



**FAPAC - FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA.
CURSO DE ENFERMAGEM**

MÁRCIA FERREIRA SALES

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD) NA
QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ATENDIDOS**

PORTO NACIONAL, TO.

2017

MARCIA FERREIRA SALES

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD) NA
QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ATENDIDOS**

Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, como requisito para elaboração da pesquisa científica do curso de graduação em Enfermagem do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – Porto Nacional.

Orientador (a): Prof.º Esp. Alexandre Modesto Braune.

PORTO NACIONAL – TO.

2017

MARCIA FERREIRA SALES

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD) NA
QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ATENDIDOS**

Projeto de Pesquisa submetido ao curso de Enfermagem do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto - ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial do processo avaliativo da disciplina de TCCI.

PROJETO APRESENTADO EM: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

ORIENTADOR

PROF.º ESP. ALEXANDRE MODESTO BRAUNE.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – ITPAC PORTO

PROF. CONVIDADO

INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – ITPAC PORTO

PROF. CONVIDADO

INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – ITPAC PORTO

PORTO NACIONAL – TO

2017

RESUMO

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) realiza atendimento aos pacientes realocados para seu domicílio, onde prestam assistência necessária, com menos riscos e no ambiente familiar; influenciando positivamente no quadro clínico dos pacientes. A partir deste contexto esta pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), os serviços oferecidos e a sua contribuição na qualidade de vida dos pacientes atendidos, bem como identificar os obstáculos que impedem a efetividade dos serviços ofertados pelo SAD. E ainda, conhecer o perfil dos pacientes atendidos por este serviço e os seus respectivos cuidadores. Como também analisar as particularidades da equipe multiprofissional. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, e será utilizado um questionário que contribuirá na coleta dos dados, somando também o acompanhamento de consultas e informações contidas nos prontuários dos pacientes. E terá sua aplicação no período de agosto de 2017 a dezembro de 2018, posteriormente, a construção teórica será convertida em um artigo científico, o qual contribuirá com os resultados coletados. Para isso, a referida pesquisa atenderá todas as normativas éticas necessárias definidos na Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Serviço de Atenção Domiciliar, qualidade de vida.

ABSTRACT

The Home Care Service (SAD) provides care to the patients relocated to their home, where they provide necessary assistance, with less risk and in the family environment; positively influencing the patients' clinical status. From this context, this research is justified by the need to know the Home Care Service (SAD), the services offered and their contribution in the quality of life of the patients attended, as well as to identify obstacles that impede the effectiveness of the services offered by the SAD. Also, to know the profile of the patients served by this service and their respective caregivers. As well as analyzing the particularities of the multiprofessional team. This is a qualitative research, and a questionnaire will be used that will contribute to the collection of data, as well as the follow-up of consultations and information contained in the patients' medical records. And it will be applied in the period from August 2017 to December 2018, later, the theoretical construction will be converted into a scientific article, which will contribute to the results collected. Therefore, this research will meet all the necessary ethical norms defined in Resolution 196/1996 of the National Health Council.

Key words: Unified Health System, Home Care Service, quality of life.

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1 –** Lista de materiais a serem providenciados para a execução do projeto “A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD) NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ATENDIDOS” Janeiro a Dezembro de 2018.
- QUADRO 2 –** Cronograma e Planejamento do Projeto de Pesquisa “A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILAR (SAD) NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ATENDIDOS”. Janeiro a Dezembro de 2018.
- QUADRO 3 –** Planejamento de Execução do Projeto de Pesquisa “A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILAR (SAD) NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ATENDIDOS” Janeiro a Dezembro de 2018.

LISTA DE ABREVIATURAS

AD - Atenção domiciliar

CF - Constituição Federal

CEP- Comitê de ética em Pesquisa

EAB - Equipes de Atenção Básica

EMAD - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio

GT- Grupo de Trabalho

GM- Gabinete do Ministro

MS- Ministério da Saúde

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TO – Tocantins

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA.....	9
1.2 HIPÓTESE.....	9
1.3 JUSTIFICATIVA.....	10
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO.....	11
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	12
3.2 CONTEXTO HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO BRASIL....	13
3.3 DESOSPITALIZAÇÃO.....	14
3.4 SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR.....	15
4 METODOLOGIA.....	17
4.1 PROCEDIMENTOS.....	17
4.1.1 Tipo De Pesquisa.....	17
4.1.2 Local Da Pesquisa.....	17
4.2 INSTRUMENTOS A SEREM UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS....	17
4.2.1 Critérios de Inclusão.....	17
4.2.2 Critérios de Exclusão.....	18
4.2.3 Riscos e Benefícios.....	18
4.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	18
4.4 DESFECHOS.....	18
4.4.1 Desfecho Primário.....	18
4.4.2 Desfecho Secundário.....	18
4.5 POPULAÇÃO TOTAL.....	19
4.5.1 Amostra.....	19
4.5.1.1 Variáveis.....	19
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	19
4.6.1 Termo De Consentimento Livre e Esclarecido.....	20
4.6.2 Retenção De Amostras.....	20
5 ORÇAMENTO.....	21
6 CRONOGRAMA.....	22
7 PLANO DE TRABALHO.....	23
REFERENCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

O Brasil, assim como os países desenvolvidos, tem se deparado com um problema de saúde cada vez mais grave, em decorrência do crescente envelhecimento populacional, o aumento dos casos de doenças crônicas degenerativas, tem sido a principal causa atribuída a essa condição, o aumento da expectativa de vida, observado durante o decorrer das últimas décadas, em virtude da melhor qualidade de vida. (Moreira, et al 2014). Entre outras ocorrências externas como, os altos índices de acidentes, resultando em sequelas graves e incapacitantes.

Todos esses fatores fazem com que a demanda hospitalar seja crescente a cada dia, ocasionando um tumulto neste ambiente, sendo também atribuído a essa situação o fato das pessoas não estarem esclarecidas quanto aos níveis de atenção e/ou organização do sistema de saúde. Haja vista, um grande número de pessoas procuram os hospitais com demandas que eram para serem solucionadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), diminuindo assim a qualidade do atendimento e assistência prestada a seus usuários, e dificultando o atendimento aos que realmente precisam do nível de atenção mais complexas que são ofertadas nos hospitais. Contribuindo assim para um maior número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos, gerando uma maior hospitalização.

Dentro desse contexto, tem-se como uma urgência a discussão de novos arranjos organizacionais para ofertar políticas e programas públicos de qualidade, formar estruturas públicas capazes de reduzir ou solucionar os problemas de ineficácia, além de abeirar o cidadão do estado e uma consequente democratização das formas de acesso. Envolvendo planejamento estratégico, controle de resultados, transparência da gestão. Ou seja, ferramentas essas capazes de auxiliar os gestores a tomar as melhores providências e assim produzir serviços públicos efetivos em consonância com a real necessidade dos usuários (RODRIGUES,2013).

Nesse sentido, enfatiza-se a Atenção Domiciliar (AD) como uma nova modalidade de atenção à saúde, sendo esta, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestada em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. (RAS). (BRASIL, 2011) Modalidade essa que viabiliza a reestruturação dos acessos

aos serviços de saúde, visando otimizar o fluxo para liberação de leitos, tendo como foco principal essa desespiralização, contribuindo para a efetividade da qualidade dos serviços prestados, bem como a melhoria na qualidade de vida dos pacientes que continuam sendo assistidos em âmbito domiciliar.

Em 2013 foi criado através do grupo de trabalho (GT) do Ministério da Saúde (MS) o programa Melhor em Casa, que visa à expansão e à qualificação da atenção domiciliar, além de contribuir na qualificação dos Serviços de Atenção Domiciliar. (SAD). Sendo a Atenção domiciliar no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS) disciplinada pela Portaria GM/MS nº963, de 27 de maio de 2013. (BRASIL, 2014).

A relevância desse estudo se deve à necessidade de avaliar a contribuição do Serviço de Atenção Domiciliar, na qualidade de vida dos pacientes atendidos no município de Porto Nacional - TO. Uma vez que esse modelo de atenção à saúde tem sido amplamente difundido e tem como pontos fundamentais o paciente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Quais os obstáculos que dificultam o Serviço de Atenção Domiciliar, no município de Porto Nacional – TO, a garantir a qualidade de vida dos pacientes atendidos?

1.2 HIPÓTESE

Para que a assistência prestada pelo SAD seja realizada de forma integral e contribua na qualidade de vida dos pacientes por ele atendidos, os profissionais devem estar capacitados, sendo oferecidos a estes cursos de desenvolvimento profissional para que se integrem a todo tipo de realidade apresentada pelos pacientes atendidos. Mantendo sempre uma postura ética e cuidadora dos seus pacientes. Havendo ainda a necessidade de que os pacientes e cuidadores também sejam esclarecidos a respeito do serviço, para que sejam cientes da necessidade deste para uma melhor qualidade de vida.

1.3 JUSTIFICATIVA

Em decorrência do crescente envelhecimento populacional, o aumento dos casos de doenças crônicas degenerativas, os altos índices de acidentes resultando em sequelas graves, entre outras ocorrências, propicia a superlotação hospitalar, sendo que estes pacientes necessitam de internação de longa permanência. Situação essa que influencia no congestionamento do atendimento e na qualidade de vida destes.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) permite que esses pacientes sejam realocados para seu domicílio e recebam a assistência que necessitam de maneira cômoda, com menos riscos e no ambiente familiar, influenciando positivamente no seu quadro clínico de uma forma geral.

A partir deste contexto este trabalho justifica-se pela necessidade de conhecer o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), os serviços oferecidos e a sua contribuição na qualidade de vida dos pacientes atendidos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar a contribuição da assistência prestada pela equipe do SAD na qualidade de vida dos pacientes atendidos no município de Porto Nacional – TO.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Identificar os obstáculos que impedem a efetividade do SAD;
- Conhecer o perfil de pacientes atendidos pelo SAD e dos seus cuidadores;
- Analisar as particularidades da equipe multiprofissional.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Público de Saúde resultou de décadas de luta por um movimento que se denominou Movimento da Reforma Sanitária. Através deste, foi estabelecido pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142 o Sistema Único de Saúde (SUS). Algumas características desse sistema de saúde, começando pelo mais essencial, dizem respeito à colocação constitucional de que saúde é direito do cidadão e dever do Estado. (CARVALHO, 2013)

Antes da criação do Sistema Único de Saúde, a saúde pública era limitada apenas aos trabalhadores de carteira assinada, que cooperavam com a previdência social. Nesse sistema, desempregados, trabalhadores informais, donas de casa, entre outros, que não tinham condição de custear pela medicina privada, tinham que contar apenas com entidades filantrópicas de caridade e com a sorte. Era um modelo que não omitia a motivação de proteger a mão-de-obra para não ter perda da produção com a enfermidade dos trabalhadores e não se importava genuinamente com a saúde da população (MARTINO, 2013).

A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 no capítulo II, trata dos Princípios e Diretrizes do SUS:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da CF, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; X - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os

níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017).

Mediante a Lei Nº8.080 Art. 19 é estabelecido o atendimento domiciliar e a internação domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 19-I. São estabelecidos, § 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. § 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. § 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

3.2 CONTEXTO HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO BRASIL

Os primeiros serviços brasileiros de Atenção Domiciliar surgiram na década de 1960, alternativos à internação hospitalar e em resposta à crise de lotação desses serviços. Na década de noventa, com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e o processo de municipalização, surgiram serviços de Atenção Domiciliar de caráter municipal e territorial não necessariamente voltados só a uma clientela em internação hospitalar. Ao mesmo tempo, os serviços privados (*home care*) tornaram-se cada vez mais comuns. Com o desenvolvimento e a disseminação da atenção domiciliar, em 2002, é publicada a Lei nº 10.424, que acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, regulamentando a assistência domiciliar no SUS.

Além disso, em 2006, foi publicada a RDC nº11, Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dispondo sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar. As experiências em Atenção Domiciliar em municípios e estados seguiram com incipiente apoio técnico e financeiro federal. Assim, no início de 2011, foi retomado o tema da Atenção Domiciliar, por meio de um grupo de trabalho (GT) constituído pelo conjunto das áreas técnicas do Ministério da Saúde (MS) e por representantes de diversas experiências locais de atenção domiciliar. O produto do GT foi a criação do

Programa Melhor em Casa, que visa à expansão e à qualificação da atenção domiciliar. Hoje, a atenção domiciliar no âmbito do SUS é disciplinada pela Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013. Em 2013, o Melhor em Casa está presente em 226 municípios, com 644 equipes atuando. São 426 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs) e 216 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAPs), representando cerca de 42 milhões de brasileiros com uma equipe de Atenção Domiciliar de referência. (BRASIL, 2014).

O termo “assistência domiciliar” vem do inglês *home care* e significa cuidado do lar. Pode ser definido como um conjunto de práticas hospitalares viáveis de serem realizadas no domicílio do paciente. Envolve ações de saúde desenvolvidas por equipe multiprofissional. É um modelo em processo de ampliação por todo Brasil e surge como um novo recinto de trabalho para os profissionais de saúde (CARNAÚBA ET.AL 2017).

A PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013 Art. 1º Fica redefinida a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Para efeitos desta Portaria, considera-se: I - Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde; II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e III - Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

Objetivo da Atenção Domiciliar segundo a Portaria:

Art. 3º A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

3.3 DESOSPITALIZAÇÃO

Um dos eixos fundamentais da Assistência Domiciliar (AD) é a “desospitalização”. Propicia agilidade no processo de alta hospitalar com cuidado

continuado no domicílio, diminuindo intercorrências clínicas, por meio da manutenção de cuidado constante e organizado das equipes de atenção domiciliar; minimizando os riscos de infecções hospitalares por longo período de tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, especialmente, os idosos, oferecendo suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares, instituindo o papel do cuidador, podendo ser um parente, um vizinho, ou qualquer pessoa com vínculo emocional com o cliente e que se responsabilize pelo cuidado junto aos profissionais de saúde, e proporcionando autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital (BRASIL, 2012).

3.4 SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

O SAD é definido pela portaria de 27 de maio de 2013, como um Serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das EMAD e EMAP. Vinculado ao Programa Melhor em casa.

A Atenção Domiciliar, no âmbito do SUS, é organizado em três modalidades, AD1, AD2 e AD3 e são definidas a partir da caracterização do paciente, cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realização dessa assistência. Na Assistência Domiciliar modalidade1(AD1) os usuário possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, estes necessitam de cuidados com menor frequência e recursos de saúde. Sendo a assistência a essa modalidade de responsabilidade das equipes de atenção básica (AB) incluindo equipes de Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês. A assistência domiciliar modalidade 2 (AD2) e Assistência domiciliar modalidade 3 (AD3) destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde, dificuldade ou impossibilidade física de locomoção, que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuos e uso de equipamentos. Podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. Sendo a prestação de assistência à saúde nestas modalidades de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas

designadas para estas finalidade.(MANUAL DO MELHOR EM CASA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, P.5)

Corroborando com as atribuições direcionadas a equipe multiprofissional, seguindo-se as orientações recomendadas pela PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013:

Art.19 - Nas três modalidades de Atenção Domiciliar, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

I - trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde; II - identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades; III - abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações; IV - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar; V - elaborar reuniões para cuidadores e familiares; VI - utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento; VII - promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários; VIII - participar da educação permanente promovida pelos gestores; IX - assegurar, em caso de óbito, que o médico da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD1, emita o atestado de óbito; e X - apoiar na alta programada de usuários internados em hospitais inseridos no Município no qual atuam, através do estabelecimento de fluxos e protocolos com estes estabelecimentos de saúde.

A complexidade do paciente requer o trabalho multiprofissional considerando o ambiente em que ele está inserido e a sua situação clínica, social e afetiva. O trabalho da equipe deve considerar valores éticos e humanos e a autonomia individual. Além de constituir vínculos, de modo que o centro de sua atenção seja o cuidado integral, e não apenas os procedimentos técnicos. (BRASIL, 2015 p.16)

Desta maneira, a vinculação entre equipe de referência e cuidador é essencial para o entendimento de que o mesmo deve participar do processo de construção do plano terapêutico, considerando seus potenciais e obstáculos neste processo. Além desse contato também proporcionar um olhar para o cuidado ao cuidador, e propiciar uma melhor abordagem ao contexto familiar, social e cultural. (BRASIL, 2015 P.18)

4 METODOLOGIA

4.1 PROCEDIMENTOS

Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) a pesquisadora, encaminhará-se até o Núcleo de apoio e/ou instalações do SAD, para a aplicação do questionário aos profissionais desse serviço que se dispuser a colaborar com o trabalho, nesse mesmo local será feito um levantamento prévio nos prontuários dos pacientes que atendam aos critérios de inclusão a esta pesquisa. Posteriormente serão feitas as visitas domiciliares aos pacientes e cuidadores a fim de que estes respondam ao questionário destinado a eles.

4.1.1 Tipo De Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo.

4.1.2 Local Da Pesquisa

No núcleo do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), situado nas instalações da UPA, Rua Maria Angélica da Silva Prado, S/N, Setor Nova Capital e nos domicílios dos usuários atendidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar, todos localizados em Porto Nacional Tocantins.

4.2 INSTRUMENTOS A SEREM UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS

Aplicar o questionário semi estruturado (ANEXO) aos pacientes atendidos pelo SAD, cuidadores e da equipe que o compõem.

4.2.1 Critérios de Inclusão

- Ser usuário do Serviço de Atenção domiciliar (SAD);
- Pacientes em maior idade;
- Menores de idade autorizados pelos pais ou responsáveis;
- Ambos os sexos;

4.2.2 Critérios de Exclusão

- Pacientes que estão em internação hospitalar no período da coleta de dados;
- Menores não autorizados pelos pais ou responsáveis;
- Usuário que não sejam conscientes e orientados ou com comunicação verbal afetada, sem autorização de cuidador/familiar;
- Pacientes que recusarem a participar da pesquisa.

4.2.3 Riscos e Benefícios

Durante a coleta de dados há o risco de desconforto e constrangimento mínimo, os pacientes poderão ter um estresse emocional relacionado ao fato de relembrar as experiências com a doença ao serem entrevistados, bem como discriminação e estigma como resultado da invasão da privacidade, por ser em âmbito domiciliar. A pesquisa não apresenta nenhum risco físico, por não conter procedimentos invasivos, os participantes contribuirão com o ensino e a pesquisa bem como para melhoria da modalidade de assistência que lhes é prestada.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados dos questionários serão analisados a partir das respostas obtidas que serão classificadas em eixos para melhor apresentação dos resultados, e com as informações obtidas será feito um artigo para apresentação com os resultados encontrados e elucidação do problema de pesquisa.

4.4 DESFECHOS

4.4.1 Desfecho Primário

Esperamos discriminar após a execução do projeto quais são as contribuições que o Serviço de Atenção Domiciliar oferece na qualidade de vida dos seus pacientes.

4.4.2 Desfecho Secundário

Após a execução dessa pesquisa espera-se identificar os obstáculos que impedem a efetividade do SAD no município de Porto Nacional, ser conhecido o perfil de pacientes atendidos por ele, bem como a estrutura da equipe multiprofissional.

4.5 POPULAÇÃO TOTAL

Serão constituídos por 25 Pacientes internados, 25 cuidadores ou familiares e os 10 profissionais (1 médico, 1 Enfermeira, 4 Técnicos de enfermagem, 1 Assistente Social, 1 Psicólogo, 2 Fisioterapeutas) do Serviço de atenção Domiciliar (SAD). Totalizando uma população de 60 pessoas.

4.5.1 Amostra

A população de estudo será constituída por pacientes, que estarão internados no Serviço de Atenção domiciliar (SAD) vinculado ao programa Melhor em Casa, no período da pesquisa e/ou coleta de dados, seus cuidadores ou familiares, bem como de toda a equipe que compõe esse serviço.

4.5.1.1 Variáveis

- Gênero;
- Faixa etária;
- Escolaridade
- Profissão;
- Ocupação;
- Bairro onde reside;
- Doença de base;
- Unidade hospitalar de origem

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa deverá respeitar as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de saúde através da Resolução nº466 de 12 de Dezembro de

2012, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, respeitando os princípios que norteiam este tipo de pesquisa. Devendo ser livre e esclarecido os para todo indivíduo, além de ser submetida a um comitê de ética e pesquisa.

A pesquisa somente terá início após aprovação do Comitê de ética e Pesquisa / CEP e após a assinatura do TCLE.

4.6.1 Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

Será entregue ao participante da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, para que o mesmo possa compreender o objetivo da pesquisa, e se no caso concordar em participar deverá assinar o TCLE.

4.6.2 Retenção De Amostras

Neste projeto de pesquisa será necessário à retenção ou requisição de formulários, pois os dados serão coletados previamente nos prontuários e posteriormente por meio de entrevista e questionário previamente desenvolvido pela pesquisadora.

5 ORÇAMENTO

A despesa para realização desse projeto de pesquisa será subsidiada pela acadêmica Márcia Ferreira Sales acadêmica do curso de graduação em Enfermagem do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA do município de Porto Nacional - TO.

QUADRO 1 – LISTA DE MATERIAIS A SEREM PROVIDENCIADOS PARA A EXECUÇÃO DO PROJETO “A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD) NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ATENDIDOS” JANEIRO A DEZEMBRO DE 2018.

Qt.	Equipamentos e Produtos	Valor Unitário	Valor Total
50	Litros de combustível	3,80	190,00
	Total1		190,00
Qt.	Outras despesas	Valor Unitário	Valor Total
300	Xerox de Questionários	0,30	90,00
2	Canetas Esferográficas	1,00	2,00
50	Impressões	1,00	50,00
	Total2		R\$142,00
	Total Geral		R\$332,00

7 PLANO DE TRABALHO

QUADRO 3 – PLANEJAMENTO DE EXECUÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA “A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILAR (SAD) NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ATENDIDOS” JANEIRO A DEZEMBRO DE 2018.

TAREFA	RESPONSÁVEL	PERÍODO DE EXECUÇÃO
Seleção do orientador	Márcia Ferreira Sales Prof. Esp. Alexandre modesto Braune	Agosto 2017
Escolha do tema	Márcia Ferreira Sales Prof. Esp. Alexandre modesto Braune	Agosto 2017
Pesquisa bibliográfica	Márcia Ferreira Sales Prof. Esp. Alexandre modesto Braune	Agosto-Outubro 2017
Elaboração do projeto	Márcia Ferreira Sales Prof. Esp. Alexandre modesto Braune	Agosto-Outubro 2017
Apresentação do projeto	Márcia Ferreira Sales Prof. Esp. Alexandre modesto Braune	Novembro 2017
Submissão ao CEP	Márcia Ferreira Sales Prof. Esp. Alexandre modesto Braune	Dezembro 2017
Recebimento do Parecer do comitê de Ética	Márcia Ferreira Sales Prof. Esp. Alexandre modesto Braune	Janeiro-Fevereiro 2018
Aplicação dos questionários/coleta de dados	Márcia Ferreira Sales Prof. Esp. Alexandre modesto Braune	Março a Junho 2018
Análise dos dados obtidos e discussão dos resultados	Márcia Ferreira Sales Prof. Esp. Alexandre modesto Braune	Agosto-Outubro 2018
Elaboração do artigo científico	Márcia Ferreira Sales Prof. Esp. Alexandre modesto Braune	Agosto-Novembro 2018
Apresentação do artigo	Márcia Ferreira Sales Prof. Esp. Alexandre modesto Braune	Dezembro 2018

REFERENCIAS

_____. Brasil. Lei N.8.080, 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário oficial da união, Brasília, DF, 20 Set. 1990. P.18055. Disponível em > http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> acesso 09 de Setembro de 2017

_____. Brasil. Ministério da Saúde. **A Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar**/Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf acesso em 20 de Outubro 2017.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cuidados em terapia nutricional / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – 1. ed., 1.reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.3 v.: il. (Caderno de Atenção Domiciliar; v. 3). Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_v03.pdf acesso em 30 de Agosto 2017.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde.** Brasília : Ministério da Saúde, 2013. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf acesso em 01 de Setembro de 2017.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo do Melhor em casa.** P.5 disponível em > http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf< acesso em 07 de outubro de 2017.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar** Volume 01. Brasília - DF, 2012. Disponível em > http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf< acesso em 30 de Agosto 2017.

CARNAÚBA ET. AL. **Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2017; 20(3): 353-363. > http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n3/pt_1809-9823-rbgg-20-03-00352.pdf< acesso em 08 de Setembro 2017

CARVALHO, Gilson. **A Saúde pública no Brasil: Estudos avançados** São Paulo 27(78), 2013. Disponível em: > <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>< acesso em 23 de Outubro de 2017

MARTINO, Daniel Furtado. **Como Surgiu o SUS**: jornal O Povo do Estado do Rio de Janeiro na coluna Saúde, Mel e Limão.2013. disponível em > <https://oncovita.wordpress.com/2016/09/21/como-surgiu-o-sus/><em 22 de Outubro de 2017

_____ Ministério da Saúde (BR). PORTARIA n. 963, DE 27 DE MAIO DE 2013). **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em > http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauolegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html< acesso em 30 de Agosto de 2017

RODRIGUES, Francenildo Dantas. **Uma avaliação do serviço de atenção domiciliar/programa melhor em casa: o caso do hospital Monsenhor Walfredo Gurgel**. 2013. 160 f. Dissertação (Mestrado em Política e Gestão Pública) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.158.il.p.13 Disponível em > http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/16906/1/FracenildoDR_DISSERT.pdf< acesso em 08 de setembro de 2017

Souza et.al. **Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: Conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar*** Revista Mineira de Enfermagem-MG, 2014 p.164-172. Disponível em > [file:///C:/Users/User/Downloads/v18n1a13%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/v18n1a13%20(1).pdf)< acesso em 08 de setembro de 2017.

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO A SER APLICADO NA EXECUÇÃO DO PROJETO “A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD) NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ATENDIDOS”

PROFISSIONAL

Identificação

Nome: _____

Idade ____ anos.

Sexo: ()M ()F

Estado Civil: _____

Endereço: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Possui alguma especialização ou capacitação? ()sim ()não

Qual _____

Trabalha no SAD deste município desde; ____/____/____

Você conhece as legislações e portarias que regulamentam o SAD? ()Sim ()Não

Quais os procedimentos que você realiza neste serviço? _____

Você acha que esses procedimentos estão de acordo com a regulamentação do

SAD? ()Sim ()não

Porque? _____

Em sua opinião, quais as ações que faltam serem executadas pelo SAD?

O que você entende por qualidade de vida

O que você entende por uma assistência integral à saúde?

Em sua opinião, o SAD abrange essa integralidade junto aos assistidos?

()sim ()não

Qual a maior dificuldade encontrada para que a assistência do paciente seja efetiva?_____

O que você considera que precisa mudar no SAD?

ANEXO B - Questionário a ser aplicado na execução do projeto “A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD) NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ATENDIDOS”

PACIENTE

Nome: _____

Idade _____ anos.

Sexo: ()M ()F

Data de nascimento: _____/_____/_____

Estado civil: _____ tem filhos ()sim ()não quantos? _____

Endereço: _____

Escolaridade:

_____ Profissão: _____ Ocupação _____

Trabalha atualmente: ()sim ()não Raça/cor _____

Informações Sociodemográficas: situação no mercado de trabalho ()sem renda
()aposentado ()pensionista ()outros

O que você recebe é suficiente para as suas necessidades? ()sim ()não

Recebem ajuda de: ()familiares ()amigos () outros

Moradia ()própria ()alugada ()cedida ()outros

Água encanada ()sim ()não

Energia elétrica ()sim ()não

Rede de esgoto ()sim ()não

Data de admissão no SAD _____/_____/_____

Condição referida de saúde: _____

Limitação de mobilidade: ()sim ()não

Quantidades de refeições realizadas durante o dia? _____ quais? _____

Recebe alguma orientação nutricional ()sim ()nao

Realiza alguma tipo de lazer ()sim ()não tem sono preservado ()sim ()não

Sua vida sexual foi afetada após o problema de saúde?()sim ()não

Tem algum meio de transporte?()sim ()não

qual? _____

Faz uso de:

Como tomou conhecimento sobre o

SAD? _____

O serviço foi bem esclarecido para você antes da sua internação? ()sim ()não

Que tipo de cuidado e/ou assistência você recebe? _____

Identifica melhora em alguma área de sua vida após ser admitido no SAD?

()sim ()não Quais? _____

Em sua opinião, o que você considera que precisa melhorar?

ANEXO C - Questionário a ser aplicado na execução do projeto “A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD) NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ATENDIDOS”

CUIDADOR

Nome: _____ Idade _____

Sexo()M ()F Data de nascimento _____ / _____ / _____

Estado civil: _____

Sabe ler e escrever? () Sim () Não

Escolaridade: _____

Reside com o paciente? () Sim () Não

Tem algum parentesco com o paciente? () Sim () não

Qual? _____

Recebe alguma renda pelo cuidado exercido?() Sim () Não

Já conhecia o SAD?() Sim () Não

Acha que o SAD atende as necessidades do assistido? () Sim () não
porque? _____

Como tomou conhecimento do
SAD? _____

O Serviço foi bem esclarecido para você antes de admitir o paciente?
() Sim () não

Por qual profissional? _____

Como o Sr.(a) entende o funcionamento do
SAD? _____

Está satisfeito com o SAD? () Sim () Não

Consegue entender as orientações dos profissionais do SAD? () Sim () Não

Como é a sua relação com a equipe? () ruim () regular () boa () muito boa

O SAD oferece tudo o que promete? () Sim () Não

O SAD melhorou sua vida em algo?() Sim () Não
oque? _____

O que você gostaria que melhorasse no
SAD? _____