lombares, 39% depressão, 37,3% sofriam de pressão alta, artrite e reumatismo, 10,2% problemas cardíacos e 5,1%, diabete (KARSCH, 2003).

Estudo mostrou que a maioria das cuidadoras relata cansaço físico, fraqueza e falta de energia. Alterações do sono também foram citadas, tais como dificuldade para dormir, dores no corpo, lombalgia e dores nos membros superiores. Sugere ainda a existência de relação entre a demanda de cuidados exigidos pelos usuários e sintomas de cansaço e depressão entre os seus cuidadores (RESENDE & DIAS, 2007).

Ressaltam ainda, nesse estudo, que a ausência ou a precariedade do suporte dos outros membros da família no cuidado do paciente dependente ou parcialmente dependente foi uma queixa comum entre as cuidadoras pois geralmente se restringe ao apoio financeiro. Quando ocorre, a ajuda é esporádica e insatisfatória, sobrecarregando o cuidador e limitando significativamente sua vida social.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) prevê a “incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade de vida e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes do Programa de Saúde da Família”. Estabelece, ainda, diretrizes para o reconhecimento das situações de trabalho dos cuidadores, com o objetivo de desenvolver ações de prevenção à saúde às pessoas que cuidam. Ressalta que os familiares são considerados parceiros importantes das equipes de saúde na execução dos

cuidados e reconhecidos como agentes de saúde, garantindo o cumprimento dos objetivos dessa política (BRASIL, 2006a).

A realidade hoje tem mostrado que muitos cuidadores não possuem formação técnica específica na área da saúde, adquirindo experiência cuidando de pessoas doentes, fazendo desse trabalho, um trabalho informal. Com a saturação do mercado de trabalho na área da enfermagem, bem como a desvalorização salarial na área hospitalar, alguns profissionais de nível técnico passam a exercer essa profissão de cuidador, tendo em vista o aumento da demanda de cuidados no ambiente domiciliar. Mas essa realidade é mais comum nas famílias com uma condição sócio-econômica melhor, distanciando muito da realidade da Atenção Básica.

A experiência tem demonstrado que quando um familiar assume o papel de cuidador (em sua maioria mulheres - filha mais velha, esposa, irmã), toda a estrutura familiar se modifica. Muitas vezes, esse cuidador abandona seu trabalho remunerado, porque não tem outra pessoa para cuidar ou não há condições de pagar os cuidados prestados à pessoa que exerce esse trabalho. Isso acarreta uma sobrecarga para os outros membros da família, pois as despesas com medicamentos, curativos, fraldas e outros são dispendiosas e tornam-se rotineiras na vida desses usuários.

Além de toda a tarefa doméstica, as cuidadoras têm que readequar o tempo para realizar as duas tarefas. No final do dia, quando se sentem cansadas e exaustas pelo trabalho repetitivo e desgastante, continuam fornecendo auxílio aos pacientes, como: troca de fralda no período da noite, mobilização no leito.

O cuidador familiar, muitas vezes, abre mão de suas atividades (profissional, pessoal) para dedicar-se aos cuidados com o paciente. Isso acarreta uma mudança na rotina do cuidado desempenhado por este cuidador, além de um desgaste físico e emocional, pois além da preocupação com o doente, o cuidador geralmente tem que providenciar suporte financeiro, tornando uma situação contraditória e difícil, pois tem de reduzir seu ritmo de trabalho, ou até deixar de trabalhar, para auxiliar o familiar doente. Esse fato pode acarretar conflitos familiares e dificuldades de relacionamento entre os demais membros da família.

Portanto, torna-se importante e imprescindível a participação de outros membros da família para a realização desse cuidado, evitando ou minimizando o estresse, o cansaço e permitindo que o cuidador principal tenha tempo para se

dedicar à vida social. Portanto, os profissionais das ESF devem discutir e conversar sobre o processo saúde-doença e a mudança na vida de todos, garantindo um ambiente mais harmonioso e tranquilo de se viver.

O cuidador deve ser o foco dos profissionais das Equipes de Saúde da Família e não apenas o usuário doente, incluindo nas visitas domiciliares a orientação e capacitação dos cuidadores / familiares, auxiliando-os na conquista da autonomia do usuário. Vale ressaltar que o Enfermeiro é um ator importante na Assistência Domiciliar, uma vez que gerencia, supervisiona e presta assistência direta ao usuário, família e cuidador.

Sendo assim, por meio da interação entre os profissionais de saúde e a família, haverá possibilidade de resgate da autonomia dos sujeitos (profissionais e família), todos co-responsáveis no processo de restabelecimento da qualidade de vida.

3.3.3 Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família e Assistência Domiciliar

Atualmente, os profissionais se perdem nesse contexto e fazem do próprio trabalho uma situação fria, distante e mecanicista. Muitos deles não interagem entre si e deixam de lado a relação humana com os usuários e familiares. Tudo isso, muitas vezes, é fruto da pressão que o próprio Sistema faz a fim de garantir a alta produtividade. Leopardi et al (1999) descrevem que o processo de trabalho na saúde se orienta para execução de atividades que se fundam na ciência e tecnologia, mas que não podem suspender ou abstrair a subjetividade, seja do trabalhador, seja dos indivíduos enfermos.

Várias são as características do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família: I- definição do território de atuação das UBS; II- programação e implantação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes; III- desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; IV- desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco, com a finalidade de prevenir o aparecimento de doenças ou seu tratamento; V- assistência básica integral, contínua e organizada à população adscrita; VI- implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o

acolhimento; VII- realização do primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas; VIII- participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações; IX- desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; X- apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2007).

As instituições assistenciais não refletem sobre o próprio processo de trabalho. Muitas vezes não trabalham com planejamento, não têm uma prática de participação dos trabalhadores no pensar e organizar o trabalho, perdem a riqueza da percepção dos diversos grupos profissionais, tampouco não fazem a integração interdisciplinar, que possibilitaria um salto qualitativo no patamar de conhecimento e na prática assistencial, ao invés de promoverem avanços, geram fragmentação e alienação (PIRES, 1998).

Vários fatores explicam a manutenção do modelo tradicional (centrado no médico) de assistir em saúde: a inexistência de mecanismos de controle da qualidade da assistência prestada; a história da organização das profissões de saúde; o tratamento de quem recebe a assistência em saúde como “paciente” e não como “cliente”; a influência da organização capitalista do trabalho no setor saúde e o modelo hegemônico de produção de conhecimentos em saúde. A história da organização das profissões de saúde mostra o processo de institucionalização da medicina como detentora legal do saber de saúde e elemento central do ato assistencial (LEOPARDI et al, 1999).

Quanto maior a composição das caixas de ferramentas utilizadas para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, individualmente ou em equipes, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde enfrentado e maior a capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para a própria composição dos processos de trabalho (MERHY et al, 2006).

Ressaltam, ainda, que, de maneira geral, todos os processos atuais de produção de saúde, em particular os que buscam novas lógicas para as relações trabalhadores (tecnologias) / usuários (necessidades de saúde), vivem algumas tensões básicas e próprias dos atos produtivos em saúde, dentre elas:

a- a lógica da produção de atos de saúde como procedimentos e a da produção dos procedimentos enquanto cuidado (tensão nos modelos médicos centrados em procedimentos, sem compromisso com a produção da cura e da promoção);

b- a lógica da construção dos atos de saúde como resultado das ações de diferentes tipos de trabalhadores para a produção e o gerenciamento do cuidado e as intervenções mais restritas e exclusivamente presas às competências específicas de alguns deles, como: ações de saúde enfermeiros-centradas ou médico-centradas, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário.

A organização do processo de trabalho no âmbito da AD deve ser estruturada dentro dos princípios do SUS e tem como fundamentos: abordagem integral à família; consentimento da família, participação do usuário e assistência do cuidador; trabalho em equipe interdisciplinar; adscrição da clientela; inserção na política social local; estímulo às redes de solidariedade (MERHY et al, 2006).

Afirmam que o processo de trabalho é dividido entre uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco / seis agentes comunitários de saúde. As funções são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos no consultório pelo médico e pelo enfermeiro. As visitas são compulsórias e apresentadas como grande trunfo do Programa para mudar o modelo de assistência. O PSF trabalha a ideia de que essa intervenção no ambiente familiar é capaz de alterar o perfil “higiênico” da população e assim, prevenir os agravos à saúde. A capacitação dos recursos humanos é vista como questão estratégica para o Programa. A equipe tem suas funções normatizadas pelo MS, o que determina o processo de trabalho de cada profissional.

Porém, a superespecialização dos profissionais de saúde pode ter permitido um aprofundamento do conhecimento específico, mas resultou em um efeito perverso, que foi o parcelamento do homem, dificultando o entendimento da totalidade e desconsiderando-o como determinante e determinado por relações afetivas, experiência de vida e como parte de uma totalidade social (PIRES, 1998).

O trabalho nos estabelecimentos de saúde e, entre eles, na Unidade Básica, é organizado, tradicionalmente, de forma extremamente fragmentada. Em eixo verticalizado, organiza-se o trabalho dos médicos, e entre estes, de cada especialista. Assim, sucessivamente, em colunas verticais se vai organizando o trabalho de outros profissionais. Essa divisão do trabalho se dá, de um lado, pela consolidação nos serviços de saúde das corporações profissionais e, de outro, no caso dos médicos, pela especialização do saber e conseqüentemente do trabalho em saúde (MERHY et al, 2006).

Descrevem que a organização parcelar do trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. A superespecialização e o trabalho fracionado fazem com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Dessa forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final de sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso com resultado de seu trabalho.

Observa-se a fragmentação do processo de trabalho em alguns Centros de Saúde, com cada equipe trabalhando de modo isolado. Os métodos de planejamento na rotina dos serviços de saúde são escassos e o uso das informações disponíveis é insuficiente. Há poucos instrumentos de gestão no nível local que possam subsidiar negociações e acompanhamento do trabalho e seu desempenho. E há dificuldades de alguns gerentes locais em utilizar essas tecnologias e em delegar e proporcionar autonomia às equipes para que planejem suas ações (BELO HORIZONTE, 2006).

Com a reorganização do processo de trabalho e instrumentalizado pelos protocolos, o nível local vê dotado de maior autonomia na função que exerce. Essa autonomia a que nos referimos deve ser entendida como a condição de o profissional decidir sobre seu trabalho, o exercício pleno do “saber-fazer” no momento do procedimento assistencial (MERHY et al, 2006).

Apesar das mudanças sociodemográficas, das novas técnicas assistenciais, do crescimento dos gastos por hospitalização e da busca por um cuidado mais humanizado dentro de seu contexto familiar habitual reforçarem a opção pela Assistência Domiciliar, esse é um processo complexo, caracterizando-se por: não ser específico de uma patologia concreta, nem de nenhum grupo de idade, pois sua indicação vem determinada pelo grau de necessidade e/ou incapacidade do enfermo; a demanda de assistência nem sempre é gerada pelo usuário e sua família, e sim pelo sistema de saúde; requer, na maioria dos casos, a prestação de serviços ou cuidados tanto assistenciais como sociais, sendo necessário que exista uma boa conexão entre os dois e é imprescindível que exista uma integração adequada com outros elementos e recursos que complementam a assistência, formando a linha de cuidado (LOPES, 2003).

Tal fato é reafirmado quando se diz que a participação ativa das pessoas, famílias e profissionais envolvidos na AD constitui um aspecto fundamental para a implementação de uma assistência que se caracterize pela integralidade,

universalidade e equidade de suas ações. Portanto, a implantação da Assistência Domiciliar inclui: a- a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde, discussões sobre as diferentes concepções e abordagem à família; b- articulação com os outros níveis da atenção para a construção de uma proposta integrada e para aumentar a resolutividade e melhorar a qualidade de vida das pessoas (LOPES, 2003).

Nos dias de hoje, em detrimento do predomínio do modelo tradicional, percebe-se a busca pelo atendimento médico na Atenção Básica. Muitos usuários ainda têm no médico a referência de um profissional que detém o saber para a cura de sua doença. Tudo isso ainda é fruto do modelo tecnicista, hospitalocêntrico, centrado na figura deste profissional. Essa ainda é uma das causas da grande dificuldade em se adotar o novo modelo assistencial do PSF como estratégia de reorganização da atenção à saúde.

A despeito das mudanças sociodemográficas, das novas técnicas assistenciais, do crescimento de gastos por hospitalização e por um cuidado mais humanizado e qualificado de acordo com as necessidades do usuário, família e cuidador, percebe-se a dificuldade tanto na organização quanto na operacionalização da Assistência Domiciliar. E a reorganização desse processo de trabalho só será alcançada à medida que o profissional de saúde der importância à escuta qualificada no contexto familiar, à criação de vínculo com o usuário e família e ao processo de autonomização das pessoas na busca por qualidade de vida.

Logo, a organização da Assistência Domiciliar na Atenção Básica deve prever instrumentos que sistematizem os serviços prestados na lógica da hierarquização, resolutividade e continuidade da atenção.

A criação de tecnologias (questionários de avaliação que subsidiem a criação de modelos de classificação do tipo de assistência, da programação das visitas pelos membros da ESF, bem como do Plano Terapêutico) que proporcionem essa reorganização possibilitará a realização de uma assistência continuada, pelas equipes, evitando, hospitalizações e, por consequência, o estresse e as dificuldades decorrentes da internação hospitalar, tendo o ambiente familiar papel fundamental nesse processo.

Atualmente, os profissionais de saúde têm em mãos instrumentos / escalas que auxiliam na avaliação e classificação dos usuários quanto à dependência para as AVD e capacidade funcional, subsidiando os profissionais na construção de um

plano terapêutico / cuidados. Mas, antes de falar sobre essas possibilidades de sistematizar e organizar o trabalho das equipes, torna-se fundamental descrever e refletir sobre alguns conceitos importantes no âmbito da Assistência Domiciliar, tais como: Atividades da Vida Diária, independência, dependência e autonomia.

As Atividades da Vida Diária englobam todas as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si própria. A incapacidade de executá-las implica alto grau de dependência. Citam-se alguns exemplos de AVD, tais como: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, andar com ou sem ajuda, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama, continência urinária e fecal (COSTA et al, 2001).

Dependência é definida como a incapacidade da pessoa realizar atividades / tarefas satisfatoriamente sem a ajuda de outra pessoa ou de equipamentos que lhe permitam adaptação. Pode ser uma Dependência Estruturada (relacionada com o afastamento do indivíduo da vida social e do processo produtivo); Dependência Funcional (devido à incapacidade para realizar as AVD; podendo acometer pessoas de qualquer idade) (PAVARINI & NERI, 2000). Para Santos (2005), pode estar ligada ao estado de desamparo e solidão, ou até mesmo de impotência.

Após avaliar vários estudos, Karsch (2003) infere que cerca de 10% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade, requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas.

À medida que a expectativa de vida aumenta, haverá um crescimento drástico na prevalência de distúrbios mentais e doenças crônicas e que, para uma pessoa idosa, os sintomas podem ser mais agravantes, interferindo diretamente na qualidade de vida e na dependência do outro (KAWASAKI & DIOGO, 2001).

Ressaltam que vários fatores contribuem para a dependência da pessoa doente ou em processo de recuperação: incapacidades biológicas e mudança comportamental; aumento de doenças predominantes na velhice; perdas gradativas da segurança, causando pequenos acidentes domésticos; redução progressiva da perspectiva de vida; ambiente impróprio; vida social afetada; tratamento medicamentoso de longa data.

Mas a dependência não pode ser vista como perda da autonomia e sim como uma incapacidade funcional, independente da idade. Autonomia é o autogoverno para ir e vir, expressando a liberdade de agir e tomar decisões. Já a independência está ligada diretamente ao conceito de autonomia. Indica a capacidade que o

paciente tem de realizar as tarefas diárias de vida, sozinho, sem a ajuda de outro indivíduo (SANTOS, 2005).

Dependência, independência e autonomia não são condições que se excluem umas às outras porque o funcionamento do ser humano é multidimensional. Um idoso pode ser dependente em determinado aspecto e independente em outros. Da mesma forma, é possível identificar dependência física (incapacidade de tomar banho ou se levantar da cama) e autonomia financeira; dependência afetiva (utilizada pela condição de ser velho para obter atenção) e independência cognitiva (é capaz de planejar suas ações) (DUARTE & DIOGO, 2000).

Autonomia é a capacidade de escolher e de se expressar da forma como achar melhor e deve basear-se no respeito mútuo entre o usuário e familiares. Muitas vezes, pelo fato de o paciente ser dependente para as AVD, muitos familiares e cuidadores deixam de lado a vontade própria do doente e passam a decidir por ele. Assim, este paciente sente-se pouco importante no processo de sua recuperação e torna-se uma pessoa mais deprimida, isolando-se da família. Devemos sempre resgatar essa autonomia, independente do grau de dependência do usuário para as atividades do dia a dia. E resgatá-la significa dar importância ao desejo da pessoa que está fragilizada e que tem desejos e sentimentos próprios.

Dentro de um contexto familiar, em que idosos residem com seus filhos e netos, o conceito de independência e autonomia torna-se cada vez mais distante. Apesar das limitações físicas e das dificuldades em realizar as tarefas diárias, membros da família decidem fazer tudo ou a maioria das coisas por eles, levando em consideração a idade avançada. Aham que a pessoa idosa não tem condições de executar as mesmas tarefas que antes executavam, porém com menos agilidade. Entendem que a “velhice” torna a pessoa incapaz de decidir por suas próprias ações e não têm tolerância para deixá-la fazer tais tarefas dentro do próprio tempo, preferindo fazê-las por ela.

Devemos, como profissionais da saúde, orientar os cuidadores e familiares sobre a importância de diferenciar tais conceitos, respeitar e resgatar essa autonomia, no sentido de minimizar as angústias e o sofrimento decorrentes da dependência do outro.

Retornando aos instrumentos existentes como tecnologia para a organização do processo de trabalho das ESF, vários autores discutem a aplicabilidade e a funcionalidade dos mesmos. No âmbito hospitalar, existem instrumentos / escalas

que auxiliam a sistematização da assistência prestada, mas ainda não se sabe qual a melhor tecnologia que favoreça esse atendimento domiciliar na AB. Este trabalho pode vir a contribuir para uma Assistência Domiciliar organizada e mais qualificada nesse nível de atenção à saúde.

Muitos são os instrumentos utilizados para a avaliação funcional de pacientes idosos ou com alguma sequela que leve à incapacidade de uma ou mais funções. De acordo com Duarte, Andrade & Lebrão (2007), a avaliação funcional busca verificar em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho das atividades cotidianas dos idosos de forma autônoma e independente, ou seja, sem a necessidade de adaptações ou de auxílio de outras pessoas, permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado.

O Índice de AVD, segundo estudo de Katz e colaboradores, foi desenvolvido para estudar resultados do tratamento e prognóstico em doenças crônicas e ocorridas em idosos. Esse índice resume, acima de tudo, o desenvolvimento de várias atividades: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação. Mais de 2.000 avaliações de 1.001 indivíduos demonstraram seu uso como um instrumento de supervisão e guia para o curso de doenças crônicas, como um instrumento para estudar o processo do envelhecimento e como um auxílio na reabilitação (KATZ et al, 1963).

O Índice de Katz é ainda hoje, um dos instrumentos mais utilizados nos estudos gerontológicos nacionais e internacionais. Porém, se verificou que o mesmo instrumento é utilizado de diferentes formas, em especial no que se refere à classificação da dependência / independência e das atividades envolvidas, o que dificulta a uniformização de conceitos e a comparabilidade dos estudos (DUARTE, ANDRADE & LEBRÃO, 2007).

Essas mesmas autoras descrevem o processo de elaboração da primeira versão. A partir daí, o instrumento foi testado por médicos, enfermeiros, sociólogos e outros profissionais treinados, em 64 pacientes. Para que o índice tivesse confiabilidade, as observações foram feitas de forma independente e comparadas posteriormente. A avaliação durou de seis meses a um ano. O tipo de classificação final, após a avaliação, foi descrito utilizando as letras alfabéticas de A a G, sendo a última classificação denominada "outro". A relação de cada letra, com a classificação recebida ao final da avaliação, deu-se a partir da função que o indivíduo solicitava assistência, em ordem hierárquica e de prioridade (Quadro 4). Para demonstrar sua

acurácia e confiabilidade, esse instrumento foi aplicado em 1.001 pacientes em diferentes tipos de instituições, entre adultos e idosos.

Quadro 4

Classificação da primeira versão do Índice de Katz.

<i>Index de AVD (Katz)</i>	<i>Tipo de Classificação</i>
A	Independente para todas as atividades (alimentar, continência, transferência, ir ao banheiro, vestir-se e banhar-se)
B	Independente em todas, exceto uma dessas funções
C	Independente em todas, exceto banhar-se e um função adicional
D	Independente em todas, exceto banhar-se, vestir-se e uma função adicional
E	Independente em todas, exceto banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro e uma função adicional
F	Independente em todas, exceto banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e uma função adicional
G	Dependente em todas as seis funções
OUTRO	Dependente em no mínimo duas funções, mas que não se classificassem como C, D, E ou F

Fonte: Katz, 1963.

Alguns anos mais tarde (1976), Katz e Akpom apresentaram uma nova versão modificada da escala original onde a categoria “outro” foi eliminada. Nessa versão (Quadro 5), a classificação do Índice se dá pelo número de funções nas quais o indivíduo avaliado é dependente, variando de zero a seis funções que demandavam assistência. Essa classificação mostrou-se altamente correlacionado com a escala original pela consistente relação hierárquica das funções já descritas. Foi a primeira publicação a fazer uma relação numérica entre as AVD, mas foi pouco conhecida pela indisponibilidade em meios eletrônicos (DUARTE, ANDRADE & LEBRÃO, 2007).

Quadro 5

Classificação da segunda versão do Índice de Katz

<i>Index de AVD (Katz)</i>	<i>Tipos de Classificação</i>
0	Independente nas seis funções
1	Independente em cinco funções e dependente em uma função
2	Independente em quatro funções e dependente em duas funções
3	Independente em três funções e dependente em três funções
4	Independente em duas funções e dependente em quatro funções
5	Independente em uma função e dependente em cinco funções
6	Dependente para todas as funções

Fonte: Katz, Akpom, 1976, citado por Duarte, Andrade & Lebrão (2007)

Ressaltam, ainda, outras formas de classificação, com pontos de corte. Uma delas (Quadro 6), sob a concordância do autor, reduziu o número de variáveis de sete para três tipos de classificação, mantendo suas propriedades. Apesar de ser uma classificação interessante, deve ser utilizada de forma criteriosa, pois ela agrupa na mesma categoria diferentes tipos de pacientes, o que pode ser um complicador na análise de resultados. Uma quarta versão da classificação final foi divulgada recentemente (1998), porém sem anuência do autor.

Quadro 6

Classificação da terceira versão do Índice de Katz

<i>Classificação Funcional</i>	<i>Index ADL de Katz</i>
Mais funcional	KATZ A, B
Funcionalidade Intermediária	KATZ C, D e E
Menos Funcional	KATZ F, G

Fonte: Rubenstein et al., 1984, citado por Duarte, Andrade & Lebrão (2007)

Com a aplicação do Índice de Katz, torna-se possível identificar as limitações e incapacidades do paciente, quantificá-las e caracterizar os pacientes de risco. Com isso, a equipe de saúde estabelecerá medidas preventivas e reabilitadoras por meio de um Plano Terapêutico sistematizado. Após a implantação desse Plano, o acompanhamento sistemático da equipe de saúde será fundamental para avaliar a eficácia e capacitar os usuários a uma maior autonomia do cuidado e capacitar os cuidadores para auxiliar em alguns cuidados.

A Escala de Barthel, também avalia a dependência para as atividades da vida diária, tais como: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, evacuação, micção, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas. É de fácil aplicação e possui uma ampla graduação entre máxima dependência (zero ponto) e máxima independência (100 pontos). Pacientes com pontuação abaixo de 70 necessitam de supervisão ou assistência para a maioria das AVD (COSTA et al, 2001).

A escala de Barthel, como outras (KATZ e o Perfil PULSES) avaliam apenas o desempenho do indivíduo quanto às atividades motoras, sem voltar-se para a capacidade de comunicação ou os aspectos cognitivos. A Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento capaz de medir o grau de solicitação de cuidados

de terceiros que o paciente portador de deficiência exige para a realização das tarefas motoras e cognitivas (RIBERTO et al, 2001).

Outros autores ressaltam que é um instrumento recente, preciso e bem aceito internacionalmente utilizado para mensurar a capacidade funcional do indivíduo, ou seja, mede sua incapacidade e não sua deficiência. Validado no Brasil em 2000 por Riberto et al, esse instrumento foi utilizado em programas de reabilitação ambulatorial, diferentemente da versão original, que pressupunha a avaliação em reabilitação hospitalar – a realidade dos países da América do Norte. É um instrumento que permite avaliar 18 níveis de função (seis funções relativas a cuidados pessoais; duas referentes ao controle esfinteriano; três em relação à mobilidade / transferência e comportamento social; duas relacionadas à locomoção e à comunicação) e seus scores (um a sete – que caracterizam os níveis de independência e dependência). Somam-se todos os scores, divide-se o resultado por 18 e obtém-se o resultado final permitindo classificar o nível de independência nas AVD de cada paciente (BENVEGNI et al, 2008).

Estudo mostra que, após a tradução do MIF para a versão brasileira e treinamento dos profissionais para avaliar sua reprodutibilidade, esse instrumento tem boa equivalência cultural, suas propriedades de reprodutibilidade são boas e permitem seu uso em nosso meio. Porém exige um treinamento formal antes de sua utilização para fins de pesquisa ou acompanhamento clínico (RIBERTO et al, 2001). Em vários estudos, verificou-se a grande utilização desse instrumento pelos médicos fisiatras e fisioterapeutas.

Outra escala que avalia a capacidade funcional é a Olders Americans Research and Services (OARS): um questionário fechado, validado e traduzido para várias línguas (versão em português – BOMFAQ – Brazilian Version of OMFAQ), usada amplamente como avaliação clínica. Esse instrumento avalia as funções mais básicas que necessitam do uso dos membros superiores e tronco, além das atividades mais complexas que exigem maior controle do tronco e dos membros inferiores (VAINZOF, GUARNIEIRI & FILIPINI, 2007).

A escala BOMFAQ avalia os seguintes itens: 1) deitar-se e levantar-se da cama; 2) Comer; 3) Cuidar da aparência; 4) Andar no plano; 5) Tomar banho; 6) Vestir-se; 7) Ir ao banheiro em tempo; 8) Subir um lance de escadas; 9) Mediar-se na hora; 10) Andar perto de casa; 11) Fazer compras; 12) Preparar refeições; 13) Cortar as unhas do pé; 14) Sair de condução; 15) Fazer limpeza da casa. Para cada

item avaliado, é questionado o grau de dificuldade na realização das tarefas (pouca, muita ou sem dificuldade) (ARAÚJO, MOREIRA & SLABCOUSKI, 2009). Percebe-se que essa escala avalia tanto as Atividades da Vida Diária bem como as Atividades Instrumentais da Vida Diária, que exigem, da pessoa, movimentos delicados e mais refinados, como: cuidar da casa, tomar seus medicamentos, utilizar transporte, fazer compras, etc.

A avaliação funcional é essencial para estabelecer um diagnóstico, prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre o tratamento e cuidados necessários.

E em decorrência do número de pacientes idosos acamados, adultos jovens com alguma limitação (locomoção) ou com fatores de riscos para úlceras por pressão (UP), alguns instrumentos são utilizados para classificar o usuário em relação a esse risco. A partir do uso destas escalas, torna-se possível estabelecer medidas preventivas ou corretivas para impedir o surgimento ou a piora das úlceras.

Em 1962, Norton e cols. desenvolveram uma escala que abrange cinco parâmetros de risco para desenvolvimento de UP: condições físicas, condições mentais, atividade, mobilidade e incontinência. Essa escala foi modificada por Gosnell, em 1973, após revisão, utilizando somente quatro das cinco variáveis. Acrescenta a ela itens relacionados à avaliação da integridade da pele: isto é, aparência, tonalidade e sensibilidade. Além disso, a autora inclui todas as medicações tomadas pelo paciente. A escala de Braden foi desenvolvida por Bergstron e Braden (1989), como estratégia para diminuir a incidência de úlceras por pressão no serviço onde trabalhavam. É composta de seis sub-escalas: percepção sensorial, umidade da pele, atividade, mobilidade, estado nutricional, fricção e cisalhamento (BECK, 2007). Na literatura pesquisada, percebe-se o uso generalizado da Escala de Braden pelos profissionais de saúde.

Outro fator importante na avaliação do usuário, família e cuidador é a Qualidade de Vida, conceituada pela Organização Mundial da Saúde como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1995 citado por Fleck, 2000). Um conceito que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de dependência, relações sociais e crenças pessoais. Essa definição reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa

no contexto cultural, social e de meio ambiente, valorizando a percepção do respondente (FLECK, 2000).

Ressalta, ainda, que o WHOQOL foi desenvolvido utilizando um enfoque transcultural original: a- envolve a criação de um único instrumento no qual vários centros com culturas diferentes participaram da operacionalização dos domínios de avaliação da qualidade de vida, da redação e seleção das questões, da derivação da escala de respostas e do teste de campo nos países envolvidos nesta etapa. Os centros selecionados incluíram países com diferenças no nível de industrialização, disponibilidade de serviços de saúde, importância familiar e religião dominante, entre outros; b- o método WHOQOL permitiu que as impressões de especialistas em qualidade de vida, bem como a visão dos pacientes e profissionais de saúde estivessem influenciando o processo de forma contínua; c- um cuidadoso método de tradução do instrumento (tradução e retradução) e de discussão em grupos focais com pacientes, profissionais de saúde e membros da comunidade permitiu a incorporação de várias sugestões às traduções.

Para finalizar a discussão sobre o WHOQOL, Feck (2000) explica detalhadamente a forma do instrumento de qualidade de vida: consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Os domínios são divididos em 24 facetas e cada faceta é composta por quatro perguntas. A 25ª faceta contém quatro perguntas gerais sobre qualidade de vida. As respostas para as questões são dadas em uma escala do tipo Likert, respondidas por meio de quatro tipos de escalas: intensidade, capacidade, frequência e avaliação. As características psicométricas do WHOQOL-100 foram estabelecidas a partir de uma amostra significativa (8.294 indivíduos) proveniente de 19 centros. Contudo, o instrumento apresenta boa consistência interna, boa validade discriminante para pessoas doentes e normais. Além disso, o instrumento permaneceu estável em duas medidas sucessivas (confiabilidade teste-reteste).

A literatura aponta também a Escala de Flanagan, que permite clarificar aspectos intersubjetivos que têm maior probabilidade de ocorrência em idosos do que em adultos jovens, tais como: doenças, perdas de papéis ocupacionais e perdas afetivas. Apesar de ter sido validada no Brasil e de sua alta confiabilidade, essa escala apresentou algumas limitações, precisando de adequações à realidade em

virtude do entendimento do idoso sobre o modelo operacional de aplicação do instrumento (SANTOS et al, 2000).

Poucos são os instrumentos que englobam a abordagem da família / cuidador da pessoa doente. Muitos deles possuem questões relacionadas à clínica do usuário e familiar e uma avaliação sócio-econômica.

A literatura cita o uso de instrumentos que avaliam a sobrecarga do cuidador. Segundo Laham (2003), a utilização da *Cargiven Burden Scale* (CBS), na versão traduzida, adaptada e validada é composta por 22 questões divididas em cinco grupos: tensão geral, isolamento, decepção, envolvimento emocional e ambiente. Para cada questão é dada uma única resposta, dentre elas: de modo algum, raramente, algumas vezes e frequentemente. Por ter um bom índice de reprodutibilidade e validade em nosso meio, é usada como instrumento para medir o impacto subjetivo nos cuidadores, podendo interferir na qualidade da relação entre paciente e cuidador.

Percebe-se que as questões dessa escala são tendenciosas em detrimento do aparecimento de aspectos positivos ou negativos nas frases, como: “Você, às vezes, se sente com vontade de fugir de toda essa situação em que se encontra?”; “O tempo para sua vida social, por exemplo, com a família e amigos, diminuí?”. Mas por ser um instrumento bastante utilizado para a abordagem do cuidador, acredito na possibilidade de utilização de algumas questões construídas de forma diferente, evitando a tendência nas respostas.

Há instrumentos específicos para a abordagem familiar e / ou da comunidade, como o genograma, o ecomapa, o familiograma, dentre outros, descritos nos Modelos de Avaliação e Intervenção familiar.

O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e o de Intervenção na Família (MCIF) são modelos utilizados pela equipe de enfermagem com o objetivo de atuar em uma variedade de estruturas familiares. Os modelos são formas úteis de trazer à tona ideias, noções e conceitos. São elaborados a partir de teorias, crenças, premissas e hipóteses que influenciam e dão formações aos modelos que surgem. Os seis fundamentos teóricos que dão informações aos modelos são: sistemas teóricos, cibernética, teoria da comunicação, teoria da mudança e biologia da cognição do pós-modernismo (WRIGHT & LEAHEY, 2002). Destacarei a Teoria dos Sistemas, introduzida por Bertalanffy em 1936, pela importante aplicação à compreensão das famílias pelos profissionais de saúde.

De acordo com a Teoria supracitada, as autoras descrevem que “sistema” pode ser definido como um complexo de elementos de mútua interação. Quando essa definição é aplicada às famílias, possibilita-nos ver a cada uma delas como uma unidade e, conseqüentemente, focalizar-nos na interação entre seus membros e não a estudá-los individualmente. Entretanto, é preciso ter em mente que cada membro individual da família, por sua vez, é um subsistema e um sistema. Um sistema individual é tanto uma parte como um todo, tal como uma família.

Dentro da mesma teoria, descrevem que a família, como um todo, é maior que a soma de suas partes, ou seja, a “totalidade” da família é muito mais que a simples adição de cada membro da família. Entender e compreender os membros individualmente não é o mesmo que estudar a família como uma unidade (WRIGHT & LEAHEY, 2002).

Retornando ao Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), consiste em três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Deve-se avaliar a estrutura da família, ou seja, quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora e qual é seu contexto. O genograma e o ecomapa são citados como instrumentos de avaliação da estrutura familiar, que será abordado no processo de trabalho das ESF, descrito a seguir. Após o conhecimento da estrutura familiar, é preciso entender o desenvolvimento do ciclo vital de cada família (nascimento, educação das crianças, saída dos filhos de casa, aposentadoria e morte). Esses eventos do ciclo vital geram mudanças que necessitam de reorganização dos papéis e regras familiares. Por último, devemos realizar a avaliação funcional da família, ou seja, os detalhes sobre como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros, que podem ser instrumentais (atividades básicas e instrumentais da vida diária – AVD e AIVD) e expressivos (comunicação, solução de problemas, crenças, alianças, uniões, dentre outros) (WRIGHT & LEAHEY, 2002).

Ressaltam que o MCAF é um “mapa da família” e que depois de avaliá-lo, parte-se para a intervenção, utilizando-se o Modelo Calgary de Intervenção Familiar. O Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF) é uma estrutura organizadora para promover a interseção entre um domínio particular do funcionamento familiar e a intervenção específica proposta pela equipe de saúde. Representa a forma visual do “ajuste” entre um domínio desse funcionamento e uma intervenção da equipe.

Enfoca a promoção, melhora e sustentação do funcionamento da família eficaz nos três domínios: cognitivo, afetivo e comportamental.

Finalizando a discussão proposta por Wright & Leahey (2002), há várias intervenções comuns que são propostas, mas é preciso adaptá-las a cada família e ao domínio escolhido (um ou mais), embora haja ocasiões em que se utiliza a mesma intervenção para muitas famílias. O MCIF não representa um “livro de receitas”; fornece meios de ajuste entre os domínios do funcionamento familiar e as intervenções propostas pela equipe. São algumas intervenções propostas que podem desencadear a mudança em um ou mais domínios do contexto familiar: elogiar as forças da família e dos indivíduos; oferecer informações e opiniões; validar ou normalizar respostas emocionais; incentivar as narrativas de doenças; estimular o apoio da família; incentivar que membros da família sejam cuidadores; encorajar o descanso, etc. Quaisquer intervenções devem ter um objetivo colaborativo, na tentativa de ajudar os membros da família a descobrir novas soluções e a reduzir ou aliviar o sofrimento emocional, físico e espiritual.

O genograma é a representação gráfica (por meio de símbolos que incluem círculos, quadrados e linhas) da composição familiar e dos relacionamentos básicos em, pelo menos, três gerações. Permite, de forma rápida e clara, visualizar quais os membros que constituem a família, com ou sem vínculos co-sanguíneos, identificando idade e ocupação de cada pessoa, além de retratar o lugar ocupado por cada um dentro da estrutura familiar (CASTOLDI, LOPES & PRATI, 2006).

Destacam que apesar de similar à árvore genealógica, o genograma vai além da representação visual da origem dos indivíduos. Essa ferramenta de levantamento de dados possibilita coletar informações qualitativas sobre as dimensões da dinâmica familiar, como processos de comunicação, relações estabelecidas e equilíbrio / desequilíbrio familiar.

Dentre as diversas vantagens da utilização do genograma, destaca-se a possibilidade de: observar e analisar barreiras e padrões de comunicação entre as pessoas; explorar aspectos emocionais e comportamentais em um contexto de várias gerações; auxiliar os membros da família a identificar aspectos comuns e únicos de cada um deles; discutir e evidenciar opções de mudanças na família e prevenir o isolamento de um membro da família, independentemente da estrutura familiar. Pode ser considerado mais do que um instrumento para coleta de dados, sendo parte do processo terapêutico (NASCIMENTO, ROCHA & HAYES, 2005).

Ressaltam ainda que a construção do genograma pode ser iniciada logo no primeiro contato com os membros da família. Num processo de “conversa” muito mais do que de “entrevista”, as informações são coletadas de acordo com o significado que têm para cada um.

O Ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar as redes e apoios sociais disponíveis e sua utilização pela família. Representa a ausência ou presença de recursos sociais, culturais e econômicos, de um determinado momento do ciclo vital da família, havendo modificação ao longo do tempo, portanto dinâmico. Uma família que tem poucas conexões com a comunidade necessita maior investimento da enfermagem em intervenções que auxiliam na busca por mais conexões ou estabilizações das relações (PEREIRA et al, 2009).

Esses autores concluem que a escolha por esses tipos de instrumentos, como o genograma e o ecomapa, permitiu vislumbrar cada família, em sua complexidade e dinamicidade. No entanto, para o processo de trabalho das equipes de saúde da família são instrumentos pouco aplicados, restringindo-se ao uso acadêmico. Demandam tempo para sua construção de forma adequada, para sua análise e atuação frente às exigências de cuidados encontradas. Demandam ainda constante atualização, visto que são o retrato de um momento do ciclo vital da família que sofre modificações ao longo do processo do viver humano.

O Familiograma (FG) é um instrumento de avaliação familiar que permite investigar diversos tipos de relacionamentos como a comunicação e a negatividade entre os membros de uma díade. A primeira versão do FG foi desenvolvida para a avaliação dos construtos coesão (vínculo emocional existente entre os membros da família) e hierarquia (poder e influência exercidos por cada membro dentro do sistema familiar). Foi desenvolvido para ser utilizado em diversas configurações familiares, incluindo a família extensa (avós, primos e pessoas agregadas). Possui a desvantagem metodológica de avaliar o conceito com apenas uma frase, que pode restringir a avaliação a apenas um aspecto do construto (TEODORO, 2006).

Descreve, ainda, o desenvolvimento de uma nova versão do Familiograma substituindo frases por adjetivos agrupados em dois construtos gerais – Afetividade e Conflito. Deve-se salientar, entretanto, que os resultados são iniciais e baseados em uma amostra restrita, composta basicamente por universitárias. O FG vem mostrando ser um instrumento promissor tanto para a pesquisa quanto para a prática clínica, devido a sua facilidade de aplicação e compreensão pelos membros mais

jovens. Novos estudos que comparem diferentes perspectivas dentro da família são necessários. Da mesma maneira, faz-se necessária uma investigação com uma amostra maior que possibilite ampliar os estudos de validade e fidedignidade do instrumento.

A abordagem do indivíduo, família e cuidador (familiares em sua maioria), assim como a ação dos profissionais que atuam no domicílio, mostram o quanto ainda existe de vazio teórico-instrumental para que sejam apreendidas e compreendidas as expressões de vida e de saúde/ doença que permeiam o universo domiciliar, local onde se dará o cuidado. No contexto domiciliar, cada indivíduo doente e sua família apresentam modos peculiares de conceber a vida, a saúde e a doença; de expressar pensamentos e sentimentos, valores e crenças; de relacionar-se; de atribuir significados aos eventos da vida cotidiana. Apreender essas expressões, com instrumentos advindos do modelo hospitalar, é uma tarefa difícil e árdua, pois os profissionais não conseguem ampliar a abordagem para além da dimensão clínica (PÜSCHEL, IDE & CHAVES, 2005).

As autoras propõem um instrumento de abordagem psicossocial da família e da pessoa doente que busca caracterizar o grupo familiar, realizar uma avaliação psicossocial da família e do indivíduo doente, bem como propor intervenções terapêuticas e acompanhamento do usuário e família. Levar em conta a abordagem de indivíduo e família é considerar que o profissional deve instrumentalizar-se, tanto para conhecer e compreender o dinamismo do indivíduo e da família, quanto para poder adequar estratégias, compor parcerias, intervir e avaliar a intervenção. Esse conhecimento só é possível por meio da prática dialógica.

Finalizam essa discussão relatando algumas dificuldades encontradas na aplicação desse instrumento, mesmo após a capacitação da equipe profissional. Assim, acreditam ser necessário reorganizar a programação do curso de capacitação para a assistência domiciliar numa abordagem psicossocial, tentando considerar, em operacionalizações futuras, novos tempos e estratégias, com ênfase no acompanhamento sistematizado, necessário aos processos de construção conjunta de novos referenciais de prática, enquanto processo de reformulação cultural que exige permanência e individualização.

Enquanto profissionais da saúde trabalhando com famílias, devemos considerar, durante nossa abordagem: quem faz parte do sistema familiar; quais são alguns dos subsistemas importantes (físicos, psicológicos, etc); quais são alguns dos

supra-sistemas (vizinhança, organizações, comunidades religiosas, etc) significativos aos quais a família pertence.

Vale ressaltar que a utilização de modelos de avaliação da família não garante o conhecimento da “verdade” sobre aquela família. Ao contrário, cada um – equipe e família – tem sua própria avaliação dentro das próprias perspectivas. Em relação às intervenções, a equipe poderá propô-las, mas cabe à família abrir espaço para as propostas, que dependerá da interação entre os próprios membros da família. A intervenção em um sistema familiar de modo a promover ou facilitar a mudança é o aspecto mais desafiador do trabalho das equipes de saúde.

O quadro abaixo sintetiza a discussão sobre os instrumentos de avaliação do grau de dependência, qualidade de vida, sobrecarga do cuidador e abordagem da família.

Quadro 7

Instrumentos de avaliação do usuário, família e cuidador

INSTRUMENTO	CARACTERÍSTICAS
ÍNDIX DE KATZ	Avalia o grau de dependência no desenvolvimento de seis Atividades da Vida Diária (AVD), como: banhar-se , vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação.
ESCALA DE BARTHEL	Avalia a dependência para as AVD em 11 itens: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, evacuação, micção, uso de vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação, escadas.
MIF (Medida de Independência Funcional)	Mede o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o paciente portador de deficiência exige para a realização das tarefas motoras e cognitivas. Mede a incapacidade e não a dependência. Avalia 18 níveis de função (seis relativos ao cuidados pessoais, dois referente ao controle esfinteriano, três em relação à mobilidade / transferência e comportamento social, dois relativo à locomoção e comunicação.
BOMFAQ	Avalia as funções mais básicas que necessitam do uso de membros superiores e troncos, além das atividades mais complexas, que exige maior controle do tronco e membros inferiores (avalia as Atividades básicas e instrumentais da vida diária).
ESCALA DE NORTON	Avalia cinco parâmetros de risco para desenvolvimento de úlceras por pressão: condições físicas, condições mentais, atividade, mobilidade e incontinência
ESCALA DE BRADEN	Avalia o risco para desenvolver úlceras por pressão, composta por seis sub-escalas: percepção sensorial, umidade da pele, atividade,

WHOQOL	<p>mobilidade, estado nutricional, fricção e cisalhamento.</p> <p>Avalia a qualidade de vida dentro de seis domínios: físico, psicológico, nível de dependência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade / religiosidade / crenças pessoais.</p>
ESCALA DE FLANAGAN	<p>Tem como objetivo clarificar aspectos intersubjetivos que têm maior probabilidade de ocorrência em idosos do que em adultos jovens</p>
CARGIVEN BURDEN SCALE	<p>Avalia a sobrecarga do cuidador em cinco grupos: tensão geral, isolamento, decepção, envolvimento emocional e ambiente</p>
GENOGRAMA	<p>Representa, de forma gráfica, a composição familiar e os relacionamentos básicos em, pelo menos, três gerações. Permite visualizar os membros que constituem a família, com ou sem vínculos co-sanguíneos. Além disso, coleta informações qualitativas sobre as dimensões familiares como: processos de comunicação, relações estabelecidas e equilíbrio / desequilíbrio familiar.</p>
ECOMAPA	<p>Diagrama das relações entre a família e a comunidade. Ajuda a avaliar as redes e apoios sociais disponíveis e sua utilização pela família</p>
FAMILIOGRAMA	<p>Instrumento de avaliação familiar que permite investigar diversos tipos de relacionamentos como a comunicação e a negatividade entre os membros de uma díade. Foi desenvolvido para ser utilizado em diversas configurações familiares, incluindo família extensa.</p>

Fonte: elaboração própria, 2010.

Diante da relevância de todos os instrumentos descritos, é preciso avaliar sua aplicabilidade dentro de cada contexto do processo de trabalho das equipes de saúde, evitando-se o desgaste e o desprendimento de energia do profissional para a realização dessa abordagem tão complexa. A praticidade e o tempo gasto na coleta de dados são fatores importantes que motivam o profissional a se dedicar a esse trabalho. A construção do conhecimento sobre a família não pode ficar estagnada em apenas uma visita domiciliar. O uso dos instrumentos que atendem essa abordagem deve propiciar o acompanhamento contínuo e sistemático, pois a realidade das famílias não é constante – modifica a todo instante.

O uso de instrumentos / escalas associados a outros indicadores de avaliação do usuário, família e cuidador em todas as dimensões (clínica, social e ambiental), a partir da discussão entre as equipes dentro do contexto de trabalho, poderá ser

considerado uma tecnologia para organizar a AD na Atenção Básica e subsidiar o planejamento da assistência a partir de intervenções eficazes e eficientes.

É preciso garantir as ações tradicionais da AB (atenção aos diabéticos, crianças, pré-natal, idoso, dentre outros), reconhecer o impacto do trabalho e da violência como problemas presentes e apresentados às equipes de saúde, mas também incorporar tecnologias adequadas para seu enfrentamento como planejamento da saúde individual e coletiva.

Um instrumento por si só não pode ser visto como uma tecnologia. Mas, um instrumento que subsidie o processo de trabalho, a partir do conhecimento aplicado e que modifique a realidade social pode se tornar, a partir das discussões com a equipe e comunidade, uma tecnologia.

4 METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa avaliativa com triangulação de métodos e técnicas, abordagem quantitativa e qualitativa, do tipo estudo de caso.

A avaliação, como técnica e estratégia investigativa, é entendida como um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta, ou programa (MINAYO, ASSIS & SOUZA, 2005). Analisa a pertinência e os fundamentos teóricos (análise estratégica), os objetivos (análise da intervenção), a produtividade, os efeitos (análise da efetividade) e o rendimento de uma intervenção e o contexto (análise da implantação) no qual se situa (CONTRADIOPOULOS et al., 1997).

A avaliação tem a finalidade de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e de organizações, colocando-as em interação com a metodologia do processo avaliativo. Centra-se na consolidação, entendimentos e parcerias, no apoio às mudanças, na correção de rumos, na ampliação do comprometimento dos diferentes atores e na promoção do aperfeiçoamento dos indivíduos, grupos e instituições (MINAYO, ASSIS & SOUZA (2005).

As autoras entendem a avaliação como a elaboração e a negociação, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar e julgar o contexto, o valor ou o estado de um determinado jogo, a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e de organizações.

A avaliação visa o fortalecimento do grupo, onde atores devem se educar reciprocamente, limitando o excessivo poder dos gestores e promovendo o diálogo e a aceitação do pluralismo de valores inevitavelmente presente quando se trata de definir objetivos e prioridades em saúde, objeto primordial na programação em saúde. Inclui os atores envolvidos nas ações em saúde, o que envolve a inclusão de suas demandas subjetivas, valores, sentimentos e desejos (BOSI & MERCADO, 2006).

Ressaltam que, do ponto de vista da utilidade prática, uma boa avaliação tem como meta reduzir incertezas, melhorar a efetividade das ações e a propiciar subsídios para a tomada de decisões relevantes. Guia-se por quatro objetivos: 1-

oferecer respostas aos beneficiários, à sociedade e ao governo sobre o emprego de recursos públicos; 2- orientar os investidores sobre os frutos de sua aplicação; 3- responder aos interesses das instituições, de seus gestores e de seus técnicos; 4- buscar sempre uma melhor adequação de suas atividades.

Toda avaliação útil, ética e tecnicamente adequada, acompanha o desenrolar de uma proposta e subsidia a correção de rumos e a reorientação de estratégias de ação (BOSI & MERCADO, 2006). Contudo, esta pesquisa é avaliativa, pois responde aos interesses das Unidades Básicas em estudo, bem como de seus gestores e profissionais de saúde, propondo novas formas de organização da Assistência Domiciliar, modalidade entendida por todos como fundamental no atendimento dos princípios do SUS. Visa também melhorar as ações das equipes dentro do contexto domiciliar, interagindo e intervindo com os indivíduos e famílias, subsidiando a tomada de decisões relevantes no processo terapêutico. Além disso, busca uma melhor forma de adequar as propostas (instrumentos, plano de cuidados, planejamento da assistência) dentro das atividades dos profissionais e da realidade vivida.

No que se refere à triangulação de métodos, Minayo (2008) recomenda sua utilização em estudos de avaliação. E o que vem a ser triangulação? É a combinação e o cruzamento de vários pontos de vista e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados. Fundamenta a possibilidade de articulação de estudos de magnitude e de compreensão de forma complementar. A postura dialética leva a compreender que dados subjetivos (significados, intencionalidade, interação, participação) e dados objetivos (indicadores, distribuição de frequência e outros) são inseparáveis e interdependentes. Permite criar um processo de dissolução de dicotomias: entre quantitativo e qualitativo; entre macro e micro; entre interior e exterior; entre sujeito e objeto (MYNAYO, ASSIS & SOARES, 2005).

Em relação à avaliação por triangulação de métodos, as autoras conceituam-na como uma dinâmica de investigação e de trabalho que incorpora a análise das estruturas, dos processos e resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os diversos integrantes constroem sobre toda a proposta. Nessa avaliação, a modificação se dá quando a equipe de avaliação aceita o desafio de um trabalho cooperativo.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa pois, ao analisar o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família no âmbito da Assistência Domiciliar na Atenção Básica, proporcionará um diálogo entre os diversos saberes dos atores sociais (profissionais de saúde, usuários e pesquisadores) com o objetivo de otimizar a sistematização da AD no nível primário de atenção à saúde.

Torna-se relevante ouvir todos os profissionais de saúde, principalmente os que atuam na prática, visando compreender se há sintonia e consenso entre o proposto pelos pesquisadores e os que realmente aplicarão a proposta. Minayo, Assis & Souza (2005) ressaltam que a opinião dessas pessoas em diversos níveis de envolvimento no planejamento da avaliação aumenta as chances de viabilização adequada da coleta de dados e do uso das análises para a reorganização da assistência prestada, inclusive no domicílio.

No que tange à forma de abordagem, este estudo engloba o enfoque quantitativo e qualitativo.

A abordagem quantitativa confia na medição numérica, na contagem e frequentemente no uso da estatística para estabelecer com exatidão os padrões de comportamento de uma população. Já a abordagem qualitativa tenta descobrir e refinar as questões de pesquisa com base em métodos de coleta de dados como as descrições e observações. Seu propósito consiste em “reconstruir” a realidade, tal como é observada pelos atores de um sistema social predefinido (SAMPIERI, COLLADO & LUCIO, 2006).

Várias são as características da abordagem quantitativa: utiliza métodos estatísticos; trabalha com mensuração controlada; tem uma perspectiva externa dos dados; está orientada para a verificação e confirmação das hipóteses e para resultados; enfatiza dados confiáveis e replicáveis e considera a perspectiva de uma realidade estável. A abordagem qualitativa preocupa-se com a compreensão interpretativa da ação social (MINAYO, ASSIS & SOUZA, 2005), considerando além do observador / pesquisador, os demais atores sociais (usuário, família, profissionais de saúde) como atores proativos na realização e construção da pesquisa.

As autoras reafirmam tal ideia quando inferem que a abordagem qualitativa leva em consideração a participação e as percepções dos sujeitos envolvidos na implementação das ações.

A abordagem qualitativa busca compreender o fenômeno de estudo e a realidade, considerando o ponto de vista dos atores sociais. Além disso, dá

profundidade aos dados, a contextualização do ambiente; os detalhes e uma experiência única, sem abrir mão do rigor e da competência (SAMPIERI, COLLADO & LUCIO, 2006). Demo (2000) ressalta que a abordagem qualitativa caracteriza-se pela abertura das perguntas, rejeitando toda resposta fechada, dicotômica, fatal. Mais do que o aprofundamento por análise, esse enfoque busca o aprofundamento por familiaridade, convivência, comunicação.

O uso de métodos quantitativos tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou de produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática. Serve-se de técnicas e instrumentos indispensáveis a qualquer pesquisa. Visa dimensionar e quantificar os dados de processo ou de resultado. O método qualitativo aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. É apropriado para aprofundar a história, captar a dinâmica relacional entre os profissionais e população, compreender as representações e os símbolos e dar atenção aos sinais evasivos que não podem ser entendidos por meios formais (MINAYO, 2008).

Por centrar-se na produção social dos serviços de saúde do SUS e com o intuito de interpretar e conhecer as realidades, utilizar-se-ão abordagens quantitativas e qualitativas, entendendo-as complementares. Tal fato reconhece que as correntes teóricas em que se baseiam os métodos quantitativos opõem-se à abordagem dialética dos enfoques qualitativos. Não se pretende desconsiderar tal aspecto na discussão epistemológica da ciência, mas buscar sempre que possível, a unidade de contrários capaz de realizar sínteses modificadoras . (MINAYO, ASSIS & SOUZA, 2005).

Na comparação entre as duas formas de abordagens, entende-se que cada um dos dois tipos de método tem seu papel, seu lugar e sua adequação. No entanto, ambas podem conduzir a resultados importantes sobre a realidade social, não havendo sentido atribuir prioridade de uma sobre a outra. Há sempre uma possibilidade de combinação entre as duas abordagens: documentar estatisticamente, mediante evidência concreta, tudo o que pode ser mensurado no “arcabouço da sociedade” e complementar os registros quantitativos pela observação da maneira como determinados costumes, regras ou exceções são

vividos no cotidiano pelas pessoas, pois esses são fenômenos sociológicos (MINAYO, 2008).

Considerando a complexidade avaliativa requerida no âmbito do SUS, assume-se, nesta pesquisa, a preponderância da abordagem qualitativa sobre a quantitativa. Com isso, apesar da necessidade do rigor estatístico nas diversas situações, buscam-se, com maior ênfase, as análises de profundidade e o desvelamento dos dados empíricos à luz do referencial teórico e da hipótese. Assim, pretende-se compreender o processo de trabalho das ESF na Atenção Básica, principalmente no contexto da Assistência Domiciliar, além da melhor forma de abordagem domiciliar do usuário e família em seu no contexto social.

As possibilidades de contribuição da interação entre teorias e métodos para análises de problemas de saúde provêm de suas diferenças. Mais que pares de oposições, os métodos quantitativos e qualitativos traduzem, cada qual a sua maneira, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo presentes nos processos de saúde-doença. A interação dialógica entre ambos os aportes (e não por justaposição ou subordinação de um desses campos) constitui avanço inegável para a compreensão dos problemas de saúde (MINAYO, 2008).

Finalizando tal discussão, a autora diz que a experiência de trabalho com as abordagens quantitativas e qualitativas mostra que: 1- não são incompatíveis e podem ser integradas num mesmo projeto de pesquisa; 2- uma investigação de cunho quantitativo pode oportunizar questões passíveis de ser respondidas só por meio de estudos qualitativos, trazendo-lhe um acréscimo compreensivo e vice-versa; 3- que o arcabouço qualitativo é o que melhor se coaduna a estudos de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos; 4- que todo o conhecimento do social (seja por método quantitativo ou qualitativo) sempre será um recorte, uma redução ou uma aproximação; 5- que em lugar de se oporem, os estudos quantitativos e qualitativos, quando feitos em conjunto, promovem uma mais elaborada e completa construção da realidade, ensejando o desenvolvimento de teorias e de novas técnicas cooperativas.

A triangulação é complementar no sentido de sobrepor enfoques e em uma mesma pesquisa, mesclar diferentes facetas do fenômeno do estudo. Tal unidade de contrários agrega profundidade a um estudo e, ainda que cheguem a surgir contradições entre os resultados dos dois enfoques, agrega-se uma perspectiva

mais completa do que estamos investigando (SAMPIERI, COLLADO & LUCIO, 2006).

Trata-se de um estudo de caso (BAUER & GASKELL, 2002) em que o 'caso' expressa um determinado foco no cenário de complexas condições socioeconômicas e culturais da realidade, sendo parte dele na totalidade. A unidade-caso compõe-se das informações formais e/ou informais produzidas pelos diversos atores sociais que influenciam o gerenciamento da assistência domiciliar no âmbito da Atenção Básica/SUS de Belo Horizonte.

Optou-se por um estudo de caso, pois o mesmo busca retratar a realidade face à complexidade natural das situações; enfatiza a interpretação do contexto e o pesquisador deve estar sempre atento aos novos elementos que possam surgir durante o estudo; utiliza-se de diversas fontes de informação e procura representar diferentes pontos de vista presentes na situação social (LUDKE & ANDRÉ, 1986).

Os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. São úteis para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança. Metodologicamente, os estudos de caso evidenciam ligações causais entre intervenções e situações da vida real; o contexto em que uma ação ou intervenção ocorreu ou ocorre, o rumo de um processo em curso e maneiras de interpretá-lo; o sentido e a relevância de algumas situações-chave nos resultados de uma intervenção (MINAYO, 2008).

No âmbito da pesquisa avaliativa visa apresentar ou esclarecer por quê e como determinada decisão ou conjunto de decisões foram tomadas. Objetiva também evidenciar relações entre intervenções e situações de vida real; bem como ressaltar o contexto em que uma intervenção ocorreu. Além disso, visa demonstrar o rumo de uma intervenção em curso e como modificá-la (MINAYO, ASSIS & SOUZA, 2005).

O Estudo de Caso é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente. A complexidade do estudo aumenta à medida que se aprofunda no assunto e exige severidade na objetivação, originalidade, coerência e consistência das ideias (TRIVIÑOS, 1987).

A potência de bons *designs* de estudo de caso é que podem lidar com e fornecer insights a respeito de evoluções complexas do mundo real, sendo o "caso"

o fornecedor de uma fonte de explicações para evoluções mais amplas. Os estudos de caso são utilizados em avaliações e em pesquisas que empregam métodos qualitativos. Esses métodos podem ser adequados ao *design* para abordar muitas questões práticas e políticas que afetam o dia-a-dia dos profissionais e do contexto social, particularmente quando as questões se referem a como ou por quê os eventos ou iniciativas tomam um determinado rumo (POPE & MAYS, 2006).

São objetivos dos estudos de caso: a- compreender esquemas de referência e as estruturas de relevância relacionadas a um evento ou fenômeno por parte de um grupo específico; b- permitir um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais; c- esclarecer os fatores que interferem em determinados processos; d- apresentar modelos de análise replicáveis em situações semelhantes e até possibilitar comparações, quando no decurso do trabalho de campo (MINAYO, 2008).

Retratou-se a realidade de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma localizada no Distrito Leste e a outra no Distrito Noroeste de Belo Horizonte, interpretando, aprofundando e aumentando o entendimento sobre a organização da Assistência Domiciliar no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família que as compõem.

4.1 Delineamento do Estudo

4.1.1 ETAPA 1 – Observação Participante do trabalho das Equipes de Saúde da Família

Trata-se de etapa qualitativa que compreendeu a análise do processo de trabalho das ESF e dos instrumentos disponíveis para a sistematização da Assistência Domiciliar, mediante roteiro pré-elaborado. Subsidiou a construção da primeira versão do instrumento para abordagem integral dos usuários e família que requerem esse tipo de assistência diante da realidade encontrada.

4.1.2 ETAPA 2 – Survey com usuários que demandam Assistência Domiciliar

Trata-se de etapa quantitativa com aplicação de questionário aos usuários que demandam AD da área de abrangência das duas UBS, contemplando as seguintes dimensões: anamnese e clínica do usuário, grau de dependência para as atividades da vida diária / risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão, bem como o contexto socioeconômico e familiar. Após a aplicação, os entrevistadores realizaram a classificação da demanda por tipo de AD, conforme os conceitos pré-estabelecidos a partir do referencial teórico deste estudo.

Por ocasião das visitas domiciliares, as dificuldades encontradas na abordagem da família e do contexto social foram registradas em diário de campo pelos entrevistadores, para posterior análise qualitativa.

A amostra de usuários avaliados foi não-probabilística, por conveniência, uma vez que se pretendeu dirigir o estudo para a construção de instrumentos adequados ao processo de trabalho das ESF observadas (SAMPIERI, COLLADO & LUCIO, 2006). Assim, contemplou 120 usuários indicados pela ESF das duas Unidades Básicas, pertencentes às respectivas áreas de abrangência.

4.1.3 ETAPA 3 – Oficinas de discussão com profissionais

Trata-se de etapa qualitativa que subsidiou a elaboração das ferramentas no cotidiano de trabalho das ESF, no que se refere à assistência domiciliar. Realizaram-se três oficinas de discussão com profissionais das ESF:

a) Primeira Oficina com profissionais das ESF: realizada após o piloto da pesquisa, no intuito de discutir todos os itens do questionário e a sua viabilidade para a avaliação do usuário, família e cuidador. A partir dessa oficina, chegou-se à primeira versão do instrumento de coleta de dados

b) Segunda Oficina com profissionais das ESF: realizada após a coleta de dados e análise dos dados estatísticos para a apresentação dos modelos preditivos de classificação do tipo de assistência domiciliar requerida pelo usuário, das novas versões dos instrumentos para o enfermeiro, médico e técnico de enfermagem, além de ferramentas para o gerenciamento da assistência domiciliar (fluxograma, programação das visitas)

c) Terceira Oficina com os enfermeiros das ESF: após a segunda Oficina, apresentaram-se aos enfermeiros outras duas propostas de ferramentas que subsidiariam a organização da AD na Atenção Básica: o plano de cuidados do enfermeiro e a prescrição de enfermagem para o usuário e cuidador no domicílio.

Para maior compreensão de todas as etapas do percurso metodológico, relacionadas à hipótese e ao referencial teórico, far-se-á breve relato da trajetória realizada. A partir da construção do referencial teórico que embasa a hipótese do estudo, definiram-se as categorias teóricas que norteiam a investigação: conhecimento, tecnologia, processo de trabalho em saúde e abordagem da família.

Categorias são constructos conceituais que expressam significados próprios, por meio dos quais a realidade é compreendida e explicada. Classificam-se em categorias analíticas, ou teóricas, quando se respaldam no arcabouço teórico construído; e empíricas, quando extraídas da realidade observada, a partir da coleta de dados com os sujeitos da investigação (MINAYO, 2008). Nesta pesquisa, utilizaram-se as categorias teóricas para definição dos métodos e técnicas necessários à construção dos instrumentos de trabalho da ESF na assistência domiciliar. As categorias empíricas foram extraídas das análises qualitativas realizadas, conforme descrito adiante.

Assume-se o pressuposto de que as tecnologias para a assistência domiciliar fundam-se no conhecimento aplicado, no saber específico das profissões e na incorporação de instrumentos ao trabalho da ESF, contribuindo para a reorganização das práticas e saberes partilhados. A partir dessa hipótese do estudo, definiram-se as dimensões necessárias à assistência domiciliar na atenção básica, quais sejam: a-contexto social e familiar; b- usuário e cuidador; c- serviço de saúde.

As dimensões 'contexto social e familiar' e 'usuário e cuidador' subsidiaram a definição das variáveis independentes para a classificação do tipo de assistência domiciliar requerida pelo usuário, objetivo da etapa quantitativa. A dimensão 'serviço de saúde', inspirada prioritariamente pela categoria 'processo de trabalho em saúde', ajudou a definir as características do trabalho da ESF que seriam compreendidas na etapa qualitativa. Buscou-se verificar, na complementariedade dos métodos, a adequação do modelo preditivo testado e das ferramentas elaboradas, a partir dele e da realidade dos serviços de saúde observadas, no cotidiano do trabalho da equipe.

As variáveis independentes determinaram a variável dependente Tipo de Assistência Domiciliar requerida pelo usuário (AD1 ou AD2), de acordo com os

conceitos pré-estabelecidos na fase de observação participante da UBS, na construção do questionário e no piloto da pesquisa. Vejam-se os conceitos que definem cada um dos tipos de assistência domiciliar requeridos pelo usuário:

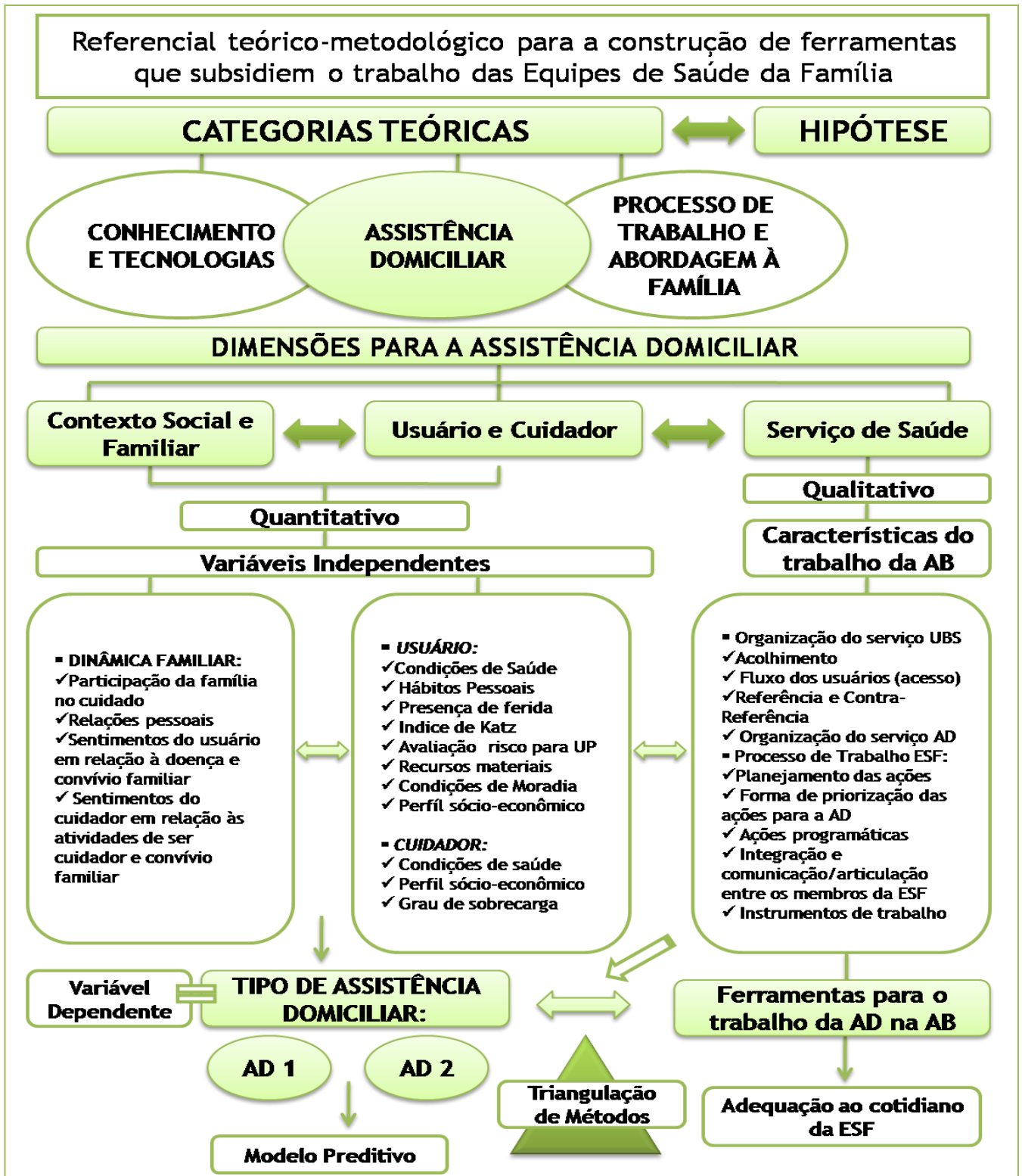
- Assistência Domiciliar tipo 1: usuário / cuidador com problemas de saúde crônicos compensados, que usam até três grupos de medicamentos. Ausência de alteração das eliminações urinárias e intestinais; dificuldade para dormir sem dependência de medicamentos; às vezes apresentam disposição para o lazer; sentem dor ou desconforto com menos intensidade (raramente ou às vezes). Usuário com incontinência urinária e risco para constipação intestinal. Classificação final do índice de Katz de zero a dois (conforme legenda). Presença de feridas superficiais com curativos simples. Vulnerabilidade no contexto familiar (idoso cuidando de idoso, sentimentos de tristeza e solidão, etc), porém sem alterações no relacionamento familiar. Cuidador apresenta dor ou cansaço ao final do dia com menos intensidade (raramente ou às vezes) e com dificuldade para dormir, mas sem dependência de medicamentos; orientado em relação aos cuidados. Condições de moradia adequadas, com algum risco para o usuário. Presença de equipamentos mínimos para o cuidado.

- Assistência Domiciliar tipo 2: usuário / cuidador com maior grau de comprometimento clínico (agudo ou crônico descompensado) usando acima de três grupos de medicamentos. Usuário com alteração das eliminações urinária e/ou intestinais, que depende de medicamento para dormir, sente dor ou desconforto com mais intensidade (frequentemente e sempre) e raramente ou nunca apresentam disposição para o lazer. Usuário com incontinência urinária e fecal e/ou presença de constipação intestinal. Classificação final do índice de Katz de 3 a 6. Presença de feridas mais profundas com curativos especiais. Vulnerabilidade no contexto familiar (idoso cuidando de idoso, idoso morando sozinho), com alterações no relacionamento familiar. Ausência de cuidador ou cuidador sobrecarregado, sem orientações para o cuidado, com dor ou cansaço frequente. Condições de moradia inadequadas e/ou residindo em área de risco. Ausência de equipamentos mínimos para o cuidado

As três etapas que compõem o delineamento desse estudo - 1-observação participante do trabalho da ESF; 2- survey com os usuários que demandam AD; 3- oficinas de discussão com os profissionais das ESF – complementaram-se para a construção do modelo preditivo para classificação do usuário em AD e cinco

instrumentos para a ESF, conforme detalhado no item seguinte. O Quadro 8 sintetiza o referencial teórico-metodológico utilizado na construção das ferramentas que subsidiem o trabalho da Equipe de Saúde da Família.

Quadro 8



Fonte: elaboração própria, 2010.

4.2 Detalhamento das etapas da pesquisa

4.2.1 ETAPA 1 – Processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde

Como técnica qualitativa desta pesquisa, utilizou-se a observação participante. Para Minayo, Assis e Souza (2005), em pesquisa avaliativa, a observação participante tem a finalidade "de contrabalançar a investigação que valoriza a fala com a que avalia a ação, as relações e os evasivos da vida cotidiana, na medida do possível, participando mais ou menos do contexto da investigação". A descrição dessa etapa será detalhada a seguir.

4.2.2.1 Técnicas, instrumentos e coleta de dados

A observação participante é um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, em seu cenário cultural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por esse contexto. É consenso entre vários estudiosos que existe a necessidade de o pesquisador relativizar o seu espaço social, aprendendo a se colocar no lugar do outro (MINAYO, 2008).

Trata-se de uma técnica de coleta de dados cujos objetivos são: a- explorar ambientes, contextos, subculturas e a maioria dos aspectos da vida social; b- descrever comunidades, contextos ou ambientes e as atividades que se desenvolvem neles, as pessoas que participam de tais atividades e os significados das atividades; c- compreender processos, inter-relações entre pessoas e suas situações ou circunstâncias e eventos que ocorrem com o tempo, assim como os padrões que são desenvolvidos e os contextos sociais e culturais onde acontecem as experiências humanas; d- identificar problemas; e- gerar hipóteses para futuros estudos (SAMPIERI, COLLADO & LUCIO, 2006).

Essa técnica tem um papel complementar com os outros instrumentos de coleta de dados necessários para o aprofundamento qualitativo de questões

socializáveis, para comparar com grupos semelhantes e distintos, viabilizando, dessa forma, a triangulação dos dados (MINAYO, 2008).

Ressalta, ainda, que essa técnica deve preceder-se de um roteiro contendo pontos a serem analisados, tais como: o que observar?; abrangerá o conjunto do espaço e do tempo previsto para o trabalho de campo ou limitará a instantes ou aspectos da realidade, dando ênfase a determinados elementos de interação? De acordo com os objetivos da pesquisa, estabelecem-se a forma e o conteúdo dessa atividade fundamental na abordagem qualitativa, ainda que, no processo da investigação se perceba a necessidade de realizar mudanças.

A técnica de observação participante não pode ser vista como mera contemplação das coisas e das pessoas. Deve-se entrar a fundo em situações sociais e manter um papel ativo, assim como uma reflexão permanente, e estar atento aos detalhes de fatos, eventos e interações.

Para subsidiar a criação de tecnologias para a Assistência Domiciliar dentro de um contexto social e construir o instrumento de avaliação do usuário e família que demandam esse tipo de assistência, elaborou-se um roteiro de observação participante (Apêndice A) que teve como foco o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família das duas UBS da pesquisa.

Essa etapa iniciou em junho de 2008, com duração total de seis meses, intercalados nas duas Unidades Básicas de Saúde, finalizando em janeiro de 2009. Realizaram-se 35 visitas domiciliares para analisar o contexto social e familiar das duas regiões. Além das visitas domiciliares, acompanhou-se a rotina diária dos profissionais de saúde (médico e enfermeiro) durante o acolhimento, consulta de enfermagem, encaminhamentos, etc. A imersão no campo da pesquisa proporcionou uma maior integração com a equipe, tornando viável compartilhar o cotidiano de trabalho de cada um. Esse tempo foi fundamental para tornar conhecido a realidade e o processo de trabalho onde se desenvolveu a pesquisa.

Diante do roteiro elaborado, partiu-se para a observação propriamente dita. Sampieri, Collado & Lucio (2006) ressaltam que os bons observadores precisam utilizar todos os seus sentidos para captar os ambientes e seus atores. Tudo pode ser relevante: clima físico, cores, aromas, espaços, iluminação, etc. Faz-se necessário manter registros e fazer anotações o mais rápido possível, após cada período no campo, separando-os por dias da semana, hora e datas

correspondentes. Além disso, os registros podem ser realizados em computadores de bolso, gravador de voz, papel e lápis ou vídeo.

4.2.1.2 Análise dos registros

Durante a observação participante, foram realizados os registros das situações observadas na própria UBS em um diário de pesquisa. Ao final de cada dia, as anotações eram transcritas em casa para o computador, tendo como referência os objetivos e o roteiro da observação participante para a descrição do texto. Dessa forma, além de auxiliar na verificação de informações incompletas, os dados não se perdiam.

4.2.2 ETAPA 2 – Classificação dos tipos de Assistência Domiciliar necessária aos usuários

4.2.2.1 Construção do questionário para abordagem dos usuários, da família e do cuidador

O instrumento ou método de coleta de dados, selecionado entre os disponíveis na área do estudo, deve ser válido e confiável; do contrário não podemos nos basear em seus resultados (SAMPIERI, COLLADO & LUCIO, 2006).

O levantamento de dados por amostragem, ou *survey*, assegura melhor representatividade e permite generalização para uma população mais ampla. O questionário é o principal instrumento para o levantamento de dados por amostragem (GÜNTHER, 2003). Esse autor cita Fink & Kosecoff (1985) ao definir *survey* como um “método para coletar informação de pessoas acerca de suas ideias, sentimentos, planos, crenças, bem como origem social, educacional e financeira”. É um termo inglês, geralmente traduzido como levantamento de dados.

Portanto, o autor descreve que o instrumento utilizado no *survey* – o questionário – pode ser definido como um conjunto de perguntas sobre um determinado tópico que não testa a habilidade do respondente, mas mede sua opinião, seus interesses, aspectos de personalidade e informação biográfica.

Para a elaboração do questionário (*survey*) desta pesquisa, partiu-se da seguinte reflexão: qual o objetivo da pesquisa em termos dos conceitos a serem pesquisados e da população-alvo? Posteriormente, construiu-se uma **MATRIZ** contendo as dimensões, conceitos, variáveis, indicadores, itens e a escala de análise. Para Sampieri, Collado & Lucio (2006), um instrumento de coleta de dados adequado é aquele que registra dados observáveis que representam verdadeiramente os conceitos ou as variáveis que o pesquisador tem em mente, na tentativa de capturar a realidade de estudo. Segue, abaixo, a caracterização de cada um, importante para a compreensão da construção da Matriz do Questionário:

A **dimensão** compreende um ou mais grupos que divide o questionário de acordo com áreas de estudo, ou seja, anamnese e condição clínica; contexto social e familiar e Grau de dependência para as AVD. O **conceito** é aquilo que será investigado, no caso: perfil sócio-econômico; cuidador; dinâmica familiar; ambiente, etc. Esses conceitos estão inseridos em uma dimensão, ou seja, os conceitos citados acima estão inseridos na dimensão Contexto social e familiar. E para que as hipóteses sejam testadas, é necessário definir os conceitos em forma de variáveis.

A **variável** é um aspecto, propriedade ou fator passível de mensuração. Partindo-se do conceito – “hábitos pessoais”, determinou-se as variáveis ingestão alimentar, hábito urinário, qualidade do sono, dentre outras. Para o conceito perfil socioeconômico, as variáveis foram grau de escolaridade, renda da família, etc. E assim sucessivamente para todas as dimensões e conceitos conforme sintetizados no Quadro 9, abaixo.

Quadro 9

Dimensões, conceitos e variáveis independentes utilizados na construção do questionário de coleta de dados, para classificação do usuário no tipo de assistência domiciliar (AD) requerida, Belo Horizonte, 2010.

DIMENSÃO 1 – ANAMNESE E CLÍNICA DO USUÁRIO		
CONCEITOS	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	
Clínica e Hábitos Pessoais do Usuário	1- Problemas de saúde do usuário	17- Avaliação do Estado Mental
	2-Queixa principal	18-Avaliação do Estado Emocional
	3-Utilização de medicamentos	19-Avaliação da Comunicação
	4-Ingestão Alimentar	20- Aparência Geral
	5-Ingestão Hídrica	21-Auscultas Respiratória
	6-Hábito Urinário	22- Grau de utilização de oxigênio complementar
	7-Hábito Intestinal	23- Aparelho Cardiovascular
	8-Qualidade do sono	24-Abdome
	9-Grau de desconforto e fadiga	25-Avaliação dos membros
	10-Sono	26-Eliminação Urinária e incontinência urinária
	11-Etilismo e Tabagismo	27-Eliminação Intestinal e incontinência intestinal
	12-Mobilidade e Segurança Física	28-Aparelho Geniturinário
	13-Acuidade Visual	29-Estado Nutricional
	14-Acuidade Auditiva	30-Higiene Corporal;
	15-Memória	31-Higiene Bucal;

	16-Avaliação da Hemodiálise	32-Integridade Cutânea.
DIMENSÃO 2 – GRAU DE DEPENDÊNCIA PARA AS AVD E RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO		
CONCEITOS	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	
Índice de Katz	33-Grau de dependência para as AVD	
Escala de Braden	34-Avaliação do risco para úlcera por pressão	
DIMENSÃO 3 – CONTEXTO SOCIAL E FAMILIAR		
CONCEITOS	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	
Perfil Sócio-Econômico do usuário	35-Faixa etária; 36-Sexo do usuário	38-Renda da família
Dinâmica da vida familiar	37-Grau de escolaridade	39-Condições de moradia
Cuidador	40-Composição, faixa etária, sexo e parentesco dos membros da família que participam do cuidado ao usuário 41-Sentimento do usuário em relação à doença e convívio familiar 42-Relações pessoais	48-Grau de desconforto e fadiga em relação às atividades de cuidador
Ambiente e Recursos materiais para AD	43-Sexo do cuidador 44-Faixa etária do cuidador 45-Problemas de saúde 46-Queixa principal 47-Utilização de medicamentos 54-Sentimentos em relação às atividades do cuidador	49-Qualidade do sono 50-Perfil do cuidador do usuário 51-Grau de sobrecarga em relação às atividades do cuidador 52-Grau de escolaridade 53-Ocupação do cuidador
	55-Segurança física e proteção	56-Recursos materiais necessários e disponíveis para a AD

Fonte: elaboração própria, 2010

Os **indicadores** são medidas usadas para ajudar a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, fazer comparações, verificar mudanças ou tendências e avaliar a execução das ações planejadas durante um período de tempo, em termos de qualidade e quantidade das ações de saúde executadas. É algo específico e concreto capaz de medir variáveis abstratas e difíceis de mensurar (SAMPIERI, COLLADO & LUCIO, 2006; GÜNTHER, 2003). Para Minayo (2008), um indicador deve permitir medidas quantitativas ou qualitativas úteis para a intervenção. Dentro da variável citada acima sobre a ingestão alimentar, traçam-se alguns indicadores como: percentual de usuários que não alimentam por via oral (VO); percentual de usuários com ingestão alimentar inadequada; número de refeições que o usuário realiza por dia, etc.

À luz desses mesmos autores, o **item** é aquilo que será perguntado; é um estímulo de que se espera alguma resposta, algum comportamento, que por sua vez precisa ser registrado para então ser analisado. A partir dos indicadores escolhidos,

constrói-se a pergunta do questionário: em que via o alimento é ingerido? – VO, - SNE, - Ostomia, - NPT; quantas vezes você se alimenta por dia? _____.

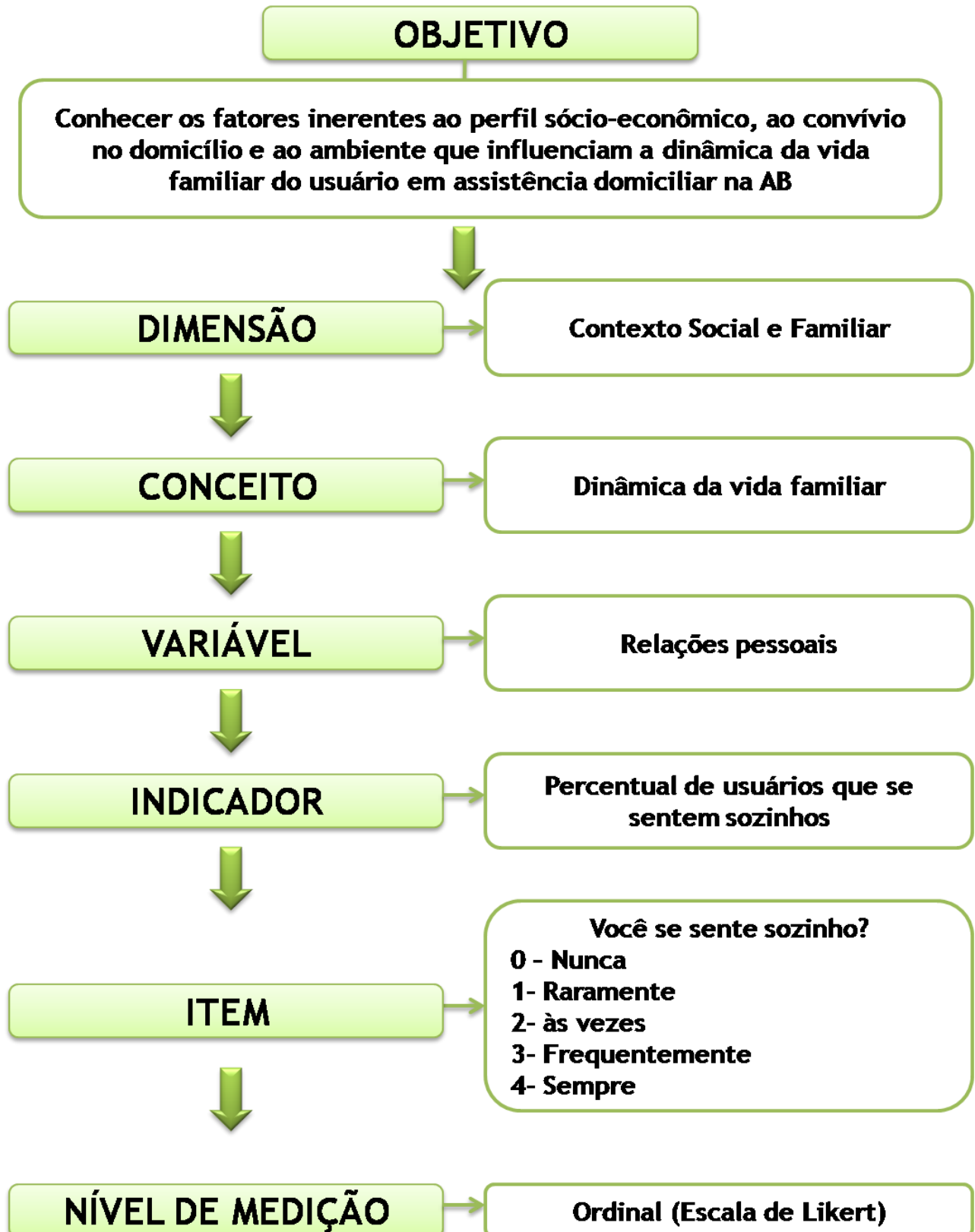
E o último tópico que faz parte dessa Matriz é o **nível de medição**, ou seja, a maneira como será mensurado cada item e conseqüentemente a variável. Utilizaram-se as escalas do tipo nominal, ordinal e intervalar.

Além disso, o uso dos diferentes níveis de medição citados acima tem conseqüências importantes quanto à complexidade da análise estatística possível. Os dados baseados em escalas nominais e ordinais podem ser trabalhados com testes estatísticos não-paramétricos. Dados provenientes de escalas intervalares e de razão vão permitir, além de estatísticas não-paramétricas, procedimentos paramétricos (GÜNTHER, 2003).

A escala de Likert foi escolhida para a mensuração dos itens que avaliaram a intensidade dos usuários, família e/ou cuidador em relação a algumas dimensões. Günther (2003) descreve que essa escala é uma mensuração muito utilizada nas ciências sociais em situações de levantamento de atitudes, opiniões e avaliações. Geralmente contém cinco alternativas de respostas e o seu conteúdo pode variar. Optou-se pela utilização das seguintes respostas na Escala de Likert: nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre, conforme o Apêndice B. Vale ressaltar que dependendo do tipo de pergunta, as opções de resposta variavam de posição, ou seja, a resposta SEMPRE poderia estar no ponto zero ou quatro da escala. Ao se alterar a posição do nunca ou sempre, automaticamente alteravam-se as posições das demais respostas.

Para exemplificar essa fase da pesquisa, o diagrama abaixo contempla todas essas etapas necessárias à construção da Matriz, conforme o Quadro 10:

Diagrama da Construção do Instrumento de coleta de dados



Fonte: elaboração própria, 2010

A partir de fevereiro de 2009, iniciou-se a elaboração da Matriz do Questionário para a construção do instrumento de coleta de dados (Apêndice C). Antes de chegarmos à versão final da matriz, foram necessárias várias discussões, passando por cinco versões, até que cada item se tornasse significativo e representativo. As dimensões, conceitos, variáveis, indicadores e os itens foram escolhidos de acordo com os objetivos da pesquisa e principalmente, a partir da vivência do contexto social decorrente da observação participante realizada.

A confiabilidade e a validade são dois requisitos importantes na elaboração de um instrumento. Segundo Sampieri, Collado & Lucio (2006), refere-se o primeiro ao grau em que sua aplicação, repetida ao mesmo indivíduo ou objeto, produz resultados iguais e o segundo refere-se ao grau em que um instrumento realmente mede a variável que pretende medir. Vários fatores devem ser averiguados para se garantirem a confiabilidade e validade do questionário da pesquisa:

- Improvisação: construir um instrumento de uma semana para outra, o que demonstra falta de conhecimento do processo de elaboração;
- Utilização de instrumentos do exterior que não foram validados para nosso contexto: culturas e tempo diferentes da cultura e momento em que o instrumento é aplicado;
- O instrumento parece inadequado para as pessoas as quais se aplica: não levar em conta diferenças com relação a conhecimento, nível educativo, nível ocupacional;
- Condições nas quais é aplicado o instrumento de medição: ambiente com muito barulho, instrumento cansativo, clima frio, horário de aplicação inadequado.

O instrumento deve seguir uma estrutura lógica, garantindo os dois requisitos citados acima. No momento da construção do questionário, alguns critérios devem ser considerados, evitando constrangimentos, dificuldades de compreensão por parte do respondente ou até mesmo a indução das respostas. Assim, as perguntas devem ser escritas em vocabulário apropriado (dentro do contexto) e criar uma relação de confiança e respeito, questionando se: esse item no questionário é necessário?; o que eu quero medir ou avaliar com ele?; por que preciso saber disso? (SAMPIERI, COLLADO & LUCIO, 2006; GÜNTHER, 2003).

Ressaltam que a escolha entre questões abertas e/ou fechadas depende do objetivo a ser alcançado, do tipo de análise a ser feita e do tipo de abordagem ou profundidade da mesma. Concluem que o piloto é necessário para verificar como as perguntas estão sendo entendidas pela população-alvo.

Em relação à dimensão 2 do instrumento – “Grau de Dependência para as AVD e Risco para Úlceras de Pressão – dois tópicos merecem discussão. Essa dimensão compreende duas escalas de avaliação e classificação do usuário. A primeira, quanto às incapacidades físicas para a realização das atividades básicas do dia a dia e a segunda, para avaliar o risco dos usuários quanto ao surgimento de úlceras por pressão. A Escala de Braden foi escolhida por sua abordagem aos fatores de risco para úlceras e à sua utilização na prática clínica da enfermagem.

E, diante da variedade de escalas que avaliam a dependência para as AVD, optou-se pela escala de Katz tendo em vista a confiabilidade e a validade do estudo e por ser bastante utilizada nas avaliações gerontológicas e Programas de Atenção Domiciliar em redes privadas. Escolheu-se a classificação final descrita no Quadro 5 por ser de fácil aplicação, não permitir a classificação de diferentes tipos de usuários em uma mesma categoria e por ser numérica, garantindo em nosso estudo, a realização de testes estatísticos que indicariam resultados relevantes para a construção do modelo de predição para classificação do usuário no tipo de Assistência Domiciliar requerida (AD1 ou AD2).

Posteriormente, se partiu para a formatação do questionário de pesquisa mantendo-se sempre a preocupação de tornar o preenchimento prático, fácil e dinâmico no processo de trabalho dos profissionais de saúde. Antes de iniciarmos o piloto da pesquisa, desenvolveu-se um **Curso de Atualização em Métodos e Técnicas em Pesquisas II: Construção de Questionário**, registrado no CENEX (Centro de Extensão), tendo como público-alvo os entrevistadores da coleta (alunos do 5º, 7º e 8º períodos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EE/UFMG), todos bolsistas de extensão e iniciação científica dos Projetos de Extensão – “Gerir-Saúde-SUS: assessoria no gerenciamento de serviços de saúde” e de Pesquisa – “Avaliação da Atenção Básica em Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços”.

O curso ocorreu nos dias 28/04 a 30/04/09, com carga horária de quinze horas, sendo dez horas de conteúdo teórico e cinco horas de conteúdo prático. Teve como objetivos: discutir as formas de coleta de dados de acordo com o enfoque e o

contexto da pesquisa; familiarizar os participantes com as etapas da elaboração do questionário; compreender alguns conceitos importantes para elaborar a Matriz para a construção do questionário; aplicar o questionário que subsidiou a realização do piloto da pesquisa. Como conteúdo programático do curso, priorizaram-se os seguintes tópicos: 1- Apresentação dos objetivos e alguns conceitos importantes do referencial teórico da pesquisa; 2- Discussão dos conceitos – dimensão, variável, indicador, item e nível de medição; 3- Etapas da Matriz de construção do Questionário; 4- Discussão de todos os itens do questionário da pesquisa; 5- Aplicação do questionário no Centro de Saúde onde será feito o Piloto da Pesquisa. Essa última etapa corresponde às cinco horas de parte prática do curso, realizada com usuários e famílias de outra UBS. Os instrumentos aplicados não foram incluídos no resultado do piloto da pesquisa e subsidiaram os ajustes e últimas adaptações do questionário antes da coleta.

Uma consideração importante a ser feita é que, antes de iniciar o treinamento prático do curso, realizou-se a aplicação do instrumento entre os próprios entrevistadores, no sentido de se observarem a forma de abordagem, a existência de perguntas que poderiam induzir a resposta do usuário ou família / cuidador e a segurança durante a aplicação das escalas de classificação (Katz e Braden).

Na etapa prática do curso, cada entrevistador realizou duas visitas domiciliares, acompanhado pelo Agente Comunitário de Saúde. Os usuários foram informados previamente sobre a pesquisa, concordando em participar. Antes de iniciar a coleta, disponibilizou-se aos entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, orientando-os quanto aos objetivos da pesquisa. Ao término da coleta, realizamos uma reunião para discutir as dificuldades encontradas durante a aplicação do questionário, auxiliando na reformulação de alguns itens ou até na substituição de outros.

Uma nova versão do instrumento surgiu após essa etapa do curso antes de partirmos para o piloto da pesquisa. Outras versões foram sucessivamente construídas durante essa fase, tentando aproximar ao máximo à realidade dos usuários e contexto familiar, até a versão final do questionário para a coleta de dados.

Após o término do curso, iniciou-se o piloto da pesquisa para teste do instrumento. Essa etapa ocorreu no período de 04/05/09 a 07/05/09 em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Nordeste de Belo Horizonte que não fez parte

da coleta de dados da pesquisa. Realizou-se uma reunião com a gerente local para expor os objetivos do estudo. Após seu consentimento, organizou-se um cronograma junto aos ACS para a realização do piloto. Na ocasião, o piloto possibilitou definir nova versão do instrumento e os conceitos que caracterizavam a classificação do tipo de Assistência Domiciliar – AD1 e AD2 para discutir com os profissionais e avaliar sua aplicabilidade na prática da ESF.

A amostra dessa etapa compreendeu 30 usuários. Cada entrevistador avaliou cinco usuários durante os quatro dias de coleta. O tempo gasto na avaliação durou de uma hora e 20 minutos (maior tempo) a 40 minutos (menor tempo). À medida que os entrevistadores passavam a ter mais domínio do instrumento, o tempo médio de entrevista foi de 40 a 50 minutos.

O cálculo do número de usuários a serem avaliados no piloto foi realizado segundo a regra geral da ‘fração de amostragem’, correspondente à razão entre o tamanho da amostra (n) e o tamanho da população (N), em amostras probabilísticas. Segundo esse princípio básico, recomenda-se que as amostras correspondam a pelo menos 10% da população para serem representativas (RICHARDSON, 1999). Para efeitos de cálculos, tomou-se hipoteticamente por ‘população’ os 120 usuários que compõem a amostra intencional do estudo, previamente delimitada. Optou-se por uma amostra de 25% da amostra geral para o piloto, correspondente a 30 usuários, no intuito de se garantir maior relevância e significância a essa etapa.

Durante essa etapa, os entrevistadores sentiram uma necessidade de expor algumas ansiedades vivenciadas no domicílio do usuário. A discussão demonstrou uma grande dificuldade dos avaliadores em abordar as famílias e o usuário dentro deste contexto social tão complexo e desafiador. As falas giravam em torno das divergências dos ensinamentos da universidade e da prática do profissional de saúde, pois não sabiam como lidar com o sofrimento e o contexto das pessoas envolvidas na Assistência Domiciliar no âmbito da Atenção Básica. Uma realidade tão sofrida, repleta de desigualdades socioeconômicas e de situações vulneráveis no contexto familiar e muitas vezes esquecida pelos profissionais de saúde. Diante dessas dificuldades estipulou-se um *DIÁRIO DE CAMPO* para cada entrevistador. As anotações eram feitas após cada dia de entrevista, com o objetivo de não deixar “escapar” os sentimentos e vivências no momento de avaliação daquele contexto. O diário teve como questões norteadoras: 1- Que sentimentos e percepções tive nessa visita?; 2- Quais os limites e potencialidades de minha prática e formação

profissional para lidar e intervir nessa realidade? Tais questões possibilitaram o aprimoramento dos itens relacionados quanto a essa abordagem integral à família e subsidiaram a análise dos resultados

Após a finalização do piloto procedeu-se à construção da matriz do banco de dados, inserção dos dados (dupla entrada), conferência do lançamento e análise estatística. Realizou-se a frequência de todas as variáveis para apreciação, avaliação e tomada de decisões. A partir da vivência dos entrevistadores durante a imersão no campo de estudo e dos resultados do piloto, os dois conceitos do tipo de Assistência Domiciliar (AD1 e AD2) foram rediscutidos e readequados para posterior apresentação e discussão na oficina com os profissionais das ESF. Vale ressaltar que o item referente aos “Sentimentos do usuário e cuidador em relação à doença, atividades de cuidador e convívio familiar”, contemplado na dimensão 3 do questionário continha um espaço para as anotações (resposta aberta) e, logo após o piloto, foi categorizado a partir da análise de conteúdo das respostas.

Novas correções foram feitas no questionário a partir das sugestões dos entrevistadores provenientes das dificuldades de entendimento por parte dos usuários e família. Com isso, a versão para a coleta de dados foi ajustada na tentativa de se manter a linguagem mais clara e facilitar o entendimento dos avaliados, aproximando-o da realidade dessas famílias.

Diante das dúvidas dos entrevistadores no piloto, elaborou-se um Manual de preenchimento do instrumento, oferecendo suporte durante a coleta de dados. Nesse material, cada item do instrumento é explicado detalhadamente, o que ajudou os aplicadores, tanto na abordagem ao usuário, família e cuidador, quanto no preenchimento do questionário, garantindo mais consistência no estudo.

Nos dias 17 e 18 de junho de 2009, realizou-se a “1ª Oficina de Discussão” com os profissionais das duas UBS: cinco médicos, oito enfermeiros e um membro do NASF (fisioterapeuta). Todos receberam convite individual (Apêndice D) que tinha o propósito de: a- apresentar os resultados do Piloto da Pesquisa; b- discutir os itens do instrumento da pesquisa e a proposta de classificação dos tipos de Assistência Domiciliar (AD1 e AD2); c- discutir sobre o Manual de preenchimento do instrumento; d- propor, a partir da discussão, a aplicação desse instrumento na prática do profissional de saúde, no intuito de avaliar sua aplicabilidade na 2ª Oficina de Discussão (que ocorreu após toda a coleta de dados).

Após a apresentação dos resultados do piloto, discussão com os profissionais e conclusão da versão final do instrumento de coleta de dados a partir das sugestões expostas nessa discussão, foi proposta a cada membro da equipe a aplicação de três questionários em suas atividades diárias. Essa estratégia subsidiou avaliar a aplicabilidade e viabilidade desta ferramenta no processo de trabalho da ESF, sendo discutido em outro momento da pesquisa.

Finalizando essa etapa, a nova versão do instrumento para a coleta de dados a partir da discussão acima descrita, foi formatada e enviada à gráfica para impressão das cópias necessárias (Apêndice E). Após um mês, cada profissional recebeu um “Kit” contendo: dois instrumentos de coleta de dados, um Manual de aplicação do instrumento, os Termos de Consentimento para assinatura dos usuários e seus responsáveis e uma escala de likert para as questões específicas. Os membros do NASF (nutricionista, fisioterapeuta e assistente social) aplicaram somente as questões pertinentes a sua prática e campo do conhecimento. Os médicos e enfermeiros aplicaram o instrumento completo.

Como último momento da etapa de construção do instrumento, submeteu-se a ferramenta à *ANÁLISE DOS JUÍZES* – pesquisadores e especialista da área para avaliação a análise da proposta. Escolheram-se pessoas que acumulavam a experiência acadêmica, necessária ao rigor científico buscado, e experiência gerencial na atenção básica, em vista da adequabilidade do instrumento ao processo de trabalho das ESF¹. O olhar externo destes profissionais foi fundamental para o fechamento do instrumento para a coleta de dados.

O quadro abaixo representa, de forma sintetizada, o fluxograma das etapas da construção do questionário.

¹ **Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias** “ possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (1986) e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Luterana do Brasil (2002). Atualmente é gerente da Unidade RS da Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco do Brasil. Tem experiência na área de docência e prática de Saúde Coletiva, principalmente nos seguintes temas: atenção primária à saúde, saúde coletiva, atenção domiciliar, vigilância da saúde e Gestão de Sistemas de Serviços de Saúde” Disponível em <http://lattes.cnpq.br/5286158585238950>. **Jória Viana Guerreiro** possui “Doutorado em Saúde Pública (Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz). Mestrado em Saúde Pública (Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal da Bahia) Especialização em Epidemiologia (NESC/PE-Fiocruz). Graduação em Nutrição (Universidade Federal da Paraíba). Professora do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, Informação em Saúde, Avaliação em Saúde, Atenção Básica, Saúde da Família”. Disponível em <http://lattes.cnpq.br/4247204481976633> .



Fonte: elaboração própria, 2010.

4.2.2.2 Coleta de dados

A atividade de coleta de dados implica selecionar o método válido e confiável, aplicar o instrumento e preparar observações, registros e medições obtidas para que sejam analisadas corretamente (SAMPIERI, COLLADO & LUCIO, 2006).

O cenário de estudo para a coleta correspondeu a duas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte: uma do Distrito Sanitário Leste, responsável pelo atendimento de uma população de 35.489 habitantes. Essa UBS integra a rede assistencial básica do município e convive, na assistência, com dois tipos de população, a coberta pelo PSF e a não coberta, também denominada população de baixo risco. É composta por duas Equipes de Saúde da Família, cada uma com uma médica, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e seis ACS. Optou-se pela inserção somente das duas ESF, pois os usuários que demandam Assistência Domiciliar estavam cadastrados e recebiam atendimento quando havia alguma solicitação mais urgente, pois não havia sistematização desse serviço.

A outra UBS pertence ao Distrito Sanitário Noroeste, responsável pelo atendimento de 18.900 habitantes. É uma unidade totalmente coberta pelo Programa de Saúde da Família e possui cinco equipes, cada uma composta por: um médico, um enfermeiro, dois auxiliares / técnicos de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. A escolha das duas UBS deu-se a partir de dois fatos: dificuldades para sistematizar a assistência domiciliar aos usuários da área de abrangência, exposta pelos profissionais e pela gerente durante a realização do internato rural da EE/UFMG (estágio); durante a coleta de dados de outra pesquisa dessa instituição na UB, “Avaliação da Atenção Básica em Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços”, em que se apresentaram a mesma dificuldade e a mesma solicitude para participação na pesquisa. No decorrer dos encontros, os próprios profissionais externaram o desejo de organizar a Assistência Domiciliar na AB e solicitaram, à equipe de pesquisa, auxílio nessa tarefa, tendo em vista a insatisfação dos usuários em relação a esse atendimento, pois não tinham condições de se deslocarem até o Centro de Saúde.

Os sujeitos da pesquisa foram 120 usuários, suas famílias e cuidadores, que demandavam assistência domiciliar na área de abrangência das ESF das UBS selecionadas para o estudo de caso. Conforme o mencionado, dado o caráter direcionado e exploratório desta pesquisa, que objetiva elaborar ferramentas para o

gerenciamento da assistência domiciliar na atenção básica adequadas ao trabalho da ESF, a amostra foi não probabilista e intencional (RICHARDSON, 1999; SAMPIERI, COLLADO & LUCIO, 2006).

O critério de inclusão dos usuários na amostra compreendeu todos os usuários cadastrados pelas ESF como elegíveis para a Assistência Domiciliar e que já eram assistidos de alguma forma em seu domicílio (demanda espontânea). Os demais usuários, que não fizeram parte da coleta de dados, foram selecionados para que os próprios profissionais aplicassem o instrumento e avaliassem sua adequabilidade. Nesse caso, não fizeram parte da análise estatística; somente da discussão entre as equipes na segunda Oficina de Discussão.

Realizou-se um levantamento de todos os usuários da AD com os ACS e enfermeiros de cada equipe, totalizando 148 pacientes. Excluíram-se os usuários avaliados pelos profissionais de cada equipe. Houve também exclusão de usuários em decorrência de alguns imprevistos como: ausência da família ou cuidador no domicílio no dia e horário da coleta, óbito ou internação de algum usuário. Realizaram-se 114 entrevistas que fizeram parte do banco de dados para análise estatística.

As 114 entrevistas se distribuíram entre a UBS 1 do Distrito Leste, 38 usuários, e a UBS 2 do Distrito Noroeste, 76 usuários. As ESF, cinco médicos, seis enfermeiros e um fisioterapeuta do NASF ficaram responsáveis pela aplicação de 36 questionários, que não entraram na amostra do estudo, conforme referido.

De acordo com a literatura, utilizando pelo menos duas variáveis independentes para o modelo preditivo, poder estatístico médio e significância 0,05, a amostra necessária deve ser maior que 67 para a Regressão Linear Múltipla e Regressão Logística (COHEN, 1992). No caso da regressão múltipla, que requer amostras mais amplas, recomenda-se o uso de pelo menos 30 observações para cada 'parâmetro' estimado no modelo (CORRAR, PAULO & DIAS FILHO, 2009). Portanto, a amostra de 114 entrevistas realizadas foi suficiente para a realização de todos os testes estatísticos necessários para se chegar ao modelo de predição para a classificação do usuário no tipo de AD (AD1 ou AD2).

A coleta ocorreu no período de 19/06/09 a 21/07/09, com uma frequência de três vezes por semana e no período da tarde, tendo em vista a facilidade de agendar a visita com o usuário. A escolha por dias alternados foi sugerida por todos os entrevistadores levando em consideração o tamanho do instrumento, a amostra da

pesquisa e os sentimentos gerados na abordagem da família (vivenciados no piloto), evitando possíveis desgastes físicos e emocionais. Além disso, não havia disponibilidade de carro por parte da Prefeitura Municipal e o deslocamento gerava cansaço físico.

Antes de iniciarmos a coleta, todos os entrevistadores passaram por novas orientações no intuito de esclarecer possíveis dúvidas sobre o questionário e a utilização do Manual de preenchimento (Apêndice F). Nesse mesmo dia, todos receberam um “Kit” para a pesquisa contendo: luvas estéreis e luvas de procedimentos para o caso de algum procedimento ser realizado, sonda uretral nº 10 e régua para a mensuração e avaliação de úlceras por pressão, o diário de campo com o nome do entrevistador e o jaleco com a logomarca da pesquisa e o nome, representando o uniforme dos integrantes da pesquisa.

Na primeira semana da coleta, elaborou-se um cronograma de visitas domiciliares para a realização da supervisão direta aos entrevistadores pela pesquisadora do estudo. Nessa supervisão, realizou-se a avaliação de desempenho dos entrevistadores, buscando garantir a qualidade das informações coletadas. As dúvidas eram sanadas no momento da avaliação e as questões só eram assinaladas após terem certeza da situação analisada. Essa fase foi determinante para a padronização da forma de abordagem dos itens do questionário.

Após os cinco dias de supervisão, reformulou-se o cronograma de coleta, mantendo a mesma frequência de dias alternados e horário da entrevista. Ao final de cada tarde, a equipe de entrevistadores reuniu-se em uma sala do Centro de Saúde para discutir os pontos em que ainda tinham dúvida, além do tipo de classificação (AD1 ou AD2) requerida pelo usuário na assistência domiciliar.

A inserção dos dados das 114 entrevistas ocorreu ao término da coleta, com dupla entrada no banco de dados do SPSS e conferência dos dois arquivos para a verificação de possíveis lançamentos incorretos. Ao final dessa etapa, iniciou-se a análise dos dados (variável dependente e variáveis independentes) por meio das técnicas de regressão linear múltipla e logística, no intuito de obter um ou mais modelos de predição para a classificação do usuário nos tipos de Assistência Domiciliar.

4.2.2.3 Análise Multivariada – Regressão Linear Múltipla e Logística

Na etapa quantitativa da pesquisa, utilizou-se o método de Análise Multivariada dos Dados – corresponde às diversas abordagens analíticas que consideram o comportamento de muitas variáveis simultaneamente (CORRAR, PAULO & DIAS FILHO, 2009). Requer o uso de programas de computador. Nesse caso, utilizamos o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 13.0, que permite realizar análises estatísticas de dados em pesquisa na área da saúde. Para Corrar, Paulo & Dias Filho (2009), trata-se de um conjunto de métodos estatísticos que torna possível a análise simultânea de múltiplas variáveis em um único relacionamento ou conjunto de relações. Essas variáveis podem ser quantitativas (contínuas) ou qualitativas (ordinais ou nominais). Esse método permite ainda que se explore a *performance* conjunta das variáveis e se determine a influência ou importância de cada uma, estando as demais presentes.

Neste estudo, a variável dependente representa o tipo de Assistência Domiciliar (AD1 ou AD2) requerida pelo usuário e sua família a partir da avaliação dos profissionais de saúde fundamentada nos conceitos construídos no decorrer desta pesquisa. Os demais itens do questionário expressam as variáveis independentes.

Dentre as técnicas de análise multivariada, utilizaram-se a Regressão Linear Múltipla (ou Regressão Múltipla) e a Regressão Logística.

A Regressão Linear Múltipla é uma técnica que analisa a relação entre uma variável dependente métrica (quantitativa): nesse caso, o tipo de Assistência Domiciliar e duas ou mais variáveis independentes (quantitativas) para projeções a partir dessa descoberta (CORRAR, PAULO & DIAS FILHO, 2009). Sampieri, Collado & Lucio (2006) descrevem que a informação básica que ela proporciona é o coeficiente de correlação múltipla (R – *Pearson Correlation*), que determina a correlação entre a variável dependente e todas as demais variáveis independentes em conjunto. Esse coeficiente pode variar de zero a 1,0 e quanto mais alto for o seu valor, as variáveis independentes explicarão em maior medida a diversidade da variável dependente ou quais são os fatores mais eficazes para se prever o comportamento desta última. O coeficiente de correlação múltipla elevado ao quadrado (R^2 - *R Square*) indica a porcentagem de variação na dependente por

causa das independentes, ou seja, a influência da variável no modelo preditivo de classificação da AD.

Na Regressão Logística, a variável dependente é dicotômica (qualitativa) e as variáveis independentes podem ser quantitativas ou qualitativas. Tem como objetivo estabelecer a probabilidade de ocorrência de determinado evento e a importância das variáveis para essa ocorrência (CORRAR, PAULO & DIAS FILHO, 2009). Essa técnica foi utilizada para a definição de um dos modelos preditivos de classificação da Assistência Domiciliar requerida pelo usuário. A regressão logística permite não só estimar a probabilidade de o usuário pertencer à AD1 ou à AD2, como a identificação das variáveis relevantes para a ocorrência desse evento binário.

Antes da aferição dos resultados descritivos e da correlação entre variáveis, procedeu-se à análise preliminar exploratória do banco de dados completo (114 casos), com o intuito de adequar as variáveis métricas ao modelo linear geral, conforme apontam Tabachnick & Fidell (2000). Esse procedimento consistiu na análise de casos omissos, casos atípicos e normalidade das variáveis métricas que compuseram o modelo de investigação. A análise exploratória revelou que tais variáveis atendem aos critérios propostos por estes autores para a execução das técnicas inferenciais multivariadas.

O preparo do banco de dados deve ser realizado antes de qualquer análise multivariada. De acordo com as recomendações de Hair et al (2005) e Corrar, Paulo & Dias Filho (2009), procedeu-se às atividades preparatórias, descritas por etapas. O **primeiro passo** consistiu na análise descritiva para sistematizar a frequência descritiva das variáveis métricas e não métricas, procurando se apropriar dos resultados descritivos da investigação. Para as variáveis métricas, utilizaram-se medidas de tendência central, média e desvio padrão. O **segundo passo** compreendeu o exame gráfico das ocorrências, identificando a forma de distribuição. O histograma, representação gráfica de uma variável que espelha a distribuição dos dados, foi utilizado para análise, além do diagrama ramo-e-folhas (Stem & Leaf). Essas duas representações gráficas têm o objetivo de observar a simetria ou assimetria do gráfico em relação à curva normal. O **terceiro passo** foi o exame da relação entre variáveis, sendo este um dos métodos utilizados para verificar as relações bivariadas (diagrama de dispersão). Trata-se de uma representação gráfica de duas variáveis métricas que descreve os valores conjuntos de cada observação em um gráfico bidimensional. O exame da diferença entre grupos e observações

atípicas correspondeu ao **quarto passo**. Assim, por meio do gráfico de caixas foi possível observar como os dados estão distribuídos em cada variável, comparando sua dispersão. Serve também para identificar as “observações atípicas” de cada variável, identificando o número da ocorrência. Finalizando essa etapa de preparo do banco de dados, o **quinto passo** compreendeu as suposições da análise multivariada. Nesse caso, foram previstos três exames para atendimentos aos pressupostos para a análise multivariada: normalidade, linearidade, homocedasticidade.

Anteriormente à etapa dos testes de Regressão Linear Múltipla e Regressão Logística, procedeu-se à verificação das correlações existentes entre as 19 (dezenove) variáveis independentes métricas com a variável dependente (tipo de classificação Assistência Domiciliar) e entre as próprias variáveis independentes métricas. O indicador utilizado para verificar a alta correlação entre as variáveis foi o *Pearson correlation* (r), sendo 0,30 e $p= 0,05$ os valores de referência para correlação e nível de significância, respectivamente (TABACHNICK & FIDELL, 2000).

Para se proceder à análise da Regressão Linear Múltipla, três indicadores merecem destaque nessa análise:

- R^2 : coeficiente de determinação – indica o quanto uma variável independente, ou conjunto de variáveis independentes explica a variável dependente;
- β : coeficiente padronizado de regressão – indica o peso de uma variável independente sobre a variável dependente;
- p : significância estatística – indica a probabilidade do resultado encontrado acontecer ao acaso.

A equação utilizada nesse modelo de predição é a seguinte:

Modelo Preditivo da Regressão Linear Múltipla:

$$\text{Tipo de AD} = B_0 + B_1 \cdot X_1 + B_2 \cdot X_2$$

Sendo que:

B_0 – constante

B₁ – constante da 1ª variável

X₁ – valor atribuído à resposta da 1ª variável

B₂ – constante da 2ª variável

X₂ – valor atribuído à resposta da 2ª variável

Na análise de Regressão Logística, serão apresentadas relações entre algumas variáveis independentes e a variável dependente tipo de Assistência Domiciliar e cinco indicadores merecem destaque nesta análise:

- - 2 log likelihood (-2LL): medida de ajuste e significância do modelo – caso esse índice apresente uma queda do seu valor inicial em comparação com o seu valor final, o modelo se ajusta aos dados;
- Omnibus test of model coefficients (X²): indica se há diferença significativa entre o -2LL inicial (modelo vazio) e o -2LL do modelo com as variáveis – espera-se que as hipótese nula seja rejeitada para que o modelo se adéqüe aos dados;
- Nagelkerke R²: indica o quanto a variável independente, ou o conjunto de variáveis independentes, explicam a variável dependente;
- Overall percentage – indica qual a probabilidade geral de acontecer o evento que o modelo consegue explicar;
- B: coeficiente de regressão – indica o peso que a variável independente, ou conjunto de variáveis independentes, tem sobre a variável dependente.

A equação utilizada na regressão logística será demonstrada abaixo:

Modelo Preditivo da Regressão Logística:

$$P(\text{evento}) = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots)}} \quad \text{Constante (2,7182...)}$$

Sendo que:

P – probabilidade de pertencer à AD2

e – constante não variável

B₀ – constante

B₁ – constante da 1ª variável

X_1 – valor atribuído à resposta da 1ª variável

B_2 – constante da 2ª variável

X_2 – valor atribuído à resposta da 2ª variável

A seleção das variáveis independentes para a composição dos modelos preditivos foi realizada pelo método de estimação ‘*stepwise*’, uma a uma. Por meio desse procedimento, analisaram-se os testes de correlação de Pearson efetuados inicialmente com as 19 variáveis métricas independentes com a variável dependente (Tipo de AD). As variáveis independentes que apresentaram r igual ou superior a 0,30 e $p=0,05$, foram selecionadas para testes de inclusão no modelo preditivo.

Primeiramente se realizou a análise de regressão linear múltipla; depois, a logística. Após a inclusão da variável escolhida no modelo, verificavam-se a significância estatística e os testes de validação específicos a cada uma das técnicas, anteriormente descritos. A partir da segunda variável incluída no modelo, analisava-se a variância explicada pelas mesmas, observando-se a significância estatística. Decidia-se pela permanência ou exclusão das variáveis independentes no modelo pelo exame do poder explicativo, da variância, das possíveis colineariedades e da significância estatística. Uma vez finalizado o modelo preditivo pela regressão múltipla, fez-se a análise da adequação da equação, mediante repetição do procedimento com amostras randomizadas do banco de dados.

Após a análise de regressão múltipla, com a definição do primeiro modelo preditivo, “A”, procedeu-se à análise de regressão logística. Repetiu-se a inclusão das variáveis métricas com maior correlação de Pearson ($r > 0,30; p=0,05$). Logo após, procedeu-se à seleção das variáveis categóricas, não-métricas, para inclusão no modelo preditivo. Iniciou-se a priorização de variáveis por aquelas que supostamente influenciariam o tipo de AD necessária ao usuário. Para essa etapa, tomaram-se como referência, as definições de AD 1 e AD2 e os resultados das análises descritivas de frequências.

Realizaram-se testes com o banco de dados geral e com filtros, recortando-os por faixa etária do usuário, nível de escolaridade e renda. A força de associação foi avaliada pelo cálculo da *odds ratio* (OR) com IC 95%. O nível de significância estatística estabelecido nessa etapa foi de 5% ($p \leq 0,05$). O teste de Hosmer-Lemeshow foi utilizado para verificar o ajuste final dos modelos. Por meio da regressão logística, chegou-se à definição de mais dois modelos de predição, B e C, descritos nos resultados.

Após a definição dos três modelos preditivos para classificação do tipo de AD, procedeu-se a um exercício de revalidação dos mesmos, com o objetivo de verificar a adequabilidade e consonância dos resultados. Construiu-se uma planilha eletrônica, em que constavam todos os questionários aplicados, os dados referentes as variáveis independentes selecionadas para o modelo e o valor da variável dependente, correspondente à avaliação final do entrevistador, realizada no momento da entrevista. Classificou-se cada um dos usuários da amostra segundo os modelos de predição A, B e C, comparando-se os valores encontrados. As análises levaram em conta o grau de concordância entre os modelos, e destes com a classificação realizada pelo entrevistador, com vistas à tomada de decisões sobre as melhores opções de modelo preditivo para a realidade investigada.

4.2.3 ETAPA 3 – Avaliação da adequabilidade dos instrumentos para Assistência Domiciliar na Atenção Básica

4.2.3.1 Coleta de dados: oficinas de discussão

Como técnica de coleta dos dados qualitativos, utilizou-se a observação participante do processo de trabalho da ESF no próprio serviço. Durante as etapas da pesquisa, foram realizadas três oficinas de discussão, subsidiando a continuidade da observação participante. A opção pelas oficinas deu-se pela própria definição de pesquisa avaliativa que precisa da participação dos sujeitos na construção de tecnologias para o trabalho.

Conforme relatado, a primeira oficina subsidiou a elaboração do questionário de avaliação do usuário que requer assistência domiciliar. A discussão com os profissionais foi fundamental para a readequação do instrumento dentro à realidade de trabalho das equipes.

A segunda oficina de discussão ocorreu com parte da equipe presente na primeira, sendo três médicos, quatro enfermeiros e uma nutricionista (membro do NASF). Teve como objetivo: a- apresentar os Modelos de Predição para Classificação; b- propor uma nova versão do questionário para a AD de forma mais simplificada, contendo somente as variáveis significantes (modificação do primeiro questionário – etapa diagnóstica; c- apresentar a criação de mais dois questionários – um para o acompanhamento da assistência pelos médicos e enfermeiros (etapa

monitoramento) e outro específico para os técnicos/auxiliares de enfermagem (etapa pré-classificatória; d- propor a programação da assistência para organização da AD na Atenção Básica; e- avaliar a adequabilidade e a aplicabilidade do questionário a partir da aplicação realizada por cada profissional de saúde além da discussão das dificuldades vivenciadas na abordagem da família, obtidas da vivência dos profissionais.

Em outro momento, a terceira oficina se concretizou somente com os Enfermeiros das ESF (três profissionais), além da gerente de um dos Centros de Saúde. Fo objetivo foi apresentar a proposta do Plano de Cuidados do Enfermeiro para Assistência Domiciliar, a ser anexado no prontuário da família e a Prescrição de Enfermagem para o usuário e cuidador, sendo este um instrumento específico para o domicílio do usuário. A elaboração das condutas e prescrições teve como referência as principais condutas realizadas pelos entrevistadores durante a etapa do survey.

As 2ª e 3ª oficinas foram gravadas, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após, realizaram-se a análise do material e a extração das categorias empíricas, baseadas nas categorias teóricas já citadas.

4.2.3.2 Análise de conteúdo dos depoimentos

Na etapa qualitativa da pesquisa, utilizaram-se a Análise de Conteúdo e a Análise de Complementariedade.

A Análise de Conteúdo é uma técnica muito útil para analisar os processos de comunicação em diversos contextos. Pode ser aplicada quase a qualquer forma de comunicação (conversas, discursos, entrevistas, programas de televisão, etc). É feita por meio da codificação, isto é, o processo no qual as características relevantes do conteúdo de uma mensagem se transformam em unidades que permitem sua descrição e análise precisas (SAMPIERI, COLLADO & LUCIO, 2006).

Bardin, autor da obra detalhada sobre análise de conteúdo em relação ao emprego dessa técnica, conceitua essa análise como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção das mensagens (TRIVIÑOS, 1987)

Ressalta que as etapas fundamentais no processo de uso da análise de conteúdo: 1- *pré-análise*: foca na organização e leitura “flutuante” de todo o material; 2- *descrição analítica*: o material que constitui o *corpus* é submetido a um estudo aprofundado, orientado pela hipótese e referenciais teóricos da pesquisa. Procedimentos como a codificação, classificação e categorização são básicos nessa fase do estudo; 3- *interpretação inferencial*: momento de maior intensidade no qual a reflexão, a intuição, com embasamento nos materiais empíricos, estabelecem relações com a realidade vivenciada, aprofundando as conexões das ideias, chegando, se possível, a propostas básicas de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais.

Salienta, ainda, que não é possível que o pesquisador detenha sua atenção exclusivamente no conteúdo manifesto dos documentos. Ele deve aprofundar sua análise tratando de desvendar o conteúdo latente que eles possuem. O primeiro orienta para conclusões apoiadas em dados quantitativos, numa visão estática e até positivista. Mas é o conteúdo latente que abre perspectivas, sem excluir a informação estatística, muitas vezes, para descobrir ideologias e tendências das características dos fenômenos sociais que se analisam; além disso, é dinâmico, estrutural e histórico.

A Análise de Conteúdo foi utilizada em um primeiro momento para sistematização e estudo das informações obtidas nas questões discursivas do Piloto da pesquisa referente aos “Sentimentos do usuário em relação à doença e convívio familiar” e os “Sentimentos do cuidador em relação às atividades de cuidador e convívio familiar” (fase que antecedeu a coleta de dados). Após essa análise, algumas categorias foram criadas a partir das falas dos usuários e cuidadores. Nas oficinas de discussão, utilizaram-se as informações provenientes das falas dos profissionais e das gravações para a elaboração da versão final do questionário e avaliação de sua adequabilidade e de sua aplicabilidade na vivência dos profissionais de saúde. Os conteúdos das falas das oficinas de discussão foram analisados a partir das categorias teóricas TECNOLOGIA / PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E ABORDAGEM INTEGRAL À FAMÍLIA, a partir das quais extraíram-se as categorias empíricas manifestas pelos participantes.

A Análise de Complementariedade das informações produzidas nas diversas etapas foi realizada mediante a Técnica de Triangulação de Métodos (MINAYO, ASSIS & SOUZA, 2005) e de Dados (TRIVIÑOS, 1987). Para Triviños, essa técnica

compreende: 1- processos e produtos centrados no sujeito (sujeito usuário e sujeito pesquisador – por meio das entrevistas e observações); 2- elementos produzidos pelo sujeito (documentos e instrumentos legais); 3- processos e produtos originados pela estrutura socioeconômica e cultural do macro-organismo social do sujeito (modos de produção de trabalho e as forças e relações de produção de trabalho). Essa técnica visa abranger a máxima completude na descrição, explicação e compreensão do foco do estudo.

Várias etapas são necessárias para a realização da triangulação de métodos, tais como: 1- Formulação do objeto ou da pergunta principal; 2- Criação dos indicadores; 3- Definição das fontes de informação; 4- Definição e elaboração dos instrumentos de investigação; 5- Trabalho de campo; 6- Análise das informações recolhidas; 7- Elaboração do informe final (MINAYO, 2008).

Ressalta que avanços importantes, na área do conhecimento, podem ocorrer por meio da triangulação, quando uma equipe de pesquisadores aceita o desafio de um trabalho cooperativo. Do ponto de vista teórico-prático, o sucesso desse processo reside em três posturas opostas e complementares: a- profundo respeito aos campos disciplinares; b- relativização da visão fragmentada de cada um deles; c- capacidade dialógica dos pesquisadores ante propostas teóricas e metodológicas diferentes e com os sujeitos que atuam no mundo da vida.

4.3 Triangulação de Dados e Métodos:

Ao término de cada uma das etapas de pesquisa, procedeu-se à complementaridade das informações e métodos obtidos. Assim, o resultado da observação participante do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, as visitas realizadas durante essa observação nos domicílios para o conhecimento do contexto social e a primeira discussão com os profissionais de saúde na oficina subsidiaram a construção do questionário de avaliação e classificação do usuário que demanda Assistência Domiciliar. Problematizaram-se as potencialidades e as fragilidades do instrumento para a avaliação do usuário e família/cuidador no intuito de organizar o processo de trabalho nas UBS com foco na AD, aprofundando-se nas formas de abordagem ao usuário e família para atendê-los nas suas necessidades.

Na sequência, realizou-se a análise de banco de dados para definição dos modelos de predição que pudessem auxiliar as equipes na classificação dos usuários no tipo de Assistência Domiciliar (AD1 e AD2). Uma vez delimitados os modelos preditivos, finalizaram-se as ferramentas para o trabalho da ESF:

O fechamento da pesquisa deu-se com as oficinas de discussão. A segunda Oficina aconteceu com sete, dos 14 médicos e enfermeiros das UBS, além de um membro da equipe do NASF (nutricionista). A terceira e última Oficina de Discussão ocorreu com quatro das seis Enfermeiras das UBS para discutir a proposta do Diagnóstico de enfermagem, Plano de Cuidados e Prescrição de enfermagem para o usuário e cuidador em Assistência Domiciliar na Atenção Básica, com base nas condutas realizadas por todos os entrevistadores durante o período de coleta de dados.

4.4 Aspectos Éticos:

A pesquisa segue as diretrizes contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A garantia de anonimato e sigilo sobre a origem das informações foi preservada. Os sujeitos foram informados quanto às formas de divulgação dos resultados em publicações com fins científicos, com a garantia de jamais serem citados nomes ou qualquer outra forma de identificação. Elaborou-se documento em duas vias, denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice G), com as informações pertinentes à pesquisa, assinado pelos entrevistados e pesquisadores. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em pesquisa da UFMG, Parecer n. ETIC 449/08 (Anexo A), e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Protocolo 007/2008 (Anexo B).

Para a realização da segunda e terceira Oficinas de Discussão, pediu-se permissão aos profissionais de saúde para a gravação (filmagem) das discussões, no intuito de se evitar a perda de informações pertinentes e imprescindíveis aos objetivos das Oficinas. Todos os profissionais assinaram as duas vias do TCLE (Apêndice H) garantindo o anonimato durante as exposições de algumas falas ou ideias.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Observação da Unidade Básica de Saúde e do Processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família

Com o objetivo de conhecer e analisar o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família na Atenção Básica bem como as tecnologias utilizadas por elas nesse processo, principalmente em relação à Assistência Domiciliar, realizou-se a observação participante nas duas UBS envolvidas nesta pesquisa. Devido à singularidade de cada local, optou-se por descrever os resultados dessa observação separadamente.

A Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste (UBS 1) é totalmente coberta pelo Programa de Saúde da Família. São cinco ESF compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Além das equipes, a Unidade dispõe de: um médico clínico geral, dois pediatras, um ginecologista, um psiquiatra, dois assistentes sociais (sendo um específico para o atendimento aos usuários da saúde mental), um psicólogo, um dentista, um enfermeiro de apoio, seis auxiliares de enfermagem no apoio (destinado ao atendimento ao usuário na farmácia, sala de observação, medicação, sala de curativo e um para a organização dos prontuários). A equipe do NASF é formada por dois fisioterapeutas, um fonoaudiólogo, um nutricionista, um farmacêutico, um educador físico e um terapeuta ocupacional, destinados ao atendimento de três unidades. A maior parte da equipe atende na unidade principal e os demais realizam o atendimento na unidade chamada Anexo – localizado próximo à Unidade.

O acolhimento é realizado pelos enfermeiros da ESF no período da manhã (de 7 às 9 horas). Após esse horário, inicia-se o atendimento eletivo (consultas, ações programáticas). Caso algum paciente precise passar pelo atendimento, é encaminhado à sala de acolhimento. Um auxiliar de enfermagem fica na recepção organizando esse atendimento e selecionando os casos que realmente precisam passar pelo acolhimento. Se o usuário leva resultados de exame, o enfermeiro avalia a necessidade de encaminhá-lo ao atendimento médico. A marcação de exames é realizada na recepção.

O atendimento à população passa pelo seguinte fluxo: é feito a partir da detecção de um usuário novo pelo ACS durante as visitas domiciliares ou quando o próprio usuário busca o atendimento direto na unidade. Assim, é necessário apresentar comprovante de endereço e carteira de identidade para efetuar o cadastro no Sistema e ser encaminhado ao acolhimento para tentar suprir a demanda.

Os prontuários dos usuários são organizados por pastas e por cor de cada equipe. Cada família tem um prontuário contendo os atendimentos individuais. O prontuário eletrônico (PE) é gerado a partir da primeira consulta e cada profissional imprime a ficha de atendimento, anexando-a ao prontuário físico.

Durante as visitas dos ACS, algumas famílias são identificadas como pessoas com dificuldade de comparecer ao Centro de Saúde. Dependendo da avaliação do agente, o Enfermeiro consegue agendar visita domiciliar no mesmo dia ou logo em seguida. Nem sempre o médico consegue realizar o atendimento concomitantemente. Algumas equipes realizam visitas domiciliares uma vez por semana. Outras fazem os atendimentos de forma espontânea conforme solicitação dos ACS e não conseguem se programar para essa modalidade de assistência.

A articulação da atenção básica com os outros pontos / níveis de atenção do sistema de saúde é feita pelo médico e enfermeiro da Unidade. Os usuários são encaminhados para a equipe do NASF, demais especialidades médicas, pré-natal de alto risco, atendimento de urgência/emergência para o PA do Hospital Alberto Cavalcanti ou para outro Centro de Saúde quando o usuário muda de área de abrangência. Relatam que quase não recebem contra-referência das outras unidades; alguns casos de desospitalização são recebidos do Alberto Cavalcanti e outros vêm encaminhados do CERSAM (Centro de Referência de Saúde Mental). As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) encaminham pacientes para continuidade do tratamento no domicílio. Por meio do Sistema de Regulação – SISREG, os profissionais conseguem acessar na rede todo o atendimento prestado ao usuário em outras Unidades, contribuindo para a continuidade do atendimento.

Enfermeiros das equipes de saúde da família relatam que há pouca articulação com o Programa de Atenção Domiciliar (nível de atenção secundário). A burocratização do processo de encaminhamento do usuário que necessita desse nível de atenção dificulta o referenciamento a esse programa e muitas vezes é encaminhado para uma Unidade de urgência (Pronto Socorro, UPA) devido a

descompensação do quadro clínico. Experiência de profissionais da equipe PAD mostra que, hoje, a responsabilidade de gestores das UPA, o foco é a “desupalização”, no intuito de “desafogar” as Unidades de urgência. A busca ativa nas próprias fichas de AIH’s (Autorização de Internação Domiciliar), muitas vezes evita a internação hospitalar de usuários com quadros de pielonefrite com indicação de antibiótico venoso intermitente, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) compensada, idoso com pneumonia (PNM) em tratamento com antibiótico há 24 – 48 horas, insuficiência venosa com autorização de uso de bota de ulna no domicílio, dentre outros. O tempo que a equipe do PAD permanece assistindo o paciente varia muito e, hoje, algumas equipes utilizam a alta responsável como estratégia de trabalho, ou seja, uma alta pactuada com o Enfermeiro da ESF da Unidade, responsabilizando os membros dessa equipe pela continuidade da assistência. A frequência de visitas varia de acordo com o grau de complexidade e há relato de construção de um protocolo contendo a periodicidade de visitas de cada profissional por semana. Porém, esse protocolo ainda não está formalizado e cada distrito, hoje, trabalha de forma diferente. Ainda não há padronização e organização desse processo de trabalho.

Essa unidade funciona de segunda a sexta feira, no período de 7 às 17 horas. O período da manhã é destinado ao acolhimento realizado pelos enfermeiros e ao atendimento de casos agudos encaminhados para os médicos das equipes. No período da tarde, os médicos e enfermeiros atendem consultas eletivas e cada dia é destinado a um tipo de atendimento: puericultura, planejamento familiar, pré-natal, etc. O atendimento de prevenção à mulher é realizado pelo enfermeiro até os 40 anos; acima disso, a mulher é encaminhada ao atendimento médico. O dois pediatras da equipe de apoio dividem o atendimento de puericultura com as ESF. Pacientes com menopausa são atendidas pelos ginecologistas do apoio. A consulta de DM e ASMA está sendo implantada pelas equipes e realizada no Sistema.

Em relação ao cadastro dos usuários, nem todos estão cadastrados no Sistema. Esse procedimento está sendo realizado aos poucos por estagiários de nível médio, mas muitas vezes são desviados dessa função em consequência de outras demandas do serviço. Ao identificar um usuário novo na região ou recém-nascido, os ACS preenchem uma ficha de cadastro e solicitam a inserção dos dados no Sistema. Quando um usuário busca o atendimento por conta própria, o cadastro

no Sistema é feito mediante apresentação dos documentos relatados anteriormente e após a primeira consulta, é gerado o prontuário eletrônico (PE).

A UBS do Distrito Noroeste utiliza o Sistema Gestão Saúde em Rede para registrar todos os atendimentos, encaminhamentos e demais informações sobre a população por meio do PE. Todas essas informações atualizam o Sistema de Informação Fênix da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Com esse programa, torna-se possível gerar relatórios sobre a produção de cada profissional (consultas, encaminhamentos, exames solicitados), bem como indicadores de saúde. Porém, os profissionais relatam não utilizar tais informações como instrumento de planejamento das ações.

A priorização das ações é feita a partir da necessidade dos usuários de cada equipe. Os atendimentos dos casos agudos são feitos de acordo com a avaliação do profissional e o grau de complexidade. Em relação à Assistência Domiciliar, utilizam o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) para os atendimentos de urgência e que não podem ser atendidos pela equipe no momento.

As ações programáticas são realizadas de forma diferenciada em cada equipe, a partir das afinidades de cada profissional com o tema, dentre eles: puericultura, pré-natal, grupo de gestante, preventivo, obesidade, grupos de HAS e DM, pró-jovem, planejamento familiar e consulta individual do idoso (avaliação multidimensional e Mini Mental).

A integração e a articulação entre as equipes, gerência e profissionais é satisfatória. Às vezes a integração é deficiente com a equipe locada no anexo do Centro de Saúde devido à logística e à divisão da área física. Os enfermeiros e a gerente reúnem-se mensalmente e tenta-se resolver qualquer aresta ou ruído na primeira oportunidade.

Como instrumentos de trabalho, as ESF utilizam aqueles preconizados pelo Protocolo: cartão de pré-natal e puericultura, caderno do idoso, protocolo de HAS e DM e guia de orientação da prevenção do câncer de colo de útero.

As intervenções dos profissionais são avaliadas e monitoradas de forma diferente por cada equipe. Algumas acompanham o preenchimento do instrumento de visita domiciliar do ACS mensalmente, outras não. Alguns ACS não conseguiram concluir o cadastro de alguns usuários devido à falta desses agentes e a nova divisão da área de abrangência do Centro de Saúde. Há reuniões sistemáticas entre os membros de cada ESF, da equipe com a zoonose, equipe com a odontologia e

equipe com o NASF. Há uma tentativa de organizar reuniões sistemáticas entre o enfermeiro e auxiliares de enfermagem no intuito de envolverem esses profissionais na assistência direta, principalmente nas visitas domiciliares.

Como instrumento de avaliação e diagnóstico do usuário do atendimento domiciliar, as Equipes de Saúde da Família contam com um formulário de cadastro utilizado pelo ACS e um questionário de acompanhamento da visita domiciliar para os médicos e enfermeiros da equipe. Esses instrumentos foram elaborados por acadêmicos do curso de graduação de Enfermagem do nono período da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Unidade Coração Eucarístico (PUC – MG). O formulário dos agentes de saúde consta de dados de identificação do usuário, uma avaliação simples das condições de saúde (doenças prévias), motivos que impedem seu deslocamento ao Centro de Saúde. Identifica também a presença ou ausência de cuidador, bem como a data da última visita de qualquer membro da equipe e condutas realizadas. O questionário do médico e do enfermeiro contém informações sobre a anamnese, clínica do usuário, escala de classificação do grau de dependência para as seguintes atividades: deambulação, eliminação, alimentação e higiene corporal e um espaço para a descrição das condutas do profissional. Não estão descritos nesse instrumento o nome e a referência adotada na escolha da escala de dependência.

Durante esse período de observação do processo de trabalho, realizaram-se 30 visitas domiciliares. Algumas com o Enfermeiro e outras somente com o ACS. Nessas visitas, acompanhou-se o trabalho do profissional de enfermagem na aplicação do instrumento da assistência domiciliar. Percebeu-se a dificuldade do mesmo em classificá-lo quanto ao grau de dependência de maneira completa, pois a escala não abordava todas as atividades básicas diárias do paciente. Muitas orientações eram feitas em relação à prevenção de úlceras por pressão, ao controle terapêutico e renovações de receitas. Os profissionais relataram a dúvida sobre o planejamento da próxima visita de cada usuário. Os usuários ficavam de seis meses a um ano ou mais sem assistência médica ou de enfermagem. Nas visitas realizadas somente pela pesquisadora, priorizou-se conhecer o contexto familiar e utilizar algumas perguntas / instrumentos que pudessem contribuir na elaboração dos itens do questionário de coleta de dados para a abordagem integral da família. Constatou-se o quão complexo é adentrar nas casas das pessoas, tornando visíveis os problemas e conflitos das famílias.

A Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste (UBS 2) é parcialmente coberta pelo Programa de Saúde da Família. São duas ESF compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem (AE) e seis agentes comunitários. A parte não coberta pelo programa é formada pelos profissionais: dois médicos pediatras, dois médicos clínicos gerais, dois médicos ginecologistas, dois enfermeiros, sete auxiliares de enfermagem e três ACS. A Unidade conta também com uma assistente social, duas psicólogas e uma psiquiatra. Possui atendimento de Oontologia. A equipe do NASF é formada por um assistente social, um fisioterapeuta e um nutricionista. Os usuários não atendidos pelas ESF fazem parte do Baixo Risco.

O Acolhimento dessa Unidade organiza-se da seguinte forma: os casos agudos são encaminhados pelo porteiro que fica na entrada da Unidade para a sala de observação como demanda espontânea. A AE da sala realiza alguns procedimentos como: aferição da pressão arterial (PA), glicemia capilar (GC) ou punção venosa quando necessário. A partir daí, são encaminhados para o enfermeiro ou médico da ESF de acordo com a área de abrangência a que pertencem. O acolhimento é realizado às terças e quintas feiras pela técnica de enfermagem (TE) das ESF, encaminhando às respectivas especialidades médicas, a partir do levantamento das demandas. No acolhimento da saúde mental, o usuário agenda a primeira consulta com a psicóloga (segunda feira à tarde). Caso o usuário tenha passado pela psicóloga, o agendamento é feito direto com a psiquiatra.

O Baixo Risco faz cobertura de uma área com 20.000 habitantes e a consulta com a equipe é feita somente a partir do agendamento no Sistema, de acordo com a disponibilidade de vagas, pois não atende demanda a espontânea.

A recepção atende os usuários somente com carteira de identidade para que seja feita a marcação de retorno clínico; exames laboratoriais (sangue, fezes e urina); consulta pediatria (somente no período da manhã). No período da tarde, as consultas de pediatria são encaminhadas por meio do acolhimento realizado pela AE. Os exames de dextrosol, VHS e insulina são agendados na Unidade de Referência de Saúde (URS) Sagrada Família.

Os prontuários físicos ficam na sala da recepção e são identificados conforme as cores das ESF e do Baixo Risco. Todos os usuários de cada família foram cadastrados no Sistema (conforme a área de abrangência). Com esse cadastramento, torna-se possível acessar o usuário pelo Sistema. A cor vermelha

pertence à Equipe do Baixo Risco (BR) e as pessoas ainda não foram cadastradas. Com isso, não há um controle dos atendimentos em relação à área de abrangência do baixo risco.

Em relação às estratégias de atendimento às famílias que não podem comparecer ao Centro de Saúde, o ACS do Baixo Risco detecta a demanda durante as visitas nos domicílios e agenda a visita para o Enfermeiro à tarde. Quando o caso é mais grave (crônico descompensado), programa-se uma assistência domiciliar duas vezes por semana. Já as Equipes de Saúde da Família têm dias específicos para as visitas domiciliares, que ocorrem geralmente uma vez por semana. Caso tenha também algum paciente descompensado, tenta o agendamento ou solicita ao ACS que organize o encaminhamento à UPA ou PA.

O Sistema de Referência é feito pelo Enfermeiro. As urgências e emergências são encaminhadas às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou ao Pronto Atendimento (PA) do Hospital Municipal de Belo Horizonte (Odilon Behrens). Os pré-natais de alto risco para o Hospital das Clínicas da UFMG e os demais casos, como as consultas com oftalmologista, são referenciados para o Sistema de Regulação do SUS – SISREG (sistema de informações on-line, disponibilizado pelo DATASUS (Banco de Dados do Sistema Único de Saúde), para o gerenciamento e a operação das Centrais de Regulação. O SISREG é composto por dois módulos independentes, a Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH). Porém, as equipes nem sempre recebem a contra-referência dessas demandas encaminhadas.

Essa unidade funciona de segunda a sexta feira, no período de 7 às 19 horas. O acolhimento das ESF é realizado em duas tardes e, caso haja necessidade, realiza-se o encaminhamento dos casos. Nas demais tardes e no período da manhã, as equipes atendem retorno, ações programáticas e casos agudos. Na equipe do Baixo Risco, o acolhimento é diário no período da manhã para agendar consultas. À tarde, realizam-se os atendimentos programados. A sala de coleta de exames faz o atendimento no período da manhã de todos os pedidos realizados pelos profissionais. Nesse mesmo local, realiza-se a entrega dos resultados de exames, agendamento e encaminhamento para as consultas especializadas (realizadas em outras Unidades – URS Sagrada Família, Centro de Especialidades Médicas). A regulação desses exames é feita por uma das médicas da ESF, classificando-os de acordo com a prioridade: baixa, média ou grave, no sentido de agilizar o atendimento

desses usuários. Os exames simples solicitados pelos profissionais, durante a consulta ou acolhimento, são agendados na recepção, conforme relatado anteriormente.

Para cada dia da semana, as ações das Equipes de Saúde da Família são organizadas e planejadas da seguinte forma: acolhimento, realização de curativos especiais, visita domiciliar, pré-natal, supervisão dos ACS (cadastro de usuários, preenchimento das fichas das visitas realizadas, puericultura e atendimento de demanda espontânea. Essa última ação ocorre duas vezes na semana por não ter espaço físico específico para a Enfermeira realizar as ações programáticas, sendo necessário dividir o espaço com outro profissional. A equipe de Baixo Risco também organiza os dias para as seguintes atividades: acolhimento, visita domiciliar, realização de eletrocardiograma e realização de curativos especiais no ambulatório da Unidade.

Vale ressaltar que os pediatras atendem crianças do Baixo Risco e aquelas que são encaminhadas pelas ESF. Os ginecologistas atendem os usuários do BR e casos mais graves de pré-natal. Uma das equipes de saúde da família encaminha o preventivo para a ginecologia e a outra equipe faz o preventivo somente no dia em que há disponibilidade de sala.

Durante a observação da atividade de acolhimento da enfermeira de uma das ESF, a maior demanda é mostrar resultado de exames, solicitar consulta com ginecologista e alguns casos agudos (dor, prurido), sendo todos encaminhados à médica da equipe. Não foram realizados anamnese e exame físico de forma detalhada e, somente a partir do relato do usuário, ocorreu o agendamento para a médica da equipe ou para alguma especialidade.

Realizou-se o acompanhamento de algumas consultas de uma médica da outra equipe. Ela atendeu dois casos agudos (virose e amigdalite) que só passaram pela TE para aferir a temperatura axilar. Mas eram casos somente de orientação (hidratação, repouso e controle dos sintomas), pois não havia nenhuma complicação no sistema respiratório. A própria médica relatou que poderia ter passado pela enfermeira da equipe e ter solicitado, a ela, somente a prescrição do xarope. Diferente da outra equipe, a médica declarou que os grupos de HAS e DM “desafogaram” muito a demanda espontânea. Em consequência do número de atestados médicos dos profissionais de enfermagem de nível médio, as visitas domiciliares têm ficado somente para a enfermeira e para a médica. E muitas vezes,

ao chegar na casa do usuário a pedido do ACS, não há queixa, mas sim uma solicitação de aferição da PA e GC. Com isso, tentou fazer uma dinâmica / planejamento dos atendimentos, sem sucesso.

A atualização do cadastramento dos usuários das ESF é realizada conforme necessidade, ou seja, à medida que surgem novos pacientes na área da respectiva equipe. Mas ainda falta classificar os 700 pacientes quanto a algumas doenças pré-existentes (Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS e Diabetes Mellitus – DM), com o objetivo de traçar alguns projetos, pois os próprios profissionais não concordam com a realização de grupos da forma como está sendo feita. Na equipe de saúde da família e de Baixo Risco, ainda não se faz o cadastro dos usuários no Sistema. Por isso, não há atualização dos mesmos. Como instrumento de planejamento, os profissionais utilizam o Sistema de Informação Fênix.

As ações programáticas são realizadas pelas ESF de acordo com a agenda pré-estabelecida. Englobam: puericultura, planejamento familiar, pré-natal e grupos de HAS e DM. A equipe de Baixo Risco não tem ações programáticas direcionadas à Saúde da Criança. A enfermeira relatou que falta espaço físico para a realização dessa atividade que tampouco se tem pensado em sua organização.

Percebeu-se a pouca interação entre os profissionais do Baixo Risco e os das Equipes de Saúde da Família. Cada um trabalha de acordo com as rotinas pré-estabelecidas. Uma das enfermeiras do BR relatou essa situação e colocou que há pouco investimento da gerência no baixo risco. Entre as enfermeiras das ESF, percebeu-se parceria no processo de trabalho. Em um dos momentos da observação participante, uma delas estava de licença médica e o atendimento de todos os usuários de sua equipe era realizado pela enfermeira da outra equipe.

Utilizam também alguns instrumentos do Protocolo da Prefeitura Municipal como o cartão da criança e da gestante.

Como instrumentos de trabalho com foco na Assistência Domiciliar, a equipe de BR trabalha com a escala de Braden para identificar os usuários com risco para úlceras por pressão. Utiliza uma ficha de orientação para visita domiciliar, contendo informações pessoais do usuário, bem como as doenças existentes, medicamentos em uso e as condutas realizadas naquela visita. As ESF não possuem nenhum instrumento específico de avaliação e planejamento das ações; somente uma ficha para cadastro dos usuários que demandam e são assistidos no domicílio.

Durante esse processo de observação, realizaram-se cinco visitas domiciliares que surgiram a partir da solicitação dos ACS. Alguns pacientes estavam sem o controle da pressão arterial e de glicemia capilar; as receitas dos medicamentos eram entregues pelos agentes aos usuários sempre que necessário. Outros pacientes encontravam-se descompensados clinicamente, sendo necessário encaminhá-los ao serviço de urgência (UPA) da região em ambulância do SAMU devido a sua impossibilidade de locomoção. Foi constatada, nessas visitas, ausência de acompanhamento da ESF, tendo a última visita ocorrido há um ou dois anos.

Os resultados dessa etapa demonstram o quão distante a ESF está da proposta dessa modalidade de assistência e que a inexistência ou precariedade de instrumentos como ferramentas para o gerenciamento da AD dificulta a programação das visitas e o planejamento de uma assistência individual, com abordagem integral da família. Em nenhum momento, a figura do familiar cuidador ou dos membros que vivem naquele domicílio era abordada de forma profunda, pois além da ausência de questionários, muitos profissionais têm dificuldade em conversar e compreender o coletivo. Atuam no individual, controlando doenças e realizando procedimentos específicos. Tal fato fortalece o modelo tradicional de uma assistência fragilizada e fragmentada.

O quadro-síntese abaixo (Quadro 12) reúne as principais características observadas durante a observação do processo de trabalho das ESF.

Quadro 12 - Principais características da organização dos serviços e do processo de trabalho das ESF, identificadas nas Unidades Básicas de Saúde observadas, Belo Horizonte, setembro de 2009.

<i>Tópicos Observados</i>	<i>UBS 1</i>	<i>UBS 2</i>
<p>I – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO NA UBS: acolhimento; fluxo dos usuários; prontuários dos usuários; estratégias de atendimento às famílias que não podem comparecer ao Centro de Saúde durante o horário de funcionamento (Programação da AD); sistema de Referência e Contra-Referência.</p>	<p>Acolhimento em horário pré-estabelecido, mas há flexibilidade no atendimento caso o usuário procure fora do horário. O atendimento ao usuário ocorre após detecção do ACS durante as visitas domiciliares ou pela procura direta ao CS. OS prontuários são físicos (por família adscrita) e organizados por ESF, mas já trabalham com o prontuário eletrônico (gerado a partir da 1ª consulta). Como estratégia de atendimento às famílias que não podem comparecer à UBS, os ACS identificam o usuário e solicitam a visita do enfermeiro ou médico (de acordo com a situação encontrada). Não há programação de visitas para os usuários que demandam assistência domiciliar. A articulação entre a atenção básica e outros níveis de atenção é feita pelo médico e enfermeiro para a equipe do NASF, centro de especialidades médicas, UPA, PA, maternidade de alto risco, etc. Há pouca articulação com o PAD.</p>	<p>Acolhimento em horário e dia pré-estabelecido (por ESF). O usuário é atendido mediante apresentação dos documentos exigidos e a marcação das consultas ocorre entre uma consulta e outra ou conforme encaminhamento originado do acolhimento. Todos os usuários das ESF foram cadastrados no sistema, exceto a população atendida pela área não coberta pelo programa de saúde da família. Cada família possui um prontuário físico. Os ACS identificam usuários que não podem comparecer às UBS durante as visitas domiciliares. Apesar das ESF terem dias específicos para esse tipo de atendimento, não há um planejamento da frequência das visitas pelos membros da equipe. A articulação entre a atenção básica e outros níveis de atenção é feita pelo médico ou enfermeiro para as unidades de urgência e especialidades médicas. Utilizam o SISREG para gerenciamento e operação das centrais de regulação. Pouca articulação com o PAD.</p>
<p>II – PROCESSO DE TRABALHO DA ESF: planejamento das ações da ESF; cadastramento dos usuários; informação como</p>	<p>O planejamento das ações é feito conforme agenda pré-estabelecida das ESF (acolhimento, consultas eletivas) e muitas delas são articuladas com a equipe de apoio do CS</p>	<p>O planejamento das ações é feito conforme agenda pré-estabelecida das ESF. A atualização do cadastramento dos usuários é realizada à medida que surgem novos</p>

<p>instrumento de gestão; priorização das ações pela ESF, em especial a AD; ações programáticas; Integração, comunicação e articulação entre as equipes; instrumentos de trabalho da ESF; monitoramento e avaliação das intervenções pela ESF; Instrumentos utilizados para a assistência domiciliar.</p>	<p>(pediatria, ginecologia, etc). Em relação ao cadastramento dos usuários, nem todos estão inseridos no sistema, a não ser quando um novo usuário procura o 1º atendimento diretamente na unidade. Utiliza o Sistema Gestão Saúde em Rede para registrar os atendimentos e encaminhamentos, mas os profissionais não utilizam as informações como instrumento de planejamento das ações. A priorização das ações é feita a partir da necessidade dos usuários de cada equipe; nos casos agudos, o atendimento é feito a partir da avaliação do profissional e caso não possa ser atendido pela ESF no momento, solicita-se o encaminhamento à unidade de urgência (via SAMU). As ações programáticas são realizadas de forma diferenciada por cada equipe. Integração e articulação entre as equipes, gerência e profissionais é satisfatória. Utilizam os instrumentos preconizados: puericultura, pré-natal, etc. Não há padronização quanto ao monitoramento e à avaliação das intervenções entre as ESF; algumas fazem reuniões e acompanhamento sistemáticos; outras, somente de acordo com a necessidade. Como instrumentos para a assistência domiciliar, utilizam um formulário de cadastro (específico para o ACS) e um questionário de acompanhamento da visita domiciliar para médicos e enfermeiros, ambos elaborados por acadêmicos da PUC de Belo Horizonte.</p>	<p>usuários, mas não está completamente em dia. As ações programáticas são realizadas pelas ESF de acordo com a agenda pré-estabelecida. Percebeu-se pouca interação entre os profissionais da equipe não coberta pelo PSF e a ESF. As equipes utilizam alguns instrumentos do Protocolo da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, como o cartão da criança e o da gestante. Em relação à assistência domiciliar, a equipe não coberta pelo PSF utiliza a Escala de Braden para identificar usuários com risco para úlceras por pressão. Conta também com uma ficha de orientação para visita domiciliar, contendo algumas informações dos usuários, mas não possuem um instrumento específico de avaliação e planejamento das ações domiciliares (frequência de visitas, etc).</p>
---	---	--

Fonte: elaboração própria, 2009.

5.2 Avaliação da situação social, familiar e clínica de usuários e cuidadores que requerem assistência domiciliar na atenção básica

A etapa *survey* possibilitou a realização de análise descritiva dos dados, no intuito de conhecer a realidade pesquisada. O instrumento de coleta de dados teve como objetivos: a- classificar o tipo de Assistência Domiciliar necessário aos usuários da Atenção Básica, a partir das dimensões: clínica do usuário, grau de dependência para as AVD e risco para úlceras por pressão, bem como o contexto social e familiar; b- subsidiar a elaboração do plano terapêutico para os usuários que demandam AD na rede básica a partir de sua classificação em AD1 ou AD2; c- verificar a importância e a correlação de cada uma das variáveis no tipo de Assistência Domiciliar, subsidiando a elaboração do modelo de predição para a programação das equipes nessa modalidade de assistência.

As 114 avaliações foram realizadas com usuários que demandavam esse tipo de assistência nas duas UBS e com seus respectivos cuidadores (87 desses usuários tinham cuidadores). Estabeleceu-se um cronograma de visitas com os enfermeiros das ESF e organizou-se seu agendamento com os usuários e cuidadores que demonstraram interesse em participar da entrevista e da avaliação, obedecendo aos preceitos éticos em pesquisa. Os principais resultados foram estruturados nas oito tabelas, a seguir, de acordo com as três dimensões do instrumento de coleta de dados.

A proporção de questionários aplicados foi de 66,6% na UBS 1, variando de 13 a 18 usuários por equipe. Já na UBS 2, 33,34% dos usuários foram entrevistados, sendo 14 usuários na ESF 1 e 24 usuários na ESF 2. A maior parte da coleta ocorreu na UBS 1 pelo fato de ter um número maior de equipes e usuários que demandam esse tipo de assistência.

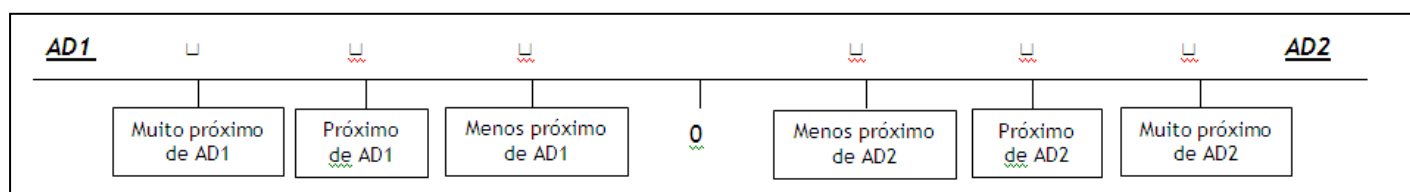
As questões abertas foram assinaladas após a resposta do usuário, família ou cuidador. As perguntas que utilizavam a escala de likert continham cinco opções de resposta, sendo elas: nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre, variando de zero a quatro na escala de marcação. Vale ressaltar que o nº 1, na escala visual, às vezes referia-se a sempre, outras a nunca, a depender da pergunta, o que será explicado no decorrer da análise dos dados. Os dados serão descritos,

sempre que possível, comparando a UBS 1 com a UBS 2, e o usuário com o cuidador.

Após o término da entrevista, os usuários foram classificados como AD1 ou AD2. De acordo com os itens assinalados em cada dimensão do instrumento, o entrevistador marcava, em uma escala de seis pontos, o quanto aquele usuário estava próximo ou distante de cada tipo de assistência. As opções de resposta foram: muito próximo de AD1, próximo ou menos próximo de AD1; menos próximo de AD2, próximo ou mais próximo de AD2, conforme se demonstra na figura a seguir:

Figura 1

Escala visual para a classificação dos usuário no tipo de Assistência Domiciliar requerida



Fonte: elaboração própria, 2009.

Essa escala foi construída para que pudesse ser feita a análise estatística no SPSS e a revalidação das classificações dos entrevistadores após a construção do modelo de classificação. Grande parte dos usuários avaliados em cada equipe foram classificados pelos entrevistadores como Assistência Domiciliar tipo 1, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos usuários avaliados segundo classificação do tipo de assistência domiciliar (AD) requerida e pertencimento à área de abrangência da Equipe Saúde da Família, em Unidades Básicas investigadas, Belo Horizonte, setembro de 2009.

Área de abrangência da ESF	UBS 1				UBS 2			
	AD1		AD2		AD1		AD2	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ESF 1	8	61,5	5	38,5	12	85,7	2	14,3
ESF 2	15	93,8	1	6,3	17	70,8	7	29,2
ESF 3	12	85,7	2	14,3				
ESF 4	11	73,3	4	26,7				
ESF 5	9	50,0	9	50,0				
Total	55	72,4	21	27,6	29	80,6	9	19,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

5.2.1 Contexto social e familiar do usuário

Em relação ao gênero dos 114 usuários (total da amostra), 69,30% são mulheres e 30,70% são homens. Quanto à faixa etária, observou-se uma concentração na faixa de 66 a 95 anos (65,79%), caracterizando a prevalência de idosos para a Assistência Domiciliar. Esse fato é confirmado na literatura pela mudança no perfil demográfico da população brasileira e mundial, além da necessidade de cuidados aos pacientes crônicos no domicílio (SENA et al, 2006). Dos participantes, 31,58% não tinham escolaridade, seguido de 57,89% que tinham de forma completa ou incompleta, o nível fundamental. O baixo nível de escolaridade dos usuários foi um fator dificultador para a utilização da escala visual de Likert. O baixo entendimento das perguntas realizadas prejudicou a aferição da intensidade em relação a variáveis importantes, tais como: dor, disposição para o lazer, dificuldade para locomoção, presença de engasgos durante a alimentação, dentre outros. Foi necessário fazer uma adaptação na resposta (conforme explica o Manual de preenchimento do questionário), garantindo-se a fidedignidade das respostas. A renda familiar dos entrevistados variou de um a três salários mínimos (56,14%), em grande maioria, sendo que 16,67% recebiam menos que um salário mínimo. Em relação às condições de moradia, somente 7,02% dos usuários entrevistados residiam em área de risco, com esgoto a céu aberto.

Do total da amostra de usuários, 76,31% eram acompanhados por cuidadores, sendo em sua maioria do sexo feminino (86,20%), conforme descreve a literatura (KARSCH, 2003). Os demais pacientes (23,69%) permaneciam a maior parte do dia sem o acompanhamento de um familiar e outros residiam sozinhos. Quanto à faixa etária, observou-se uma concentração na faixa de 46 a 75 anos (65,52%), caracterizando a existência de pessoas idosas cuidando de idosos. Esse fato pode ser justificado devido à ocupação dos cuidadores: 47,12% eram inativos, 17,24% donas de casa, 16,10% desempregados e 12,64% tinham serviços temporários ou não tinham renda regular (subempregados). Dos cuidadores entrevistados, 58,61% tinham o ensino fundamental, seguidos de 27,59% com o ensino médio. Apesar do baixo nível de escolaridade, muitos cuidadores conseguiram compreender a escala visual de Likert, auxiliando nas respostas do usuário em relação aos hábitos de vida e uso de medicamentos, garantindo a veracidade das informações, conforme se mostra na Tabela 2.

Tabela 2 – Perfil dos usuários em assistência domiciliar e dos cuidadores das Unidades Básicas de Saúde avaliadas, por sexo, idade e escolaridade, Belo Horizonte, setembro de 2009.

SEXO	<i>Usuários</i>		<i>Cuidadores</i>	
	N	%	N	%
Feminino	79	69,3	61	70,1
Masculino	35	30,7	26	29,9
Total	114	100%	87	100%
IDADE	<i>Usuários</i>		<i>Cuidadores</i>	
	N	%	N	%
8 a 45 anos	14	12,3	24	27,6
46 a 65 anos	19	16,7	42	48,2
66 a 75 anos	25	21,9	15	17,3
76 a 85 anos	29	25,4	6	6,9
86 a 95 anos	21	18,4		
Acima de 95 anos	6	5,3		
Total	114	100%	87	100%
ESCOLARIDADE	<i>Usuários</i>		<i>Cuidadores</i>	
	N	%	N	%
Sem escolaridade	36	31,6	6	6,9
Ensino fundamental	66	57,9	51	58,7
Ensino médio	10	8,8	24	27,6
Superior completo	2	1,7	1	1,2
Outro			5	5,7
Total	114	100%	87	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

Quanto ao perfil dos cuidadores, em sua maioria, são membros da família (95,4%), sendo que 83,1% são do sexo feminino (filha, mãe, irmã e esposa), caracterizando a sobrecarga do cuidado para as mulheres que, na maioria das vezes, também exercem atividades domésticas. Tal fato está confirmado na literatura (SANTOS et al, 2001; KARSCH, 2003), conforme mostra a Tabela 3. Os outros cuidadores (4,6%) são amigos ou contratado.

Tabela 3 – Grau de parentesco de cuidadores dos usuários que demandam assistência domiciliar na atenção básica, nas Unidades Básicas de Saúde avaliadas, por gênero, Belo Horizonte, setembro de 2009.

<i>Cuidadores dos usuários em AD</i>		<i>UBS 1</i>		<i>UBS 2</i>	
<i>Gênero</i>	<i>Grau de parentesco</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Mulheres</i>	<i>Filha</i>	21	36,8	11	42,2
	<i>Mãe</i>	13	22,8	1	3,9
	<i>Irmã</i>	7	12,3	5	19,2
	<i>Esposa</i>	6	10,5	1	3,9
	<i>Outro familiar</i>	1	1,8	3	11,5
<i>Subtotal</i>		<i>48</i>	<i>84,2%</i>	<i>21</i>	<i>80,7%</i>
<i>Homens</i>	<i>Filho</i>	4	7,0	3	11,5
	<i>Esposo</i>	4	7,0	1	3,9
	<i>Outro familiar</i>	1	1,8	1	3,9
<i>Subtotal</i>		<i>9</i>	<i>15,8%</i>	<i>5</i>	<i>19,3%</i>
<i>Total</i>		<i>57</i>	<i>100%</i>	<i>26</i>	<i>100%</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

Os entrevistados foram questionados sobre a frequência com que cada membro da família cuidava deles. Somente os usuários sem alteração de consciência ou cognição responderam às perguntas, pois era baseada na escala visual de Likert. Nesses casos, a resposta zero correspondeu ao SEMPRE e a resposta quatro ao NUNCA. O valor nominal referente à média, ou seja, nunca, raramente, frequentemente, sempre e às vezes, será detalhado na ordem em que aparecerem na descrição das respectivas médias.

Dos 373 membros que faziam parte dessa dinâmica familiar, 53,82% familiares do sexo feminino cuidavam sempre do usuário (média: 1,0381 - frequentemente). Em relação ao sexo masculino, 26,28% dos usuários relataram que nunca cuidavam e 33,58% dos membros do sexo masculino sempre cuidavam (média: 1,9197 - às vezes). Em algumas situações, mesmo o familiar não permanecendo a maior parte do tempo no domicílio, o mesmo era visto pelo usuário como uma pessoa que cuidava, seja para fazer uma visita, levar um copo de água, organizar as medicações antes de sair para trabalhar. Essa mesma avaliação foi feita em relação à faixa etária dos familiares: 67,71% dos familiares com idade maior ou igual a 60 anos sempre cuidavam do usuário (média: 0,7812 - entre sempre e frequentemente). A preponderância de familiares acima de 60 anos que cuidam do

paciente contribui muitas vezes para o cansaço e sobrecarga física. Logo após esses questionamentos, foi solicitado ao usuário que relatasse a intensidade com que eles se sentiam sozinhos e sem precisar identificar na escala visual, 39,48% afirmaram ser SEMPRE, o que contradiz os resultados, conforme descrito na Tabela 4.

Tabela 4 – Intensidade com que os familiares cuidam dos usuários em assistência domiciliar, por gênero e idade nas Unidades Básicas de Saúde avaliadas, Belo Horizonte, setembro de 2009.

Unidade Básica de Saúde 1						
<i>Familiares que cuidam dos usuários</i>	<i>Intensidade com que cuidam dos usuários</i>					
	Nunca / Raramente		Às vezes		Frequentemente / Sempre	
GÊNERO	N	%	N	%	N	%
Feminino	25	14,8	36	21,3	108	63,9
Masculino	46	44,2	23	22,1	35	33,7
Total	71	26,0%	26	9,6%	143	52,4
IDADE	N	%	N	%	N	%
Menores que 60 anos	63	30,1	53	25,4	93	44,5
Maiores que 60 anos	6	10,2	6	10,2	47	79,6
Total	69	25,8	59	22,0	140	52,2
Unidade Básica de Saúde 2						
<i>Familiares que cuidam dos usuários</i>	<i>Intensidade com que cuidam dos usuários</i>					
	Nunca / Raramente		Às vezes		Frequentemente / Sempre	
GÊNERO	N	%	N	%	N	%
Feminino	11	16,4	10	14,9	46	68,7
Masculino	7	23,3	7	23,3	16	53,4
Total	18	18,5	17	17,5	62	64,0
IDADE	N	%	N	%	N	%
Menores que 60 anos	11	17,5	16	25,4	36	57,1
Maiores que 60 anos	7	18,9	1	2,7	29	78,4
Total	18	18,0%	17	17,0%	65	65,0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

No sentido de avaliar e descrever os sentimentos do usuário em relação à sua doença e ao convívio familiar para futuras intervenções da equipe no contexto social, alguns questionamentos foram feitos aos pacientes e explorados pelos entrevistadores. As questões orientadoras foram: a- o que você deixou de fazer depois que ficou doente? E como se sente em relação a isso?; b- sua doença afetou o dia a dia de sua família? E o seu relacionamento com eles? De que forma?; c-

Descreva como é seu dia a dia. Apenas 83 usuários responderam a esse item pois 31 apresentavam alguma alteração clínica (confusão mental, afasia, coma vigil, alteração cognitiva). A partir das falas dos usuários, percebeu-se que a maioria (91,57%) deixou de fazer as coisas do dia-a-dia, de trabalhar, de fazer atividades de lazer, ou seja, não faz mais nada. O sentimento de solidão, tristeza e/ou cansaço apareceu com uma frequência de 53,01% e 17 usuários (20,48%) relataram alterações no relacionamento afetivo entre os membros da família. Na abordagem ao cuidador, exploraram-se algumas questões para descrever também seus sentimentos em relação às atividades de cuidador e convívio familiar: a- o que você deixou de fazer depois que assumiu as atividades de cuidador? Como você se sente em relação a isso?; b- o fato de ser cuidador afetou seu relacionamento com a família do paciente? De que forma?; c- Descreva um dia do seu trabalho como cuidador. Dos 114 usuários avaliados, apenas 87 tinham cuidadores. Os resultados mostraram que 64 cuidadores (73,56%) deixaram de fazer as coisas do dia a dia, como trabalhar, praticar atividades de lazer e não faz mais nada. O sentimento de solidão, tristeza e/ou cansaço foi expressado por 17 cuidadores (19,54%) e 28 (32,18%) relataram alterações no relacionamento afetivo entre os membros da família. A literatura mostra que muitos deixam de se auto-cuidar, de fazer atividades de lazer e perdem o convívio social em função das exigências do cuidar do outro (SENA et al, 2006), conforme a Tabela 5.

Tabela 5 – Descrição dos sentimentos do usuário em assistência domiciliar e do cuidador em relação à doença, atividade de cuidador e convívio familiar das Unidades Básicas de Saúde investigadas, Belo Horizonte, setembro de 2009.

<i>Situações e sentimentos expressos</i>	<i>Usuário</i>		<i>Cuidador</i>	
	N	%	N	%
Deixou de fazer as coisas do dia-a-dia: trabalhar, lazer, etc	76	91,6	64	73,6
Sozinho(a), triste e/ou cansado(a)	44	53,0	17	19,5
Nervoso(a) e/ou preocupado(a)	4	4,9	9	10,3
Sem alterações no relacionamento com a família	45	54,2	55	63,2
Alterações no relacionamento com a família	17	20,5	28	32,2
Modificações no relacionamento afetivo-sexual	2	2,4	5	5,8
Total	83	100%	87	100%

No momento da entrevista sobre a dinâmica da vida familiar, mesmo com a estratégia adotada pelos entrevistadores de fazer as perguntas de forma

individualizada, alguns usuários e cuidadores ficavam inibidos diante das questões. Sendo assim, alguns dados podem não ter coerência.

Vale ressaltar que dentro dessa mesma avaliação da dinâmica familiar, a maioria dos usuários (85,54%) relatou que o dia-a-dia se resume às necessidades vitais e a ficar em casa e 68 cuidadores (78,16%) disseram que o dia a dia é cansativo e corrido, pois auxiliam os usuários nas Atividades da Vida Diária, administram medicações e ainda realizam todas as tarefas domésticas, ou seja, fazem tudo. Esse contexto retrata uma realidade dura e comum em várias famílias: dia-a-dia “pesado”, cansativo, sobrecarregando muitas vezes uma única pessoa no cuidado de um familiar; e um usuário triste por não ter o que fazer, sem atividades de descontração, numa situação de pura dependência.

A Tabela 6, abaixo, retrata toda essa sobrecarga do cuidador, incluindo a avaliação do sono e da dor no dia a dia. As respostas foram baseadas na escala de Likert, sendo que para todas as perguntas, o “nunca” correspondeu à escala zero e o “sempre” à escala quatro. Porém, para a questão referente à disposição para o lazer, a resposta “sempre” correspondeu à escala zero e a resposta “nunca” à escala quatro. Percebeu-se que a maioria dos cuidadores apresentou dor no dia a dia, sendo que 37,93% sempre tinham dor e 31,04% às vezes sentiam dor (média: 3,0350 - frequentemente). Logo após, questionou-se a dificuldade para cuidar na presença de dor e 52,87% disseram que nunca, mas 28,74% às vezes apresentaram dificuldade (média: 2,0877 – às vezes). Em relação ao cansaço ao final do dia, 45,97% relataram estar sempre cansados (média: 3,1929 - frequentemente). Tais questionamentos demonstram que, apesar de a dor quase nunca atrapalhar o cuidado prestado ao usuário, muitos sentiam muito cansaço ao final do dia. Apesar disso, 58,63% nunca estavam desmotivados para cuidar do usuário (média: 1,8684 – entre raramente e às vezes). O cansaço diário e a dor no dia a dia do cuidador refletiram na disposição para o lazer e nas atividades de diversão, na qual 37,93% nunca estavam dispostos e 16,10% raramente (média: 3,0350 - raramente). Em relação ao sono, a maioria (47,12%) nunca apresentou dificuldade para dormir, mas grande parte dos cuidadores relatou essa dificuldade: às vezes (16,10%) e sempre (27,59%) (média: 2,3947 – entre às vezes e frequentemente). Dos 43,69% cuidadores com dificuldade para dormir, 80,46% nunca dependeram de medicamentos para dormir (média: 1,6578 – entre raramente e às vezes).

Tabela 6 – Grau de desconforto, sono, dor e fadiga do cuidador das Unidades Básicas de Saúde investigadas, Belo Horizonte, setembro de 2009.

<i>UBS 1</i>						
<i>Avaliação da sobrecarga, dor e uso de medicamentos para dormir</i>	<i>Nunca / Raramente</i>		<i>Às vezes</i>		<i>Frequentemente / Sempre</i>	
	N	%	N	%	N	%
	Dor no dia a dia	11	19,3	17	29,8	29
Dificuldade para realizar o cuidado na presença de dor	27	47,4	18	31,6	12	21,0
Cansaço ao final do dia	10	17,5	11	19,3	36	63,2
Desmotivação para exercer as atividades de cuidador	33	57,9	19	33,3	5	8,8
Disposição para o lazer	31	54,4	12	21,0	14	24,6
Dificuldade para dormir sem medicamento	30	52,6	9	15,8	18	31,6
Dependência de medicamento para dormir	47	82,4	1	1,8	9	15,8
<i>UBS 2</i>						
<i>Avaliação da sobrecarga, dor e uso de medicamentos para dormir</i>	<i>Nunca / Raramente</i>		<i>Às vezes</i>		<i>Frequentemente / Sempre</i>	
	N	%	N	%	N	%
	Dor no dia a dia	10	33,3	10	33,3	10
Dificuldade para realizar o cuidado na presença de dor	21	70,0	7	23,3	1	3,3
Cansaço ao final do dia	8	26,6	8	26,7	14	46,7
Desmotivação para exercer as atividades de cuidador	22	73,3	6	20,0	2	6,7
Disposição para o lazer	16	53,4	4	13,3	10	33,3
Dificuldade para dormir sem medicamento	16	53,4	5	16,3	9	30,0
Dependência de medicamento para dormir	25	83,3	3	10	2	6,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

Finalizando a dimensão do contexto social, foi realizada a avaliação do ambiente, das condições do domicílio e a disponibilidade de recursos materiais para a Assistência Domiciliar. Apesar de 71,05% dos domicílios possuírem adequadas condições gerais de limpeza e 71,93% estarem com o cômodo do usuário com boa ventilação / luminosidade, vários itens analisados podem contribuir para um ambiente de risco, como: piso escorregadio (42,98%), umidade de piso e parede

(37,72%), tapetes que possibilitam queda (34,21%), presença de degraus (82,46%), presença de rampas (42,98%) e presença de desnivelamentos (66,67%). Esses três últimos fatores influenciaram no deslocamento do usuário ao Centro de Saúde, devido a dificuldades de locomoção. Em relação aos recursos materiais necessários para facilitar a assistência prestada e garantir sua qualidade, vários estavam indisponíveis como descrito a seguir: cadeira de rodas (31,75%), cadeira de higiene (32,88%), cama hospitalar (53,57%), colchão caixa de ovo (51,28%), andador (44,44%), bengala (31,25%), materiais de curativo (58,33%).

Estudos confirmam que as dificuldades financeiras para adquirir os materiais necessários à realização do cuidado, os limites para realizar atividades que exigem força física, a estrutura física inadequada do domicílio prejudicam a realização de determinadas ações como dar banho, trocar fralda, transferência do leito para cadeira e mudança de decúbito. Essas dificuldades acarretam mais desgaste físico expresso por dores no corpo advindas desse esforço e que se agravam conforme o peso e o grau de dependência do paciente (SENA et al, 2006; RESENDE & DIAS, 2007; SANTOS et al, 2001).

Diante desse contexto social, o diário de campo foi um instrumento utilizado pelos avaliadores após cada dia de visita domiciliar. As falas demonstram as dificuldades de abordagem da família, o quanto a questão social sensibilizou todos os entrevistadores, o quanto a formação acadêmica está distante da realidade, sendo esses fatores motivadores para intercalar os dias na coleta de dados. Algumas dessas questões foram discutidas com as equipes das UBS avaliadas: "...através das visitas domiciliares percebemos não somente as alterações clínicas, mas também as mazelas e misérias sociais"; "...observo nosso limite para enxergar além dos achados biomédicos e intervir nos detalhes que estão ao redor de uma pessoa que demanda assistência domiciliar"; "...fiquei chocado quando o paciente me contou que só se alimenta duas vezes ao dia"; "...fiquei abalado com o nível de abandono que a paciente se encontrava"; "...me senti muito triste ao deparar com essa realidade".

5.2.2 Grau de dependência para as atividades da vida diária e risco para úlceras por pressão

A partir da aplicação da escala de Braden para avaliar o risco para úlceras por pressão, 47 usuários (41,22%) apresentaram risco, o que demonstra que todos os fatores de risco envolvidos no surgimento da UP devem ser avaliados em cada visita, gerando intervenções de tratamento e prevenção na assistência ao paciente.

A Tabela 7 demonstra o número de funções diárias que acarretam dependência do usuário em relação ao cuidador: 36 pessoas (31,6%) são dependentes nas seis funções avaliadas: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação e 30 (26,3%) são dependentes em uma, duas ou três funções.

Tabela 7 – Grau de dependência para as Atividades da Vida Diária dos usuários da assistência domiciliar das Unidades Básicas de Saúde investigadas, Belo Horizonte, setembro de 2009.

Classificação no Índice de Katz	UBS 1		UBS 2	
	N	%	N	%
Dependente para todas as funções	26	34,2	10	26,3
Independente em 1 função e dependente em 5 funções	9	11,8	9	23,7
Independente em 2 funções e dependente em 4 funções	5	6,6	2	5,3
Independente em 3 funções e dependente em 3 funções	4	5,3	1	2,6
Independente em 4 funções e dependente em 2 funções	8	10,5	3	7,9
Independente em 5 funções e dependente em 1 função	10	13,2	7	18,4
Independente nas 6 funções	14	18,4	6	15,8
TOTAL	76	100%	38	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

Esses resultados demonstram que 57,9% dos usuários dependem de outras pessoas para executar tarefas básicas do dia a dia. Essa variável demonstrou um alto poder preditivo para classificar os usuários no tipo de assistência domiciliar (AD1 e AD2), além de sua correlação com outras variáveis, como será descrito nos resultados dos modelos de predição. Portanto, esse resultado confere ao índice de Katz sua adequabilidade para a classificação dos usuários no tipo de AD.

5.2.3 Anamnese e clínica dos usuários avaliados

Dos 114 usuários entrevistados, 113 (99,13%) possuíam problema de saúde, dentre os principais: HAS (70,17%), DM tipo II (29,82%) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) - (26,31%). Torna-se pertinente relatar tal condição do cuidador. No que diz respeito aos 87 cuidadores, 61 (70,11%) tinham problemas de saúde, sendo a HAS (55,7%) e o DM tipo II (16,3%) os principais problemas identificados.

Em relação ao grau de desconforto, sono, dor e fadiga do usuário, foi utilizada a Escala de Likert para avaliar a intensidade com que o usuário apresentava tais condições. Para todas as perguntas, o “nunca” correspondeu à escala zero e o “sempre” à escala quatro. Porém, para a questão referente à disposição para o lazer, a resposta “sempre” correspondeu à escala zero e a resposta “nunca” à escala quatro. Em decorrência do baixo nível de escolaridade, como mencionado anteriormente, muitas dificuldades foram encontradas para aplicar a escala nas primeiras entrevistas e por várias vezes, retornou-se às explicações até se perceber que o entrevistado tivesse realmente entendido. A utilização da nova forma de abordagem facilitou o entendimento dos mesmos, garantindo a veracidade das respostas. Percebeu-se que a maioria dos usuários apresentou dor no dia a dia, sendo que 22,19% relataram ser sempre e 30,70% às vezes sentiam dor (média: 2,1403 – às vezes). É provável que a dor possa ter contribuído para a falta de disposição para o lazer ou atividades de diversão, sendo que 35,96% nunca estavam dispostos (média: 1,8947 - às vezes). Em relação ao sono, a maioria (56,14%) apresentou dificuldade para dormir. Desses usuários, 28,94% sempre dependiam de medicamentos para dormir (média: 1,2369 - raramente). A maioria (85,08%) apresentou dificuldade de locomoção (média: 3,6315 – entre frequentemente e sempre), repercutindo na dificuldade de sempre ir ao Centro de Saúde (84,84%) – (média: 3,6666; entre frequentemente e sempre). Em relação à acuidade visual, 49,08% apresentaram dificuldade para enxergar (média: 3,5964; entre frequentemente e sempre), mas a maioria (63,06%) não tinham dificuldade para escutar (média: 1,1842 - raramente). Muitos usuários (64,70%) relataram apresentar esquecimentos no dia a dia, conforme descrito na Tabela 8.

Tabela 8 – Grau de desconforto, sono, dor e fadiga do usuário das Unidades Básicas de Saúde investigadas, Belo Horizonte, setembro de 2009.

<i>UBS 1</i>						
<i>Avaliação do desconforto, dor e sono do usuário</i>	<i>Nunca / Raramente</i>		<i>Às vezes</i>		<i>Frequentemente / Sempre</i>	
	N	%	N	%	N	%
	Dor no dia a dia	25	32,9	19	25,0	32
Disposição para o lazer	29	38,1	13	17,1	34	44,8
Dificuldade para dormir sem medicamento	38	50,0	18	23,7	20	18,3
Dependência de medicamento para dormir	53	69,7	2	2,6	21	27,6
Dificuldade para locomoção	5	6,6	3	3,9	68	89,3
Dificuldade para ir ao Centro de Saúde	4	5,3	3	3,9	69	91,8
Dificuldade para enxergar	21	27,6	10	13,2	40	52,7
Dificuldade para escutar	51	67,1	9	11,8	13	17,1
Esquecimentos no dia a dia	14	18,4	15	19,7	24	31,6
<i>UBS 2</i>						
<i>Avaliação do desconforto, dor e sono do usuário</i>	<i>Nunca / Raramente</i>		<i>Às vezes</i>		<i>Frequentemente / Sempre</i>	
	N	%	N	%	N	%
	Dor no dia a dia	9	23,7	16	42,1	13
Disposição para o lazer	13	34,2	7	18,4	18	47,4
Dificuldade para dormir sem medicamento	12	31,6	13	34,2	13	34,2
Dependência de medicamento para dormir	25	65,8	0	0	13	34,2
Dificuldade para locomoção	2	5,2	3	7,9	33	86,9
Dificuldade para ir ao Centro de Saúde	2	5,2	3	7,9	33	86,9
Dificuldade para enxergar	14	36,8	4	10,5	19	49,0
Dificuldade para escutar	22	57,8	5	13,2	11	29,0
Esquecimentos no dia a dia	16	42,1	6	15,8	10	26,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

Avaliados os hábitos pessoais dos entrevistados e realizado exame físico, de maneira geral, a grande parte dos usuários encontrava-se compensado e estável clinicamente. Por mais que a frequência não tenha sido relevante, optou-se por

descrever apenas os dados mais importantes e que geraram, de alguma forma, intervenções no momento da avaliação e depois dela.

Em relação ao Sistema Neurológico, 15,79% dos usuários apresentaram confusão mental / sonolência e 23,66% estavam tristes (estado emocional); 20,18% tiveram dificuldade para falar / expressar-se e 16,67% não falavam. No que diz respeito à avaliação dos membros, 21,93% apresentaram parestesia, 17,54% plegia e 3,51% parestesia e plegia. Na avaliação do Sistema Tegumentar e Estado Geral, 20,18% estavam emagrecidos, 28,99% com a pele seca, 13,15% tinham ferida, 20,18% estavam com a higiene oral inadequada e 13,15% com a higiene corporal inadequada.

No Sistema Cardiorespiratório, alguns usuários encontravam-se com: ruídos adventícios e murmúrio vesicular diminuído (19,9%), sendo o ronco o ruído de maior frequência. De acordo com a classificação da pressão arterial da OMS, 15,79% estavam com a PA normal alta (PAS: 130-139 e PAD: 85-89 mmHg); 32,46% com Hipertensão leve – estágio 1 (PAS: 140-159 e PAD: 90-99 mmHg) e 12,30% com Hipertensão moderada – estágio 2 (PAS: 160-179 e PAD: 100-109 mmHg). Na avaliação do Sistema Digestivo, 29,82% tinham consistência das fezes seca; 14,04% apresentavam ruído hidroaéreo diminuído (RHA); 26,32% evacuavam na fralda e 23,68% tinham incontinência fecal.

No Sistema Urinário e Equilíbrio Hídrico, a maioria dos usuários ingeria pouco líquido durante o dia (35,97% até 1.000 ml/dia e 55,26% de 1.001 a 2.000 ml/dia); 19,30% apresentavam urina concentrada; 12,28% tinham a pele e mucosa desidratada; 48,25% apresentavam incontinência urinária e 28,07% urinavam na fralda.

Para cada situação encontrada durante a avaliação, o entrevistador orientava a família, cuidador ou o próprio usuário quanto a alguns cuidados. Em alguns casos, realizou-se o contato com o médico da ESF para discussão do caso, além de se fazerem anotações à parte, para a família, de alguns cuidados importantes a serem realizados rotineiramente.

5.3 Modelos de Predição para a classificação do tipo de Assistência Domiciliar requerida pelos usuários

Conforme descrito na metodologia da análise quantitativa, o teste de correlações entre as variáveis é uma etapa que deve anteceder à análise de regressão linear múltipla e regressão logística, na tentativa de selecionar as possíveis variáveis que terão relevância para o modelo de predição. Primeiramente, se realizou o teste no banco de dados sem filtro. Três variáveis independentes apresentaram variância compartilhada importante com a variável dependente tipo de AD, conforme a Tabela 9 abaixo:

Tabela 9 – Correlação entre a variável dependente e independentes do instrumento de coleta de dados, Belo Horizonte, setembro de 2009.

<i>Variável Dependente</i>	<i>Variáveis Independentes</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>p (significância)</i>
Tipo de Assistência (AD1 ou AD2)	Disposição do usuário para o lazer	0,217	0,021
	Dificuldade do usuário para locomoção	0,251	0,007
	Índice de Katz	0,279	0,003

Fonte: dados da pesquisa, 2009.

Apesar de a literatura indicar que o nível de referência para o teste de *Pearson* seja acima de 0,30, as variáveis acima foram as únicas que tiveram o maior índice de correlação com a classificação AD1 e AD2, sendo fundamentais na escolha do modelo de predição. Ao realizar esse mesmo teste, selecionando o filtro por idade (igual e acima de 60 anos), as variâncias compartilhadas aumentaram de forma significativa, como mostra a tabela abaixo. Tal fato justifica a utilização dessas variáveis nos testes de definição do modelo preditivo, tendo em vista que o público-alvo da Assistência Domiciliar é constituído, em sua grande maioria, por pessoas de 60 anos ou de mais de 60 anos, conforme a Tabela 10 abaixo:

Tabela 10 – Correlação entre a variável dependente e as variáveis independentes do instrumento de coleta de dados – filtro por idade (≥ 60 anos), Belo Horizonte, setembro de 2009.

<i>Variável Dependente</i>	<i>Variáveis Independentes</i>	<i>Pearson Correlation</i>	<i>p (significância)</i>
Tipo de Assistência (AD1 ou AD2)	Disposição do usuário para o lazer	0,302	0,005
	Dificuldade do usuário para locomoção	0,353	0,001
	Índice de Katz	0,409	0,000

Fonte: dados da pesquisa, 2009.

A tabela a seguir (Tabela 11) mostra alguns resultados de variância compartilhada entre as próprias variáveis independentes foram relevantes e significativos para a escolha dos itens que permaneceram no questionário de avaliação do usuário e família (versão final). Da mesma forma, quanto maior a idade, maior a variância compartilhada entre essas variáveis.

Tabela 11 – Correlações entre as variáveis independentes do instrumento de coleta de dados – banco de dados sem filtro, Belo Horizonte, setembro de 2009.

<i>Variável Independente</i>	<i>Variável Independente</i>	<i>Pearson</i>	<i>p</i>
Dor no dia a dia do cuidador	Cansaço do cuidador ao final do dia	0,425	0,000
	Desmotivação do cuidador para cuidar	0,256	0,017
	Disposição do cuidador para o lazer	0,259	0,015
	Engasgos diários do cuidador	0,350	0,001
	Usuário sente-se sozinho	0,266	0,047
Dificuldade do cuidador para cuidar quando está com dor	Cansaço do cuidador ao final do dia	0,451	0,000
Cansaço do cuidador ao final do dia	Desmotivação do cuidador para cuidar	0,326	0,002
	Índice de Katz	0,292	0,029
Dificuldade do cuidador para dormir sem medicamentos	Cuidador depende de medicação para dormir	0,533	0,000
Dor do usuário no dia-a-dia	Dificuldade do usuário para dormir sem medicamento	0,416	0,000
	Esquecimentos do usuário no dia a dia	0,412	0,000
Dificuldade do usuário para dormir sem medicamento	Usuário sente-se sozinho	0,367	0,001
	Dificuldade do usuário para ir ao Centro de Saúde	0,618	0,000

Fonte: dados da pesquisa, 2009

A seguir, serão apresentados alguns resultados referentes ao modelo de investigação do estudo – Regressão Linear Múltipla. Serão apresentadas relações entre variáveis independentes e a variável dependente tipo de Assistência Domiciliar.

As tabelas abaixo apresentam a relação entre as variáveis: Índice de Katz e o tipo de Assistência Domiciliar:

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,279 ^a	,078	,070	1,351

a. Predictors: (Constant), 24. Grau de dependência para as atividade de vida diária (Katz) P

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,022	,221		9,142	,000
	24. Grau de dependência para as atividade de vida diária (Katz) P	,164	,053	,279	3,074	,003

a. Dependent Variable: 26. Classificação tipos de Assistência Domiciliar

Por meio dos dados apresentados nas tabelas, constata-se que o Índice de Katz exerce uma influência direta e positiva no tipo de Assistência Domiciliar ($\beta = 0,27$). O coeficiente de determinação R^2 indica que o índice de Katz prediz 7,8% do tipo de assistência domiciliar ($R^2 = 0,78$), sendo que esse resultado possui uma baixa probabilidade de acontecer ao acaso ($p < 0,003$). Portanto, podemos afirmar que quanto maior o índice de Katz, ou quanto mais dependente for o usuário, mais propenso ele estará próximo à condição AD2.

As tabelas abaixo apresentam a relação que as variáveis Índice de Katz e disposição para o lazer mantêm com o tipo de assistência domiciliar.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,338 ^a	,114	,098	1,330

a. Predictors: (Constant), 16. Disposição para o lazer P, 24. Grau de dependência para as atividade de vida diária (Katz) P

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,768	,248		7,126	,000
	24. Grau de dependência para as atividade de vida diária (Katz) P	,153	,053	,260	2,900	,005
	16. Disposição para o lazer P	,154	,072	,191	2,133	,035

a. Dependent Variable: 26. Classificação tipos de Assistência Domiciliar

Os resultados apresentados nas tabelas acima mostram que o Índice de Katz e a disposição para o lazer explicam juntos 11,4% do tipo de Assistência Domiciliar ($R^2 = 0,114$). A análise dos coeficientes padronizados de regressão mostra que tais variáveis exercem uma influência direta e positiva sobre o tipo de AD ($\beta = 0,26$ e $\beta = 0,19$ respectivamente) e esse resultado tem uma baixa probabilidade de acontecer ao acaso ($p < 0,05$).

Esses dois testes de regressão linear múltipla foram realizados no banco de dados completo, sem nenhum tipo de filtro, ou seja, sem nenhum “corte” por idade, sexo, renda familiar, grau de escolaridade, etc. Ao se analisar a relação do Índice de Katz com os possíveis filtros, verificou-se que essa variável tinha forte relação com a idade, ou seja, quanto maior a idade, maior o poder preditivo do modelo. Mantendo-se o filtro de idade e associando-se as variáveis índice de Katz e disposição para o lazer, percebeu-se que o modelo tinha um poder preditivo melhor, conforme abaixo:

Quadro 13

Modelo de Regressão Linear Múltipla com o filtro IDADE.

<i>Variável independente: ÍNDICE DE KATZ</i>		
Idade	Poder de explicação do modelo	Nível de significância (p)
> 60 anos	12,5%	0,001
> 65 anos	12,7%	0,001
> 70 anos	15,2%	0,001
Variável independente: ÍNDICE DE KATZ + DISPOSIÇÃO PARA O LAZER		
Idade	Poder de explicação do modelo	Nível de significância (p)
> 60 anos	17,1%	0,001
> 65 anos	18,3%	0,000
> 70 anos	21,2%	0,000
> 75 anos	26,4%	0,000

Fonte: dados da pesquisa, 2009.

Outro filtro foi realizado em conjunto: idade + renda familiar > 2 salários mínimos, e os resultados demonstram no Quadro 14 a mesma tendência – melhora o poder de explicação do modelo.

Quadro 14

Modelo de Regressão Linear Múltipla com o filtro IDADE e RENDA FAMILIAR > 2 SALÁRIOS MÍNIMOS.

<i>Variável independente: ÍNDICE DE KATZ</i>		
Idade	Poder de explicação do modelo	Nível de significância (<i>p</i>)
> 60 anos	13,1%	0,003
> 65 anos	13,4%	0,001
> 70 anos	16,3%	0,002
> 75 anos	33,6%	0,001
<i>Variável independente: ÍNDICE DE KATZ + DISPOSIÇÃO PARA O LAZER</i>		
Idade	Poder de explicação do modelo	Nível de significância (<i>p</i>)
> 60 anos	17,3%	0,002
> 65 anos	18,5%	0,001
> 70 anos	21,5%	0,001
> 75 anos	36,9%	0,003

Fonte: dados da pesquisa, 2009.

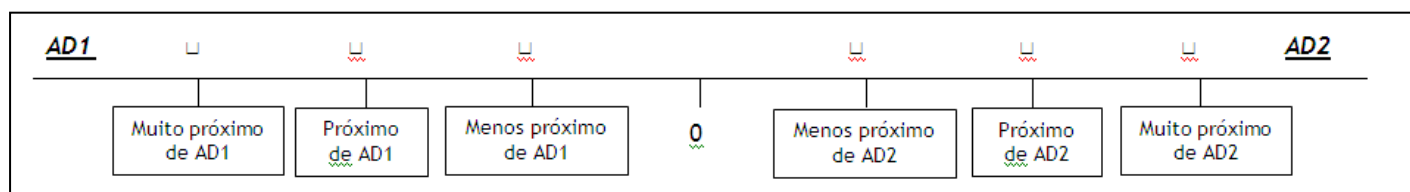
A partir dos resultados encontrados, optou-se pela escolha do modelo de regressão linear múltipla sem variáveis no filtro. Torna-se um modelo utilizável para qualquer usuário e não limita o seu uso somente para usuários com certa idade ou renda familiar maior que dois salários mínimos. Contudo, todos os resultados acima, com os filtros (idade e renda familiar) foram importantes para demonstrar que, quanto maior a idade do usuário, associado a um índice de Katz elevado e pouca disposição para o lazer, mais propenso estará à condição de pertencer à classificação AD2.

A título de exemplo, se um usuário é independente em quatro funções e dependente em duas funções, ele receberá pontuação dois na classificação do índice de Katz; e, se ele respondeu que às vezes tem disposição para o lazer, a resposta será 2, conforme a escala de Likert. Utilizando-se a equação do modelo preditivo acima, chegou-se ao seguinte resultado:

Modelo A – Classificação do tipo de assistência domiciliar requerida pelos usuários segundo Katz e disposição para o lazer

$$\begin{aligned} \text{Tipo de AD} &= B_0 + B_1 \cdot X_1 + B_2 \cdot X_2 \\ &= 1,768 + 0,153 \cdot 2 + 0,154 \cdot 2 \\ &= 1,768 + 0,306 + 0,308 \\ &= 2,38 \end{aligned}$$

Conforme ilustrado abaixo, de acordo com a escala visual de seis pontos para a classificação do tipo de Assistência Domiciliar, considerou-se que os valores de um a três pertenceriam à AD1 e os valores de quatro a seis para AD2. Logo, este usuário do exemplo citado acima seria classificado em AD1.



Os cálculos dessa equação foram feitos na planilha do excel para todos os valores possíveis de Katz (zero a seis) e todos os valores possíveis da disposição para o lazer (zero a quatro), procurando chegar a uma tabela prática para o uso dos profissionais. Os resultados desses cálculos estão no Quadro 15 abaixo.

Quadro 15

Classificação dos usuários em AD1 ou AD2 pela Regressão Linear Múltipla

Katz	Lazer	Katz + Lazer	Valor preditivo	Tipo AD	Katz	Lazer	Katz + Lazer	Valor preditivo	Tipo AD
0	0	0	1,768	AD1	3	4	7	3,918	AD2
0	1	1	2,076		2	4	6	3,612	
0	2	2	2,384		4	2	6	3,608	
0	3	3	2,692		4	3	7	3,916	
0	4	4	3		4	4	8	4,224	
1	0	1	2,074		3	3	6	3,61	
1	1	2	2,382		5	1	6	3,606	
1	2	3	2,69		5	2	7	3,914	

1	3	4	2,998		5	3	8	4,222		
2	0	2	2,38		5	4	9	4,53		
2	1	3	2,688		6	0	6	3,604		
2	2	4	2,996		6	1	7	3,912		
3	0	3	2,686		6	2	8	4,22		
3	1	4	2,994		6	3	9	4,528		
1	4	5	3,306		6	4	10	4,836		
2	3	5	3,304		<p>Legenda Final para os profissionais: Some os valores do Índice de Katz e os valores da disposição para o lazer. Após, classifique o usuário conforme a quadro abaixo</p>					
3	2	5	3,302							
5	0	5	3,298							
4	1	5	3,3							

Fonte: elaboração própria, 2010.

A partir dos resultados encontrados, organizou-se uma tabela correlacionando todas as possíveis respostas das duas variáveis, gerando um ponto de corte para determinar o que era AD1 e o que era AD2. Criou-se um score classificatório no intuito de facilitar a aplicação do modelo de predição no processo de trabalho dos profissionais de saúde, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 16

Score de classificação do tipo de assistência domiciliar requerida pelo usuário segundo o modelo preditivo A – KATZ + disposição para o lazer

Índice de Katz (0 a 6) + Disposição para o lazer (0 a 4)	até 5 pontos	AD1
	acima de 5 pontos	AD2

Fonte: elaboração própria, 2010.

Nas análises de Regressão Logística, as relações entre algumas variáveis independentes e a variável dependente tipo de Assistência Domiciliar serão demonstradas a seguir. As tabelas abaixo apresentam os resultados da análise de regressão logística do modelo do estudo utilizando somente a variável independente – índice de Katz.

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	69,386 ^a	,172	,229

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than ,001.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 katz	,388	,126	9,538	1	,002	1,474
Constant	-1,254	,521	5,794	1	,016	,285

a. Variable(s) entered on step 1: katz.

Por meio dos dados apresentados nas tabelas acima, constatou-se que o índice de Katz explica 22,9% do tipo de assistência domiciliar, sendo que esse resultado tem baixa probabilidade de acontecer ao acaso ($p < 0,002$). O índice -2LL apresentou uma queda significativa ($p < 0,001$) do seu valor inicial (80,336) e final (69,386), indicando que o modelo se ajusta aos dados e consegue explicar até 70% da probabilidade de o usuário pertencer a AD2.

Ao se utilizar o filtro nesse tipo de análise, observou-se que o tipo de doença (HAS) influenciou na classificação do tipo de AD. As tabelas abaixo demonstram os resultados da regressão logística para a combinação do índice de Katz e a presença de HAS ou não.

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	87,175 ^a	,137	,185

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than ,001.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 katz	,310	,114	7,353	1	,007	1,363
tipo_doença_1	1,114	,580	3,688	1	,055	3,048
Constant	-2,241	,717	9,783	1	,002	,106

a. Variable(s) entered on step 1: katz, tipo_doença_1.

Por meio dos dados apresentados nas tabelas acima, constatou-se que o índice de Katz associado ao tipo de doença (se o usuário tem ou não HAS) explica 18,5% do tipo de Assistência Domiciliar, sendo que esse resultado tem baixa

probabilidade de acontecer ao acaso ($p < 0,005$). O índice -2LL apresentou uma queda significativa ($p < 0,001$) de seu valor inicial (97,804) e final (87,175), indicando que o modelo se ajusta aos dados e consegue explicar até 70,8% da probabilidade de o usuário pertencer a AD2.

Para o cálculo do primeiro modelo de regressão logística, considerou-se: P – probabilidade de pertencer à AD2; e – constante não variável; B_0 – constante (-2,241); B_1 – constante da variável Índice de Katz (0,31); X_1 – valor atribuído à classificação do índice de Katz para cada usuário (zero a seis); B_2 – constante da variável problema de saúde (presença ou ausência de HAS) (1,114); X_2 – valor atribuído ao problema de saúde - HAS (zero ou um).

Modelo B – Classificação do tipo de assistência domiciliar requerida pelos usuários segundo Katz e tipo de doença (HAS)

$$P(\text{evento}) = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots)}} \quad \text{Constante (2,7182...)}$$

Exemplificando um resultado da aplicação da equação de Regressão Logística, se um usuário é dependente nas seis funções, receberá pontuação seis na classificação do índice de Katz (1ª variável); e atribuiu-se no banco de dados o valor zero para ausência de HAS e um para presença de HAS (2ª variável). Ao se lançarem os valores na equação, esse usuário terá 67,5% de probabilidade de pertencer a AD2. Da mesma forma do modelo A, os cálculos foram realizados para todas as possíveis respostas em relação às variáveis Katz e tipo de doença e lançados em uma planilha, que serviu de parâmetro para elaborar uma escala classificatória na versão final do instrumento com este modelo de predição. Concluiu-se que à medida que o paciente aumenta o grau de dependência para as AVD, além da presença de HAS, a probabilidade de pertencer à AD2 aumenta gradativamente, como mostra o Quadro 17 a seguir:

Quadro 17

Probabilidade do usuário de pertencer à AD2 segundo Katz e tipo de doença (HAS) pela Regressão Logística

Legenda do Modelo Preditivo B – Probabilidade do usuário pertencer à AD2

Katz	Ausência de HAS	Probabilidade (%)	Katz	Presença de HAS	Probabilidade (%)
0	0	9,0	0	1	24,5
1	0	12,0	1	1	30,6
2	0	16,5	2	1	37,5
3	0	21,2	3	1	45,2
4	0	26,8	4	1	52,6
5	0	33,4	5	1	60,6
6	0	40,6	6	1	67,5

Fonte: elaboração própria, 2010.

A mesma análise foi realizada para as variáveis índice de Katz e condição clínica (crônico compensado e agudo / crônico descompensado). Constatou-se que o índice de Katz, associado à condição clínica explica 32,8% do tipo de Assistência Domiciliar, sendo que esse resultado tem baixa probabilidade de acontecer ao acaso ($p < 0,000$). O índice -2LL apresentou uma queda significativa ($p < 0,000$) do seu valor inicial (92,139) e final (73,174), indicando que o modelo se ajusta aos dados e consegue explicar até 64,7% da probabilidade do usuário pertencer a AD2, como demonstrado nas tabelas a seguir.

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	73,174 ^a	,243	,328

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	katz	,353	,131	7,254	1	,007	1,423
	AD_a	3,205	1,175	7,441	1	,006	24,662
	Constant	-5,261	1,521	11,962	1	,001	,005

a. Variable(s) entered on step 1: katz, AD_a.

A mesma equação foi utilizada, com alterações somente das constantes, sendo que: P – probabilidade de pertencer à AD2; e – constante não variável; B₀ – constante (-5,261); B₁ – constante da variável Índice de Katz (0,353); X₁ – valor atribuído à classificação do índice de Katz para cada usuário (zero a seis); B₂ –

constante da variável problema de saúde (condição clínica: compensado ou descompensado) (3,205); X_2 – valor atribuído à condição clínica do usuário (0 ou 1).

Modelo C – Classificação do tipo de assistência domiciliar requerida pelos usuários segundo Katz e condição clínica (compensando ou descompensado)

$$P(\text{evento}) = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots)}} \quad \text{Constante (2,7182...)}$$

Como esclarecimento desse terceiro modelo, outro caso também deve ser ressaltado. Se um usuário for dependente nas seis funções, receberá pontuação seis na classificação do índice de Katz; e atribuiu-se no banco de dados o valor zero para o usuário crônico compensado e um para o usuário com maior grau de comprometimento clínico (agudo ou crônico descompensado). Ao se lançarem os valores na equação, esse usuário terá 51,5% de probabilidade de pertencer a AD2. Os cálculos foram realizados para todas as possíveis respostas em relação às variáveis acima e lançados em uma planilha, que serviu de parâmetro para elaborar uma escala classificatória na versão final do instrumento com este modelo de predição. Concluiu-se que à medida que o paciente aumenta o grau de dependência para as AVD, além da piora da condição clínica (agudo ou crônico descompensado), a probabilidade desse paciente pertencer à AD2 aumenta gradativamente, como mostra a Quadro 18 a seguir:

Quadro 18
Probabilidade do usuário de pertencer à AD2 segundo Katz e condição clínica (compensado ou descompensado) pela Regressão Logística

Legenda do Modelo Preditivo C – Probabilidade do usuário pertencer à AD2

Katz	Condição clínica	Probabilidade (%)	Katz	Condição clínica	Probabilidade (%)
0	0	0,5	0	1	11,3
1	0	0,7	1	1	15,4
2	0	1,04	2	1	20,6
3	0	1,4	3	1	26,9
4	0	2,0	4	1	34,4
5	0	2,9	5	1	42,9
6	0	4,0	6	1	51,5

Fonte: elaboração própria, 2010.

O quadro abaixo (Quadro 19) apresenta os três modelos finais de classificação para o tipo de Assistência Domiciliar.

Quadro 19

Modelos de Predição para a classificação do usuário no tipo de Assistência Domiciliar

Modelo	Variáveis	Fórmula
Modelo A	Índice de Katz (0 a 6) + Disposição do usuário para atividades de lazer (0 a 4)	Tipo de AD = $B_0 + B_1 \cdot X_1 + B_2 \cdot X_2$
Modelo B	Índice de Katz (0 a 6) e Tipo de doença – HAS (0 = ausência de HAS e 1 = presença de HAS)	$P(\text{evento}) = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots)}}$ <p style="text-align: right;">Constante (2,7182...)</p>
Modelo C	Índice de Katz (0 a 6) e Condição Clínica (0 = crônico compensado e 1 = agudo ou crônico descompensado)	$P(\text{evento}) = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots)}}$ <p style="text-align: right;">Constante (2,7182...)</p>

Fonte: elaboração própria, 2010.

Para cada fórmula, as constantes possuem valores diferentes, conforme descrito abaixo:

- **Modelo A (Regressão Linear Múltipla):** B_0 (constante: 1,768), B_1 (constante da variável Katz: 0,153), X_1 (valor atribuído à resposta dada pelo entrevistado no índice de Katz, que pode variar de 0 a 6), B_2 (constante da variável disposição para o lazer: 0,154) e X_2 (pode variar de 0 a 4, de acordo com a resposta para a disposição para o lazer).
- **Modelo B (Regressão Logística):** P (probabilidade de pertencer à AD2), e (constante não variável: 2,7182), B_0 (constante: - 2,241), B_1 (constante da variável Katz: 0,31), X_1 (valor atribuído à resposta dada pelo entrevistado no índice de Katz, que pode variar de 0 a 6), B_2 (constante da variável tipo de doença – HAS: 1,114) e X_2 (pode ser 0, caso o usuário não possua HAS ou 1, caso o usuário seja portador de HAS).
- **Modelo C (Regressão Logística):** P (probabilidade de pertencer à AD2), e (constante não variável: 2,7182), B_0 (constante: - 5,261), B_1 (constante da variável Katz: 0,353), X_1 (valor atribuído à resposta dada pelo entrevistado no índice de Katz, que pode variar de 0 a 6), B_2 (constante da variável condição clínica: 3,205) e X_2 (pode ser 0, caso o usuário tenha problema de saúde crônico compensado ou 1, caso o usuário esteja com maior grau de comprometimento clínico – agudo ou crônico descompensado).

5.3.1 Exercício de revalidação dos modelos preditivos para a classificação dos usuários no tipo de assistência domiciliar requerida

A última etapa desse processo de análise foi a revalidação dos modelos a partir da classificação realizada pelo observador (entrevistador), ou seja elaborou-se uma planilha no excel com 5 colunas que constavam a avaliação do entrevistador quanto à condição clínica do usuário e as respostas de cada usuário quanto às variáveis índice de Katz, disposição para o lazer e presença ou ausência de HAS. Nas colunas posteriores, colocou-se a classificação final feita pelo observador sobre o tipo de Assistência Domiciliar requerida (AD1 ou AD2) e os resultados do modelo preditivos A, B e C. Assim, foi possível identificar quais modelos tiveram maior concordância com a avaliação do observador, conforme demonstrado em alguns exemplos no Quadro 20 abaixo:

Quadro 20

Revalidação da classificação do tipo de Assistência Domiciliar a partir da classificação do observador e dos modelos preditivos, Belo Horizonte, dezembro de 2009.

Revalidação da Classificação do tipo de Assistência Domiciliar								
Usuário	Katz	Disposição para o lazer	Problema de Saúde	Condição Clínica	Classificação final do observador	Mod. A	Mod. B	Mod. C
						Katz + Lazer	Katz + Probl. Saúde	Katz + Condição Clínica
							Probabilidade de pertencer à AD2 (%)	
01	5	4	HAS	descomp	AD2	AD2	60,6	42,90
03	6	0		compens	AD1	AD2	40,6	4,0
08	0	2	HAS	compens	AD1	AD1	24,5	0,5
09	6	4	HAS	compens	AD2	AD2	40,6	4,0
11	1	1	HAS	compens	AD1	AD1	30,6	0,7
20	2	2	HAS	compens	AD2	AD1	37,5	1,04

Fonte: elaboração própria, 2010.

O teste de concordância da classificação do observador com os três modelos preditivos foi feito para os 114 usuários da pesquisa. Ao se comparar a classificação do observador, realizada na coleta com os três modelos, observou-se que 47 casos

tiveram concordância com todos os modelos, ou seja 41,2% dos casos validados. Em 37 casos (32,4%), a classificação do observador concordou somente com dois dos três modelos; 22 casos (19,3%) avaliados pelo observador concordaram apenas com um dos três modelos e apenas oito casos (7%) divergiram totalmente da classificação do observador com qualquer um dos três modelos. Percebeu-se que o modelo C (Índice de Katz e Condição clínica), apesar do alto poder preditivo, demonstrou maior discordância nessa validação e os resultados dos cálculos de probabilidade não foram tão significativos, ou seja, mesmo quando o usuário piorava o grau de dependência para as AVD, mas estava clinicamente compensado, a probabilidade desse usuário pertencer ao tipo de classificação AD2 não aumentava de forma significativa, chegando a 51% (máximo) conforme demonstrado no Quadro 18.

Após a retirada do modelo C da tabela de revalidação dos modelos, o índice de concordância aumentou, sendo que: 51 casos classificados pelo observador tiveram concordância com os modelos A e B, validando 44,73% das classificações; em 57 casos (50%), houve concordância entre a classificação do observador com um dos dois modelos (A ou B) e apenas seis casos divergiram da classificação do observado com o modelo A e B. Após analisar cada um desses seis casos, observou-se que, apesar do modelo A e B predizer que o usuário tinha a probabilidade de pertencer ao tipo de classificação AD1, algumas variáveis foram levadas em consideração pelo observador ao determinar que estes 6 casos seriam AD2. Tendo em vista a ineficácia do grau de probabilidade do modelo C e a incompatibilidade desse modelo em algumas revalidações, elaborou-se uma lista de recomendações com os 11 critérios identificados nesses seis casos baseados na condição clínica do usuário, no contexto social e na análise inferencial (alta correlação das variáveis), objetivando nortear os profissionais enfermeiro e médico no momento da classificação final.

A presença dos critérios abaixo pode alterar a classificação para AD2. Portanto, sugere-se que sejam considerados para a confirmação do tipo de AD necessária ao usuário, conforme Quadro 21:

Quadro 21

Critérios para a confirmação da classificação do tipo de assistência domiciliar requerida pelo usuário

<i>Critérios para a confirmação da classificação</i>	
1. Condição clínica do usuário: a-crônico compensado; b-maior grau de comprometimento clínico (agudo ou crônico descompensado)	2-Cuidador: a-sobrecarregado e/ou sem orientações para o cuidado; b-presença de dor no dia a dia (às vezes, frequentemente ou sempre) e/ou cansaço ao final do dia; c-sem disposição para o lazer (sempre e frequentemente)
3-Vulnerabilidade no contexto social e familiar: a-ausência de cuidador; b-idoso cuidando de idoso; c-sentimentos de tristeza e solidão acentuados do usuário e/ou cuidador; d-modificações no ritmo de vida e de trabalho da família; e-alterações no relacionamento afetivo entre os membros da família	4-Ambiente e recursos materiais: a-ausência de um ou mais equipamentos necessários para a assistência domiciliar; b-condições do domicílio inadequadas (rampas, desnivelamentos, presença de degraus).

Fonte: elaboração própria, 2009.

5.3.2 Tecnologias para AD na Atenção Básica: ferramentas para o trabalho das Equipes de Saúde da Família na assistência domiciliar

Ao final de todas essas etapas da análise dos dados, várias ferramentas foram elaboradas no intuito de sistematizar o trabalho das ESF na Assistência Domiciliar, como descrito a seguir:

1- Dois modelos preditivos para a classificação do tipo de Assistência Domiciliar requerida pelos usuários: MODELO A (índice de Katz e disposição para as atividades de lazer) e MODELO B (índice de Katz e problema de saúde – HAS).

2- Fluxograma para o gerenciamento da assistência domiciliar: ferramenta para organizar e direcionar a equipe na avaliação e classificação do usuário que requer AD. O primeiro passo consiste na etapa preditiva, com base nas informações do auxiliar ou técnico de enfermagem, gerando a pré-classificação do usuário no tipo de AD. Após a visita e classificação pelo AE/TE, o médico ou enfermeiro da ESF realiza a etapa diagnóstica, para avaliação e confirmação da classificação do usuário realizada pelo técnico. A partir dessa confirmação, inicia-se a etapa de monitoramento pelos mesmos profissionais (médico ou enfermeiro), tendo como objetivo o acompanhamento sistemático do usuário, família e cuidador.

3- Etapa pré-classificatória (Etapa Preditiva): realizada pelo auxiliar ou técnico de enfermagem na primeira avaliação domiciliar do usuário, família e cuidador. Utilizará um instrumento de pré-classificação dividido em três dimensões:

*Dimensão 1 – anamnese e clínica do usuário (tipo de doença, utilização de medicamentos, disposição para o lazer, sinais vitais e avaliação do estado de consciência)

*Dimensão 2 – grau de dependência para as atividades da vida diária (índice de Katz)

*Dimensão 3 – contexto social do usuário, família e cuidador (perfil socioeconômico, dinâmica da vida familiar, presença de cuidador)

Ao final da avaliação, o técnico de enfermagem utilizará os modelos preditivos A e B para a classificação do usuário no tipo de Assistência Domiciliar.

4- Etapa Diagnóstica (Classificatória): nessa etapa, os profissionais médicos e enfermeiros dispõem de quatro ferramentas:

4.1- Questionário da 1ª avaliação para confirmação da classificação do tipo de Assistência domiciliar (AD1 ou AD2) feita anteriormente pelo técnico de enfermagem. Será aplicado pelo médico ou enfermeiro. Utilizará um instrumento de avaliação mais completo, dividido em três dimensões:

*Dimensão 1 – anamnese e clínica do usuário (principais hábitos de vida e exame físico completo)

*Dimensão 2 – grau de dependência para as atividades da vida diária (índice de Katz)

*Dimensão 3 – contexto social do usuário, família e cuidador (perfil sócio-econômico, dinâmica da vida familiar, informações do cuidador, avaliação do ambiente e recursos materiais para a assistência domiciliar).

Ao final dessa avaliação, o médico ou enfermeiro preencherá o check list dos tópicos encontrados referentes ao tipo de AD e confirmará a classificação feita pelo técnico com base nos modelos preditivos A e B

4.2- Programação da Assistência Domiciliar dos usuários pela ESF: consiste em parâmetros de periodicidade de visitas para todos os profissionais de acordo com o tipo de classificação recebida (AD1 ou AD2).

4.3- Diagnóstico de enfermagem e Plano de Cuidados para o usuário e cuidador em Assistência Domiciliar na Atenção Básica: ferramenta utilizada pelo Enfermeiro após a avaliação e classificação do usuário em AD1 ou AD2. Compreende os principais diagnósticos e prescrições de enfermagem, além das condutas a serem realizadas pelos enfermeiros. Ficará anexado ao prontuário da família.

4.4- Prescrição de enfermagem para o usuário e cuidador em Assistência Domiciliar: após orientar o usuário e cuidados quanto aos cuidados a serem desempenhados, o enfermeiro deixará esse instrumento no domicílio para consulta e supervisão dos itens prescritos.

5- Etapa Monitoramento: nessa etapa, os profissionais médicos e enfermeiros dispõem de quatro ferramentas:

5.1- Questionário de monitoramento: esse instrumento será utilizado a partir da segunda visita do médico ou enfermeiro Utilizará um instrumento de avaliação mais sucinto contendo três dimensões:

*Dimensão 1 – anamnese e clínica do usuário (principais hábitos de vida e exame físico completo)

*Dimensão 2 – grau de dependência para as atividades da vida diária (índice de Katz)

*Dimensão 3 – contexto social do usuário, família e cuidador (descrição das alterações encontradas a partir da primeira visita – etapa classificatória).

Ao final dessa reavaliação, o médico ou enfermeiro fará uma nova classificação utilizando os modelos preditivos A e B.

5.2- Programação da Assistência Domiciliar dos usuários pela ESF: consiste em parâmetros de periodicidade de visitas para todos os profissionais de acordo com o tipo de classificação recebida (AD1 ou AD2).

5.3- Diagnóstico de enfermagem e Plano de Cuidados para o usuário e cuidador em Assistência Domiciliar na Atenção Básica: ferramenta utilizada pelo Enfermeiro após a avaliação e classificação do usuário em AD1 ou AD2. Compreende os principais diagnósticos e prescrições de enfermagem, além das condutas a serem realizadas pelos enfermeiros. Ficará anexado ao prontuário da família.

5.4- Prescrição de enfermagem para o usuário e cuidador em Assistência Domiciliar: após orientar o usuário e cuidados quanto aos cuidados a serem desempenhados, o enfermeiro deixará esse instrumento no domicílio para consulta e supervisão dos itens prescritos.

Na segunda Oficina de discussão, todas essas ferramentas foram apresentadas aos profissionais das ESF (médicos e enfermeiros). Nessa discussão, foi proposto aos profissionais que avaliasse as ferramentas para a organização da Assistência Domiciliar, bem como a adequabilidade das variáveis que permaneceram em cada dimensão de cada instrumento, conforme sintetizados no Quadro 22 abaixo:

Quadro 22

Dimensões, conceitos e variáveis independentes que permaneceram nos instrumentos do médico e enfermeiro para classificação do usuário no tipo de assistência domiciliar (AD) requerida, Belo Horizonte, janeiro de 2010.

<i>DIMENSÃO 1 – ANAMNESE E CLÍNICA DO USUÁRIO</i>		
CONCEITOS	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	
Clínica e Hábitos Pessoais do Usuário	1- Problemas de saúde do usuário	14- Avaliação do Estado Mental
	2-Queixa principal	15-Avaliação do Estado Emocional
	3-Utilização de medicamentos	16-Avaliação da Comunicação
	4-Ingestão Alimentar	17- Aparência Geral
	5-Ingestão Hídrica	18-Abdome
	6-Hábito Urinário	19-Avaliação dos membros
	7-Hábito Intestinal	20-Eliminação Urinária e incontinência urinária
	8-Qualidade do sono	21-Eliminação Intestinal e incontinência intestinal
	9-Grau de desconforto e fadiga	22-Aparelho Geniturinário

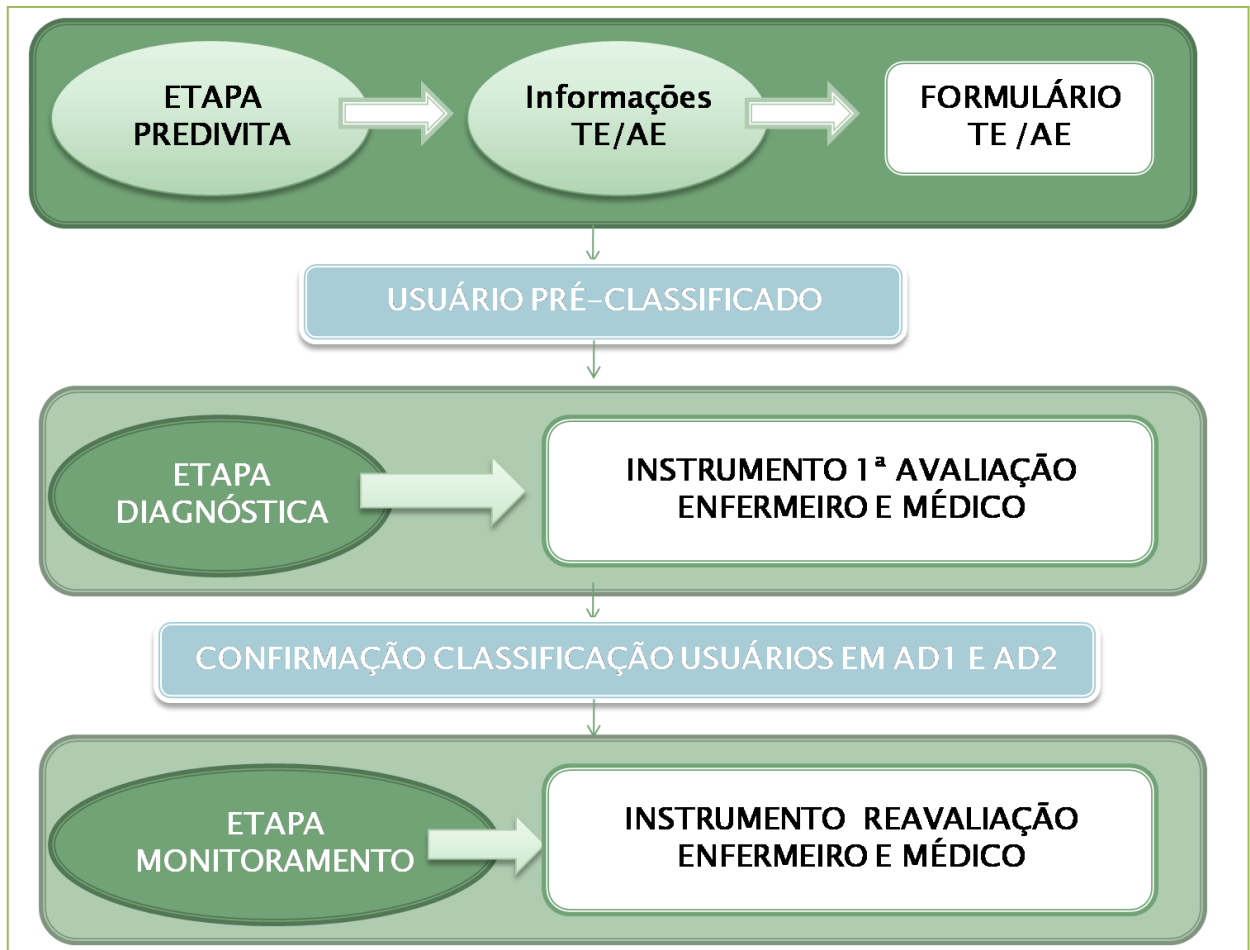
	10-Acuidade Visual 11-Acuidade Auditiva 12-Memória 13-Avaliação da Hemodiâmica	23-Estado Nutricional 24-Higiene Corporal; 25-Higiene Bucal; 26-Integridade Cutânea.
DIMENSÃO 2 – GRAU DE DEPENDÊNCIA PARA AS AVD E RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO		
CONCEITOS	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	
Índice de Katz	27-Grau de dependência para as AVD	
DIMENSÃO 3 – CONTEXTO SOCIAL E FAMILIAR		
CONCEITOS	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	
Perfil Sócio-Econômico do usuário	28-Faixa etária 29-Sexo do usuário	30-Grau de escolaridade 31-Renda da família
Dinâmica da vida familiar	32- Sentimentos do usuário em relação à doença e convívio familiar 33- Relações pessoais	
Cuidador	34-Sexo do cuidador 35-Faixa etária do cuidador 36-Problemas de saúde 37-Queixa principal 38-Utilização de medicamentos	39-Grau de desconforto e fadiga em relação às atividades de cuidador 40-Qualidade do sono 41-Perfil do cuidador do usuário 42-Grau de sobrecarga em relação às atividades do cuidador 43-Grau de escolaridade 44-Ocupação do cuidador
Ambiente e Recursos materiais para AD	45-Sentimentos em relação às atividades do cuidador 46-Segurança física e proteção 47-Recursos materiais necessários e disponíveis para a AD	

Fonte: elaboração própria, 2010

A partir dessas análises e no intuito de organizar a Assistência Domiciliar das ESF, elaborou-se um FLUXOGRAMA para gerenciamento dessa assistência na Atenção Básica, baseado em modelos preditivos (A e B) para a classificação do usuário em AD1 e AD2 e em instrumentos que subsidiem as ações das equipes, como demonstrado no Quadro 23 a seguir:

Quadro 23

FLUXOGRAMA PARA GERENCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR



Fonte: elaboração própria, 2010

A reorganização desse processo de trabalho terá como aliado o técnico ou auxiliar de enfermagem, que participará dessa proposta de assistência. A partir disso, o primeiro instrumento de avaliação utilizado na coleta de dados foi reestruturado, com base somente nos altos índices de correlação e significância das análises descritivas e inferenciais, gerando um novo instrumento de avaliação (etapa diagnóstica) para o enfermeiro e o médico (Apêndice I). Para a continuidade da assistência, criou-se o segundo instrumento (Apêndice J) do enfermeiro e do médico (etapa monitoramento) no intuito de acompanhar a evolução do usuário, família e cuidador. E o último instrumento elaborado (Apêndice K) foi destinado ao técnico e/ou auxiliar de enfermagem, garantindo-se assim uma pré-classificação do usuário e a incorporação desse profissional na AD.

Ao detectar então uma necessidade de visita domiciliar por parte dos agentes comunitários de saúde, o TE / AE fará uma avaliação de alguns itens da condição clínica desse usuário, do grau de dependência para as AVD (Índice de Katz) e do contexto social. Ao final, realizará uma pré-classificação desse usuário a partir dos dois modelos de predição: Modelo A (Índice de Katz + Disposição para o lazer) e Modelo B (Índice de Katz e Tipo de doença – HAS). A partir dessa pré-classificação em AD1 ou AD2, o enfermeiro ou médico da ESF agendará uma visita domiciliar (conforme programação da assistência a ser discutida adiante). Na visita desse profissional, será utilizado um instrumento mais completo para a Etapa Diagnóstica. Nessa etapa, o enfermeiro ou médico confirmará a classificação realizada pelo TE/AE a partir da aplicação dos mesmos modelos citados acima. O monitoramento e o acompanhamento desse usuário serão organizados a partir da classificação final da etapa diagnóstica, utilizando-se um instrumento mais condensado, mas que aborda as três dimensões, dando continuidade à visita anterior.

Baseado nas condutas dos entrevistadores durante a coleta de dados, foi elaborado outro instrumento para uso do profissional enfermeiro – Diagnóstico de Enfermagem e Plano de Cuidados para o usuário e cuidador (Apêndice L). Nesse Plano, as condutas e prescrições foram divididas conforme as dimensões contidas no questionário de avaliação, relacionadas com as Necessidades Humanas Básicas (NHB) e possíveis Diagnósticos de Enfermagem (DE). Deverá ser assinalado a NHB afetada e um ou mais DE, correlacionando o cuidado a ser orientado e/ou prescrito ao usuário, família e/ou cuidador. Esse instrumento será anexado ao prontuário do paciente para acompanhamento das situações, podendo surgir novos problemas ou deixar de existir algum problema da avaliação anterior.

No intuito de não perder as orientações dadas à família assistida, o enfermeiro deixará no domicílio um instrumento denominado Prescrição de Enfermagem para o usuário e cuidador – para o domicílio (Apêndice M). Nesse instrumento, serão assinaladas apenas as ações que o usuário, família e/ou cuidador deverão executar. A cada visita do enfermeiro, deverá ser verificado se as ações desenvolvidas conseguiram eliminar ou minimizar os problemas detectados na visita anterior.

Finalizando tal discussão, realizou-se a última Oficina de Discussão (Apêndice N), que teve como propósito: 1- Discutir os Modelos Preditivos para a classificação do usuário no tipo de Assistência Domiciliar (AD1 ou AD2); 2- Apresentar a classificação final dos usuários em AD1 e AD2 de acordo com cada equipe e Centro

de Saúde; 3- Propor três novos instrumentos para a pré-classificação do usuário que demanda AD realizada pelo TE, além das etapas diagnósticas e de monitoramento realizados pelo enfermeiro e pelo médico da ESF; 4- Sugerir uma Programação da Assistência para as ESF; 5- Simular um caso prático aplicando os itens citados acima; 6- Discutir a aplicabilidade do instrumento (1ª versão e novas versões) na prática do profissional; 7- Discutir o Diagnóstico de Enfermagem e Plano de Cuidados para o usuário e cuidador (*somente com os Enfermeiros – à parte*).

A proposta de programação da Assistência Domiciliar (Apêndice O) foi elaborada com base em alguns critérios. Como ponto de partida, utilizou-se um documento do Ministério da Saúde chamado Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica – PROGRAB (BRASIL, 2006).

O PROGRAB foi conceituado pelo Ministério da Saúde como um instrumento de programação flexível das ações de Atenção Básica, tomando por base a população adscrita, parâmetros de concentração e cobertura populacional. De adesão voluntária, O PROGRAB foi elaborado para oferecer uma ferramenta gerencial às equipes de AB e de Saúde da Família para facilitar a programação de suas ações orientada pelo princípio da integralidade, explicitando os compromissos com a população local para atingir determinados resultados para o enfrentamento de problemas específicos (nível local, regional e estadual) e problemas comuns a todo o território nacional. Apresenta algumas características, sendo duas relevantes e merecedoras de destaque: 1- Parametrização: apresenta parâmetros nacionais como orientadores para a programação. É relevante destacar que devemos sempre ter um olhar crítico sobre parâmetros, em especial, na Atenção Básica, considerando-os como orientadores, mas não como verdades absolutas; 2- Flexibilidade: permite modificações, inclusões e exclusões de áreas, atividades e parâmetros, ou seja, possibilitando a adequação às realidades locais de cada município e equipes, de acordo com as prioridades definidas em um planejamento local participativo.

O PROGRAB sugere alguns parâmetros de visitas anuais para o médico e equipe de enfermagem: três consultas / ano do médico para pacientes com diabetes, duas consultas / ano para usuários com hipertensão arterial e uma consulta / ano ao idoso. Para a equipe de enfermagem, sugere: quatro consultas / ano para o diabético e hipertenso (BRASIL, 2006).

A partir da leitura desse documento e levando em consideração que as principais patologias encontradas nas duas UBS pesquisadas foram HAS e DM, outros fatores relevantes da análise desta pesquisa foram identificados como imprescindíveis no momento da elaboração desta proposta de Programação da AD, sendo: índice de KATZ, disposição para o lazer; condição clínica: crônicos compensados OU com maior grau de comprometimento (agudo ou crônico descompensado); condições do cuidador: idoso cuidando de idoso, sobrecarga; vulnerabilidade no contexto familiar: idoso morando sozinho, sentimentos de tristeza e solidão (usuário/cuidador), modificações no ritmo de vida e trabalho da família, alterações no relacionamento entre os membros da família; condições do ambiente e necessidade de equipamentos para AD.

Diante disso, a frequência das visitas domiciliares será baseada em um parâmetro para as ESF, garantindo uma assistência integral, organizada e por todos os membros da equipe durante o ano. Dessa forma, muitos usuários poderão ter um acompanhamento sistematizado, podendo evoluir para o tipo de assistência – AD1, evitando internações e complicações futuras.

5.4 Resultados das Oficinas de Discussão:

A discussão com os profissionais de saúde na primeira Oficina proporcionou o diálogo sobre a relevância dos itens do questionário na realidade de trabalho de cada um. Sugeriram acrescentar e alterar alguns itens, proporcionando o aprofundamento do assunto, o melhor entendimento das questões e melhor forma de abordá-las. Doze profissionais participaram desse momento, sendo cinco médicos, seis enfermeiros e um fisioterapeuta do NASF. Cada um ficou responsável por aplicar três instrumentos e discussão na segunda Oficina, quatro meses após a entrega dos “kits”.

Conforme os objetivos da segunda Oficina de Discussão, optou-se por demonstrar alguns resultados, como os modelos de predição, as novas versões dos instrumentos, a proposta de programação das visitas e o Plano de Cuidados do Enfermeiro (momento à parte somente com esses profissionais), finalizando com os questionamentos sobre a aplicabilidade e a adequabilidade da primeira versão do questionário.

Das 36 avaliações sugeridas para os cinco médicos, seis enfermeiros e uma equipe do NASF, foram aplicados 18 questionários (50%). Esse fato foi justificado por alguns pela falta de priorização na realização das visitas e porque, próximo à data dessa oficina, alguns profissionais estavam retornando de férias, não sendo possível realizar as avaliações. Outros profissionais não conseguiram realizar as três visitas pois alguns pacientes mudaram do local de residência, estavam internados em hospitais ou até evoluíram a óbito.

As informações obtidas nas falas estão descritas a seguir conforme as categorias deste estudo: Tecnologias e Processo de trabalho em saúde e Abordagem Integral à Família, conforme Quadro 24 abaixo:

Quadro 24

Categorias teóricas e empíricas

CATEGORIAS	
<i>Categorias Teóricas</i>	<i>Categorias Empíricas</i>
TECNOLOGIAS E PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	1) Organização do processo de trabalho das ESF 2) Inserção dos profissionais da enfermagem no processo de trabalho das ESF / Treinamento e capacitação dos técnicos e auxiliares de enfermagem 3) Necessidade de ferramentas para a organização e sistematização do processo de trabalho das ESF
ABORDAGEM INTEGRAL À FAMÍLIA	4) Dificuldade de abordagem aos sentimentos do usuário 5) Importância da abordagem da família no processo terapêutico

Fonte: elaboração própria, 2010.

1) Organização do processo de trabalho das ESF:

A organização e o planejamento das ações auxiliarão as equipes na reorganização da Assistência Domiciliar. Um profissional ressaltou que, na maioria das vezes, a falta de planejamento nas visitas acarreta o não-acompanhamento dos pacientes, tornando-os vulneráveis e propensos à descompensação clínica.

Outro profissional da área médica relatou que, pelo número de auxiliares e técnicos em cada equipe, é possível organizar a AD, priorizando alguns

atendimentos – basta colocar essa assistência como prioridade nas tarefas assistenciais das ESF. É preciso discutir e organizar o tempo dos profissionais da enfermagem para as visitas domiciliares. Se cada ESF deixar um dia para a visita domiciliar, seja do médico, enfermeiro ou TE/AE, essa assistência será de qualidade e não prejudicará as outras demandas do centro de saúde.

Há possibilidade de se organizar essa assistência quando a outras equipes de apoio estão presentes em maior quantidade, facilitando a saída dos técnicos. Mas, para isso, é preciso ter a gerência como aliada dessa modificação da organização do processo de trabalho.

Algumas falas demonstram a predominância do modelo assistencial centrado no médico na visão das famílias. Perceberam durante as visitas que a presença do profissional médico na casa tinha mais significado para o usuário do que qualquer outro profissional. Muitos não percebem a importância no cuidado em si, mas somente das prescrições médicas. A partir dessa informação ressaltada na oficina, deixo um questionamento: será que a percepção do conceito de cuidado e ESF devem partir do usuário ou são os profissionais os responsáveis por essa mudança de paradigma? Será que estão realmente exercendo o papel de EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA? Ou continuam reproduzindo a idéia de que a consulta médica é a única importante para a assistência ao usuário e família?

Esse fato foi identificado em várias visitas quando, da pergunta do item do questionário sobre o recebimento de orientações dos profissionais de saúde ao cuidador. Muitos cuidadores responderam que não tinham recebido orientações de enfermeiros, auxiliares de enfermagem. Mas a figura do médico foi lembrada muitas vezes nessa ocasião.

Um profissional médico ressaltou que isso o incomoda muito, pois muitas famílias consideram que a visita domiciliar só ocorre quando há a presença do médico. A partir da utilização do fluxograma e do instrumento de programação das visitas, os usuários terão conhecimento que toda a equipe estará escalada para as visitas domiciliares, cada qual com a sua função. Acredita que essas ferramentas serão essenciais para mudar esse conceito de ESF na visão da comunidade.

*2) Inserção dos profissionais da enfermagem no processo de trabalho das ESF /
Treinamento e capacitação dos técnicos e auxiliares de enfermagem:*

Todos os profissionais relataram a importância da participação desse profissional na Assistência Domiciliar, pois muitos não estão inseridos no processo de trabalho das ESF. Muitos desses profissionais estão envolvidos em outras atividades assistências da UBS, junto com os demais já contemplados na equipe de apoio.

Para a utilização do instrumento de pré-classificação da AD, acreditam que o treinamento desses profissionais será fundamental para a qualidade do serviço.

3) Necessidade de ferramentas para a organização e sistematização do processo de trabalho das ESF:

Grande parte dos profissionais relatou que a aplicação do Índice de Katz é muito mais fácil, comparado à Escala de Braden, viabilizando seu uso na prática diária dos profissionais. Completam que, mesmo não tendo a escala de avaliação do risco para úlceras por pressão, a tabela de avaliação das feridas é um parâmetro importante na evolução dos pacientes portadores de úlceras.

Em relação à aplicação da escala visual de Likert, os profissionais disseram que não funcionou muito bem com os usuários idosos, devido à dificuldade de compreensão e de enxergar as diversas formas das imagens. Com a nova sugestão da equipe de pesquisa, o processo ficará mais fácil para o respondente. As outras dúvidas levantadas durante a oficina em relação aos itens do instrumento tinham relação à forma de assinalar a resposta. Percebeu-se, então, que muitos deles não consultaram o Manual de preenchimento do questionário.

Concluíram que a utilização dessa primeira versão do instrumento tornou-se muito cansativa e desgastante, tanto para os usuários quanto para os profissionais. Com as três novas versões apresentadas na oficina, relataram que além de objetivo, é um instrumento completo e com abordagem da família e do cuidador. Tornou-se um instrumento importante para avaliar o que realmente é necessário, sem ser cansativo.

Relatos de vários profissionais demonstraram que o fluxograma e a programação das visitas nortearão e priorizarão os atendimentos, pois muitas vezes

visitam um paciente a pedido de um ACS e perdem a noção do tempo. Quando solicitam nova visita, a última ocorreu há nove meses. Com a planilha de programação de visitas, é possível visualizar a data da última visita, qual será o profissional escalado para o próximo mês. E mesmo com todas as intercorrências e demandas da Unidade, torna-se viável reprogramar a visita de um mês para o outro, não perdendo o foco da necessidade das visitas. Mesmo com todas as programações (reuniões no distrito, reuniões entre as ESF, férias dos profissionais), essa ferramenta auxiliará na organização e no planejamento das prioridades.

Após a primeira avaliação – etapa pré-classificatória e etapa diagnóstica – os usuários serão distribuídos durante todo o ano de acordo com o tipo de classificação (AD1 e AD2), evitando-se a sobrecarga dos profissionais. Muitos relataram que quando conseguiam sair para as visitas domiciliares, realizavam muitas em um único mês e acabavam ficando muitos meses e até anos sem fazer visitas. Com isso, a desorientação das equipes finalizará, pois não ficarão atendendo somente as demandas de urgência.

A programação das visitas é essencial para se reorganizar a AD. Relatos de alguns profissionais demonstraram a tentativa de programá-las, sem sucesso. Não tinham parâmetro para planejar as próximas visitas e ficavam à mercê do “achismo”, ou seja, como o dia a dia é muito corrido e não conseguem priorizar a assistência domiciliar, perdem a noção do tempo e imaginam que a última visita ocorreu há um ou dois meses. A programação com esse parâmetro de visitas tornou-se uma ferramenta importante e norteadora da assistência domiciliar. Só assim a equipe conseguirá enxergar realmente quem foi visitado, quem é prioridade naquele mês, quem deve ser remanejado, não perdendo o foco dessa assistência. E por não ser um instrumento rígido, o profissional poderá programar-se diante de todas as urgências e prioridades da UBS.

De todos os instrumentos aplicados pelos profissionais, nenhum deles descreveu as condutas necessárias a partir dos problemas identificados. Relataram que o fizeram verbalmente, mas com certeza perderiam tais informações ao retornar na casa do usuário. Com a proposta de se implantar o Plano de Cuidados do Enfermeiro para o usuário e o cuidador, o processo de preenchimento das condutas e prescrições de enfermagem ficou mais didático e prático. Além disso, tornou-se viável deixar todas as orientações na casa de cada família. Assim, a cada visita realizada pela ESF, poderá ser verificado se aquelas necessidades humanas

básicas que estavam afetadas, se as orientações e condutas realizadas estão auxiliando o usuário, família e cuidador na resolução das suas reais necessidades.

Todos os enfermeiros relataram que essa é uma ferramenta essencial para a incorporação do papel do enfermeiro no contexto familiar abordado, dignificando e individualizando a assistência prestada.

Finalizando essa discussão, um profissional afirmou que a Atenção Domiciliar é o “calcanhar de Aquiles” do PSF, por ser um programa que demanda muito das equipes e a Assistência Domiciliar é o que menos tem dado retorno para os profissionais. Com o uso dessas ferramentas que auxiliam a programar o trabalho das equipes nesse âmbito, o retorno e o índice de satisfação serão muito melhores.

4) Dificuldade de abordagem dos sentimentos do usuário:

Durante a abordagem dos usuários, os profissionais sentiram um pouco de dificuldade, pois não tinham essa conduta na prática diária. Perceberam o quão solitário é o usuário, pois mesmo com o cuidador no domicílio, relataram que esses tinham atividades o dia todo. Outros profissionais relataram que alguns pacientes ficaram constrangidos quando questionados sobre o relacionamento com o cuidador e família. Muitos não relataram solidão por gratidão ao cuidador. Concluíram ser uma abordagem muito importante e que deve ser feita separadamente. Mas uma fala chamou muita a atenção quando o profissional colocou sua impressão sobre essa abordagem: a sensação dele é que o usuário não entende muito de sentimentos, por isso a dificuldade de expressar.

5) Importância da abordagem da família no processo terapêutico:

Conhecer o contexto social, os conflitos e as potencialidades de cada família influencia diretamente no cuidado prestado. Essa abordagem profunda e integral permite falar de coisas que muitas vezes a equipe desconhece e a que não dá tanta importância nas visitas. Apesar de surpresas quanto ao desconhecimento dos cuidadores em relação ao recebimento das orientações necessárias para o cuidado pelos profissionais, disseram que, a partir do momento em que as equipes reconhecerem a importância dessa abordagem, a compreensão das famílias quanto ao papel de cada profissional será diferente.

A partir das falas citadas acima, pode-se concluir que todos os profissionais ressaltaram a importância da utilização dos três instrumentos de avaliação do usuário e família / cuidador, dos modelos de classificação, do Diagnóstico de Enfermagem e Plano de Cuidados para o usuário / cuidador e da proposta de Programação da assistência com as frequências das visitas de todos os profissionais, sendo todos esses, tecnologias para Assistência Domiciliar na Atenção Básica.

6 CONCLUSÃO

A partir da análise e avaliação do processo de trabalho dos profissionais de Equipes de Saúde da Família, tornou-se viável a elaboração de ferramentas que possibilitem a avaliação do usuário, família e cuidador em todas as dimensões (clínica e social). A discussão com esses profissionais possibilitou verificar a aplicabilidade dos instrumentos propostos para a sistematização da Assistência Domiciliar na Atenção Básica e propor ferramentas para o gerenciamento dessa assistência.

A construção de ambientes mais saudáveis para o usuário em tratamento envolve, além das tecnologias da saúde, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade (LOPES, 2003).

O domicílio deve ser utilizado como cenário da assistência, não apenas em situações pontuais e de forma fragmentada, como, por exemplo, para diagnosticar problemas na saúde dos indivíduos ou para realizar cuidados técnicos necessários para o tratamento, recuperação e/ou manutenção da saúde. O domicílio é o cenário ideal para o diagnóstico da situação real de vida da família, assim como de suas limitações, fraquezas, anseios, possibilidades e potencialidades, as quais devem ser respeitadas. Isso, por sua vez, possibilitará uma atuação que promova o cuidado, a responsabilidade, a interação com os profissionais, a educação permanente e o conhecimento, sempre respeitando esse contexto complexo, dinâmico e único.

O conhecimento aplicado, traduzido como tecnologia, é visto como algo intrínseco à atividade produtiva e vice-versa, ou seja, no cuidado em saúde aplica-se uma série de saberes e competências, que vão determinando os produtos e resultados (MERHY et al, 2006).

Espera-se, com este estudo, contribuir para que os profissionais de saúde, mergulhados no cotidiano da prática profissional com famílias, possam analisar mais amplamente suas intervenções, bem como compreender o movimento de inserção da família no âmbito das políticas públicas de saúde. Devemos deixar de lado esse descompasso entre a forma como “operamos” com a família e sua real necessidade dentro de um contexto histórico e social.

E qualquer que seja o referencial, modelo, ferramenta ou instrumento utilizado para conhecer e compreender as famílias, não é certo que se tenha atingido a

verdade sobre qualquer uma delas, mas este estudo possibilitou integrar informações importantes, diante da perspectiva do observador. Se o profissional de saúde conseguir utilizá-lo, será um grande passo, já que é a condição indispensável para enfrentar o principal desafio de tomar a família como perspectiva: tentar viver como parte de uma família.

Ao conhecer as formas de enfrentamento das famílias torna-se possível constatar que pessoas e famílias são processos dinâmicos. Cumprir a tarefa de exercitar a visão ampliada, exigida do profissional enfermeiro, para compreender que o processo de trabalho não se restringe à atuação sobre doenças e agravos, mas dar condições a pessoa, família e comunidade para alcançarem saúde biológica, psicológica, espiritual, social e ambiental, conhecendo assim quem são, suas condições de saúde-doença, suas dificuldades e fortalezas, seus valores e seu ambiente sociocultural. (PEREIRA et al, 2009).

Não se pode trabalhar no contexto domiciliar reproduzindo meros padrões e rotinas que são utilizadas no hospital ou em outros contextos semelhantes. Cada indivíduo, cada família e os significados que atribuem as suas experiências são únicos. O respeito às singularidades de cada família é essencial para se estabelecer um cuidado domiciliar adequado (LACERDA, 1997).

Os questionários, o plano de cuidados e prescrição de enfermagem para o usuário e cuidador, bem como o fluxograma e a programação da assistência proposta, foram considerados adequados e pertinentes pelos profissionais de saúde das UBS investigadas. Vale ressaltar que organizar a realização de ações de saúde impõe a utilização de tecnologias gerenciais que permitam integrar os trabalhos dos diversos membros das equipes ao interior das Unidades Básicas de Saúde. O planejamento é uma ferramenta indispensável para a organização do processo de trabalho das ESF da Atenção Básica e de Saúde da Família.

Portanto, pode-se concluir que o conhecimento aplicado, o saber específico das diversas profissões, bem como a elaboração e a implantação de instrumentos que subsidiem a classificação dos usuários para o planejamento das ações, são tecnologias que auxiliam a reorganização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família na Atenção Básica, qualificando a assistência prestada.

REFERÊNCIAS

ALTHOFF, C. R.; ELSEEN, I.; NITSCHKE, R. G. **Pesquisando a família**: olhares contemporâneos. Florianópolis: Papa-Livro, 2004, 168 p.

ARAÚJO, A. P. S.; MOREIRA, R. C. P. S.; SLABCOUSKI, R. L. Correlação entre o impacto de cuidar e capacidade funcional de pacientes com doença de Alzheimer. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR (EPCC), 5., Out. 2009. s.n.t. Disponível em: http://www.cesumar.br/epcc2009/anais/ana_paula_serra_araujo5.pdf. Acesso em: 10 dez. 2009.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BECK, A. C. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigoint.php?id_artigo=157>. Acesso em: 10 jul. 2008.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **A atenção básica de saúde em Belo Horizonte**: recomendações para a organização local. Belo Horizonte, 2006.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2008. 432 p.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **PAD – Programa de Atenção Domiciliar no SUS/BH**. Disponível em: <www.pbh.gov.br/smsa/arquivos/INTESE_PAD.doc>. Acesso em: 12 jan. 2010.

BENVEGNU, A. B. *et al.* Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com seqüelas de acidente vascular encefálico. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 71-77, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/4115/3652>>. Acesso em 5 jan. 2008.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. 375 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 out. 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e saúde da família**. 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#saudedafamilia>>. Acesso em: 10 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prograb: Programação de gestão por resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRUNNER, L. S.; SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 2.

CALDAS, C. P. A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. **Textos Envelhecimento**; Rio de Janeiro, v. 3, n.4, jul. 2000. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000200004 &ng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 abril 2008.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, maio/jun. 2003.

CAPLAN, S. Using focus group methodology for ergonomic design. *Ergonomics*, London, v. 33, n. 5, p. 527-33, 1990.

CASTOLDI, L.; LOPES, R. C. S.; PRATI, L. E. O genograma como instrumento de pesquisa do impacto de eventos estressores na transição família-escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 19, n.2, p. 292-300, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722006000200016&script=sci_abstrac&lng=pt. Acesso em: 26 nov. 2008.

COHEN, J. A Power Primer. *Psychological Bulletin*, Washington, v. 112, n. 1, p.155-159, 1992.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. 31 p.

CORRAR, L. J.; PAULO, E., DIAS FILHO, J. M. *Análise multivariada para os cursos de administração, ciências contábeis e economia*: Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuarias e Financeiras (FIPECAFI). São Paulo: Atlas, 2009.

COSTA, E. F. A. *et al.* Semiologia do idoso. In: PORTO, C. C. *Semiologia médica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004, cap.09, pág.153 – 183.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. *Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Rubio, 2004. 194 p.

COSTA NETO, M. M. (Org.). *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2000. (Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família).

CUNHA, T. G. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005, 212 p.

DEMO, P. *Metodologia do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas, 2000.

DEMO, P. *Politicidade: razão humana*. Campinas: Papyrus, 2002a.

DEMO, P. **Solidariedade como efeito e poder**. São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire, 2002b.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. d'E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. 630 p.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007. Disponível em: < www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 25 jan. 2008.

ELSEN, I. *et al.* **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora UFSC, 1994. 196 p.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.33-38, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S14138123200000100004&script=sci_arttet>. Acesso em: 15 nov. 2008.

GIACOMOZZI, C. M.; LACDERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, out./dez. 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2008.

GÜNTHER, H. **Como elaborar um questionário**. Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental, 2003. (Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, nº 1.)

GÖTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Para Além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 189-198, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/03.pdf>>. Acesso em 12 dez. 2009.

HAIR, J. R., J. F. et al. **Análise Multivariada de Dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 593 p.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, maio/jun. 2003.

KATZ, S., FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, Chicago, v. 185, n.12, p. 914-919, 1963

KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. Assistência domiciliar no idoso: perfil do cuidador formal – Parte I. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 257-264, set. 2001.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. Assistência domiciliar no idoso: perfil do cuidador formal – Parte II. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 320-327, dez. 2001.

LACERDA, M. R. O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 1, p.44-49, jan./jun. 1997.

LAHAM, C. F. **Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/download/claudiaFernandesLaham.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2009.

LEOPARDI, M. T. *et al.* **O Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC; Papa-Livros, 1999. 176 p.

LOPES, J. M. C. (Org.). **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf. Acesso em: 15 nov. 2009.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. A. **A pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MENDES JÚNIOR, W. V. **Assistência domiciliar**: uma modalidade de assistência para o Brasil? 2000. Dissertação (Mestrado em Política Planejamento e Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

MENDES, W. **Home care**: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, UnAIT, 2001, 112 p. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati_unati4.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2009.

MERHY, E. E. **Práxis em salud un desafio para lo publico**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E, CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 113-160.

MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244p.

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de família em enfermagem pediátrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p.280-286, abr./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a17v14n2.pdf>>. Acessado em 18 de abril de 2009.

NIETSCHE, E. A. *et al.* Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos doentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 344-53, maio/jun. 2005.

OLIVEIRA, L. R. B.; LANG, R.; LIMA, D. S. P. **Home Care**: conquistas e desafios do enfermeiro no atendimento domiciliar. 2008. Disponível em: <<http://www.portalthomecare.com.br>>. Acesso em: 12 out. 2009.

PAVARINI, S. C. I.; NESSI, A. L. Compreendendo contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y. A.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000, cap. 05, p. 49-69.

PENNA, C. M. M. Família saudável: uma análise conceitual. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 76-88, jul./dez.1992.

PEREIRA, A. P. S. *et al.* genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 407-416, maio/jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/12.pdf>> Acesso em: 04 jul. 2009.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume, 1998.

PIRES, M. R. G. M. Concepções de cuidado emancipatório: limites-possibilidades para as práticas profissionais no contexto das políticas de saúde do Brasil. **Revista Ser Social**, Brasília, v. 10, p. 147-168, 2002.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 729-736, out/dez. 2005.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 294-299, mar/abr. 2009.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PÜSCHEL, V. A. A.; IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C. Instrumento para a abordagem psicossocial do indivíduo e da família na assistência domiciliar – condições de aplicabilidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 203-212, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a14v18n2.pdf>> Acesso em: 14 dez. 2008.

REHEM, T. C. M. S. B. **Assistência domiciliar em saúde**: subsídios para a atenção básica. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2003.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência Domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 231-242, 2005.

RESENDE, M. C. F.; DIAS, E. C. Os cuidadores familiares de idosos: um novo agente de saúde no SUS sob o olhar da saúde do trabalhador. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1/2 Supl 4, p. S288-S293, dez. 2007.

RIBERTO, M; *et al.* Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/v1/control/secure/Arquivos/AnexosArtigos/F899139DF5E1059396431415E770C6DD/vl_08_n_01_45_52.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2008.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social – métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999, 334p.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LÚCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006. 583 p.

SANTOS, D. V. *et al.* Um olhar para quem cuida: a realidade do cuidador no domicílio. **HC Enfermagem**. São Paulo, v. 5, n. 3/4, p. 17-21, 2001.

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

SANTOS, S. R., *et al.* Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Revista Latino Americana de Enfermagem**; Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 757-764, nov./dez. 2002.

SENA, R. R., *et al.* Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS no Município de Belo Horizonte. Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde**. 2007. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomil/textos/belo_horizonte.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2009.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using Multivariate Statistics**. New York: Harper Collings College Publishers, 2000.

TEODORO, M. L. M. Afetividade e Conflito em Díades Familiares: avaliação com o famiólograma. *Revista Interamericana de Psicologia*, Austin, v. 40, n. 3, p. 385-390. 2006, Disponível em: <<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04041.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, A. J. H. Humberto Maturana e o espaço relacional da construção do conhecimento. Centro de Ciências de Educação e Humanidades – CCEH. Universidade Católica de Brasília – **UCB**, Brasília, v.1, n. 2, Nov. 2004. Disponível em: <<http://www.humanitates.ucb.br/2/maturana.htm>>. Acesso em: 23 jan. 2010.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. *Enfermeiras e famílias*: um guia para avaliação e Intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

ANEXOS

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 449/08

**Interessado(a): Profa. Maria Raquel Gomes Maia Pires
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem- UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 15 de outubro de 2008, o projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação da implantação de uma proposta de assistência domiciliar em uma Unidade Básica de Saúde, BH/MG**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 449/08

**Interessado(a): Profa. Maria Raquel Gomes Maia Pires
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem- UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP analisou e aprovou, no dia 04 de junho de 2009, a inclusão do Centro de Saúde São José (Distrito Noroeste) no projeto de pesquisa intitulado **"Avaliação da implantação de uma proposta de assistência domiciliar em uma Unidade Básica de Saúde, BH/MG"**.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

Avaliação de projeto de pesquisa – Protocolo 007/2008

Projeto avaliado na reunião do CEP-SMSA/BH do dia 14/02/2008, na qual foram identificadas pendências. As pendências foram encaminhadas para a pesquisadora e foram solucionadas. O projeto foi reavaliado e, aprovado.

Projeto: “**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, BH/MG**”

Nome da Pesquisadora: Nívea Vieira Furtado Figueiredo

Antecedentes:

A população brasileira se caracteriza pelo crescimento no envelhecimento, nas mudanças no perfil epidemiológico com o aumento das doenças crônico-degenerativas e infecciosas, além do risco aumentado de complicações e do grau de dependência.

A Atenção Domiciliar surge nesse contexto dentro da perspectiva mundial de desospitalização. E isso coloca cada vez mais para o serviço de saúde pessoas com necessidades de cuidados de saúde de intensidades variadas, que estão em seus domicílios por apresentar dificuldade de locomover-se até os serviços de saúde, exigindo que a assistência seja dispensada em nível domiciliar (BH, 2006). Esses fatores têm aumentado a demanda de um cuidador no lar do paciente, seja ele um familiar ou um vizinho.

A Atenção Básica (AB) tem se deparado com esta situação e criado mecanismos para enfrentá-la. O Ministério da Saúde (MS) infere que a Assistência Domiciliar é uma atividade inerente ao processo de trabalho das equipes de saúde, no entanto, estas atividades estão se dando sem a devida sistematização. (BH, 2006). Dessa forma, observa-se no cotidiano a ausência ou incipiência de instrumentos e tecnologias que subsidiem a sistematização da Assistência Domiciliar (AD) na Atenção Básica.

Nesse contexto, surge um questionamento: que tecnologias podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde para sistematizar a Assistência Domiciliar em uma UBS?

Acreditamos que as tecnologias necessárias à sistematização da AD na AB podem ser desenvolvidas por meio da elaboração de instrumentos sistematizados, sua aplicação e classificação com os usuários e a programação de sua implantação com toda a equipe de saúde. Assim, a aplicação ou adoção de um instrumento sistematizado para o atendimento domiciliar constitui-se o planejamento e programação das ações pelos profissionais da equipe de saúde.

Mérito:

Trata-se de projeto para fins de mestrado a ser desenvolvido no Centro de Saúde Marco Antônio de Menezes/ Distrito Leste pelos pesquisadores Nívea Vieira Furtado Figueiredo, Prof. Dra. Maria Raquel Gomes Maia Pires, Mikelle Alexandra Ferreira Bagno e Priscila Malta Coelho Prado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Tem como objetivos:

• **Geral:**

Avaliar a implantação de uma proposta de sistematização da assistência domiciliar em uma UBS de Belo Horizonte.

• **Específicos:**

- Elaborar um instrumento que subsidie a sistematização da AD pelas ESF, no âmbito da UBS;
- Conhecer o perfil sócio-econômico, morbidades prevalentes, relações interpessoais, grau de dependência e risco para desenvolvimento de Úlcera de Pressão dos usuários que demandam assistência domiciliar;
- Subsidiar a elaboração do plano terapêutico e a frequência das visitas domiciliares aos usuários que demandam AD numa UBS;
- Avaliar a aplicabilidade das tecnologias para sistematizar a AD numa UBS.

Esta pesquisa compreenderá uma análise pela triangulação de métodos e nesse sentido terá abordagem quantitativa e qualitativa. O estudo constará de duas etapas:

1. Aplicação de um questionário aos usuários que demandam AD, traçando-se um diagnóstico da situação, com a classificação desses usuários em AD1 ou AD2 e elaboração de planos terapêuticos para os mesmos juntamente com os profissionais da unidade.
2. Avaliação da tecnologia implantada por meio da observação participante na UBS, grupo focal com os profissionais de saúde e análise de indicadores. Para esta etapa, serão construídos os respectivos instrumentos de coleta de dados.

Após a conclusão da primeira etapa, o projeto será submetido a uma nova aprovação pelos Comitês de Ética e Pesquisa (UFMG e SMSA/BH), contemplando os instrumentos de coleta da segunda etapa.

Análise do Projeto:

O estudo tem relevância e valor científico para os serviços de saúde, possibilitando ampliar o conhecimento na área e novas opções terapêuticas de Assistência Domiciliar. Os currículos dos pesquisadores estão disponibilizados para consulta e encontram-se de acordo com as exigências para o desenvolvimento da pesquisa.

O TCLE foi revisto conforme orientação do CEP-SMSA-SUS/BH e as pendências solucionadas.

Parecer:

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.


Lenice Harumi Ishitani

Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 10 de abril de 2008.



Prefeitura Municipal de
Belo Horizonte



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

Avaliação de adendo a projeto de pesquisa – Protocolo 007/2008

Projeto: “AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, BH/MG”

Nome da Pesquisadora: Nívea Vieira Furtado Figueiredo

O projeto foi avaliado na reunião do CEP-SMSA/BH do dia 14/02/2008, na qual foram identificadas pendências. As pendências foram solucionadas, sendo o projeto considerado aprovado.

A pesquisadora apresentou, em junho de 2009, proposta de adendo ao projeto de pesquisa na qual consta a inclusão do Centro de Saúde São José no Distrito Sanitário Noroeste. A proposta de adendo está acompanhada de carta da Gerência do Centro de Saúde citado se comprometendo com o projeto.

Parecer:

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.

P/ Lenice Harumi Ishitani

Coordenadora Adjunta do CEP-SMSA/PBH

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Secretaria Municipal de Saúde de BH



Belo Horizonte, 20 de junho de 2009.

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro de Observação Participante do Processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

OBJETIVOS:

-  *Conhecer o processo de trabalho da ESF na Atenção Básica;*
-  *Identificar as principais tecnologias utilizadas pelas ESF no processo de trabalho e em especial no que se refere ao atendimento domiciliar.*

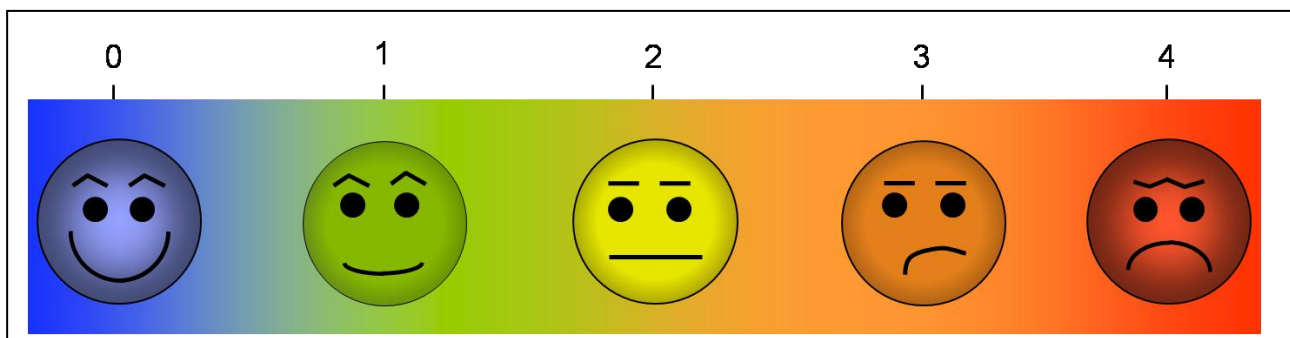
I – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO NA UBS:

- 1) Organização do Acolhimento (sistema de marcação de consultas/exames; levantamento de demanda)
- 2) Fluxo dos usuários (acesso) / funcionamento do serviço
- 3) Organização dos prontuários dos usuários (individual, familiar)
- 4) Estratégias de atendimento às famílias que não podem comparecer ao Centro de Saúde durante o horário de funcionamento (Programação da AD).
- 5) Sistema de Referência e Contra-Referência

II – PROCESSO DE TRABALHO DA ESF:

- 6) Organização e Planejamento das ações da ESF
- 7) Atualização do cadastramento dos usuários
- 8) Uso da informação como instrumento de Planejamento (Fênix, SIAB)
- 9) Forma de priorização das ações pela ESF, em especial a AD
- 10) Atribuições de cada membro e da ESF
- 11) Ações programáticas de Atenção à Saúde da Criança, Adolescente, Adulto, Mulher e Idoso desenvolvidas.
- 12) Integração e comunicação/articulação entre os membros da ESF (Enfermagem e Gerência; Enfermagem e Enfermeiro; Enfermagem e Equipe Médica; Enfermeiro e Equipe Médica; ESF e usuários).
- 13) Instrumentos de trabalho da ESF
- 14) Monitoramento e avaliação das intervenções pela ESF
- 15) Instrumentos utilizados para o diagnóstico dos usuários do Atendimento Domiciliar

Apêndice B – Escala de Likert



Apêndice C – Matriz para a Construção do Questionário

Dimensão 1 – Anamnese e Clínica do Usuário

Objetivos:

- Avaliar os hábitos pessoais e alterações clínicas do usuário que influenciam na elaboração do plano terapêutico dos usuários que demandam AD

Conceitos	Variáveis INDEPENDENTES	Indicadores	Itens	Análise
A- Clínica do Usuário e Hábitos Pessoais	1- Problemas de saúde do usuário	1-Percentual de usuários com doenças crônicas	3-Você tem algum problema de saúde? -Não -Sim – Quais? _____	Nominal Análise de conteúdo
	2-Queixa principal	2-Tipos de queixas dos usuários	4-O que você está sentindo nesse momento? (queixas principais) _____	Análise de conteúdo
	3-Utilização de medicamentos	3-Percentual de usuários que fazem uso de 3 ou mais tipos de medicamentos 4-Percentual de usuários que fazem uso de anti-hipertensivos 5-Percentual de usuários que fazem uso de psicotrópicos 6-Percentual de usuários que fazem uso de hipoglicemiantes 7-Percentual de usuários que fazem uso de antiagregante plaquetário	5-Você faz uso de medicamentos? -Não -Sim – Quais? _____	Nominal
	4-Ingestão Alimentar	8- Percentual de usuários que não alimentam por VO	6.1-Em que via que o alimento é ingerido? -VO -SNE -Gastrostomia -NPT	Nominal
	5-Ingestão Líquida	9-Número de refeições que o usuário ingere por dia 10-Quantidade de líquido que o usuário ingere por dia	6.2-Quantas vezes você se alimenta por dia? _____	Intervalar
	6-Hábito Urinário	11-Número de vezes que o usuário apresenta eliminação urinária por dia	7-Qual a quantidade de líquido que você ingere por dia? _____ ml/dia 8.1-Quantas vezes você costuma urinar por dia? (poderá incluir SVA ou SVD) _____	Intervalar (escala)

		12-Percentual de usuários com alteração da cor da urina	8.2-Normalmente, qual a cor da sua urina? -normal -concentrada -hematúrica -amarelo claro -colúrica	nominal
	7-Hábito Intestinal	13-Número de vezes que o usuário apresenta eliminação intestinal	9.1-Quantas vezes você apresenta evacuações por dia? _____	Intervalar (escala)
		14-Percentual de usuários com consistência alterada das fezes	9.2-Normalmente, qual a consistência das suas fezes? -normal -secas -pastosa -líquida	nominal
	8-Qualidade do sono	15-Percentual de usuários que dependem de medicamento para dormir	10.1-Você depende de algum medicamento para dormir? 0-Nunca 1-Raramente 2-Às vezes 3-Frequentemente 4-Sempre	Ordinal
		16-Percentual de usuários com dificuldade para dormir sem medicamentos	10.2-Sem medicamento, você tem dificuldade para dormir? 0-Nunca 1-Raramente 2-Às vezes 3-Frequentemente 4-Sempre	Ordinal
	9-Grau de desconforto e fadiga	17-Percentual de usuários que sentem dor e desconforto	11.1-Você sente dor (física) no seu dia-a-dia? 0-Nunca 1-Raramente 2-Às vezes 3-Frequentemente 4-Sempre	Ordinal
		18-Percentual de usuários sem disposição e desmotivados para atividades de lazer	11.2-Você se sente disposto e motivado para fazer atividades de diversão / lazer? 0-Sempre	Ordinal

			1-Frequentemente 2-Às vezes 3-Raramente 4-Nunca	
10-Atividades da Vida Cotidiana	19-Percentual de usuários que apresentam dificuldade para exercer as atividades da vida cotidiana		12-Você tem dificuldade para fazer suas atividades diárias, como: tomar banho, vestir, comer, ir ao banheiro? 0-Nunca 1-Raramente 2-Às vezes 3-Frequentemente 4-Sempre	Ordinal
11-Etilismo e Tabagismo	20-Percentual de usuários que ingerem bebida alcoólica		13.1-Você costuma ingerir bebida alcoólica? 0-Nunca 1-Raramente 2-Às vezes 3-Frequentemente 4-Sempre	Ordinal
	21-Percentual de usuários que fazem uso de cigarro		13.2-Você fuma? 0-Nunca 1-Raramente 2-Às vezes 3-Frequentemente 4-Sempre	Ordinal
12-Segurança Física	22-Percentual de usuários com dificuldade de ir ao CS		14-Você tem alguma dificuldade de ir até o CS? 0-Nunca 1-Raramente 2-Às vezes 3-Frequentemente 4-Sempre	Ordinal
13-Mobilidade	23-Percentual de usuários com dificuldade de locomoção / mobilidade		15-Você tem alguma dificuldade de locomoção? 0-Nunca 1-Raramente 2-Às vezes 3-Frequentemente 4-Sempre	Ordinal
14-Acuidade Visual	24-Percentual de usuários com acuidade visual diminuída que		16.1-Você tem dificuldade de enxergar? 0-Nunca	Ordinal

		necessitam de óculos / lente	1-Raramente 2-Às vezes 3-Frequentemente 4-Sempre 16.2-Você utiliza óculos / lente?	nominal
15-Acuidade Auditiva	25-Percentual de usuários com acuidade auditiva diminuída / ausente que necessitam de aparelho auditivo		-Não -Sim 17.1-Você tem dificuldade de escutar? 0-Nunca 1-Raramente 2-Às vezes 3-Frequentemente 4-Sempre 17.2-Você utiliza aparelho auditivo?	Nominal
16-Avaliação da Hemodiâmica	26-Percentual de usuários com pressão arterial alterada 27-Percentual de usuários com Frequência respiratória alterada 28-Percentual de usuários com temperatura alterada 29-Percentual de usuários com pulso alterado 30-Percentual de usuários com glicemia capilar alterada		18-Dados Vitais: PA: _____ mmHg Fr: _____ irpm T: _____ oC P: _____ bpm GC: _____ mg/dl	Nominal
17- Avaliação do Estado Mental	31-Percentual de usuários com estado mental alterado (confuso, sonolento, torporoso)		19-Estado mental: -Consciente/alerta -Confuso -Sonolento -Torporoso	-ordinal
18-Avaliação do Estado Emocional	32-Percentual de usuários com estado emocional alterado (agitado, triste)		20-Estado Emocional: -Calmo -Agitado -Alegre -Triste	-ordinal
19-Avaliação da Comunicação	33-Percentual de usuários que apresentam dificuldade para se		21-Comunicação: -Conversa normalmente	-ordinal

		comunicar	-Dificuldade de falar / expressar-se	
		34-Dificuldade de usuários que não falam	-Esquece o que está falando	
	20- Aparência Geral	35-Percentual de usuários ictericos	-Não fala	-nominal
		36-Percentual de usuários com desequilíbrio cardiorespiratório	22-Aparência Geral:	
		37-Percentual de usuários com desequilíbrio hídrico	-Anictérico / Ictérico	
			-Corado / Hipocorado	
			-Acianótico / Cianótico	
			-Hidratado / Desidratado	
			-Edema: local _____	
			-Anasarca	
	21-Ausculata Respiratória	38-Percentual de usuários com alterações na ausculata respiratória	23-Ausculata Respiratória:	-nominal
			-MVF	
			-Roncos: local _____	
			-Sibilos: local _____	
			-Creptações: local _____	
	22- Grau de utilização de oxigênio complementar	39-Percentual de usuários que utilizam oxigênio no domicílio	24-Uso de oxigênio complementar:	-nominal
			-Não	
			-Sim: intermitente / contínuo	
	23- Aparelho Cardiovascular	40-Percentual de usuários com perfusão capilar alterada	25-Perfusão capilar:	-nominal
		41-Percentual de usuários com pulso periférico arritmico	-Preservada	
			-Diminuída	
			Pulso Periférico:	
			-Ritmico	
			-Arritmico	
	24-Abdome	42-Percentual de usuários com RHA diminuído / ausente	26-Abdome:	nominal
			-Normotenso	
			-Tenso	
			-Globoso	
			-Distendido	
			-Escavado	
			-Flácido	
			-Visceromegalias	
			RHA:	
			-Presente	
			-Diminuído	
			-Ausente	
	25-Avaliação dos membros	43-Percentual de usuários com amputação de membros	27-Avaliação dos Membros:	nominal
			-amputação – local: _____	

		44-Percentual de usuários com plegia de membros 45-Percentual de usuários com paresia de membros 46- Percentual de usuários que apresentam incontidência urinária	-plegia – local: _____ -paresia – local: _____ -não se aplica	
26-Eliminação Urinária			28-Eliminação Urinária: -Banheiro -Comadre / Marreco -Fralda -Coletor urinário -SVA _____/_____ horas / -SVD	-nominal
			29-Você tem incontidência urinária? -Não -Sim	nominal
27-Eliminação Intestinal		47-Percentual de usuários que apresentam incontidência fecal	30-Eliminação intestinal: -Banheiro -Comadre -Fralda	-nominal
			31-Você tem incontidência fecal? -Não -Sim	-nominal
		48-Percentual de usuários com eliminação intestinal ausente há mais de 1 semana	32-Há quantos dias o seu intestino não funciona? _____	-intervalar (escala)
28-Aparelho Geniturinário		49-Percentual de usuários com pele e mucosas geniturinário alteradas	33-Aparelho Geniturinário: -Pele / Mucosa íntegras -Pele / Mucosa com lesões -Hiperemia -Prurido -Presença de secreções OBS: _____	-nominal
29-Estado Nutricional		50-Percentual de usuários emagrecidos 51-Percentual de usuários obesos	34-Estado Nutricional: -Bom -Emagrecido -Obeso	-nominal
30-Higiene Corporal		52-Percentual de usuários com higiene corporal inadequada	35-Higiene Corporal: -Adequada -Inadequada: OBS _____	-nominal

	31-Higiene Bucal	53-Percentual de usuários com higiene bucal inadequada	36-Higiene Bucal: -Adequada -Inadequada: OBS	-nominal
	32-Integridade Cutânea	54-Percentual de usuários com alteração da integridade da pele	37-Pele: -Íntegra -Hiperemiada -Descamativa	-nominal
		55-Percentual de usuários com presença de feridas	38-Presença de Feridas -Não -Sim – há quanto tempo?	-nominal

Dimensão 2 – Grau de Dependência para as AVD e Risco para Úlcera por Pressão

Objetivos:

- Subsidiar a elaboração do plano terapêutico aos usuários que demandam Assistência Domiciliar na UB a partir do grau de dependência para as AVD e risco para Úlceras por Pressão

Conceitos	Variáveis	Indicadores	Itens	Análise
Classificação de dependência para as AVD (índice de Katz)	INDEPENDENTES 33- Grau de dependência para as AVD	56-Percentual de pacientes dependentes em 3 a 5 funções	40-Consultar escala e quadro.	-intervalar (escala)
		57-Percentual de usuários dependentes para todas as funções		
Risco para Úlcera por Pressão (Escala de Braden)	34- Avaliação do risco para úlcera por pressão	58-Percentual de idosos com risco para úlcera por pressão 59-Percentual de adultos com risco para úlcera por pressão	41-Consultar escala e quadro.	Intervalar (escala)

Dimensão 3 – Contexto Social e Familiar

Objetivos:

- Conhecer os fatores inerentes ao perfil sócio-econômico, ao convívio no domicílio e ao ambiente que influenciam a dinâmica da vida familiar do usuário em assistência domiciliar na AB;
- Identificar os recursos materiais disponíveis e necessários para a assistência domiciliar;
- Identificar a sobrecarga, a relação com a família, as condições de trabalho e de saúde do cuidador que subsidiem uma abordagem integral na assistência domiciliar/AB
- Verificar o peso de cada um dos fatores pertencentes aos constructos CLÍNICA DO USUÁRIO, GRAU DE DEPENDÊNCIA PARA AS AVD, RISCO PARA ÚLCERAS POR PRESSÃO E CONTEXTO SOCIAL na tomada de decisão em relação ao plano terapêutico

Conceitos	Variáveis INDEPENDENTES	Indicadores	Itens	Análise
A- Perfil Sócio-Econômico do usuário	35- Faixa etária do usuário	60- Percentual de idosos que demandam AD na AB	42-Idade: _____	- intervalar (escala)
	36- Sexo do usuário	61- Percentual de mulheres e homens que demandam AD	43-Sexo: - Masculino - Feminino	- nominal
	37- Grau de escolaridade	62- Percentual de usuários sem escolaridade que demandam AD na AB; 63-Percentual de usuários com ensino fundamental que demandam AD na AB;	44-Qual a sua escolaridade ? - Sem escolaridade - ensino fundamental - ensino médio - Superior incompleto - Superior completo - Outro	- nominal
	38- Renda da família	64- Percentual de usuários sem ou com baixa renda que demandam AD	45-Qual a renda da família? -até ½ SM -de ½ a 1 SM -de 1 a 2 SM -de 2 a 3 SM -de 3 a 5 SM -de 5 a 10 SM -acima de 10 SM -sem rendimentos -não declarada	- intervalar (escala)
	39- Condições de moradia	65-Número de usuários residentes em áreas de risco, por microárea da ESF, em relação ao total	46-Quais as condições da sua moradia em relação a: -Abastecimento da água: rede pública / poço ou nascente / outro -Energia elétrica: sim ou não	- nominal

C- Cuidador			4- Sempre	
	43- Sexo do cuidador	76- Percentual de mulheres exercendo o papel de cuidadora	-Não se aplica (caso o paciente não se comunica) 52-Sexo: - Masculino - Feminino	- nominal
	44- Faixa etária do cuidador	77- Percentual de idosos exercendo o papel de cuidador	53-Idade: _____	- intervalar (escala)
	45- Problemas de saúde do usuário	78-Percentual de usuários com doenças crônicas	54-Você tem algum problema de saúde? -Não -Sim – Quais? _____	Nominal Análise de conteúdo
	46-Queixa principal	79-Tipos de queixas dos usuários	55-O que você está sentindo nesse momento? (queixas principais) _____	Análise de conteúdo
	47-Utilização de medicamentos	80-Percentual de usuários que fazem uso de 3 ou mais tipos de medicamentos 81-Percentual de usuários que fazem uso de anti-hipertensivos 82-Percentual de usuários que fazem uso de psicotrópicos 83-Percentual de usuários que fazem uso de hipoglicemiantes 84-Percentual de usuários que fazem uso de antiagregante plaquetário	56-Você faz uso de medicamentos? -Não -Sim – Quais? _____	Nominal
	48- Grau de desconforto e fadiga em relação às atividades de cuidador	85- Dor e desconforto ao executar as atividades de cuidador	57.1-Você sente dor (física) no seu dia-a-dia? 0- Nunca 1- Raramente 2- às Vezes 3- Frequentemente 4- Sempre	ordinal
			57.2-Quando está com dor, fica mais difícil cuidar do paciente? 0- Nunca 1- Raramente 2- às Vezes	ordinal

	90- Percentual de não-familiares exercendo a atividade de cuidador 91- Percentual de familiares exercendo a atividade de cuidador 92- Grau de comprometimento da renda familiar	- Não-familiar – especificar: vizinho / amigo / contratado / outro _____ - Familiar – grau de parentesco: esposo (a) / mãe / pai / irmão (a) / filho (a) / outro _____	
51- Grau de sobrecarga em relação às atividades de cuidador	93- Percentual de horas de cuidado dedicado ao usuário por dia	63-Em caso de cuidador familiar: você teve que deixar de trabalhar para exercer o papel de cuidador? - Sim - Não - Não se aplica	-nominal
	94- Revezamento da atividade de cuidador com outra pessoa	64-Há quanto tempo exerce a função de cuidador? _____	- intervalar (escala)
52- Grau de escolaridade	95- Percentual de cuidadores sem escolaridade; 96-Percentual de cuidadores com ensino fundamental	65-Você reveza as atividades com outra pessoa? - Não - Sim – Quem? _____	- nominal
53-Ocupação do cuidador	97-Percentual de cuidadores que não estão empregados 98-Percentual de cuidadores que assumem as tarefas domésticas	66-Qual a sua escolaridade ? - Sem escolaridade - ensino fundamental - ensino médio - Superior incompleto - Superior completo - Outro	- nominal
54- Sentimentos em relação às atividades de cuidador e convívio	99-Mudança na vida do após assumir as atividades de cuidador;	67-Atualmente, você está trabalhando? (assinale um ou mais itens que indique a ocupação atual) -Empregado -Desempregado -Subempregado (serviços temporários, sem renda regular) -Inativo (aposentado, pensionista, afastado) -Dona de casa -Outros: _____	68.1- O que você deixou de fazer depois que assumiu as atividades de cuidador? Como você se sente em relação a isso?
			Análise de Conteúdo

D- Ambiente e Recursos Materiais para a AD	familiar	100-Alterações no relacionamento do cuidador com a família	68.2– O fato de ser cuidador afetou o seu relacionamento com a família do paciente? - Não - Sim – De que forma?	
	55- Segurança Física e Proteção	101-Percentual de residências com risco para segurança física	68.3- Descreva um dia do cotidiano da sua família 70-Quais são as condições do domicílio em relação a: (avaliado pelo profissional de saúde) -Condições gerais de limpeza – adequado/inadequado -Piso escorregadio – não / sim -Umidade de pisos e paredes – não / sim -Ventilação / luminosidade do cômodo: adequado / inadequado -Há tapetes que possibilitem queda? – não / sim -Presença de degraus – não / sim -Presença de rampas – não / sim -Presença de desnivelamentos – não / sim -outro:	-nominal
	56- Recursos Materiais necessários e disponíveis para a AD	102-Taxa de disponibilidade de recursos materiais para a AD	71-Quais os recursos necessários e disponíveis para a AD? (avaliado pelo profissional de saúde) -Cadeira de rodas – disponível: não / sim -Cadeira de higiene – disponível: não / sim -Cama hospitalar – disponível: não / sim -Colchão caixa de ovo – disponível: não / sim -Andador – disponível: não / sim -Bengala – disponível: não / sim -Dieta industrializada – disponível: não / sim -Concentrador de oxigênio – disponível: não / sim -Cilindro de oxigênio – disponível: não / sim -Materiais de curativo – disponível: não / sim	-nominal

Apêndice D – Convite da primeira Oficina de Discussão com os profissionais
das Equipes de Saúde da Família



EQUIPE DE PESQUISA:

EnF. Nívea Vieira Furtado Figueiredo

*Escola de Enfermagem da UFMG /
Coordenadora e Mestranda*

Prof.ª Dra. Maria Raquel G Maia Pires

Escola de Enfermagem da UFMG/Coordenadora

Anna Cláudia Martins

Aluna voluntária

Lucas Leite

Bolsista de Extensão – PROEX/UFMG

Luciana do Vale

Bolsista de Iniciação Científica - FAPEMIG

Marcelo Augusto

Bolsista de Iniciação Científica - FAPEMIG

Tiago Cupertino

Bolsista de Extensão – PROEX/UFMG

INFORMAÇÕES:

3409-9849 / 8661-8304

**OFICINA DE
DISCUSSÃO DA
PESQUISA:**



**Tecnologias para
Assistência Domiciliar
na Atenção Básica: em
busca de ferramentas
que subsidiem o
trabalho da Equipe de
Saúde da Família**

Informações Gerais

Apresentação:

A pesquisa "Tecnologias para Assistência Domiciliar na Atenção Básica: em busca de ferramentas que subsidiem o trabalho da Equipe de Saúde da Família", aprovada pelo CEP da SMSA / BH – (protocolo 007/2008) e COEP da UFMG (parecer n. ETIC 449/08), propõe tecnologias para organizar a Assistência Domiciliar na Atenção Básica .

Objetivos da Pesquisa:

- 1- Analisar as tecnologias disponíveis nas ESF para sistematizar a Assistência Domiciliar na Atenção Básica;
- 2- Avaliar o processo de trabalho dos profissionais da ESF quanto à sistematização da Assistência Domiciliar na AB;
- 3- Discutir com os profissionais da ESF a aplicabilidade de instrumentos para a sistematização da AD na AB;
- 4- Propor, a partir das intervenções realizadas, tecnologias para sistematização da Assistência Domiciliar na AB.

Propósito da Oficina:

- 1- Demonstrar aos profissionais de saúde as etapas da elaboração do instrumento de classificação dos usuários que demandam Assistência Domiciliar (AD) e sua aplicação na UBS na qual se desenvolveu o PILOTO;
- 2- Apresentar os RESULTADOS DO PILOTO DA PESQUISA;
- 3- Discutir os itens do instrumento da pesquisa;
- 4- Apresentar a importância do manual de preenchimento do instrumento;
- 5- Propor, a partir da discussão, a aplicação deste instrumento na prática do profissional de saúde no intuito de avaliar a aplicabilidade do mesmo no Grupo Focal.

Data da Oficina:

- () 17 de junho de 2009 – 4ª feira
() 18 de junho de 2009 – 5ª feira

Horário: 14 às 18 horas

Local: sala 511 – bloco sul da Escola de Enfermagem/UFMG - Rua Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia - BH

CONTAMOS COM VOCÊ!

Orientações para preenchimento: 1- O questionário é destinado aos usuários que demandam Assistência Domiciliar pela equipe de saúde na Atenção Básica. Leia atentamente as questões e marque conforme resposta do usuário / família. 2- Esclarecer os objetivos do estudo e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). 3- Nas questões com opções de resposta NUNCA, RARAMENTE, ÀS VEZES, FREQUENTEMENTE OU SEMPRE, utilizar a escala visual em anexo e solicitar ao usuário / cuidador que indique a intensidade com que cada situação ocorre, conforme orientação do item B do Manual de preenchimento deste instrumento. 4- Explicar aos respondentes o funcionamento da escala antes de iniciar a aplicação do questionário.

OBJETIVOS:

- A) Classificar o tipo de Assistência Domiciliar (AD) necessário aos usuários da Atenção Básica (AB) a partir das dimensões: Clínica do usuário, Grau de dependência para as AVD, Risco para úlcera por pressão e Contexto social e familiar;
- B) Subsidiar a elaboração do plano terapêutico aos usuários que demandam Assistência Domiciliar na AB, a partir da classificação dos usuários no tipo de AD (AD1 e AD2);
- C) Verificar o peso de cada um dos fatores no tipo de classificação dos usuários (AD1 e AD2).

Avaliador: Enfermeiro Médico Outro: _____ / **Nome:** _____

Data avaliação: ____/____/____ **UBS:** _____ **ESF:** _____ **ACS/Microárea:** _____

DIMENSÃO 1 - ANAMNESE E CLÍNICA DO USUÁRIO

1-Nome: _____

2- Endereço / Tel: _____

3-Você tem algum problema de saúde? Não Sim - Qual (is)? - HAS DM tipo II AVC Alzheimer Neoplasias
 Artrose Outros: _____

4-O que você está sentindo nesse momento? (queixas principais): _____

5-Você faz uso de medicamentos? Não Sim - Quais? _____

6-Ingestão Alimentar:

6.1- Em que via que o alimento é ingerido?	<input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> Ostomia	<input type="checkbox"/> NPT
6.2- Quantas vezes você se alimenta por dia?	_____			
6.3- Você apresenta engasgos durante a alimentação?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca	<input type="checkbox"/> 1-Raramente	<input type="checkbox"/> 2-Às vezes	<input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre

7-Ingestão Hídrica:

Qual a quantidade de líquido que você ingere por dia?	_____ ml/dia
---	--------------

8-Hábito Urinário:

8.1-Quantas vezes você costuma urinar por dia?	_____	<input type="checkbox"/> Não se aplica
8.2-Normalmente, qual a cor da sua urina?	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> concentrada <input type="checkbox"/> hematúrica <input type="checkbox"/> colúrica
8.3- Você acorda para urinar? - <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> 0-Nunca	<input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre
8.4- Quantas vezes você acorda para urinar?	_____	<input type="checkbox"/> Não se aplica

9-Hábito Intestinal:

9.1-Quantas vezes você apresenta evacuações por semana?	_____
9.2-Normalmente, qual a consistência das suas fezes?	<input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> pastosa/macia <input type="checkbox"/> líquida
9.3- Você faz força para evacuar?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca <input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre

10-Grau de Desconforto e Fadiga:

10.1- Você sente dor (física) no seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca <input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre
---	---

10.2-Você se sente disposto e com vontade para fazer atividades de diversão / lazer?	<input type="checkbox"/> 0-Sempre	<input type="checkbox"/> 1-Frequentemente	<input type="checkbox"/> 2-Às vezes	<input type="checkbox"/> 3-Raramente	<input type="checkbox"/> 4-Nunca
11-Sono:					
11.1-Você tem dificuldade para dormir?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca	<input type="checkbox"/> 1-Raramente	<input type="checkbox"/> 2-Às vezes	<input type="checkbox"/> 3-Frequentemente	<input type="checkbox"/> 4-Sempre
11.2-Você usa algum medicamento para dormir?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca	<input type="checkbox"/> 1-Raramente	<input type="checkbox"/> 2-Às vezes	<input type="checkbox"/> 3-Frequentemente	<input type="checkbox"/> 4-Sempre
12-Etilismo e Tabagismo:					
12.1- Você costuma ingerir bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca	<input type="checkbox"/> 1-Raramente	<input type="checkbox"/> 2-Às vezes	<input type="checkbox"/> 3-Frequentemente	<input type="checkbox"/> 4-Sempre
12.2- Você fuma?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca	<input type="checkbox"/> 1-Raramente	<input type="checkbox"/> 2-Às vezes	<input type="checkbox"/> 3-Frequentemente	<input type="checkbox"/> 4-Sempre
13-Mobilidade e Segurança Física:					
13.1- Você tem alguma dificuldade de locomoção?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca	<input type="checkbox"/> 1-Raramente	<input type="checkbox"/> 2-Às vezes	<input type="checkbox"/> 3-Frequentemente	<input type="checkbox"/> 4-Sempre
13.2-Você tem dificuldade de ir ao Centro de Saúde?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca	<input type="checkbox"/> 1-Raramente	<input type="checkbox"/> 2-Às vezes	<input type="checkbox"/> 3-Frequentemente	<input type="checkbox"/> 4-Sempre
14-Acuidade visual:					
14.1-Você tem dificuldade de enxergar? <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> 0-Nunca	<input type="checkbox"/> 1-Raramente	<input type="checkbox"/> 2-Às vezes	<input type="checkbox"/> 3-Frequentemente	<input type="checkbox"/> 4-Sempre
14.2-Você utiliza óculos / lente?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			
15-Acuidade Auditiva:					
15.1-Você tem dificuldade de escutar? <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> 0-Nunca	<input type="checkbox"/> 1-Raramente	<input type="checkbox"/> 2-Às vezes	<input type="checkbox"/> 3-Frequentemente	<input type="checkbox"/> 4-Sempre
15.2-Você utiliza aparelho auditivo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			
16-Memória:					
Você costuma ter esquecimentos no seu dia-a-dia? <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> 0-Nunca	<input type="checkbox"/> 1-Raramente	<input type="checkbox"/> 2-Às vezes	<input type="checkbox"/> 3-Frequentemente	<input type="checkbox"/> 4-Sempre
17-Dados vitais: PA: _____ mmHg FR: _____ irpm T: _____ °C P: _____ bpm GC: _____ mg/dl					
18-Estado Consciência:	<input type="checkbox"/> Consciente/alerta	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Torporoso	
19-Estado Emocional:	<input type="checkbox"/> Calmo	<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
	<input type="checkbox"/> Alegre	<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
20-Comunicação:	<input type="checkbox"/> Conversa normalmente	<input type="checkbox"/> Dificuldade de falar/expressar-se	<input type="checkbox"/> Esquece o que está falando	<input type="checkbox"/> Não fala	
21- Aparência geral:	<input type="checkbox"/> anictérico	<input type="checkbox"/> ictérico	<input type="checkbox"/> corado	<input type="checkbox"/> hipocorado	<input type="checkbox"/> cianótico
	<input type="checkbox"/> acianótico	<input type="checkbox"/> hidratado	<input type="checkbox"/> desidratado	<input type="checkbox"/> anasarca	<input type="checkbox"/> edema: _____
22-Ausculta Respiratória:	<input type="checkbox"/> MV fisiológico	<input type="checkbox"/> MV diminuído: _____	<input type="checkbox"/> MV abolido: _____		
	<input type="checkbox"/> RA - especificar o(s) tipo(s): _____	<input type="checkbox"/> creptações-local: _____	<input type="checkbox"/> roncos-local: _____	<input type="checkbox"/> sibilos-local: _____	
23-Usos Oxigênio complementar:	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> contínuo <input type="checkbox"/> intermitente		
24-Aparelho Cardiovascular: <u>Perfusão capilar:</u> <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> diminuída / <u>Pulso Periférico:</u> <input type="checkbox"/> rítmico <input type="checkbox"/> arritmico					
25-Abdome:	<input type="checkbox"/> normotenso	<input type="checkbox"/> tenso	<u>Visceromegalia:</u> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - local: _____		
	<u>RHA:</u> <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> diminuído <input type="checkbox"/> ausente		<u>Massa palpável?</u> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - local: _____		
26-Membros: <input type="checkbox"/> Plegia-local: _____ <input type="checkbox"/> Paresia-local: _____ <input type="checkbox"/> Parestesia-local: _____ <input type="checkbox"/> Amputação-local: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica					
27-Eliminação urinária:	<input type="checkbox"/> banheiro	<input type="checkbox"/> comadre / marreco	<input type="checkbox"/> fralda	<input type="checkbox"/> no leito	
	<input type="checkbox"/> coletor	<input type="checkbox"/> SVA _____ / _____ hs	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Não se aplica
28-Você tem incontinência urinária?	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		
29-Eliminação Intestinal:	<input type="checkbox"/> banheiro	<input type="checkbox"/> comadre	<input type="checkbox"/> fralda	<input type="checkbox"/> ostomia	<input type="checkbox"/> no leito
30-Você tem incontinência fecal?	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		

31-Há quantos dias o seu intestino não funciona? _____

32-Aparelho Geniturinário: pele/mucosa íntegras pele/mucosa com lesões hiperemia-local: _____
 prurido-local: _____ presença de secreções-local: _____
 não avaliado

33-Estado Nutricional: Bom Emagrecido Acima do peso Obeso

34-Higiene Corporal: adequada inadequada - OBS: _____

35-Higiene Bucal: adequada inadequada - OBS: _____ Não avaliado

36-Pele: íntegra hiperemia descamativa seca não-íntegra

37-Presença de feridas? Não Sim - Há quanto tempo? _____

38-Avaliação da Ferida:

Local da Ferida	Tamanho (cm ²)	Tipo de tecido	Profundidade (cm)	Presença de secreção?	Quantidade secreção	Aspecto secreção	Possui odor?
<input type="checkbox"/> sacral <input type="checkbox"/> trocantérica <input type="checkbox"/> calcâneo <input type="checkbox"/> maléolo <input type="checkbox"/> outro: _____		<input type="checkbox"/> Granulado <input type="checkbox"/> Necrótico		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> serosa <input type="checkbox"/> serosanguinolenta <input type="checkbox"/> purulenta <input type="checkbox"/> piosanguinolenta	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> sacral <input type="checkbox"/> trocantérica <input type="checkbox"/> calcâneo <input type="checkbox"/> maléolo <input type="checkbox"/> outro: _____		<input type="checkbox"/> Granulado <input type="checkbox"/> Necrótico		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> serosa <input type="checkbox"/> serosanguinolenta <input type="checkbox"/> purulenta <input type="checkbox"/> piosanguinolenta	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> sacral <input type="checkbox"/> trocantérica <input type="checkbox"/> calcâneo <input type="checkbox"/> maléolo <input type="checkbox"/> outro: _____		<input type="checkbox"/> Granulado <input type="checkbox"/> Necrótico		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> serosa <input type="checkbox"/> serosanguinolenta <input type="checkbox"/> purulenta <input type="checkbox"/> piosanguinolenta	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

DIMENSÃO 2 - GRAU DE DEPENDÊNCIA PARA AS AVD E RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO

39- ESCALA DE BRADEN (anexo 1) - AVALIAÇÃO DO RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO - UP: (para cada Fator de Risco, assinale conforme descrito e na escala anexa. Some todos os pontos e classifique conforme legenda abaixo):

Fator de Risco	Avaliação				Legenda		
Percepção Sensorial	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Classificação	Pontuação Total	
Umidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
Atividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Há risco:	Até 16 pontos (no adulto) Até 17 pontos (no idoso)	
Mobilidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
Nutrição	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
Fricção e cisalhamento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> Não há risco:	Acima de 16 pontos (no adulto) Acima de 17 pontos (no idoso)	
Score TOTAL:		_____ pontos					

40- ÍNDICE DE KATZ (anexo 2): avalie o grau de dependência para cada AVD descrita abaixo e classifique conforme legenda:

Avaliação do grau de dependência em relação às AVD				Legenda - Tipo de Classificação	
Funções	Indep.	Parc.Dep	Tot.Dep.	<input type="checkbox"/> 0-Independente nas 6 funções <input type="checkbox"/> 1-Independente em 5 funções e dependente em 1 função <input type="checkbox"/> 2-Independente em 4 funções e dependente em 2 funções <input type="checkbox"/> 3-Independente em 3 funções e dependente em 3 funções <input type="checkbox"/> 4-Independente em 2 funções e dependente em 4 funções <input type="checkbox"/> 5-Independente em 1 funções e dependente em 5 funções <input type="checkbox"/> 6- Dependente para todas as funções	
Tomar banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ir ao banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Transferência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Continência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

DIMENSÃO 3 - CONTEXTO SOCIAL: USUÁRIO, FAMÍLIA E CUIDADOR

A. PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DO USUÁRIO:

41- Idade: _____

42-Sexo: M F

43-Escolaridade:

- Sem escolaridade
 Ensino Fundamental
 Ensino Médio
 Superior incompleto
 Superior completo

44-Renda dos membros da família:

- Até ½ SM (R\$ 232,50) De 5 a 10 SM (R\$ 2.325,01 a 4.650,00)
 De ½ a 1 SM (R\$ 232,50 a 465,00) Acima de 10 SM (R\$ 4.650,01)
 De 1 a 2 SM (R\$ 465,01 a 930,00) Sem rendimentos
 De 2 a 3 SM (R\$ 930,01 a 1.395,00) Não declarada
 De 3 a 5 SM (R\$ 1.395,01 a 2.325,00) Outro: _____

45-Condições de moradia:

- Abastecimento da água: Rede pública Poço ou nascente Outro
Energia Elétrica: Sim Não
Tratamento da água: Tratada Sem tratamento Fervura
Destino do lixo: Coleta pública Queimado/Enterrado Céu Aberto
Destino das fezes/urina: Sistema de Esgoto Fossa Céu Aberto

B. DINÂMICA DA VIDA FAMILIAR:

46-Discriminação dos membros da família que residem com o usuário e/ou que participam do cuidado por idade, sexo, parentesco, podendo residir ou não com ele:

NOME	IDADE	SEXO	PARENTESCO	RESIDE COM O PACIENTE?
46.1-		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
46.2-		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
46.3-		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
46.4-		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
46.5-		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

47- Com que frequência cada membro da família citado acima cuida de você?

Membros da Família	0-Sempre	1-Frequentemente	2-Às vezes	3-Raramente	4-Nunca
46.1-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.2-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.3-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.4-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.5-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48- Relações Pessoais:

Você se sente sozinho(a)?

- Não se aplica (caso o usuário não fale) 0-Nunca 1-Raramente 2-Às vezes 3-Frequentemente 4-Sempre

49- SENTIMENTOS DO USUÁRIO EM RELAÇÃO À DOENÇA E CONVÍVIO FAMILIAR (Explore as questões abaixo, marque UM ou MAIS itens e descreva as observações de acordo com a resposta do usuário):

Questões Orientadoras:

Respostas:

Descrição das observações:

<p>49.1. O que você deixou de fazer depois que ficou doente? E como você se sente em relação a isso?</p> <p>49.2. A sua doença afetou o dia-a-dia da sua família? E o seu relacionamento com eles? De que forma?</p> <p>49.3. Descreva como é o seu dia-a-dia.</p>	<p><input type="checkbox"/> Deixou de fazer as coisas do dia-a-dia; Deixou de trabalhar / de fazer atividades de lazer; Não faz mais nada</p> <p><input type="checkbox"/> Deixou de fumar, beber ou usar drogas</p> <p><input type="checkbox"/> Sente-se sozinho(a), triste e/ou cansado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Sente-se nervoso(a) e/ou preocupado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Dependente, envergonhado(a) e culpado(a) pelo fato dos outros fazerem as coisas para ele(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Relata oscilação no estado emocional: um dia está bem, outro não. Sente medos que antes não existiam.</p> <p><input type="checkbox"/> A doença afetou o ritmo de vida e de trabalho da família</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações no relacionamento afetivo entre os membros da família</p> <p><input type="checkbox"/> Modificações no relacionamento afetivo-sexual do usuário</p> <p><input type="checkbox"/> Sem alterações no relacionamento entre os membros da família</p> <p><input type="checkbox"/> O dia-a-dia se resume às necessidades vitais e ficar em casa</p>	<p><input type="checkbox"/> Não se aplica (caso o usuário não fale)</p>
---	---	---

C. CUIDADOR:

50-Quem exerce a atividade de cuidador?

- Familiar - grau de parentesco: esposa esposo filha filho mãe pai irmã irmão outro: _____
 Não-familiar - especificar: vizinho amigo contratado outro: _____
 Não há cuidador

51-Em caso de cuidador familiar: o fato de ser cuidador compromete a renda da família? Não Sim Não se aplica

52-Há quanto tempo você exerce a função de cuidador? _____

53-Você reveza as atividades com outra pessoa? Não Sim - quem? _____

54-Nome: _____ 55-Sexo: M F 56-Idade: _____

57-Você tem algum problema de saúde? Não Sim - Qual (is)? - HAS DM tipo II Outros: _____

58-O que você está sentindo nesse momento? (queixas principais): _____

59-Faz uso de medicamentos? Não Sim - Quais? _____

60-Escolaridade:

- Sem escolaridade
- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Superior incompleto
- Superior completo
- Outro: _____

61-Atualmente você está trabalhando?

- Empregado
- Desempregado
- Subempregado (serviços temporários, sem renda regular)
- Inativo (aposentado, pensionista, afastado)
- Dona de casa
- Outros _____

62-Você recebeu alguma orientação relativa aos cuidados com o paciente? Não Sim

63-Em caso afirmativo, quem o orientou? Enfermeiro Médico Fisioterapeuta TE/AE ACS Familiar

Outro: _____ / 64-Que tipo de orientações você recebeu? _____

65-Grau de Desconforto e Fadiga:

- | | | | | | |
|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| 65.1- Você sente dor no seu dia-a-dia? | <input type="checkbox"/> 0-Nunca | <input type="checkbox"/> 1-Raramente | <input type="checkbox"/> 2-Às vezes | <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente | <input type="checkbox"/> 4-Sempre |
| 65.2- Quando está com dor, fica mais difícil cuidar do paciente? | <input type="checkbox"/> 0-Nunca | <input type="checkbox"/> 1-Raramente | <input type="checkbox"/> 2-Às vezes | <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente | <input type="checkbox"/> 4-Sempre |
| 65.3- No final do dia, você se sente cansado(a)? | <input type="checkbox"/> 0-Nunca | <input type="checkbox"/> 1-Raramente | <input type="checkbox"/> 2-Às vezes | <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente | <input type="checkbox"/> 4-Sempre |
| 65.4- Alguma vez você se sente desmotivado(a) para cuidar do paciente? | <input type="checkbox"/> 0-Nunca | <input type="checkbox"/> 1-Raramente | <input type="checkbox"/> 2-Às vezes | <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente | <input type="checkbox"/> 4-Sempre |
| 65.5- Você faz atividades de diversão / lazer? | <input type="checkbox"/> 0-Sempre | <input type="checkbox"/> 1-Frequentemente | <input type="checkbox"/> 2-Às vezes | <input type="checkbox"/> 3-Raramente | <input type="checkbox"/> 4-Nunca |

66-Sono:

- | | | | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| 66.1- Você tem dificuldade para dormir? | <input type="checkbox"/> 0-Nunca | <input type="checkbox"/> 1-Raramente | <input type="checkbox"/> 2-Às vezes | <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente | <input type="checkbox"/> 4-Sempre |
| 66.2- Você usa algum medicamento para dormir? | <input type="checkbox"/> 0-Nunca | <input type="checkbox"/> 1-Raramente | <input type="checkbox"/> 2-Às vezes | <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente | <input type="checkbox"/> 4-Sempre |

67-SENTIMENTOS EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES DE CUIDADOR E CONVÍVIO FAMILIAR (Explore as questões abaixo, marque UM ou MAIS itens e descreva as observações de acordo com a resposta do cuidador). OBS: Caso não tenha cuidador, desconsidere este item:

Questões Orientadoras:	Respostas:	Descrição das observações:
<p>67.1. O que você deixou de fazer depois que assumiu as atividades de cuidador? Como você se sente em relação a isso?</p> <p>67.2. O fato de ser cuidador afetou o seu relacionamento com a família do paciente? De que forma?</p> <p>67.3 Descreva um dia do seu trabalho como cuidador.</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Deixou de fazer as coisas do dia-a-dia; Deixou de trabalhar / de fazer atividades de lazer; Não faz mais nada<input type="checkbox"/> Modificações no relacionamento afetivo-sexual do cuidador<input type="checkbox"/> Não houve alterações no dia-a-dia do cuidador<input type="checkbox"/> Sente-se sozinho(a), triste e cansado(a)<input type="checkbox"/> Sente-se nervoso(a) e preocupado(a)<input type="checkbox"/> Sente-se angustiado(a), deprimido(a) e desmotivado(a) / Sente falta de fazer as coisas que gostava de fazer<input type="checkbox"/> Alterações no relacionamento afetivo entre os membros da família<input type="checkbox"/> Sem alterações no relacionamento entre os membros da família.<input type="checkbox"/> Dia-a-dia cansativo e corrido: auxilia o usuário nas AVD, administra medicação e realiza todas as tarefas domésticas / Faz tudo.<input type="checkbox"/> A única atividade de lazer resume-se a assistir TV.	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Não se aplica (caso não tenha cuidador)

D. AMBIENTE E RECURSOS MATERIAIS PARA A AD:

68-Nº de cômodos do domicílio: _____

69- Avalie as condições do domicílio em relação a:

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| - Condições gerais de limpeza: | <input type="checkbox"/> Adequado | <input type="checkbox"/> Inadequado |
| - Piso escorregadio: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - Umidade de piso e paredes: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - Ventilação/luminosidade do cômodo: | <input type="checkbox"/> Adequado | <input type="checkbox"/> Inadequado |
| - Há tapetes que possibilitem queda? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - Presença de degraus: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - Presença de rampas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - Presença de desnivelamentos | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

70-Avalie os recursos necessários e disponíveis para a Assistência Domiciliar:

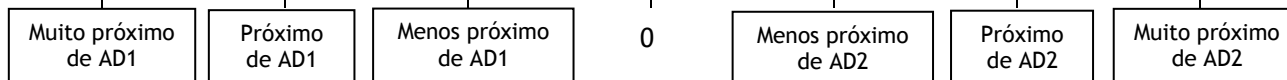
Recursos Necessários	Disponíveis?	Recursos Necessários	Disponíveis?
<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Bengala	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Cadeira de higiene	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Dieta industrializada	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Cama hospitalar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Concentrador de oxigênio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Colchão caixa de ovo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Cilindro de oxigênio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Materiais de curativo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

71-Prezado profissional, a partir da sua avaliação e dos conceitos abaixo, classifique se o usuário/família/cuidador estão mais próximos da necessidade de Assistência Domiciliar 1 ou 2. Ao final, utilize a escala visual a seguir:

	Assistência Domiciliar 1 (AD 1)	Assistência Domiciliar 2 (AD 2)
Anamnese e Clínica do Usuário Grau de Dependência	<input type="checkbox"/> Usuários com problemas de saúde crônicos compensados	<input type="checkbox"/> Usuários com maior grau de comprometimento clínico (agudo ou crônico descompensado)
	<input type="checkbox"/> Utilizam até 3 grupos de medicamentos	<input type="checkbox"/> Utilizam acima de 3 grupos de medicamentos
	<input type="checkbox"/> Alimentam-se por via oral	<input type="checkbox"/> Alimentam-se por sonda (entérica ou gastrostomia)
	<input type="checkbox"/> Ausência de alteração das eliminações urinárias (coloração) e intestinais (consistência)	<input type="checkbox"/> Alteração das eliminações urinárias (coloração) e/ou intestinais (consistência)
	<input type="checkbox"/> Dificuldade para dormir, sem dependência de medicamentos	<input type="checkbox"/> Dependem de medicamento para dormir
	<input type="checkbox"/> Sentem dor ou desconforto com menos intensidade (raramente ou às vezes)	<input type="checkbox"/> Sentem dor ou desconforto com mais intensidade (frequentemente ou sempre)
	<input type="checkbox"/> Às vezes apresentam disposição para atividades de lazer.	<input type="checkbox"/> Sem disposição para atividades de lazer (raramente ou nunca)
	<input type="checkbox"/> Alterações da avaliação clínica que potencializam a descompensação, como: sinais vitais limítrofes, confusão mental, alteração leve do estado emocional (triste), dificuldade para falar/expressar, edema localizado, mucosa levemente hipocorada, MV diminuído	<input type="checkbox"/> Alterações das condições clínicas como: 2 ou mais sinais vitais instáveis, rebaixamento do nível de consciência (sonolento ou torporoso), alteração do estado emocional (agitado e triste), não falam, com desequilíbrio hídrico e cardiopulmonar (anasarca, desidratado, hipocorado, ciantótico, perfusão capilar diminuída e/ou pulso arritmico)
	<input type="checkbox"/> Não necessitam de oxigênio complementar	<input type="checkbox"/> Necessitam de oxigênio complementar
	<input type="checkbox"/> Apresentam incontinência urinária e risco para constipação intestinal	<input type="checkbox"/> Apresentam incontinência urinária e fecal e/ou presença de constipação intestinal
<input type="checkbox"/> Apresentam dificuldade para se deslocar ao Centro de Saúde (às vezes ou frequentemente)	<input type="checkbox"/> Apresentam dificuldade para se deslocar ao Centro de Saúde (sempre)	
<input type="checkbox"/> Presença de feridas superficiais que demandam curativo simples como: óleos, pomadas e soro fisiológico. Risco para úlcera por pressão (Escala de Braden)	<input type="checkbox"/> Presença de úlceras por pressão superficiais e/ou mais profundas que demandam curativos especiais e complexos como: hidrocolóide, alginato, carvão ativado, etc.	
<input type="checkbox"/> Dependentes em 3 a 5 AVD (Índice de Katz)	<input type="checkbox"/> Dependentes em todas as AVD (Índice de Katz)	
Contexto Social e familiar	<input type="checkbox"/> Vulnerabilidade no contexto familiar, como: idosos cuidando de idosos, sentimentos de tristeza e solidão, modificações no ritmo de vida e de trabalho da família, sem mais alterações no relacionamento entre os membros familiares	<input type="checkbox"/> Vulnerabilidade no contexto familiar, como: idosos residindo sozinhos, idosos cuidando de idosos, sentimentos de tristeza, solidão preocupação e dependência do outro; modificações no ritmo de vida e de trabalho da família, com alteração do relacionamento entre os membros familiares
	<input type="checkbox"/> Cuidador com problemas de saúde crônicos compensados	<input type="checkbox"/> Cuidador com problemas de saúde crônicos descompensados ou agudo
	<input type="checkbox"/> Cuidador utiliza até 3 grupos de medicamentos	<input type="checkbox"/> Cuidador utiliza acima de 3 grupos de medicamentos
	<input type="checkbox"/> Cuidador sente dor ou cansaço com menos intensidade (raramente ou às vezes) ao executar os cuidados	<input type="checkbox"/> Cuidador sente dor ou cansaço com mais intensidade (frequentemente ou sempre) ao executar os cuidados
	<input type="checkbox"/> Cuidador com dificuldade para dormir, mas sem dependência de medicamentos	<input type="checkbox"/> Cuidador depende de medicamentos para dormir

<input type="checkbox"/> Cuidador orientado em relação aos cuidados e/ou sobrecarregado	<input type="checkbox"/> Cuidador sobrecarregado, sem orientações para os cuidados OU Ausência de cuidador
<input type="checkbox"/> Condições de moradia adequadas (boas condições de limpeza, ventilação e umidade), com ou sem risco para o usuário (rampas, degraus e desnivelamentos).	<input type="checkbox"/> Condições de moradia inadequadas, com risco para o usuário (condições de limpeza, ventilação e umidade inadequadas; presença de rampas, degraus e desnivelamentos). Usuários residindo em áreas de risco (sem abastecimento de água, sem energia elétrica, sem tratamento da água e/ou sistema de esgoto a céu aberto).
<input type="checkbox"/> Presença de equipamentos/materiais mínimos para o cuidado como: cadeira de rodas ou banho, suporte para deambulação, materiais para curativo	<input type="checkbox"/> Ausência de equipamentos/materiais mínimos para o cuidado como: cadeira de rodas ou banho, suporte para deambulação, colchão caixa de ovo, materiais para curativo

AD1 **AD2**



72-A partir das condições verificadas, estabeleça as condutas necessárias conforme cada dimensão:

	CONDUTAS
DIMENSÃO 1 (atentar para alterações da clínica do usuário)	
DIMENSÃO 2 (atentar para o risco para úlcera por pressão e grau de dependência para as AVD)	
DIMENSÃO 3 (atentar para: condições de moradia, relações familiares, cuidador e relações com a família, ambiente e recursos materiais)	

ANEXOS - ESCALAS DE CLASSIFICAÇÃO

ANEXO 1- AVALIAÇÃO DE RISCO PARA ÚLCERAS DE PRESSÃO - Escala de Braden:

- 1. PERCEPÇÃO SENSORIAL** (capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto):
- (1) **Completamente limitado:** não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquia a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou limitação da habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal).
 - (2) **Muito limitado:** responde somente a estímulos dolorosos. Não é capaz de comunicar desconforto a não ser por gemidos e inquietação, ou tem alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.
 - (3) **Levemente limitado:** responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou tem alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.
 - (4) **Nenhuma limitação:** responde aos comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
- 2. UMIDADE** (nível ao qual a pele é exposta à umidade):
- (1) **Constantemente úmida:** a pele é mantida úmida/molhada quase constantemente por transpiração, urina, exsudatos. A umidade é detectada cada vez que o paciente é movimentado ou posicionado.
 - (2) **Muito úmida:** a pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida/molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o plantão
 - (3) **Ocasionalmente úmida:** a pele fica ocasionalmente úmida/molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.
 - (4) **Raramente úmida:** a pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos horários rotineiros.
- 3. ATIVIDADE:** grau de atividade física
- (1) **Acamado:** mantém-se sempre no leito
 - (2) **Restrito à cadeira:** a habilidade de caminhar está severamente limitada ou abolida. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a sentar-se na cadeira.
 - (3) **Caminha ocasionalmente:** caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou na cadeira.
 - (4) **Caminha frequentemente:** caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada 2 horas durante o tempo em que está acordado

4. MOBILIDADE: habilidade de mudar e controlar as posições corporais

- (1) **Completamente imobilizado:** não faz nenhum movimento com o corpo por menor que seja, nem mesmo das extremidades sem ajuda.
 (2) **Muito limitado:** faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças freqüentes ou significantes sozinho.
 (3) **Levemente limitado:** faz freqüentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades, sem ajuda.
 (4) **Nenhuma limitação:** faz significantes e freqüentes mudanças de posição sem auxílio.

5. NUTRIÇÃO: padrão usual de ingestão alimentar

- (1) **Muito pobre:** nunca come toda a refeição. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não ingere suplemento alimentar líquido. Está em jejum ou é mantido com dieta líquida ou hidratação EV por mais de 5 dias
 (2) **Provavelmente inadequada:** raramente aceita uma refeição completa e geralmente come somente metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceita um suplemento alimentar ou recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentação por sonda.
 (3) **Adequada:** come mais da metade da maioria das refeições. Ingere um total de 4 porções de proteína (carne ou laticínio) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas usualmente aceita um suplemento oferecido ou está recebendo dieta por sonda ou NPT, que provavelmente atende a maior parte das necessidades nutricionais.
 (4) **Excelente:** come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemente alimentar.

6. FRICÇÃO E CISALHAMENTO:

- (1) **Problema existente:** requer assistência moderada a máxima para mover-se. É impossível levanta-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando freqüentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação que leva a quase constante fricção.
 (2) **Problema em potencial:** move-se, mas sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros equipamentos. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira, mas ocasionalmente escorrega para baixo.
 (3) **nenhum problema aparente:** move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.

Anexo 2 - ÍNDICE DE KATZ

OBS: Para cada área de funcionamento listada abaixo, assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal. Somente a 1ª coluna indica INDEPENDÊNCIA para realizar as AVD.

BANHO – banho de leito, banheira ou chuveiro

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Não recebe assistência | <input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou pernas) | <input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo |
|---|--|--|

VESTIR – pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos (caso usa)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente sem assistência | <input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos | <input type="checkbox"/> Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido |
|--|--|---|

IR AO BANHEIRO – dirigi-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã | <input type="checkbox"/> Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite | <input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar |
|---|--|---|

TRANSFERÊNCIA

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) | <input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou cadeira com auxílio | <input type="checkbox"/> Não sai da cama |
|---|---|--|

CONTINÊNCIA

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar | <input type="checkbox"/> Tem "acidentes" ocasionais
*acidentes = perdas urinárias ou fecais | <input type="checkbox"/> Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente |
|--|--|---|

ALIMENTAÇÃO

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência | <input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão | <input type="checkbox"/> Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral |
|--|--|---|

MANUAL DE PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO

Este MANUAL tem como objetivo orientar os profissionais de saúde quanto ao preenchimento do instrumento de avaliação dos usuários que demandam Assistência Domiciliar na Atenção Básica. Todos os itens do instrumento estão descritos e explicados de acordo com cada dimensão / categoria.

A- Antes de iniciar a coleta de dados, o avaliador deverá:

1. Esclarecer os objetivos da pesquisa ao usuário e família;
2. Apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitar assinatura do usuário e/ou família e deixar uma cópia com o mesmo (somente durante a pesquisa);
3. Preencher corretamente o cabeçalho do instrumento: assinalar o tipo de avaliador (médico, enfermeiro ou outro). Colocar o nome do avaliador e a data da avaliação. Registrar o nome da UBS, da ESF, o ACS responsável e sua respectiva microárea.
4. Explicar que algumas perguntas serão respondidas de acordo com a Escala de Likert que medirá a intensidade de várias situações da vida do usuário, família e/ou cuidador.

B- Sobre a Escala de Likert:

- Levando em consideração a baixa escolaridade dos usuários e de alguns cuidadores / familiares, a dificuldade de compreensão em alguns itens da escala (raramente e frequentemente) e a necessidade de sua utilização para a análise dos dados, segue um exemplo que poderá facilitar o seu uso:

Exemplo: Você sente dor no seu dia-a-dia? Se a resposta for sim, mostrar a escala e identificar: 0-Nunca sente dor; 1-Quase nunca sente dor (raramente); 2-De vez em quando sente dor (às vezes); 3-Quase sempre sente dor (frequentemente); 4-Sempre sente dor.

- Toda vez que utilizar a escala, identifique o que significa cada item (rosto) conforme demonstrado acima.

- A ordem das respostas poderá modificar de acordo com o tipo de pergunta. Se a pergunta estiver relacionada com uma situação negativa (ex: dor, dificuldade para dormir, usa medicamento para dormir, dificuldade para enxergar, sente cansaço no final do dia, sente desmotivado para cuidar do usuário, etc), a ordem dos itens será: 0-Nunca, 1-Raramente, 2-Às vezes, 3-Frequentemente, 4-Sempre. Se a pergunta estiver relacionada com uma situação positiva (ex: disposição e vontade para fazer atividades de lazer, com que frequência alguém cuida do usuário), a ordem dos itens será: 0-Sempre, 1-Frequentemente, 2-Às vezes, 3-Raramente, 4-Nunca.

C- Orientações ao Avaliador:

- A letra deverá ser legível e sem rasuras. Caso contrário, poderá gerar dúvidas e inconfiabilidade das informações.

- O instrumento deverá ser preenchido à caneta (azul ou preta).

- O avaliador deverá ter em mãos o prontuário do usuário e família para consultar diagnóstico médico, medicamentos em uso, etc.

- Faça as perguntas conforme descrito no questionário. Caso o respondente não compreenda, você poderá substituir a palavra ou frase por outra, preservando o sentido. Ex: Você apresenta engasgos durante a alimentação? OU Você engasga quando está comendo?

- Durante a entrevista com o usuário, confirmar os dados com o familiar/cuidador. Algumas vezes, o usuário poderá estar confuso e responder algumas questões de forma incorreta (Ex: quantidade de líquido por dia, número de vezes que alimenta por dia, etc).

DIMENSÃO 1 - ANAMNESE E CLÍNICA DO USUÁRIO

Item 1- Registrar o nome completo do usuário;

Item 2- Registrar o endereço completo do usuário: rua, bairro e telefones para contato

Item 3- Assinalar se o usuário tem ou não algum problema de saúde. Em caso de resposta afirmativa, assinale UMA ou MAIS opções, de acordo com os problemas descritos. Caso algum problema de saúde não esteja contemplado nas opções, assinale a opção OUTROS e coloque outro(s) problema(s) de saúde. Neste item, o avaliador deverá consultar o prontuário do usuário para confirmar e descrever o problema de forma correta.

Item 4- Descrever as queixas principais do usuário referente ao momento da avaliação.

Item 5- Assinalar se o usuário faz uso ou não de medicamentos. Em caso afirmativo, descrever todos os medicamentos em uso. Não há necessidade de colocar a dosagem.

mental, o cuidador ou familiar poderá responder as questões. Atenção somente nas questões 14.1, 15.1 e 16.

Item 6.1-Avaliar e perguntar como o usuário se alimenta (via de alimentação) e assinalar somente UMA OPÇÃO.

Item 6.2-Registrar o número de vezes que o usuário se alimenta por dia. Caso o usuário tenha dúvida sobre essa informação, tentar resgatar todas as vezes que o usuário se alimenta desde o momento que acordou até o momento que se deita.

Item 6.3- Avaliar se o usuário apresenta engasgos durante a alimentação de acordo com a Escala de Likert questionando a intensidade com que tal situação ocorre. Assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 7-Registrar a quantidade de líquido que o usuário ingere por dia. Solicitar que informe o número de copos que ele ingere e qual o tamanho do copo. Converter a quantidade para ml.

Item 8.1-Registrar o número de vezes que o usuário urina por dia. Assinalar a opção NÃO SE APLICA caso o usuário utilize fralda, SVD, coletor urinário ou apresente diurese no leito.

Item 8.2-Solicitar ao usuário que caracterize a cor da sua urina e assinalar, de acordo com as alternativas, apenas UMA OPÇÃO.

Item 8.3- Avaliar se o usuário acorda para urinar de acordo com a Escala de Likert questionando a intensidade com que tal situação ocorre. Assinalar apenas UMA OPÇÃO. Assinalar a opção NÃO SE APLICA caso o usuário utilize fralda, SVD, coletor urinário ou apresente diurese no leito.

Item 8.4- Avaliar o número de vezes que o usuário acorda para urinar. Assinalar a opção NÃO SE APLICA caso o usuário utilize fralda, SVD, coletor urinário ou apresente diurese no leito.

Item 9.1-Registrar o número de evacuações que o usuário apresenta por semana. Caso o usuário declare dois valores, considerar o maior número. Ex: 3 a 4 vezes por semana - considerar 4 vezes por semana.

Item 9.2-Solicitar ao usuário que caracterize a consistência das suas fezes e assinalar, de acordo com as alternativas, apenas UMA OPÇÃO.

Item 9.3- Avaliar se o usuário faz força para evacuar de acordo com a Escala de Likert questionando a intensidade com que tal situação ocorre. Assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 10.1-Avaliar a dificuldade que o usuário apresenta para dormir de acordo com a Escala de Likert questionando a intensidade com que tal situação ocorre. Assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 10.2-Avaliar se o usuário usa algum medicamento para dormir de acordo com a Escala de Likert questionando a intensidade com que tal situação ocorre. Assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 11.1-Avaliar a intensidade com que o usuário sente dor (física) no dia-a-dia dele de acordo com a Escala de Likert. Assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 11.2-Avaliar a intensidade com que o usuário sente-se disposto e com vontade para fazer atividades de diversão e/ou lazer de acordo com a Escala de Likert. Assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 12.1-Avaliar a intensidade com que o usuário costuma ingerir bebida alcoólica de acordo com a Escala de Likert. Assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 12.2-Avaliar a intensidade com que o usuário fuma de acordo com a Escala de Likert. Assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 13.1-Avaliar se o usuário apresenta dificuldade de locomoção de acordo com a Escala de Likert questionando a intensidade com que tal situação ocorre. Assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 13.2-Avaliar se o usuário apresenta dificuldade de ir ao Centro de Saúde de acordo com a Escala de Likert questionando a intensidade com que tal situação ocorre. Assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 14.1-Avaliar se o usuário apresenta dificuldade para enxergar de acordo com a Escala de Likert questionando a intensidade com que tal situação ocorre. Assinalar apenas UMA OPÇÃO. Assinalar o item NÃO SE APLICA caso o usuário não fale ou quando o familiar não sabe informar se enxerga bem.

Item 14.2-Assinalar se o usuário utiliza ou não óculos/lente.

Item 15.1-Avaliar se o usuário apresenta dificuldade para escutar de acordo com a Escala de Likert questionando a intensidade com que tal situação ocorre. Assinalar apenas UMA OPÇÃO. Assinalar o item NÃO SE APLICA caso o usuário não fale ou quando o familiar não sabe informar se escuta bem.

Item 15.2- Assinalar se o usuário utiliza ou não aparelho auditivo.

Item 16- Avaliar se o usuário costuma ter esquecimentos no seu dia-a-dia de acordo com a Escala de Likert questionando a intensidade com que tal situação ocorre. Assinalar apenas UMA OPÇÃO. Assinalar o item NÃO SE APLICA caso o usuário não fale.

AS QUESTÕES 17 A 38 REFEREM-SE AO EXAME FÍSICO DO USUÁRIO. Essa avaliação poderá ser realizada ao final da entrevista, de acordo com entrosamento criado.

Item 17- Mensurar os sinais vitais do usuário (pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e pulso) e registrar os valores nos espaços abaixo. Caso o usuário faça controle da glicemia capilar, registrar o último valor mensurado por ele ou pela família.

Item 18- Avaliar o estado de consciência do usuário e assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 19- Avaliar o estado emocional e assinalar se o usuário apresenta-se Calmo, Agitado OU Não se aplica. Avaliar também se o usuário encontra-se Alegre, Triste OU Não se aplica.

Item 20- Avaliar a comunicação do usuário e assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 21- Avaliar a aparência geral do usuário e assinalar uma opção para cada uma das seguintes características: anictérico OU ictérico; corado OU hipocorado; acianótico OU cianótico; hidratado OU desidratado; anasarca OU edema (obs: caso assinale o item EDEMA, colocar o local desta alteração)

Item 22- Realizar ausculta respiratória e assinalar UMA OU MAIS OPÇÕES. Na opção MV (murmúrio vesicular) diminuído ou abolido, colocar no espaço o local dessa alteração. Na opção RA (ruídos adventícios), especificar o(s) tipo(s) e o local dessa alteração.

Item 23- Assinalar se o usuário utiliza ou não oxigênio complementar. Em caso de resposta afirmativa, assinalar se é contínuo OU intermitente.

Item 24- Avaliar o aparelho cardiovascular e assinalar apenas UMA OPÇÃO em relação à perfusão capilar (preservada OU diminuída) e UMA OPÇÃO em relação ao pulso periférico (rítmico OU arritmico).

Item 25- Avaliar o abdome e assinalar apenas UMA OPÇÃO: normotenso OU tenso. Avaliar, assinalar se há ou não presença de visceromegalia e colocar o local dessa alteração. Realizar ausculta abdominal, verificar a presença de RHA (ruídos hidroaéreos) e assinalar apenas UMA OPÇÃO. Avaliar, assinalar se há ou não presença de massa palpável e colocar o local dessa alteração. (OBS: a palpação deverá ser realizada após a ausculta para não interferir no resultado desta avaliação).

Item 26- Avaliar os membros e assinalar UMA OU MAIS OPÇÕES. Especificar o local das alterações. Assinalar o item NÃO SE APLICA, caso o usuário não apresente alterações dos membros superiores e/ou inferiores.

Item 27- Assinalar apenas UMA OPÇÃO em relação à forma de eliminação urinária do usuário. Caso o usuário utilize mais de uma forma (Ex: marreco e fralda), questionar quanto tempo utiliza em cada das opções e assinalar aquela que demonstre ser a mais utilizada. Na opção SVA (sondagem vesical de alívio), colocar o intervalo de tempo entre as sondagens. Assinalar o item NÃO SE APLICA caso o usuário seja anúrico.

Item 28- Avaliar se o usuário possui incontinência urinária e assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 29- Assinalar apenas UMA OPÇÃO em relação à forma de eliminação intestinal do usuário. Caso o usuário utilize mais de uma forma (Ex: banheiro e comadre), questionar quanto tempo utiliza em cada uma das opções e assinalar aquela que demonstre ser a mais utilizada.

Item 30- Avaliar se o usuário possui incontinência fecal e assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 31- Registrar há quantos dias o intestino do usuário não funciona.

Item 32- Avaliar a região geniturinária e assinalar UMA OU MAIS OPÇÕES em relação à sua característica. Em caso de hiperemia, prurido e presença de secreções, especificar o local da alteração no espaço indicado. Assinalar o item NÃO AVALIADO caso não seja possível realizar tal avaliação.

Item 33- Avaliar o estado nutricional do usuário e assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 34- Avaliar a higiene corporal do usuário e assinalar apenas UMA OPÇÃO. Em caso de higiene corporal inadequada, utilizar o espaço para registrar qualquer observação.

Item 35- Avaliar a higiene bucal do usuário e assinalar apenas UMA OPÇÃO. Em caso de higiene bucal inadequada, utilizar o espaço para registrar qualquer observação. Assinalar o item NÃO AVALIADO caso não seja possível realizar tal avaliação.

Item 36-Avaliar a pele do usuário e assinalar UMA OU MAIS OPÇÕES em caso de pele hiperemiada, descamativa ou seca.

Item 37-Avaliar se há ou não presença de feridas e assinalar somente UMA OPÇÃO. Em caso afirmativo, registrar o tempo de existência da mesma.

Item 38-Este item deverá ser preenchido somente se a resposta do **item 37** for afirmativa. Neste caso, você deverá avaliar a quantidade de feridas do usuário e caracterizá-la cada uma em relação ao local; tamanho; tipo de tecido; profundidade; presença, quantidade e aspecto da secreção e presença de odor. Será possível a avaliação de 3 tipos de feridas diferentes no quadro de avaliação. Segue orientações de como avaliar e assinalar cada característica da(s) ferida(s): **a) Local da ferida:** avaliar o local e assinalar somente uma opção; **b) Tamanho da ferida:** Utilizar a parte interna de um pacote de gaze estéril para desenhar o formato da ferida ou aproximar uma régua (sem encostar no leito da ferida) e multiplicar o maior valor encontrado na horizontal com o maior valor encontrado na vertical. OBS: caso o usuário apresente 2 feridas próximas e a distância entre as duas for menor ou igual a 2 cm, considerar as duas feridas como se fosse uma e medir da mesma forma como explicado anteriormente; **c) Tipo de tecido:** avaliar o leito da ferida e assinalar somente uma opção. Caso a ferida apresente os 2 tipos de tecido, considerar aquele que é prevalente em relação ao espaço ocupado; **d) Profundidade:** calçar a luva plástica estéril e utilizar uma sonda uretral estéril nº 10 ou uma seringa de insulina estéril. Verificar se há presença de cavidades no leito da ferida e marcar até onde a sonda ou seringa introduziu. Considerar a maior cavidade no momento do registro. Retirar o material, aproximar a régua da sonda ou seringa e converter o tamanho para cm; **e) Presença de secreção:** avaliar e assinalar a presença ou não de secreção; **f) Quantidade de secreção:** avaliar e assinalar somente uma opção; **g) Aspecto da secreção:** avaliar e assinalar somente uma opção; **h) Odor:** avaliar e assinalar a presença ou não de odor.

DIMENSÃO 2 – GRAU DE DEPENDÊNCIA PARA AS AVD E RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO

Item 39-Este item refere-se à avaliação de risco para surgimento de Úlceras por Pressão. Consulte a escala (disponível nas páginas 7 e 8 do instrumento), avalie o paciente em cada fator de risco e assinale apenas uma opção na coluna AVALIAÇÃO (1 a 4). Após a avaliação de todos os fatores de risco, some os pontos e transcreva-o para o local indicado (Score Total). Classifique conforme legenda: caso o usuário apresente até 16 pontos (se for adulto) ou até 17 pontos (se for idoso), HÁ RISCO para Úlceras; caso o usuário apresente acima de 16 pontos (se for adulto) ou acima de 17 pontos (se for idoso), NÃO HÁ RISCO para Úlceras.

Segue abaixo exemplos de como deverá fazer a avaliação da Escala de Braden:

1. Percepção Sensorial - Você ou o usuário reage ou fala quando apresenta desconforto ou quando quer mudar de posição? Após a resposta do usuário ou familiar / cuidador, assinale apenas UMA OPÇÃO; **2. Umidade** - Toda vez que você ou o usuário apresenta diurese na fralda / leito, é feita a troca da fralda / roupa de cama? Quantas vezes é realizado a troca? Após a resposta do usuário ou familiar / cuidador, assinale apenas UMA OPÇÃO; **3. Atividade** - Você ou o usuário caminha dentro de casa? Qual a distância e com que frequência? Após a resposta do usuário ou familiar / cuidador, assinale apenas UMA OPÇÃO; **4. Mobilidade** - Você ou o usuário consegue mudar e controlar as posições no leito? Como é isso? Após a resposta do usuário ou familiar / cuidador, assinale apenas UMA OPÇÃO; **5. Nutrição** - Você ou o usuário aceita/come toda a refeição que é oferecida? O que ele come nas refeições (tentar recapturar com o usuário ou familiar /cuidador o que ele come em todas as refeições, para avaliar a quantidade de proteínas - carne e laticínios - que ele ingere por dia). Após a resposta do usuário ou familiar / cuidador, assinale apenas UMA OPÇÃO; **6. Fricção e Cisalhamento** - Você ou o usuário precisa de ajuda para mover-se no leito? Você ou o usuário escorrega na cama ou cadeira, sendo necessário ajustes de posição? Após a resposta do usuário ou familiar / cuidador, assinale apenas UMA OPÇÃO.

Item 40-Este item refere-se à classificação de dependência / independência do usuário em relação a seis AVD (Atividades da Vida Diária). Consulte a escala (disponível na página 8 do instrumento), avalie o grau de dependência para cada AVD conforme explicação da mesma e assinale somente UMA OPÇÃO para cada AVD. Após a avaliação de todos os itens, some o número de AVD que o usuário é independente e classifique-o conforme legenda. O usuário será considerado DEPENDENTE nas opções parcialmente e totalmente dependente.

Segue abaixo exemplos de como deverá fazer a avaliação do Índice de Katz:

1. Banho - Como é o banho? Você ou o usuário consegue lavar alguma parte do corpo? Precisa de ajuda em que? Após a resposta do usuário ou familiar / cuidador, assinale apenas UMA OPÇÃO; **2. Vestir** - Você ou o usuário pega as roupas no armário e veste sozinho? Precisa de ajudar para pegar as roupas? Precisa de ajuda para vestir? Consegue amarrar os sapatos? Após a resposta do usuário ou familiar / cuidador, assinale apenas UMA OPÇÃO; **3. Ir ao banheiro** - Você ou o usuário consegue ir ao banheiro para evacuar ou urinar? Consegue fazer a higiene e se veste após as eliminações? Se não vai ao banheiro, utiliza comadre / marreco ou faz na fralda? Após a resposta do usuário ou familiar / cuidador, assinale apenas UMA OPÇÃO; **4. Transferência** - Você ou o usuário consegue deitar e levantar da cama ou da cadeira? Precisa de

ajuda? Após a resposta do usuário ou familiar / cuidador, assinale apenas UMA OPÇÃO; **5.Continência** - Você ou o usuário consegue controlar a urina e a evacuação? Quando quer ir ao banheiro, consegue segurar a urina ou fezes ou suja a roupa íntima? Após a resposta do usuário ou familiar / cuidador, assinale apenas UMA OPÇÃO; **6.Alimentação** - Você ou o usuário consegue alimentar sozinho? Precisa de ajuda para cortar a carne ou passar manteiga no pão? Após a resposta do usuário ou familiar / cuidador, assinale apenas UMA OPÇÃO.

DIMENSÃO 3 – CONTEXTO SOCIAL: USUÁRIO, FAMÍLIA E CUIDADOR

A. AS QUESTÕES 41 A 45 REFEREM-SE AO PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DO USUÁRIO:

Item 41- Registrar a idade do usuário.

Item 42- Assinalar UMA OPÇÃO em relação ao sexo do usuário

Item 43- Avaliar a escolaridade do usuário e assinalar somente UMA OPÇÃO. O item ENSINO FUNDAMENTAL será considerado para o usuário que contém ensino fundamental completo ou incompleto. O item ENSINO MÉDIO será considerado para o usuário que contém ensino médio completo ou incompleto. Caso o usuário possua outro tipo de escolaridade (ex: curso técnico), assinalar a opção OUTRO e especificar.

Item 44- Avaliar a renda de todos os membros da família que residem com o usuário e assinalar somente UMA OPÇÃO. Caso o usuário ou a familiar não queira informar, assinalar a opção NÃO DECLARADA.

Item 45- Avaliar as condições de moradia do usuário e assinalar somente UMA OPÇÃO para cada uma das seguintes situações: abastecimento da água; energia elétrica; tratamento da água; destino do lixo; destino das fezes/urina.

B. AS QUESTÕES 46 A 49 REFEREM À DINÂMICA DE VIDA DA FAMÍLIA E DO USUÁRIO:

Item 46- Este item tem como objetivo conhecer as pessoas que residem com o usuário e aquelas que não residem, mas que participam do cuidado direto. Os membros da família que não residem e que participam do cuidado podem estar enquadrados nas seguintes situações: residem no mesmo lote, mas em casas diferentes; residem em casas próximas; etc. Preencha o quadro e descreva para cada membro da família: o nome, a idade, o sexo (masculino OU feminino), o grau de parentesco e se reside ou não com o usuário. Este quadro há espaço para 5 membros da família. Caso a família possua mais de 5 membros, utilizar o espaço no final da página 4.

47- Avaliar com que frequência cada membro da família descrito no quadro do **item 46** cuida do usuário. Utilizar a Escala de Likert para avaliar a intensidade com que cada membro cuida deste usuário e assinalar apenas UMA OPÇÃO. Nesta questão, o ideal é que o próprio usuário responda. Mas caso ele não fale ou apresente alteração do estado de consciência, o cuidador poderá responder.

Item 48- Questionar se o usuário se sente sozinho e utilizar a Escala de Likert para avaliar a intensidade com que tal situação ocorre. Assinalar apenas UMA OPÇÃO. Caso o usuário não se comunique, assinalar o item NÃO SE APLICA.

Item 49- Este item tem como objetivo avaliar os sentimentos do usuário em relação à doença e convívio familiar. Há 3 questões norteadoras e várias opções de resposta. Assinale UMA OU MAIS OPÇÕES, conforme as respostas do usuário. Explore ao máximo cada questão e descreva no espaço destinado às observações situações que não contemplam as opções de resposta ou que chamaram muito a sua atenção. Solicite aos familiares ou pessoas presentes que se retirem, no intuito que os questionamentos deste item evitem constrangimentos e favoreça maior aprofundamento das questões.

C. AS QUESTÕES 50 A 67 REFEREM AO CUIDADOR (familiar ou não):

OBS: antes de iniciar a avaliação do cuidador, solicite-o que mostre a você o domicílio para uma avaliação, na intenção de realizar as perguntas longe do usuário e evitar maiores constrangimentos.

Item 50- Avaliar quem exerce a atividade de cuidador e assinalar UMA das 3 opções: não há cuidador; cuidador não familiar OU cuidador familiar. Caso seja um cuidador não-familiar, assinalar SOMENTE UMA das opções, especificando o tipo de cuidador. Caso seja cuidador familiar, assinalar SOMENTE UMA das opções, especificando o grau de parentesco com o usuário. Caso o usuário possua 2 cuidadores familiares, considerar como cuidador principal aquele que passa a maior parte do tempo exercendo esses cuidados. O outro membro da família que cuida será descrito na opção 53 (se reveza as atividades com outra pessoa).

Item 51- Em caso de cuidador FAMILIAR, perguntar se o fato de ser cuidador compromete a renda da família. Assinalar apenas UMA DAS OPÇÕES. A opção NÃO SE APLICA refere-se quando não há cuidador ou em caso de cuidador não-familiar.

Item 52- Registrar o tempo que o cuidador exerce essa atividade.

Item 53- Avaliar se o cuidador reveza as atividades com outra pessoa e assinalar apenas UMA OPÇÃO. Em caso afirmativo,

registrar quem é essa pessoa (Ex: esposa, filha, filho, etc).

Item 54-Registrar o nome do cuidador

Item 55- Assinalar UMA OPÇÃO em relação ao sexo do cuidador.

Item 56-Registrar a idade do cuidador.

Item 57-Assinalar se o cuidador tem ou não algum problema de saúde. Em caso de resposta afirmativa, assinale UMA ou MAIS opções, de acordo com os problemas descritos. Caso algum problema de saúde não esteja contemplado nas opções, assinale a opção OUTROS e coloque outro(s) problema(s) de saúde. Neste item, o avaliador deverá consultar o prontuário do cuidador, caso este seja um membro da família.

Item 58-Descrever as queixas principais do cuidador referente ao momento da avaliação.

Item 59-Assinalar se o cuidador faz uso ou não de medicamentos. Em caso afirmativo, descrever todos os medicamentos em uso. Não há necessidade de especificar a dosagem.

Item 60-Avaliar a escolaridade do cuidador e assinalar somente UMA OPÇÃO. O item ENSINO FUNDAMENTAL será considerado para o cuidador que contém ensino fundamental completo ou incompleto. O item ENSINO MÉDIO será considerado para o cuidador que contém ensino médio completo ou incompleto. Caso o cuidador possua outro tipo de escolaridade (ex: curso técnico), assinalar a opção OUTRO e especificar.

Item 61-Avaliar a ocupação do cuidador e assinalar apenas UMA OPÇÃO. O item DONA DE CASA será considerado somente se o cuidador não estiver enquadrado nos seguintes itens: empregado, subempregado ou inativo.

Item 62-Avaliar se o cuidador recebeu alguma orientação em relação aos cuidados com o usuário e assinalar UMA DAS OPÇÕES.

Item 63-Em caso de resposta afirmativa no item 62, assinalar UMA opção em relação ao tipo de profissional ou pessoa que orientou o cuidador.

Item 64-Descrever o tipo de orientações que o cuidador recebeu.

Item 65.1-Avaliar a intensidade com que o cuidador sente dor (física) no dia-a-dia dele de acordo com a Escala de Likert. Assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 65.2-Avaliar a intensidade com que o cuidador, na presença de dor, torna o cuidado mais difícil de acordo com a Escala de Likert. Assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 65.3-Avaliar a intensidade com que o cuidador sente casado fisicamente ao final do dia de acordo com a Escala de Likert. Assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 65.4-Avaliar a intensidade com que o cuidador sente desmotivado para cuidar do usuário de acordo com a Escala de Likert. Assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 65.5-Avaliar a intensidade com que o cuidador faz atividades de diversão / lazer de acordo com a Escala de Likert. Assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 66.1-Avaliar a dificuldade que o cuidador apresenta para dormir de acordo com a Escala de Likert questionando a intensidade com que tal situação ocorre. Assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 66.2-Avaliar se o cuidador usa algum medicamento para dormir de acordo com a Escala de Likert questionando a intensidade com que tal situação ocorre. Assinalar apenas UMA OPÇÃO.

Item 67-Este item tem como objetivo avaliar os sentimentos do cuidador em relação às suas atividades e convívio familiar. Há 3 questões norteadoras e várias opções de resposta. Assinale uma ou mais, conforme a resposta do cuidador. Explore ao máximo cada questão e descreva no espaço destinado às observações situações que não contemplam as opções de resposta. OBS: Solicite ao cuidador que mostre o domicílio para você no intuito que os questionamentos deste item seja feito longe do usuário, evitando constrangimentos e favorecendo maior aprofundamento das questões.

D.AS QUESTÕES 68 A 70 REFERM AO AMBIENTE DOMICILIAR E RECURSOS MATERIAIS PARA A AD:

Item 68-Registrar o número de cômodos do domicílio do usuário.

Item 69-Avaliar as condições do domicílio e assinalar apenas UMA OPÇÃO para cada um dos 8 itens avaliados: condições gerais de limpeza, piso escorregadio, umidade de piso e paredes, ventilação / luminosidade do cômodo do usuário, presença de tapetes que possibilitem a queda, presença de degraus, presença de rampas, presença de desnivelamentos.

Item 70-Avaliar os recursos materiais necessários e disponíveis para a AD. Primeiramente, você deverá assinalar todos os

recursos indicados de acordo com a necessidade do usuário (assinale no que antecede o nome do material). Após, deverá verificar se este recurso necessário está ou não disponível e assinalar SIM ou NÃO para cada um. Caso o usuário necessite de algum material que não está contemplado na lista, assinale a opção OUTRO e descreva o material.

Item 71- Este item refere-se à classificação do usuário / família / cuidador em um tipo de Assistência Domiciliar (AD1 OU AD2). Leia atentamente os conceitos na tabela e para cada descrição, assinale apenas UMA OPÇÃO (ex: utilizam até 3 grupos de medicamentos OU utilizam acima de 3 grupos de medicamentos; alimentam-se por via oral OU alimentam-se por sonda, etc). Após a avaliação de todos os itens, assinale na escala (tipo régua) o quanto o usuário / família / cuidador encontra-se mais próximo, próximo OU menos próximo de AD1 ou AD2. Caso o usuário / família / cuidador não se enquadre em alguma das características, não é obrigatório assinalar a questão.

OBS: você deverá avaliar tanto a quantidade de itens assinalados em cada tipo de AD e o tipo de item assinalado. Essa é uma percepção sua!

Item 72- Após avaliação do usuário / família / cuidador, estabeleça as condutas (cuidados) necessárias de acordo com cada dimensão.

GLOSSÁRIO

Anasarca: edema generalizado resultante da acumulação de líquido no tecido celular e nas cavidades orgânicas.

Cianótico: coloração azulada da pele e/ou mucosa, resultante da má oxigenação do sangue

Consciente¹ / alerta²: ¹apto a julgar, refletir e decidir / ²acordado, abertura ocular espontânea

Creptações: tipo de ruído adventício caracterizado por ruídos não musicais de chocalhos ouvidos durante a ausculta respiratória. Também pode ser chamado de Estertores creptantes. Indicam movimento anormal de ar através das vias respiratórias cheias de líquido.

Descamativa: eliminação superficial da camada mais externa da pele em forma de escamas. Ocorre geralmente em pele ressecada.

Hiperemia: congestão sanguínea, levando à coloração avermelhada do local

Ictérico: coloração amarelada da pele em decorrência do aumento de pigmentos biliares no sangue e da sua impregnação na pele.

Incontinência: perda incontrolável / involuntária da urina ou fezes.

Murmúrio vesicular (MV): som respiratório normal, livre de RA.

Paresia: paralisia leve ou incompleta, que se manifesta com diminuição da força muscular

Parestesia: sensação anormal de picadas, formigamentos, etc. Distúrbio da sensibilidade.

Perfusão capilar: tempo que o sangue leva para preencher os vasos periféricos. Pode ser detectada ao pressionar com a ponta de um dos dedos e soltar. Normalmente o tempo de redução da palidez local varia em torno de 2 segundos

Plegia: ausência de movimentos e sensibilidade dos membros

Roncos: tipo de ruído adventício caracterizado por estertor áspero, ruidoso, forte e grave, causado por secreções nos grandes brônquios e traquéias. Mas também pode ser causado pela presença de tumor, corpo estranho, broncoespasmo ou espessamento de mucosas.

Secreção piosanguinolenta: que contém a mistura de pus e de sangue

Secreção serosa: líquido seroso que se assemelha ao soro do sangue, contido normalmente nas cavidades serosas.

Secreção serosanguinolenta: que contém a mistura de sangue e de serosidade

Sibilos: tipo de ruído adventício caracterizado por estertor seco, de tonalidade aguda, que lembra o sopro do vento. Assemelha-se a um assobio, chiado ou gemido

Sonolento: apresenta sonolência (=estado de adormecimento).

Torporoso: acorda somente aos estímulos dolorosos

Apêndice G– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Fase da Coleta de Dados)

O(a) Sr(a). está sendo convidado(a) para participar da pesquisa denominada **“TECNOLOGIAS PARA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA: EM BUSCA DE FERRAMENTAS QUE SUBSIDIEM O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA”** que tem como objetivo organizar a Assistência Domiciliar na Atenção Básica. Sua participação será através de entrevista após sua autorização, com a duração de no máximo 60 minutos, respondendo questões sobre escolaridade, trabalho e local de residência, problema de saúde que está passando, hábitos pessoais, características da sua moradia e as atividades da vida diária exercidas por você. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) – protocolo 007/2008 e pelo COEP da UFMG – parecer n. ETIC 449/08. Garantimos a você todos os direitos citados abaixo:

- solicitar, a qualquer momento, explicações sobre esta pesquisa, através dos telefones: 3409 9849 ou 8661 8304;
- Será mantido segredo sobre seu nome, local de trabalho, residência e a instituição que faz parte, além de qualquer outra informação que você possa ser identificado;
- Você terá o direito de negar responder qualquer questão ou fornecer informações que achar prejudicial ao seu estado físico, moral e social;
- solicitar que qualquer parte de sua fala não seja incluída em nenhum documento oficial, o que será imediatamente atendido;
- desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Os resultados da pesquisa serão publicados em jornais e revistas científicas, apresentados em eventos científicos / dissertação de mestrado e para equipes técnicas e de gestores da SMSA-BH para que possam ser utilizados no planejamento, organização e gestão da saúde nessa região. Uma cópia deste termo permanecerá com o Sr(a) e a outra ficará arquivada, juntamente com os demais documentos da pesquisa, com o pesquisador responsável, na Escola de Enfermagem da UFMG, sala 514, Av. Alfredo Balena, 190. Telefones: (31) 3409-9849.

Belo Horizonte, _____ de _____ 2009.

Assinatura do Participante:

Assinatura do pesquisador responsável:

Nívea Vieira Furtado Figueiredo

Apêndice H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Fase das Oficinas de Discussão)

O Sr.(a) é nosso convidado para participar da pesquisa intitulada “**Tecnologias na Assistência Domiciliar na Atenção Básica: em busca de ferramentas que subsidiem o trabalho da ESF**” que tem como objetivo organizar a Assistência Domiciliar na Atenção Básica. Sua participação será por meio de uma Oficina em que serão discutidos os dados coletados durante o Survey com os usuários / familiares e os dados do resultado da análise estatística, com duração máxima de 2 horas. O conteúdo das falas será registrado por meio de gravação digital e as imagens por meio de filmagem. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e lhe garantimos os direitos abaixo relacionados:

- solicitar, a qualquer momento, maiores esclarecimentos sobre essa pesquisa pelos telefones: 3409-9849 ou 8661 8304;
- sigilo absoluto sobre nomes, local de trabalho, residência e quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal e da instituição a qual pertence;
- ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julgar prejudicial à sua integridade física, moral e social;
- solicitar que parte das falas e/ou declarações sejam excluídas de documento oficial, o que será prontamente atendido;
- desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão publicados em jornais, revistas e eventos científicos, apresentados para equipes da SMSA-BH para que possa subsidiar a organização da Assistência Domiciliar da Atenção Básica. Uma cópia deste termo permanecerá com o Sr(a) e a outra ficará arquivada, juntamente com os demais documentos da pesquisa, com o pesquisador responsável, na Escola de Enfermagem da UFMG, sala 514, Av. Alfredo Balena, 190. Telefones: (31) 3409-9849.

Belo Horizonte, _____ de _____ 2009.

Participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável:

P/ _____

Enfermeira Nívea Vieira Furtado Figueiredo
Coordenadora da Pesquisa

Orientações para preenchimento: 1- O questionário é destinado aos usuários que demandam Assistência Domiciliar pela equipe de saúde na Atenção Básica. Leia atentamente as questões e marque conforme resposta do usuário / família. 2- Esclarecer o objetivo desta avaliação (conforme descrito abaixo). 3-Levar o prontuário da família para a visita. 4- Nas questões com opções de resposta NUNCA, RARAMENTE, ÀS VEZES, FREQUENTEMENTE OU SEMPRE, explicá-las conforme segue: SEMPRE (todo dia), FREQUENTEMENTE (quase todo dia), SEMPRE (de vez em quando), RARAMENTE (quase nunca) ou NUNCA (nunca).

OBJETIVOS:

- D) Classificar o tipo de Assistência Domiciliar (AD) necessário aos usuários da Atenção Básica (AB) a partir das dimensões: Clínica do usuário, Grau de dependência para as AVD e Contexto Social e familiar;
- E) Confirmar do tipo de AD predito pelo Auxiliar ou Técnico de Enfermagem para Programação da Assistência pela ESF
- F) Elaborar o Plano de Cuidados de Enfermagem aos usuários, cuidador e familiares;

Avaliador: Enfermeiro Médico / **Nome:** _____
Data avaliação: ____/____/____ **UBS:** _____ **ESF:** _____ **ACS/Microárea:** _____

DIMENSÃO 1 - ANAMNESE E CLÍNICA DO USUÁRIO

1-Nome: _____

2-Você tem algum problema de saúde? Não Sim - Qual (is)? - HAS DM tipo II AVE Alzheimer Neoplasias Artrose Outros: _____

3-O que você está sentindo nesse momento? (queixas principais): _____

4-Você faz uso de medicamentos? Não Sim - Quais? (colocar dosagem e os horários de administração) _____

5-Ingestão Alimentar:

5.1- Quantas vezes você se alimenta por dia?	_____
5.2- Você apresenta engasgos durante a alimentação?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca <input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre

6-Ingestão Hídrica:

Qual a quantidade de líquido que você ingere por dia?	_____ ml/dia
---	--------------

7-Hábito Urinário:

Normalmente, qual a cor da sua urina?	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> concentrada <input type="checkbox"/> hematúrica <input type="checkbox"/> colúrica
---------------------------------------	--

8-Hábito Intestinal:

Normalmente, qual a consistência das suas fezes?	<input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> pastosa/macia <input type="checkbox"/> líquida
--	---

9-Grau de Desconforto e Fadiga:

9.1- Você sente dor no dia a dia?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca <input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre
9.2-Você sente vontade p/ fazer atividades de diversão/lazer?	<input type="checkbox"/> 0-Sempre <input type="checkbox"/> 1-Frequentemente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Raramente <input type="checkbox"/> 4-Nunca

10-Sono:

10.1-Você tem dificuldade para dormir?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca <input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre
10.2-Você depende de algum medicamento para dormir?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca <input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre

11-Acuidade visual:

Você tem dificuldade de enxergar? <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> 0-Nunca <input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre
--	---

12-Memória:

Você costuma ter esquecimentos no seu dia a dia? <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> 0-Nunca <input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre
---	---

13-Dados vitais: PA: _____ mmHg FR: _____ irpm T: _____ °C P: _____ bpm GC: _____ mg/dl

14-Estado Consciência: Consciente/alerta Confuso Sonolento Torporoso

15-Comunicação: Conversa normalmente Dificuldade de falar/expressar-se Esquece o que está falando Não fala

16- Aparência geral: corado hipocorado hidratado desidratado edema: _____

17-Abdome: normotenso tenso **RHA:** presente diminuído ausente

18-Membros: Plegia-local: _____ Paresia-local: _____ Parestesia-local: _____ Amputação-local: _____ Não se aplica

19-Eliminação urinária: banheiro comadre / marreco fralda no leito
 coletor SVA _____ / _____ hs SVD Cistostomia Não se aplica

20-Eliminação Intestinal: banheiro comadre fralda ostomia no leito

21-Há quantos dias o seu intestino não funciona? _____

22-Estado Nutricional: Bom Emagrecido Acima do peso Obeso

23-Higiene Corporal: adequada inadequada - OBS: _____

24-Higiene Bucal: adequada inadequada - OBS: _____ Não avaliado

25-Pele: íntegra hiperemia seca não-íntegra

26-Avaliação da Ferida: (preencha o quadro caso o usuário apresente ferida):

Local da Ferida	Tamanho (cm ²)	Tipo de tecido	Profundidade (cm)	Presença de secreção?	Quantidade secreção	Aspecto secreção	Possui odor?
<input type="checkbox"/> sacral <input type="checkbox"/> trocantérica <input type="checkbox"/> calcâneo <input type="checkbox"/> maléolo <input type="checkbox"/> outro: _____		<input type="checkbox"/> Granulado <input type="checkbox"/> Necrótico		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> serosa <input type="checkbox"/> serosanguinolenta <input type="checkbox"/> purulenta <input type="checkbox"/> piosanguinolenta	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

27- AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO CLÍNICA DO USUÁRIO: a partir da anamnese e do exame físico realizado, classifique o grau de comprometimento clínico encontrado:

<input type="checkbox"/> Usuário com problema de saúde crônico compensado	<input type="checkbox"/> Usuário com maior grau de comprometimento clínico (agudo ou crônico descompensado)
---	---

27.1- JUSTIFICATIVA:

DIMENSÃO 2 - GRAU DE DEPENDÊNCIA PARA AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

28- ÍNDICE DE KATZ: avalie o grau de dependência para cada AVD descrita abaixo e classifique conforme legenda ao final da avaliação. OBS: Para cada função avaliada e listada abaixo, assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal. Somente a 1ª coluna indica INDEPENDÊNCIA para realizar as AVD. Será considerado DEPENDENTE os itens da 2ª e 3ª colunas.

FUNÇÕES	INDEPENDENTE	DEPENDENTE	
BANHO - Você precisa de ajuda para tomar banho? Que parte do corpo você consegue lavar sozinho?	<input type="checkbox"/> Não recebe assistência	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou pernas)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
VESTIR - Você consegue pegar as roupas e vestir-se sozinho, inclusive amarrar os sapatos?	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece despido (total ou parcial)
IR AO BANHEIRO - Você consegue ir ao banheiro para urinar e/ou evacuar? Após, consegue fazer sua própria higiene e se vestir?	<input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala, andador, barras ou cadeira de rodas e pode utilizar urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite	<input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
TRANSFERÊNCIA - Você consegue deitar-se e levantar-se da cama ou da cadeira sozinho?	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou cadeira com auxílio	<input type="checkbox"/> Não sai da cama

CONTINÊNCIA - Você consegue controlar a saída da urina e fezes? Quando quer urinar ou evacuar, consegue segurar até chegar ao banheiro?	<input type="checkbox"/> Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	<input type="checkbox"/> Tem “acidentes” ocasionais *acidentes = perdas urinárias ou fecais	<input type="checkbox"/> Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente
ALIMENTAÇÃO - Você consegue alimentar-se sozinho, inclusive cortar carne ou passar manteiga no pão?	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

Legenda - Tipo de Classificação

<input type="checkbox"/> 0- Independente nas 6 funções <input type="checkbox"/> 1-Independente em 5 funções e dependente em 1 função <input type="checkbox"/> 2-Independente em 4 funções e dependente em 2 funções <input type="checkbox"/> 3-Independente em 3 funções e dependente em 3 funções	<input type="checkbox"/> 4-Independente em 2 funções e dependente em 4 funções <input type="checkbox"/> 5-Independente em 1 funções e dependente em 5 funções <input type="checkbox"/> 6-Dependente para todas as funções
---	---

DIMENSÃO 3 - CONTEXTO SOCIAL: USUÁRIO, FAMÍLIA E CUIDADOR

A. PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DO USUÁRIO:

29- Idade: _____

30-Sexo: M F

31-Escolaridade:

- Sem escolaridade
- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Superior incompleto
- Superior completo

32-Renda dos membros da família:

- Até ½ SM
- De ½ a 1 SM
- De 1 a 2 SM
- De 2 a 3 SM
- De 3 a 5 SM
- De 5 a 10 SM
- Acima de 10 SM
- Sem rendimentos
- Não declarada
- Outro: _____

B. DINÂMICA DA VIDA FAMILIAR:

33- SENTIMENTOS DO USUÁRIO EM RELAÇÃO À DOENÇA E CONVÍVIO FAMILIAR (Explore as questões abaixo, marque UM ou MAIS itens e descreva as observações de acordo com a resposta do usuário):

Questões Orientadoras:

Respostas:

Descrição das observações:

<p>33.1. O que você deixou de fazer depois que ficou doente? E como você se sente em relação a isso?</p> <p>33.2. A sua doença afetou o dia-a-dia da sua família? E o seu relacionamento com eles? De que forma?</p> <p>33.3. Descreva como é o seu dia a dia.</p>	<input type="checkbox"/> Deixou de fazer as coisas do dia a dia; Deixou de trabalhar / de fazer atividades de lazer; Não faz mais nada <input type="checkbox"/> Sente-se sozinho(a), triste e/ou cansado(a) <input type="checkbox"/> Sente-se nervoso(a) e/ou preocupado(a) <input type="checkbox"/> Dependente, envergonhado(a) e culpado(a) pelo fato dos outros fazerem as coisas para ele(a) <input type="checkbox"/> A doença afetou o ritmo de vida e de trabalho da família <input type="checkbox"/> Alterações no relacionamento afetivo entre os membros da família <input type="checkbox"/> Modificações no relacionamento afetivo-sexual do usuário <input type="checkbox"/> Sem alterações no relacionamento entre os membros da família <input type="checkbox"/> O dia a dia se resume às necessidades vitais e ficar em casa	<input type="checkbox"/> Não se aplica (caso o usuário esteja confuso, não fale)
--	--	--

34- Relações Pessoais:

Você se sente sozinho(a)?

Não se aplica (usuário não fala)

0-Nunca 1-Raramente 2-Às vezes 3-Frequentemente 4-Sempre

C. CUIDADOR:

35-Quem exerce a atividade de cuidador?

- Familiar - grau de parentesco: esposa esposo filha filho mãe pai irmã irmão outro: _____
- Não-familiar - especificar: vizinho amigo contratado outro: _____
- Não há cuidador

36-Em caso de cuidador familiar: o fato de ser cuidador compromete a renda da família? Não Sim Não se aplica

37-Nome: _____ 38-Sexo: M F 39-Idade: _____

40-Há quanto tempo você exerce a função de cuidador? _____

41-Você reveza as atividades com outra pessoa? Não Sim - quem? _____

42-Você tem algum problema de saúde? Não Sim - Qual (is)? - HAS DM tipo II Outros: _____

43-O que você está sentindo nesse momento? (queixas principais): _____

44-Faz uso de medicamentos? Não Sim - Quais? (colocar dosagem e os horários de administração) _____

45-Escolaridade:

- Sem escolaridade
- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Superior incompleto
- Superior completo
- Outro: _____

46-Atualmente você está trabalhando?

- Empregado
- Desempregado
- Subempregado (serviços temporários, sem renda regular)
- Inativo (aposentado, pensionista, afastado)
- Dona de casa
- Outros _____

47-Você recebeu alguma orientação relativa aos cuidados com o paciente? Não Sim

48-Em caso afirmativo, quem o orientou? Enfermeiro Médico Fisioterapeuta TE/AE ACS Familiar

Outro: _____ / 49-Que tipo de orientações você recebeu? _____

50-SENTIMENTOS EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES DE CUIDADOR E CONVÍVIO FAMILIAR (Explore as questões abaixo, marque UM ou MAIS itens e descreva as observações de acordo com a resposta do cuidador). OBS: Caso não tenha cuidador, assinale Não se aplica:

Questões Orientadoras:	Respostas:	Descrição das observações:
<p>50.1. O que você deixou de fazer depois que assumiu as atividades de cuidador? Como você se sente em relação a isso?</p> <p>50.2. O fato de ser cuidador afetou o seu relacionamento com a família do paciente? De que forma?</p> <p>50.3 Descreva um dia do seu trabalho como cuidador</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Deixou de fazer as coisas do dia a dia; Deixou de trabalhar / de fazer atividades de lazer; Não faz mais nada<input type="checkbox"/> Não houve alterações no dia-a-dia do cuidador<input type="checkbox"/> Sente-se sozinho(a), triste e cansado(a)<input type="checkbox"/> Sente-se angustiado(a), deprimido(a) e desmotivado(a) / Sente falta de fazer as coisas que gostava de fazer<input type="checkbox"/> Alterações no relacionamento afetivo entre os membros da família<input type="checkbox"/> Sem alterações no relacionamento entre os membros da família.<input type="checkbox"/> Dia a dia cansativo e corrido: auxilia o usuário nas AVD, administra medicação e realiza todas as tarefas domésticas / Faz tudo.<input type="checkbox"/> A única atividade de lazer resume-se a assistir TV.	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Não se aplica (caso não tenha cuidador)

51-Grau de Desconforto e Fadiga:

51.1- Você sente dor no seu dia a dia?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca <input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre
51.2-No final do dia, você se sente cansado(a)?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca <input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre
51.3- Alguma vez você se sente desmotivado(a) para cuidar do paciente?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca <input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre
51.4- Você sente vontade p/ atividades de diversão / lazer?	<input type="checkbox"/> 0-Sempre <input type="checkbox"/> 1-Frequentemente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Raramente <input type="checkbox"/> 4-Nunca

52-Sono:

52.1-Você tem dificuldade para dormir?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca <input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre
52.2-Você depende de algum medicamento para dormir?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca <input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre

D. AMBIENTE E RECURSOS MATERIAIS PARA A AD:

53- Avalie as condições do domicílio em relação a:

Condições gerais de limpeza:	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	Piso escorregadio:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ventilação/luminosidade do cômodo:	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	Presença de degraus?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Há tapetes que possibilitem queda?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Presença de rampas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Umidade de piso e paredes:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Possui desnivelamentos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

54-Avalie os recursos necessários e disponíveis para a Assistência Domiciliar:

Recursos Necessários		Disponíveis?		Recursos Necessários		Disponíveis?	
<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Bengala		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Cadeira de higiene		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Andador		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Cama hospitalar		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Materiais de curativo		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Colchão caixa de ovo		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

55-CHECK LIST DA AVALIAÇÃO (Prezado profissional, a partir da avaliação e dos conceitos abaixo, assinale os tópicos encontrados referentes aos tipos de AD1 e de AD2). Caso não se aplique, deixe sem marcar:

		Assistência Domiciliar 1 (AD 1)	Assistência Domiciliar 2 (AD 2)
Anamnese e Clínica do Usuário	Grau de Dependência	<input type="checkbox"/> Usuários com problemas de saúde crônicos compensados	<input type="checkbox"/> Usuários com maior grau de comprometimento clínico (agudo ou crônico descompensado)
		<input type="checkbox"/> Utilizam até 3 grupos de medicamentos	<input type="checkbox"/> Utilizam acima de 3 grupos de medicamentos
		<input type="checkbox"/> Ausência de alteração das eliminações urinárias e intestinais	<input type="checkbox"/> Alteração das eliminações urinárias e/ou intestinais
		<input type="checkbox"/> Dificuldade para dormir, sem dependência de medicamentos	<input type="checkbox"/> Dependem de medicamento para dormir
		<input type="checkbox"/> Sentem dor ou desconforto com menos intensidade (raramente ou às vezes)	<input type="checkbox"/> Sentem dor ou desconforto com mais intensidade (frequentemente ou sempre)
		<input type="checkbox"/> Às vezes apresentam disposição para atividades de lazer.	<input type="checkbox"/> Sem disposição para atividades de lazer (raramente ou nunca)
		<input type="checkbox"/> Apresentam incontinência urinária e risco para constipação intestinal	<input type="checkbox"/> Apresentam incontinência urinária e fecal e/ou presença de constipação intestinal
		<input type="checkbox"/> Presença de feridas superficiais que demandam curativo simples como: óleos, pomadas e soro fisiológico.	<input type="checkbox"/> Presença de feridas superficiais e/ou mais profundas que demandam curativos especiais (hidrocolóide, alginato, carvão, etc)
Contexto Social e familiar		<input type="checkbox"/> Classificação final do Índice de Katz de 0 a 2	<input type="checkbox"/> Classificação final do Índice de Katz de 3 a 6
		<input type="checkbox"/> Vulnerabilidade no contexto familiar, como: idosos cuidando de idosos, sentimentos de tristeza e solidão, modificações no ritmo de vida e de trabalho da família, sem mais alterações no relacionamento entre os membros familiares	<input type="checkbox"/> Vulnerabilidade no contexto familiar, como: idosos residindo sozinhos, idosos cuidando de idosos, sentimentos de tristeza, solidão, preocupação e dependência do outro; modificações no ritmo de vida / trabalho da família, conflitos familiares (alteração do relacionamento entre os membros da família)
		<input type="checkbox"/> Cuidador com problemas de saúde crônicos compensados	<input type="checkbox"/> Cuidador com problemas de saúde crônicos descompensados /agudo
		<input type="checkbox"/> Cuidador utiliza até 3 grupos de medicamentos	<input type="checkbox"/> Cuidador utiliza acima de 3 grupos de medicamentos
		<input type="checkbox"/> Cuidador sente dor ou cansaço com menos intensidade (raramente ou às vezes) ao executar os cuidados	<input type="checkbox"/> Cuidador sente dor ou cansaço com mais intensidade (frequentemente ou sempre) ao executar os cuidados
		<input type="checkbox"/> Cuidador com dificuldade para dormir, mas sem dependência de medicamentos	<input type="checkbox"/> Cuidador depende de medicamentos para dormir
		<input type="checkbox"/> Cuidador orientado em relação aos cuidados	<input type="checkbox"/> Cuidador sobrecarregado, sem orientações para os cuidados <u>OU</u> Ausência de cuidador
		<input type="checkbox"/> Condições de moradia adequadas (boas condições de limpeza, ventilação e umidade), com ou sem risco para o usuário (rampas, degraus e desnivelamentos).	<input type="checkbox"/> Condições de moradia inadequadas, com risco para o usuário (condições de limpeza, ventilação e umidade inadequadas; presença de rampas/degraus/desnivelamentos). Usuários residindo em área de risco (sem saneamento ou áreas de conflitos sociais)
<input type="checkbox"/> Presença de equipamentos/materiais mínimos para o cuidado como: cadeira de rodas ou banho, suporte para deambulação, materiais para curativo	<input type="checkbox"/> Ausência de equipamentos/materiais mínimos para o cuidado como: cadeira de rodas ou banho, suporte para deambulação, colchão caixa de ovo, materiais para curativo		

CLASSIFICAÇÃO FINAL DO USUÁRIO EM AD1 ou AD2

56- ÍNDICE DE KATZ + DISPOSIÇÃO PARA O LAZER: (transcreva para o espaço abaixo os pontos obtidos da avaliação do Índice de Katz e da disposição para o lazer. Após, some as 2 colunas e classifique conforme legenda abaixo):

	Avaliação						Legenda preditiva A - Tipo de AD:		
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Pré-Classificação	Pontuação Total
Índice de Katz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> AD1	Até 5 pontos
Disposição para o lazer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4				
Score TOTAL:	_____ pontos						<input type="checkbox"/> AD2	Acima de 5 pontos	

57- ÍNDICE DE KATZ + TIPO DE DOENÇA (HAS) (0=Ausência de HAS e 1 = Presença de HAS) (Após classificação do Índice de Katz e conhecimento do tipo de doença, correlacione com a tabela de probabilidade do usuário pertencer à AD2:

Legenda Preditiva B- Probabilidade do usuário pertencer a AD2 (%)								
Katz	Tipo de Doença	(%)	Katz	Tipo de Doença	(%)	Katz	Tipo de Doença	(%)
0	0	<input type="checkbox"/> 9,6	5	0	<input type="checkbox"/> 33,4	3	1	<input type="checkbox"/> 45,1
1	0	<input type="checkbox"/> 12,7	6	0	<input type="checkbox"/> 40,6	4	1	<input type="checkbox"/> 52,8
2	0	<input type="checkbox"/> 16,5	0	1	<input type="checkbox"/> 24,5	5	1	<input type="checkbox"/> 60,4
3	0	<input type="checkbox"/> 21,2	1	1	<input type="checkbox"/> 30,6	6	1	<input type="checkbox"/> 67,5
4	0	<input type="checkbox"/> 26,9	2	1	<input type="checkbox"/> 37,6			

58- CRITÉRIOS PARA CONFIRMAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DO TIPO ASSISTÊNCIA REQUERIDA PELO USUÁRIO - AD1 ou AD2: a presença dos critérios abaixo pode alterar a classificação para AD2. Portanto, sugere-se que sejam considerados para a confirmação do tipo de Assistência Domiciliar necessária ao usuário

CRITÉRIOS A SEREM CONSIDERADOS PARA A CLASSIFICAÇÃO DO USUÁRIO EM AD2:	
1. Condição clínica do usuário: a- crônico compensado; b- maior grau de comprometimento clínico (agudo ou crônico descompensado)	2- Cuidador: a- sobrecarregado e/ou sem orientações para o cuidado; b- presença de dor no dia a dia (às vezes, frequentemente ou sempre) e/ou cansaço ao final do dia; c- sem disposição para o lazer (sempre e frequentemente)
3- Vulnerabilidade no contexto social e familiar: a- ausência de cuidador; b- idoso cuidando de idoso; c- sentimentos de tristeza e solidão acentuados do usuário e/ou cuidador; d- modificações no ritmo de vida e de trabalho da família; e- alterações no relacionamento afetivo entre os membros da família	4- Ambiente e recursos materiais: a- ausência de um ou mais equipamentos necessários para a assistência domiciliar; b- condições do domicílio inadequadas (rampas, desnivelamentos, presença de degraus).

59- CONDUTAS: A partir da avaliação, mantenha, reveja ou estabeleça as condutas necessárias:

	CONDUTAS
DIMENSÃO 1 <i>(atentar para alterações da clínica do usuário)</i>	
DIMENSÃO 2 <i>(atentar para o risco para úlcera por pressão e grau de dependência para as AVD)</i>	
DIMENSÃO 3 <i>(atentar para: condições de moradia, relações familiares, cuidador e relações com a família, ambiente e recursos materiais)</i>	

ASSINATURA / CARIMBO:

Orientações para preenchimento: 1- O questionário é destinado aos usuários que demandam Assistência Domiciliar pela equipe de saúde na Atenção Básica. Leia atentamente as questões e marque conforme resposta do usuário / família. 2- O objetivo da avaliação é monitorar a programação da assistência domiciliar implantada pela ESF. 3-Levar o prontuário da família para a visita. 4- Nas questões com opções de resposta NUNCA, RARAMENTE, ÀS VEZES, FREQUENTEMENTE OU SEMPRE, explicá-las conforme segue: SEMPRE (todo dia), FREQUENTEMENTE (quase todo dia), SEMPRE (de vez em quando), RARAMENTE (quase nunca) ou NUNCA (nunca).

Avaliador: Enfermeiro Médico / **Nome:** _____

Data avaliação: ____/____/____ **UBS:** _____ **ESF:** _____ **ACS/Microárea:** _____

DIMENSÃO 1 - ANAMNESE E CLÍNICA DO USUÁRIO

1-Nome: _____

2-Problemas de saúde: Não Sim - Qual (is)? HAS DM tipo II AVE Alzheimer Neoplasias Artrose
 Outros: _____

3-O que você está sentindo nesse momento? (queixas principais): _____

4-Medicamentos em uso: Não Sim - (dosagem e horários; alterações em relação à etapa diagnóstica) _____

5-Ingestão Alimentar:

5.1- Quantas vezes você está se alimentando por dia?	_____
5.2- Você está apresentando engasgos durante a alimentação?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca <input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre

6-Ingestão Hídrica:

Qual a quantidade de líquido que você está ingerindo por dia?	_____ ml/dia
---	--------------

7-Hábito Urinário:

Como está a cor da sua urina?	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> concentrada <input type="checkbox"/> hematúrica <input type="checkbox"/> colúrica
-------------------------------	--

8-Hábito Intestinal:

Como está a consistência das suas fezes?	<input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> pastosa/macia <input type="checkbox"/> líquida
--	---

9-Grau de Desconforto e Fadiga:

9.1- Você sente dor no dia a dia?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca <input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre
9.2- Você sente vontade p/ fazer atividades de diversão/lazer?	<input type="checkbox"/> 0-Sempre <input type="checkbox"/> 1-Frequentemente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Raramente <input type="checkbox"/> 4-Nunca

10-Sono:

10.1-Você tem dificuldade para dormir?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca <input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre
10.2-Você depende de algum medicamento para dormir?	<input type="checkbox"/> 0-Nunca <input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre

11-Memória:

Você costuma ter esquecimentos no seu dia a dia? <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> 0-Nunca <input type="checkbox"/> 1-Raramente <input type="checkbox"/> 2-Às vezes <input type="checkbox"/> 3-Frequentemente <input type="checkbox"/> 4-Sempre
---	---

12-Dados vitais: PA: _____ mmHg FR: _____ irpm T: _____ °C P: _____ bpm GC: _____ mg/dl

13-Estado Consciência: Consciente/alerta Confuso Sonolento Torporoso

14-Comunicação: Conversa normalmente Dificuldade de falar/expressar-se Esquece o que está falando Não fala

15- Aparência geral: corado hipocorado hidratado desidratado edema: _____

16-Abdome: normotenso tenso **RHA:** presente diminuído ausente

17-Membros: Plegia-local: _____ Paresia-local: _____ Parestesia-local: _____ Amputação-local: _____ Não se aplica

18-Eliminação urinária: banheiro comadre / marreco fralda no leito
 coletor SVA _____/_____ hs SVD Cistostomia Não se aplica

19-Eliminação Intestinal: banheiro comadre fralda ostomia no leito

20-Há quantos dias o seu intestino não funciona? _____

21-Estado Nutricional: Bom Emagrecido Acima do peso Obeso

22-Higiene Corporal: adequada inadequada - OBS: _____

23-Higiene Bucal: adequada inadequada - OBS: _____ Não avaliado

24-Pele: íntegra hiperemia seca não-íntegra

25-Avaliação da Ferida: (preencha o quadro caso o usuário apresente ferida):

Local da Ferida	Tamanho (cm ²)	Tipo de tecido	Profundidade (cm)	Presença de secreção?	Quantidade secreção	Aspecto secreção	Possui odor?
<input type="checkbox"/> sacral <input type="checkbox"/> trocantérica <input type="checkbox"/> calcâneo <input type="checkbox"/> maléolo <input type="checkbox"/> outro: _____		<input type="checkbox"/> Granulado <input type="checkbox"/> Necrótico		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> serosa <input type="checkbox"/> serosanguinolenta <input type="checkbox"/> purulenta <input type="checkbox"/> piosanguinolenta	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

26- AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO CLÍNICA DO USUÁRIO: a partir da anamnese e do exame físico realizado, classifique o grau de comprometimento clínico encontrado:

<input type="checkbox"/> Usuário com problema de saúde crônico compensado	<input type="checkbox"/> Usuário com maior grau de comprometimento clínico (agudo ou crônico descompensado)
---	---

26.1- **JUSTIFICATIVA:**

DIMENSÃO 2 - Grau de Dependência para as Atividades da Vida Diária

27- **ÍNDICE DE KATZ:** avalie o grau de dependência para cada AVD descrita abaixo e classifique conforme legenda ao final da avaliação. OBS: Para cada função avaliada e listada abaixo, assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal. Somente a 1ª coluna indica INDEPENDÊNCIA para realizar as AVD. Será considerado DEPENDENTE os itens da 2ª e 3ª colunas.

FUNÇÕES	INDEPENDENTE	DEPENDENTE	
BANHO - Você precisa de ajuda para tomar banho? Que parte do corpo você consegue lavar sozinho?	<input type="checkbox"/> Não recebe assistência	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou pernas)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
VESTIR - Você consegue pegar as roupas e vestir-se sozinho, inclusive amarrar os sapatos?	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece despido (total ou parcial)
IR AO BANHEIRO - Você consegue ir ao banheiro para urinar e/ou evacuar? Após, consegue fazer sua própria higiene e se vestir?	<input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala/ andador/barras/cadeira de rodas e pode utilizar urinol à noite esvaziando sozinho pela manhã)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite	<input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
TRANSFERÊNCIA - Você consegue deitar-se e levantar-se da cama ou da cadeira sozinho?	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou cadeira com auxílio	<input type="checkbox"/> Não sai da cama
CONTINÊNCIA - Você consegue controlar a saída da urina e fezes? Quando quer urinar ou evacuar, consegue segurar até chegar ao banheiro?	<input type="checkbox"/> Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	<input type="checkbox"/> Tem "acidentes" ocasionais *acidentes = perdas urinárias ou fecais	<input type="checkbox"/> Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente
ALIMENTAÇÃO - Você consegue alimentar-se sozinho, inclusive cortar carne ou passar manteiga no pão?	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

Legenda - Tipo de Classificação

<input type="checkbox"/> 0-Independente nas 6 funções	<input type="checkbox"/> 4-Independente em 2 funções e dependente em 4 funções
<input type="checkbox"/> 1-Independente em 5 funções e dependente em 1 função	<input type="checkbox"/> 5-Independente em 1 função e dependente em 5 funções
<input type="checkbox"/> 2-Independente em 4 funções e dependente em 2 funções	<input type="checkbox"/> 6-Dependente para as todas as funções
<input type="checkbox"/> 3-Independente em 3 funções e dependente em 3 funções	

DIMENSÃO 3 - CONTEXTO SOCIAL: USUÁRIO, FAMÍLIA E CUIDADOR

A. PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DO USUÁRIO: 28- Idade: _____ 29-Sexo: M F

B. DINÂMICA DA VIDA FAMILIAR:

30- SENTIMENTOS DO USUÁRIO EM RELAÇÃO À DOENÇA E CONVÍVIO FAMILIAR (Evolua a situação encontrada na etapa diagnóstica):

Situação da Etapa Diagnóstica:

Evolução:

<input type="checkbox"/> A doença afetou o ritmo de vida e de trabalho da família <input type="checkbox"/> Alterações no relacionamento afetivo entre os membros da família <input type="checkbox"/> Modificações no relacionamento afetivo-sexual do usuário <input type="checkbox"/> Sem alterações no relacionamento entre os membros da família <input type="checkbox"/> O dia a dia se resume às necessidades vitais e ficar em casa	
---	--

C. CUIDADOR: Registrar evolução da situação encontrada na etapa diagnóstica:

Situação da Etapa Diagnóstica - tópicos a serem avaliados

Evolução

<ul style="list-style-type: none"> - Sentimentos em relação às atividades de cuidador e relacionamento com a família; - Dor e cansaço no dia a dia; - Motivação para cuidar do usuário/rodízio com familiares; - Disposição para atividades de lazer; - Sono: dificuldades e uso de medicamentos 	
---	--

D. RECURSOS MATERIAIS PARA A AD: Registrar evolução da situação encontrada na etapa diagnóstica:

Situação da Etapa Diagnóstica - tópicos a serem avaliados

Evolução

<ul style="list-style-type: none"> - Limpeza, ventilação e luminosidade do cômodo; - Risco para quedas: tapetes, piso escorregadio, umidades; - Disponibilidade de materiais para a AD: - Cadeira de rodas, cadeira de higiene, bengala, cama hospitalar, colchão casca de ovo, andador, material para curativos, outros. 	
---	--

CLASSIFICAÇÃO FINAL DO USUÁRIO EM AD1 ou AD2

32- ÍNDICE DE KATZ + DISPOSIÇÃO PARA O LAZER: (transcreva para o espaço abaixo os pontos obtidos da avaliação do Índice de Katz e da disposição para o lazer. Após, some as 2 colunas e classifique conforme legenda abaixo):

	Avaliação						Legenda Preditiva A - Tipo de AD:			
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Pré-Classificação	Pontuação Total	
Índice de Katz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> AD1	Até 5 pontos	
Disposição para o lazer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			<input type="checkbox"/> AD2	Acima de 5 pontos	
Score TOTAL:	_____ pontos									

33- ÍNDICE DE KATZ + TIPO DE DOENÇA (HAS) (0=Ausência de HAS e 1 = Presença de HAS) (Após classificação do Índice de Katz e conhecimento do tipo de doença, correlacione com a tabela de probabilidade do usuário pertencer à AD2):

Legenda Preditiva B - Probabilidade do usuário pertencer a AD2 (%)					
Katz	Ausência de HAS	Probabilidade (%)	Katz	Presença de HAS	Probabilidade (%)
0	0	<input type="checkbox"/> 9,6	0	1	<input type="checkbox"/> 24,5
1	0	<input type="checkbox"/> 12,7	1	1	<input type="checkbox"/> 30,6
2	0	<input type="checkbox"/> 16,5	2	1	<input type="checkbox"/> 37,6
3	0	<input type="checkbox"/> 21,2	3	1	<input type="checkbox"/> 45,1
4	0	<input type="checkbox"/> 26,9	4	1	<input type="checkbox"/> 52,8
5	0	<input type="checkbox"/> 33,4	5	1	<input type="checkbox"/> 60,4
6	0	<input type="checkbox"/> 40,6	6	1	<input type="checkbox"/> 67,5

34- CRITÉRIOS PARA CONFIRMAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DO TIPO ASSISTÊNCIA REQUERIDA PELO USUÁRIO - AD1 ou AD2: a presença dos critérios abaixo pode alterar a classificação para AD2. Portanto, sugere-se que sejam considerados para a confirmação do tipo de Assistência Domiciliar necessária ao usuário

CRITÉRIOS A SEREM CONSIDERADOS PARA A CLASSIFICAÇÃO DO USUÁRIO EM AD2:	
1. Condição clínica do usuário: a- crônico compensado; b- maior grau de comprometimento clínico (agudo ou crônico descompensado)	2- Cuidador: a- sobrecarregado e/ou sem orientações para o cuidado; b- presença de dor no dia a dia (às vezes, frequentemente ou sempre) e/ou cansaço ao final do dia; c- sem disposição para o lazer (sempre e frequentemente)
3- Vulnerabilidade no contexto social e familiar: a- ausência de cuidador; b- idoso cuidando de idoso; c- sentimentos de tristeza e solidão acentuados do usuário e/ou cuidador; d- modificações no ritmo de vida e de trabalho da família; e- alterações no relacionamento afetivo entre os membros da família	4- Ambiente e recursos materiais: a- ausência de um ou mais equipamentos necessários para a assistência domiciliar; b- condições do domicílio inadequadas (rampas, desnivelamentos, presença de degraus).

35- CONDUTAS: A partir da avaliação, mantenha, reveja ou estabeleça as condutas necessárias:

	CONDUTAS
DIMENSÃO 1 <i>(atentar para alterações da clínica do usuário)</i>	
DIMENSÃO 2 <i>(atentar para o risco para úlcera por pressão e grau de dependência para as AVD)</i>	
DIMENSÃO 3 <i>(atentar para: condições de moradia, relações familiares, cuidador e relações com a família, ambiente e recursos materiais)</i>	

ASSINATURA / CARIMBO:

Orientações para preenchimento: 1- O questionário é destinado aos usuários que demandam Assistência Domiciliar pela equipe de saúde na Atenção Básica. Leia atentamente as questões e marque conforme resposta do usuário / família. 2- Esclarecer o objetivo desta avaliação (conforme descrito abaixo). 3- Levar e consultar o prontuário nas questões mais específicas (tipo doença, medicação).

OBJETIVOS:

- A) Avaliar o usuário que demanda assistência domiciliar na atenção básica;
- B) Realizar a pré-classificação do usuário no tipo de Assistência Domiciliar 1 ou 2, para gerenciamento da atenção pela ESF.

Avaliador: Auxiliar / Técnico de Enfermagem / **Nome:** _____
Data avaliação: ____/____/____ **UBS:** _____ **ESF:** _____ **ACS/Microárea:** _____

DIMENSÃO 1 - ANAMNESE E CLÍNICA DO USUÁRIO

1-Nome: _____

2- Endereço: _____ Tel: _____

3-Você tem algum problema de saúde? Não Sim - Qual (is)? - HAS DM tipo II AVE Alzheimer Neoplasias
 Artrose Outros: _____

4-O que você está sentindo nesse momento? (queixas principais): _____

5-Você faz uso de medicamentos? Não Sim - Quais? (colocar dosagem e os horários de administração abaixo):

Nome medicamento	Dosagem / Horário	Nome medicamento	Dosagem / Horário
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

ATENÇÃO! Na questão 6, explicar ao usuário ou ao cuidador as opções de resposta, conforme segue: todo dia sente disposição para o lazer (SEMPRE), quase todo dia sente disposição (FREQUENTEMENTE), de vez em quando sente disposição (ÀS VEZES), quase nunca sente disposição (RARAMENTE) ou nunca sente disposição (NUNCA).

6-Grau de Desconforto e Fadiga:

Você se sente disposto e com vontade para fazer atividades de diversão / lazer? 0-Sempre 1-Frequentemente 2-Às vezes 3-Raramente 4-Nunca

7-Dados vitais: PA: _____ mmHg FR: _____ irpm T: _____ °C P: _____ bpm GC: _____ mg/dl

8-Estado Consciência: Consciente/alerta Confuso Sonolento Torporoso

DIMENSÃO 2 - GRAU DE DEPENDÊNCIA PARA AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

9- ÍNDICE DE KATZ: avalie o grau de dependência para cada AVD descrita abaixo e classifique conforme legenda ao final da avaliação. OBS: Para cada função avaliada e listada abaixo, assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal. Somente a 1ª coluna indica INDEPENDÊNCIA para realizar as AVD. Será considerado DEPENDENTE os itens da 2ª e 3ª colunas.

FUNÇÕES	INDEPENDENTE	DEPENDENTE	
BANHO - Você precisa de ajuda para tomar banho? Que parte do corpo você consegue lavar sozinho?	<input type="checkbox"/> Não recebe assistência	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou pernas)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
VESTIR - Você consegue pegar as roupas e vestir-se sozinho, inclusive amarrar os sapatos?	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece despido (total ou parcial)
IR AO BANHEIRO - Você consegue ir ao banheiro para urinar e/ou evacuar? Após, consegue fazer sua própria higiene e se vestir?	<input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala, andador, barras ou cadeira de rodas e pode utilizar urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite	<input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar

TRANSFERÊNCIA - Você consegue deitar-se e levantar-se da cama ou da cadeira sozinho?	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou cadeira com auxílio	<input type="checkbox"/> Não sai da cama
CONTINÊNCIA - Você consegue controlar a saída da urina e fezes? Quando quer urinar ou evacuar, consegue segurar até chegar ao banheiro?	<input type="checkbox"/> Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	<input type="checkbox"/> Tem "acidentes" ocasionais *acidentes = perdas urinárias ou fecais	<input type="checkbox"/> Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente
ALIMENTAÇÃO - Você consegue alimentar-se sozinho, inclusive cortar carne ou passar manteiga no pão?	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

Legenda - Tipo de Classificação

<input type="checkbox"/> 0-Independente nas 6 funções	<input type="checkbox"/> 4-Independente em 2 funções e dependente em 4 funções
<input type="checkbox"/> 1-Independente em 5 funções e dependente em 1 função	<input type="checkbox"/> 5-Independente em 1 função e dependente em 5 funções
<input type="checkbox"/> 2-Independente em 4 funções e dependente em 2 funções	<input type="checkbox"/> 6-Dependente para as todas as funções
<input type="checkbox"/> 3-Independente em 3 funções e dependente em 3 funções	

DIMENSÃO 3 - CONTEXTO SOCIAL: USUÁRIO, FAMÍLIA E CUIDADOR

A. PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DO USUÁRIO:

10- Idade: _____ 11-Sexo: M F 12-Renda Familiar: menos que 2 SM mais que 2 SM

B. DINÂMICA DA VIDA FAMILIAR:

13-Discriminação dos membros da família que residem com o usuário e/ou que participam do cuidado por idade, sexo, parentesco, podendo residir ou não com ele:

NOME	IDADE	SEXO	PARENTESCO	RESIDE COM O PACIENTE?
13.1-		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13.2-		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13.3-		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13.4-		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13.5-		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13.6-		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13.7		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

C. CUIDADOR:

14- Há cuidador? O cuidador é membro da família Há cuidador e não é um familiar Não há cuidador

CLASSIFICAÇÃO FINAL DO USUÁRIO EM AD1 E AD2

15- **ÍNDICE DE KATZ + DISPOSIÇÃO PARA O LAZER:** (transcreva para o espaço abaixo os pontos obtidos da avaliação do Índice de Katz e da disposição para o lazer. Após, some as 2 colunas e classifique conforme legenda abaixo):

Índice de Katz	Avaliação						Legenda Preditiva A-Tipo de AD			
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Pré-Classificação	Pontuação Total	
Disposição para o lazer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			<input type="checkbox"/> AD1	Até 5 pontos	
Score TOTAL:	_____ pontos								<input type="checkbox"/> AD2	Acima de 5 pontos

16- **ÍNDICE DE KATZ + TIPO DE DOENÇA (HAS):** (Após classificação do Índice de Katz e conhecimento do tipo de doença, correlacione com a tabela de probabilidade do usuário pertencer à AD2):

Legenda Preditiva B - Probabilidade do usuário pertencer a AD2 (%)					
Katz	Ausência de HAS	Probabilidade (%)	Katz	Presença de HAS	Probabilidade (%)
0	0	<input type="checkbox"/> 9,6	0	1	<input type="checkbox"/> 24,5
1	0	<input type="checkbox"/> 12,7	1	1	<input type="checkbox"/> 30,6
2	0	<input type="checkbox"/> 16,5	2	1	<input type="checkbox"/> 37,6
3	0	<input type="checkbox"/> 21,2	3	1	<input type="checkbox"/> 45,1
4	0	<input type="checkbox"/> 26,9	4	1	<input type="checkbox"/> 52,8
5	0	<input type="checkbox"/> 33,4	5	1	<input type="checkbox"/> 60,4
6	0	<input type="checkbox"/> 40,6	6	1	<input type="checkbox"/> 67,5

Apêndice L - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E PLANO DE CUIDADOS PARA O USUÁRIO E CUIDADOR EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (PARA O PRONTUÁRIO)

Orientações para preenchimento: 1-Assinale a Necessidade Humana Básica (NHB) afetada conforme os problemas encontrados na avaliação; 2-Correlacione as NHB com os possíveis Diagnósticos de Enfermagem (DE); 3-Assinale 1 ou mais itens da prescrição / condutas de enfermagem; 4-Os itens com o código (PE) são destinados às prescrições para o usuário / cuidador e com o código (CE) são orientações e condutas que o Enfermeiro deverá realizar.

Nome: _____ Data: ____/____/____

	NHB / DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE)	PRESCRIÇÃO (PE) / CONDUTAS DO ENFERMEIRO (CE)
DIMENSÃO: Contexto Social e Familiar	<input type="checkbox"/> NHB: Gregária / Espaço <input type="checkbox"/> DE: Isolamento social <input type="checkbox"/> DE: Processos familiares interrompidos; <input type="checkbox"/> DE: Risco de solidão <input type="checkbox"/> DE: Risco de abandono	<input type="checkbox"/> Encaminhar ao NASF a situação de abandono do usuário e discutir possibilidade de maior participação dos membros da família no cuidado ou de pessoas da própria comunidade (vizinhos, amigos) (CE) <input type="checkbox"/> Encorajar o usuário a dialogar com os familiares sobre as situações que o incomodam (CE) <input type="checkbox"/> Agendar reunião com a família para discussões de situações de vulnerabilidade (CE)
	<input type="checkbox"/> NHB: Integridade Física/Ambiente/Abrigo <input type="checkbox"/> DE: Manutenção do lar prejudicada	<input type="checkbox"/> Manter as janelas abertas durante o dia (PE) <input type="checkbox"/> Realizar limpeza da casa e do cômodo do paciente diariamente (PE) <input type="checkbox"/> Discutir com a Assistente Social (NASF) sobre as situações do ambiente, verificando possíveis intervenções (CE) <input type="checkbox"/> Orientar os familiares sobre a importância de retirar objetos que acumulam poeira (cortinas, tapetes) (CE)
	<input type="checkbox"/> NHB: Liberdade / Participação <input type="checkbox"/> DE: Risco de tensão do papel do cuidador <input type="checkbox"/> DE: Conflito de decisão <input type="checkbox"/> DE: Enfrentamento familiar comprometido	<input type="checkbox"/> Treinar o cuidador sobre as técnicas adequadas de transferência do leito para a cadeira e vice-versa (CE) <input type="checkbox"/> Reunir com os demais membros da família para definir rodízio de cuidados (CE) <input type="checkbox"/> Estimular o usuário a falar sobre suas angústias e medos com os familiares e cuidador (CE)
	<input type="checkbox"/> NHB: Recreação / Lazer <input type="checkbox"/> DE: Atividade de recreação deficiente <input type="checkbox"/> DE: Risco de solidão	<input type="checkbox"/> Realizar passeios próximo à residência (PE) <input type="checkbox"/> Estimular o cuidador a realizar atividades de descontração (CE) <input type="checkbox"/> Estimular o usuário a realizar atividades de lazer e relaxamento (CE)
	DIMENSÃO: Anamnese e Clínica do Usuário / Grau de Dependência para as AVD	<input type="checkbox"/> NHB: Cuidado Corporal <input type="checkbox"/> DE: Disposição para aumento do conforto <input type="checkbox"/> DE: Déficit no autocuidado para banho / higiene
<input type="checkbox"/> NHB: Eliminação / Motilidade <input type="checkbox"/> DE: Constipação percebida <input type="checkbox"/> DE: Risco de constipação <input type="checkbox"/> DE: Diarréia		<input type="checkbox"/> Oferecer alimentos laxativos na dieta (abobrinha, alface, cenoura crua, beterraba crua, couve, mamão, laranja) (PE) <input type="checkbox"/> Oferecer alimentos constipantes devido alteração da consistência das fezes (arroz, batata inglesa, cenoura cozida, limão, maçã, pão, chá preto, biscoito água e sal) (PE)
<input type="checkbox"/> NHB: Exercícios e Atividades Físicas / Mecânica Corporal / Locomoção <input type="checkbox"/> DE: Mobilidade Física Prejudicada <input type="checkbox"/> DE: Deambulação prejudicada <input type="checkbox"/> DE: Intolerância à atividade <input type="checkbox"/> DE: Risco de intolerância à atividade		<input type="checkbox"/> Alternar a posição dorsal (deitada) com a posição assentada durante o dia (mínimo 3 vezes ao dia) (PE) <input type="checkbox"/> Realizar mudança de posição no leito de 2/2 horas (PE) <input type="checkbox"/> Realizar pequenas caminhadas dentro de casa com o usuário durante o dia (2 a 3 vezes ao dia) (PE) <input type="checkbox"/> Realizar movimentos com o usuário no leito (PE) <input type="checkbox"/> Discutir com a família, redes sociais de apoio e/ou NASF a possibilidade de adquirir equipamentos necessários para a AD (andador, cama hospitalar, cadeira de rodas / higiene) (CE) <input type="checkbox"/> Solicitar avaliação do serviço de fisioterapia (NASF) (CE)
<input type="checkbox"/> NHB: Sono e Repouso <input type="checkbox"/> DE: Insônia		<input type="checkbox"/> Diminuir o consumo de café durante o dia (PE) <input type="checkbox"/> Reduzir a iluminação e estímulos visuais (TV) próximo ao horário de dormir (PE) <input type="checkbox"/> Colocar músicas calmas próximo ao horário de dormir (PE) <input type="checkbox"/> Tomar chás (camomila) próximo ao horário de dormir (PE)

NHB / DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE)	PRESCRIÇÃO (PE) / CONDUTAS DO ENFERMEIRO (CE)
<p>NHB: Integridade cutâneo-mucosa / Regulação imunológica</p> <p>() DE: Integridade da pele prejudicada</p> <p>() DE: Risco de integridade da pele prejudicada</p>	<p>() Hidratar a pele 3 vezes ao dia e após o banho (PE)</p> <p>() Trocar a fralda sempre que estiver úmida ou molhada (PE)</p> <p>() Passar pomadas para assaduras após a troca da fralda (PE)</p> <p>() Realizar limpeza adequada dos pés e secar bem entre os dedos (PE)</p> <p>() Realizar movimentos no leito e da cadeira para o leito sem atrito (“sem arrastar”) (PE)</p> <p>() Realizar troca de roupa ou da roupa de cama sempre que estiver úmida ou molhada (PE)</p> <p>() Comunicar ao Enfermeiro, técnico ou agente comunitário qualquer alteração da ferida (cor escura, secreção, cheiro forte) (PE)</p> <p>() Utilizar marreco ou bacia durante o dia e fralda à noite (PE)</p> <p>() Usar sapatos macios e fechados (PE)</p> <p>() Solicitar colchão caixa de ovo ao Distrito Sanitário (CE)</p>
<p>() NHB: Hidratação / Regulação Hidrisalina e Eletrolítica</p> <p>() DE: Risco de desequilíbrio de volume de líquidos</p>	<p>() Aumentar ingesta de líquidos para no mínimo 1,5 a 2,0 litros por dia (água, suco, chás, etc) (PE)</p> <p>() Manter a ingesta de líquidos em 1 litro por dia (restrição de água devido doença) (PE)</p> <p>() Preparar alimentos com pouco sal (dieta hipossódica) (PE)</p> <p>() Preparar alimentos com temperos naturais: cebola, alho, salsa. (PE)</p>
<p>() NHB: Integridade Física / Ambiente / Abrigo</p> <p>() DE: Risco de quedas</p> <p>() DE: Risco de aspiração</p> <p>() DE: Risco de infecção</p>	<p>() Colocar grades ou tábua de madeira nas laterais da cama para contenção(PE)</p> <p>() Evitar o uso de ceras no chão da casa, prevenindo quedas (PE)</p> <p>() Realizar banho na cadeira de higiene (PE)</p> <p>() Retirar tapetes entre os cômodos da casa (PE)</p> <p>() Oferecer alimentação somente na posição sentada ou com a cabeceira elevada (PE)</p> <p>() Manter o equipo de dieta fechado e lavar com água filtrada após cada alimentação (PE)</p> <p>() Lavar ao redor da sonda com água e sabão e secar após o banho (PE)</p> <p>() Realizar curativo da ferida diariamente após o banho (PE)</p> <p>() Discutir com usuário/familiares, redes sociais de apoio e/ou NASF sobre a possibilidade de colocar corrimão ou barras no banheiro (CE)</p> <p>() Discutir com usuário/familiares, redes sociais de apoio e/ou NASF sobre a possibilidade de criação de rampas nos degraus da casa e de diminuir os desnivelamentos (CE)</p> <p>() Discutir com o cuidador sobre a possibilidade de organizar melhor a disposição dos objetos no ambiente domiciliar (CE)</p> <p>() Encaminhar à fonoaudiologia (NASF) (CE)</p>
<p>() NHB: Nutrição</p> <p>() DE: Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais</p>	<p>() Alimentar de 3/3 horas (intercalar frutas e sucos entre as principais refeições - café da manhã, almoço e jantar) (PE)</p> <p>() Aumentar a ingestão de leite, frutas e verduras (verde escura) (PE)</p> <p>() Aumentar a ingestão de proteínas (leite, queijo, carne, ovo) (PE)</p> <p>() Lavar a sonda (entérica ou gastrostomia) com 20 ml de água filtrada após cada refeição (PE)</p> <p>() Diminuir a ingestão de doces e massas (PE)</p> <p>() Encaminhar o caso à nutricionista (NASF) (CE)</p>
<p>() NHB: Oxigenação</p> <p>() DE: Desobstrução ineficaz das vias aéreas</p>	<p>() Manter bacia com água debaixo da cama ou no quarto (PE)</p> <p>() Realizar nebulização com soro fisiológico ou vaporização com água filtrada morna e recipiente, durante 10 minutos, de 2 a 3 vezes ao dia, na presença de secreção espessa (PE)</p>
<p>() NHB: Terapêutica</p> <p>() DE: Controle familiar ineficaz do regime terapêutico</p> <p>() DE: Risco de glicemia instável</p>	<p>() Realizar rodízios nos locais de aplicação da insulina (PE)</p> <p>() Organizar os horários de administração das medicações (CE)</p> <p>() Orientar o cuidador/usuário em relação às informações importantes das afecções presentes: DM, HAS, etc. (CE)</p> <p>() Solicitar ao TE/AE medir a GC 1 x/sem ou conforme necessidade (CE)</p> <p>() Solicitar ao TE/AE medir a PA 1 x/sem ou conforme necessidade (CE)</p> <p>() Estimular o cuidador/usuário a realizar atividades orientadas pelo fisioterapeuta (CE)</p>
<p>() NHB: Regulação: cresc. celular/ hormonal</p> <p>() DE: Dentição prejudicada</p>	<p>() Dar preferência a alimentos pastosos ou bem cozidos (PE)</p>

**Apêndice M - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA O USUÁRIO / CUIDADOR EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
(PARA O DOMICÍLIO)**

Nome: _____ Data: ____/____/____

NHB	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	FREQUÊNCIA
Recreação / Lazer	() Realizar passeios próximo à residência	
Cuidado Corporal	() Colocar almofada no assento da cadeira de rodas para melhorar o conforto () Cortar as unhas frequentemente (1 X/semana) () Limpar as unhas diariamente () Realizar higiene do cabelo e couro cabeludo 2 a 3 vezes/semana () Realizar higiene oral após cada refeição	
Eliminação	() Oferecer alimentos laxativos (abobrinha, alface, cenoura e beterraba cruas, couve, mamão, laranja) () Oferecer alimentos constipantes devido alteração da consistência das fezes (arroz, batata inglesa, cenoura cozida, limão, maçã, pão, chá preto, biscoito água e sal)	
Exercícios / Locomoção	() Alternar a posição dorsal (deitada) com a posição assentada durante o dia (3 a 5 X / dia) () Realizar mudança de posição no leito de 2/2 horas () Realizar pequenas caminhadas dentro de casa com o usuário durante o dia (2 a 3 X / dia) () Realizar movimentos com o usuário no leito	
Sono e Repouso	() Diminuir o consumo de café durante o dia () Reduzir a iluminação e estímulos visuais (TV) próximo ao horário de dormir () Colocar músicas calmas próximo ao horário de dormir () Tomar chás (camomila) próximo ao horário de dormir	
Integridade da Pele	() Hidratar a pele 3 vezes ao dia e após o banho () Trocar a fralda sempre que estiver úmida ou molhada () Passar pomadas para assaduras após a troca da fralda () Realizar limpeza adequada dos pés e secar bem entre os dedos () Realizar movimentos no leito e da cadeira para o leito sem atrito ("sem arrastar") () Realizar troca de roupa ou da roupa de cama sempre que estiver úmida ou molhada () Comunicar ao Enfermeiro, técnico ou agente comunitário qualquer alteração da ferida (cor escura, secreção, cheiro forte) () Utilizar marreco ou bacia durante o dia e fralda à noite () Usar sapatos macios e fechados	
Hidratação	() Aumentar ingestão de líquidos para no mínimo 1,5 a 2,0 litros por dia (água, suco, chás) () Manter a ingestão de líquidos em 1 litro por dia (restrição de água devido doença) () Preparar alimentos com pouco sal (dieta hipossódica) () Preparar alimentos com temperos naturais: cebola, alho, salsinha	
Integridade Física / Ambiente	() Manter as janelas abertas durante o dia () Realizar limpeza da casa e do cômodo do paciente diariamente () Colocar grades ou tábua de madeira nas laterais da cama para contenção () Evitar o uso de ceras no chão da casa, prevenindo quedas () Realizar banho na cadeira de higiene () Retirar tapetes entre os cômodos da casa () Oferecer alimentação somente na posição sentada ou com a cabeceira elevada () Manter o equipo de dieta fechado e lavar com água filtrada após cada alimentação () Lavar ao redor da gastrostomia com água e sabão e secar bem após o banho () Realizar curativo da ferida diariamente após o banho	
Nutrição	() Alimentar de 3/3 horas (intercalar frutas e sucos entre as principais refeições - café da manhã, almoço e jantar) () Aumentar a ingestão de leite, frutas e verduras (folhas verde escura) () Aumentar a ingestão de proteínas (leite, queijo, carne, ovo) () Lavar a sonda (entérica ou gastrostomia) com 20 ml de água filtrada após cada refeição () Diminuir a ingestão de doces e massas	
Oxigenação	() Manter bacia com água debaixo da cama ou no quarto () Realizar nebulização com soro fisiológico ou vaporização com água filtrada morna e recipiente, durante 10 minutos, de 2 a 3 vezes ao dia, na presença de secreção espessa	
Terapêutica	() Realizar rodízios nos locais de aplicação da insulina	
Regulação	() Dar preferência a alimentos pastosos ou bem cozidos	
OBSERVAÇÕES:		

Apêndice N – Convite da segunda Oficina de Discussão com os profissionais das Equipes
de Saúde da Família



EQUIPE DE PESQUISA:

En^{fa}. Nívea Vieira Furtado Figueiredo

*Escola de Enfermagem da UFMG /
Coordenadora e Mestranda*

Prof^a. Dra. Maria Raquel G Maia Pires

Escola de Enfermagem da UFMG/Coordenadora

Anna Cláudia Martins

Aluna voluntária

Lucas Leite

Bolsista de Extensão – PROEX/UFMG

Luciana do Vale

Bolsista de Iniciação Científica - FAPEMIG

Marcelo Augusto

Bolsista de Iniciação Científica - FAPEMIG

Tiago Cupertino

Bolsista de Extensão – PROEX/UFMG

INFORMAÇÕES:

3409-9849 / 8661-8304

**II OFICINA DE
DISCUSSÃO DA
PESQUISA:**



**Tecnologias para
Assistência Domiciliar
na Atenção Básica: em
busca de ferramentas
que subsidiem o
trabalho da Equipe de
Saúde da Família**

Informações Gerais

Apresentação:

A pesquisa "Tecnologias para Assistência Domiciliar na Atenção Básica: em busca de ferramentas que subsidiem o trabalho da Equipe de Saúde da Família", aprovada pelo CEP da SMSA / BH - (protocolo 007/2008) e COEP da UFMG (parecer n. ETIC 449/08), propõe tecnologias para organizar a Assistência Domiciliar na Atenção Básica.

Objetivos da Pesquisa:

- 1- Analisar as tecnologias disponíveis nas ESF para sistematizar a Assistência Domiciliar (AD) na Atenção Básica (AB);
- 2- Avaliar o processo de trabalho dos profissionais da ESF quanto à sistematização da AD na AB;
- 3- Discutir com os profissionais da ESF a aplicabilidade de instrumentos para a sistematização desta assistência na AB;
- 4- Propor, a partir das intervenções realizadas, tecnologias para sistematização da Assistência Domiciliar na AB.

Lembre-se de levar o envelope com os instrumentos aplicados

Propósito da Oficina:

- 1- Discutir o Modelo Preditivo para a classificação do usuário no tipo de Assistência Domiciliar (AD1 ou AD2);
- 2- Apresentar a classificação final dos usuários em AD1 e AD2 de acordo com cada equipe e Centro de Saúde;
- 3- Propor um novo instrumento para a 1ª avaliação e o monitoramento do usuário que demanda AD
- 4- Sugerir uma Programação da Assistência para as ESF
- 5- Simular um caso prático aplicando os itens citados acima
- 6- Discutir a aplicabilidade do instrumento na prática do profissional
- 7- Discutir o Plano de Cuidados de Enfermagem para a AD *(somente com os Enfermeiros)*

Data da Oficina – Profissionais:

___/___/___ (___ feira)

Horário: 14 às 17 horas

Local: sala 513 – bloco sul da Escola de Enfermagem/UFMG - Rua Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia – BH

Data da Oficina – Enfermeiros

27 de Novembro / 2009 – 6ª feira

Local: CS São José – 14 às 17 horas

CONTAMOS COM VOCÊ!

Apêndice O - Planilha de Programação Semestral da Assistência Domiciliar na Atenção Básica

Orientações para programação de visitas domiciliares da Equipe Saúde da Família: Prezado profissional, após classificar o usuário, família e cuidador no tipo de assistência domiciliar requerida, se AD1 ou se AD2, utilize a planilha abaixo para programar a periodicidade de visitas do Técnico de Enfermagem (TE), do Enfermeiro (Enf) e do Médico (Med), conforme segue: 1- preencha o nome do usuário na coluna (a); depois, informe o tipo de AD necessária na coluna (b), colocando 1, para os usuários em AD1, e 2, para os usuários em AD2. Após, tecle ENTER, confira a periodicidade de visitas dos membros da ESF para o semestre.

Etapa Pré-Classificatória: visita do TE/AE para classificação prévia do usuário anterior à visita do médico ou do enfermeiro

Etapa Diagnóstica: visita do médico ou do enfermeiro para confirmação da classificação do tipo de AD após a visita do TE/AE

Etapa de Monitoramento

Nome do Usuário (a)	Tipo de AD (b)	JANEIRO			FEVEREIRO			MARÇO			ABRIL			MAIO			JUNHO			JULHO			
		Med	Enf	TE	Med	Enf	TE	Med	Enf	TE	Med	Enf	TE	Med	Enf	TE	Med	Enf	TE	Med	Enf	TE	
Usuário 1	1																						
Usuário 2	2																						
Usuário 3																							
Usuário 4																							
Usuário 5																							
Usuário 6																							
Usuário 7																							
Usuário 8																							

LEGENDA:

Med - Médico
 Enf - Enfermeiro
 TE - Técnico de Enfermagem / Auxiliar de Enfermagem
 Tipo de AD - 1 (AD1) ou 2 (AD2)

CONSULTAS

MÉDICO

ENFERMEIRO

TÉCNICO ENF

AD1

6/6 meses

3/3 meses

Mensal

AD2

4/4 meses

2/2 meses

Mensal ou quinzenal

