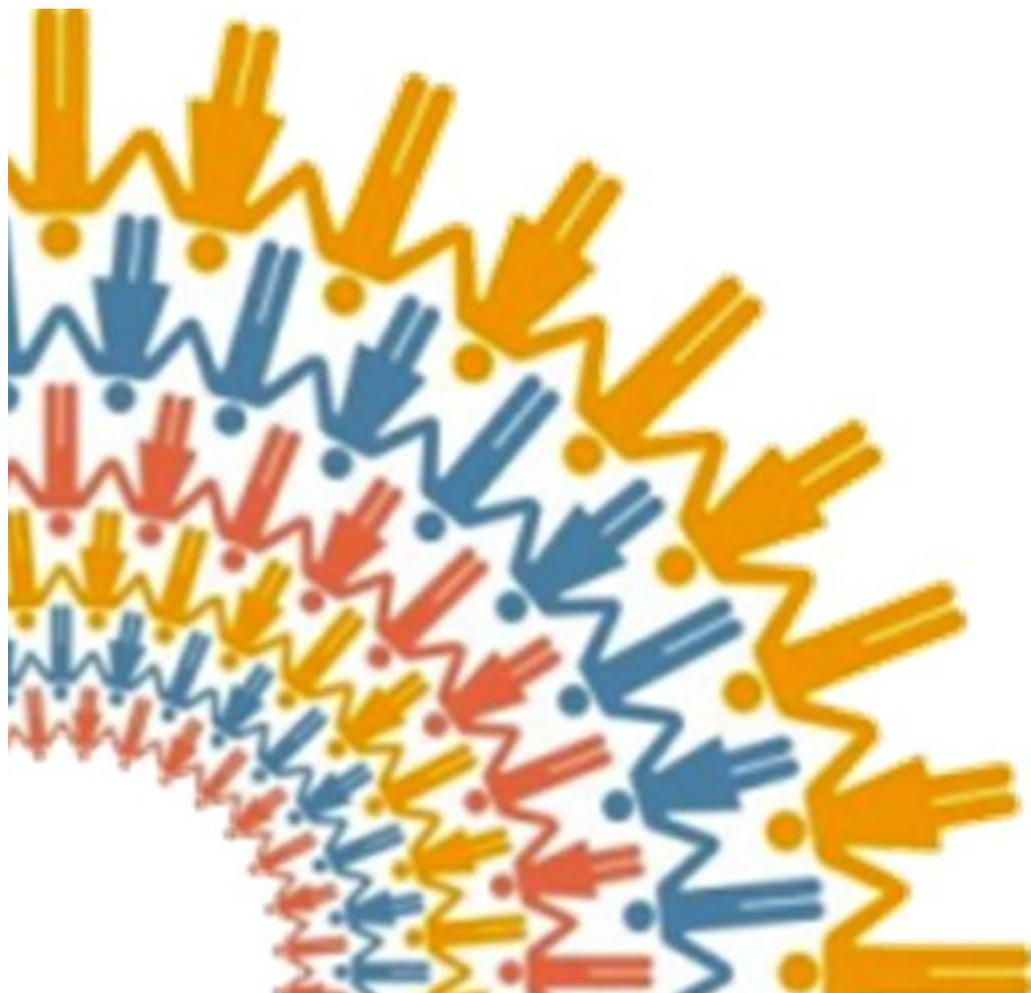


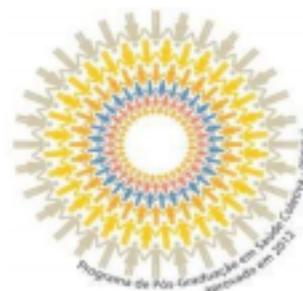
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

FERNANDA PASQUETTI MARQUES

**ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO NO CONTEXTO DAS EQUIPES DA  
ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS: A PERSPECTIVA  
DO PROFISSIONAL**



Porto Alegre  
2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

FERNANDA PASQUETTI MARQUES

**ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO NO CONTEXTO DAS EQUIPES DA  
ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS: A PERSPECTIVA  
DO PROFISSIONAL**

Porto Alegre

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

FERNANDA PASQUETTI MARQUES

**ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO NO CONTEXTO DAS EQUIPES DA  
ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS: A PERSPECTIVA  
DO PROFISSIONAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Fávero Bulgarelli

Porto Alegre

2018

#### CIP - Catalogação na Publicação

Marques, Fernanda Pasquetti  
ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO NO CONTEXTO DAS  
EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE PORTO  
ALEGRE/RS: A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL / Fernanda  
Pasquetti Marques. -- 2018.  
76 f.  
Orientador: Alexandre Fávero Bulgarelli.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2018.

1. Saúde do Idoso. 2. Assistência Domiciliar. 3.  
Atenção Primária à Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. I.  
Bulgarelli, Alexandre Fávero, orient. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

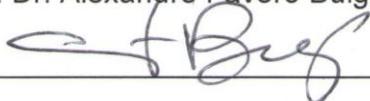
FERNANDA PASQUETTI MARQUES

**ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO NO CONTEXTO DAS EQUIPES DA  
ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS: A PERSPECTIVA  
DO TRABALHADOR**

Aprovado em 18/07/2018.

Orientador:

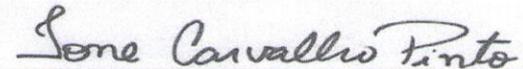
Prof. Dr. Alexandre Fávero Bulgarelli



---

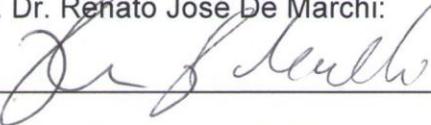
Banca avaliadora:

Prof. Dra. Ione Carvalho Pinto:



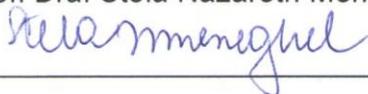
---

Prof. Dr. Renato José De Marchi:



---

Prof. Dra. Stela Nazareth Meneghel:



---

Porto Alegre, 18 de julho de 2018.

## **DEDICATÓRIA**

Ao Maurício, meu companheiro de vida, aquele que escolhi para dividir os sonhos mais secretos e uma caminhada linda, repleta de amor e cumplicidade.

## AGRADECIMENTOS

Alguns sonhos/desejos emanam desde os tempos mais remotos da infância e se perpetuam até a fase adulta, algum são realizados, outros permanecem na esfera dos devaneios até a velhice. A trajetória acadêmica, por sua vez, engloba diferentes ambientes e sujeitos sendo necessário recordar, reconhecer e agradecer aqueles que fizeram parte direta ou indiretamente dessa história.

Agradeço:

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva por primar a qualidade e humanização da pós-graduação.

À Faculdade de Odontologia da UFRGS que durante a graduação foi minha segunda casa.

À Banca de Qualificação, professores Dr. Renato José de Marchi e Aline Blaya Martins pelas contribuições que foram de suma importância para o seguimento da pesquisa.

Aos profissionais da saúde entrevistados que, gentilmente, cederam parte de seu tempo para debater sobre Atenção Domiciliar ao idoso no contexto da Atenção Básica no SUS.

Ao meu orientador, professor Dr. Alexandre Fávero Bulgarelli, por confiar em mim e acreditar no meu trabalho para a realização da pesquisa sob sua orientação de dissertação do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/PPGCol da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

À Prefeitura Municipal de Porto Alegre, em especial a Secretaria Municipal de Saúde e a Gerencia Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, pela receptividade e aceitação para a execução da pesquisa de mestrado.

Aos professores Dr. Renato José de Marchi, Dra. Cristianne Famer Rocha, Dra. Luciana Paiva, Dra. Camilla Mello dos Santos por contribuírem com a minha formação durante a graduação em Odontologia.

À minha família, tanto aqueles presentes como também aqueles que já partiram, por confiarem e investirem em mim.

À minha mãe, Jaqueline, por me acompanhar durante a coleta de dados da pesquisa do mestrado, sendo fonte de inspiração nos momentos mais conturbados da vida.

Ao meu pai, Fernando, pelos bons conselhos.

À minha irmã Amanda que mesmo sendo uma criança me ensina diariamente a ser feliz e perceber o quanto viver pode ser uma viagem ao “país da diversão”.

À minha avó, Irene, que gozando da sua lucidez aos 82 anos, fez com que a interpretação dos dados da pesquisa fosse um espelho do cotidiano.

À minha tia, Marcia, e aos meus primos, Gabriel e Lucas, por acreditarem em mim e sempre me darem força para continuar a caminhar.

À Ana Paula, pessoa e profissional incrível, que faz do seu trabalho uma inspiração.

Aos meus sogros, Jucelma e Arceu, e à minha cunhada, Letícia, por me acolherem de forma fraterna.

Aos locais em que trabalho por me permitirem atuar como uma profissional de perfil humano com olhar voltado para a Saúde Coletiva, compreendendo os compromissos do mestrado acadêmico.

Aos amigos, Camila Mezzari, Deise Kwiatkowski, Denise Albrecht, Fernanda Tavares, Francielle Santos, Lilian Tietz, Patrícia Távora, Taís Fontes e Waleska Tarzo, por serem capazes de aceitarem que às vezes o estudo faz com que nos distanciemos daqueles que tanto gostamos, mas nos une em momentos especiais.

À minha professora de língua portuguesa e literatura, Nara Odi, por sempre corrigir meus textos, e ser além de uma professora, ser uma amiga.

*“(...) E cada segundo, cada momento, cada instante  
É quase eterno, passa devagar  
Se o seu mundo for o mundo inteiro  
Sua vida, seu amor, seu lar  
Cuide tudo que for verdadeiro  
Deixe tudo que não for passar  
Palavras duras em voz de veludo  
E tudo muda, adeus velho mundo  
Há um segundo tudo estava em paz (...)”*

*Cuide Bem do Seu Amor - Os Paralamas do Sucesso*

## RESUMO

**Introdução:** Há, na atualidade, um aumento no contingente de idosos. No Brasil, esse processo está se dando de forma rápida. Em concomitância, tem-se no país um sistema de saúde em que a Atenção Básica é a responsável pela criação do vínculo com o usuário e pela integralidade e longitudinalidade do cuidado e da atenção. A demanda por serviços de Atenção Domiciliar (AD) por usuários idosos impossibilitados de acessar as Unidades de Saúde e/ou acamados é uma conjuntura que enseja discussões. **Objetivos:** A presente pesquisa tem por objetivo compreender a Atenção Domiciliar ao idoso, realizada na Atenção Básica, sob a perspectiva dos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) do distrito docente-assistencial da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Gerência Distrital Glória Cruzeiro Cristal, localizado no município de Porto Alegre. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de abordagem teórico-metodológica qualitativo, com desenho de pesquisa compreensivista, em que foram trabalhadas as percepções dos sujeitos participantes referente ao processo de acontecimentos dos atendimentos domiciliares. Em um primeiro momento, foram levantados dados sobre o contexto dos profissionais, bem como a história e a dinâmica da AD realizada no cenário do estudo. Levantaram-se, também, elementos provenientes dos contextos políticos e sociais deste modelo de atenção relacionando a realidade do município de Porto Alegre, especificamente do distrito docente-assistencial. No segundo momento, os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-dirigidas e após as transcrições os dados foram sistematizados e analisados segundo a Análise de Conteúdo, a partir de uma Análise Temática. Durante o terceiro momento, optou-se pela interpretação das categorias com o suporte teórico do referencial hermenêutico-dialético. Realizou-se a análise do consenso das percepções articulando-as com os contrastes referentes ao olhar para o dissenso, permitindo-se, desse modo, a construção da interpretação das categorias. **Interpretação e discussão das informações:** Foram sistematizadas três categorias de análise que são elas: A realidade do território e as possibilidades de cuidado dentro do domicílio; A integralidade da atenção enquanto ferramenta para efetivação da Atenção Domiciliar na Atenção Básica; O fluxo do serviço que propicia a rotina organizacional das visitas domiciliares aos idosos. **Conclusão:** Acredita-se que os resultados dessa pesquisa contribuam para o desenvolvimento do modelo assistencial da Estratégia de Saúde da Família do município, e impulsionem a elaboração de novas pesquisas sobre este tema tão importante para o cuidado de idosos. Além de valorizar ações da Atenção Domiciliar na Atenção Básica, reconhecendo o esforço dos profissionais que realizam de modo rotineiro essa modalidade de atenção à saúde.

Palavras-Chave: Saúde do Idoso. Assistência Domiciliar. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** There is an increase in Brazil, this process is happening quickly. Simultaneously, there is a health system where Primary Care is responsible for creating the link with users and for integrality and longitudinality of care. The demand for home care services by elderly users unable to access Health Units and / or bedridden is a conjuncture that suggests discussions. **Objectives:** The aim of the present research is to comprehend in home care to Elderly, by means of AD1 modality, from the perspective of healthcare professionals (physicians, nurses and dental surgeons) of teaching and management district of the Federal University of Rio Grande do Sul: Cruzeiro Cristal, located in the city of Porto Alegre, Brazil. **Methodology:** This is a study with a qualitative theoretical and methodological approach, with a comprehensive research design, in which participants' perceptions regarding the process of home care events were worked out. At first, data were collected regarding health workers' context, as well as the history and dynamics of AD performed in the study scenery. It was also gathered elements from the political and social contexts of this care model, relating the reality of the city of Porto Alegre, specifically the teaching and management district - GDGCC. In the second moment, the data from the interview transcripts were systematized and analyzed according to the Content Analysis, based on a Thematic Analysis. During the third moment, the interpretation of the categories was developed with the support of the hermeneutic-dialectical referential. From this assumption, the analysis of the consensus of the perceptions was proceeded, articulating them with contrasts referring to the dissent, allowing, on this way, the construction of categories' interpretation. **Interpretation and discussion of information:** Three categories of analysis were systematized: The reality of the territory and the possibilities of care within the home; The integrality of care as a tool for effective home care in primary care; The path of service that provides the organizational routine of home visits to the elderly. **Conclusion:** It is believed that results of this research contribute for the development of health care model of the Family Health Strategy of the municipality, and encourage the elaboration of new researches on this subject. Besides, this stimulates actions that include In home Care in Primary Care, valuing the professionals who routinely perform this modality of health care.

Keywords: Health of the Elderly. Home Nursing. Primary Health Care. Unified Health System.

## LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

AD - Atenção Domiciliar

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

COMPESQ - Comissão de Pesquisa

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio

FSESP - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública

GDGCC - Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

US - Unidade de Saúde

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Esquema ilustrativo das Modalidades da Atenção Domiciliar no SUS .....	19
Quadro 2	Diagrama de construção do roteiro norteador da pesquisa .....	31
Quadro 3	Etapas da Análise de Conteúdo .....	35
Quadro 4	Processo de construção e esquematização das categorias .....	39

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	14
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	24
3.1 OBJETIVO GERAL .....	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	24
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	25
4.1 HERMENÊUTICA ENQUANTO ATITUDE FILOSÓFICA .....	25
4.2 HERMENÊUTICA-DIALÉTICA COMO SUPORTE TEÓRICO-ANALÍTICO ...	25
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	28
5.1 DELINEAMENTO .....	28
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	28
5.2.1 Caracterização da População Idosa .....	28
5.2.2 Caracterização dos serviços de saúde e dos profissionais da AB da GDGCC .....	29
5.3 COLETA DAS INFORMAÇÕES .....	30
5.3.1 Critérios de seleção e abordagem dos entrevistados .....	33
5.4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES .....	34
5.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	36
<b>6 INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES</b> .....	37
6.1 PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS .....	37
6.2 A CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS .....	38

6.2.1	A realidade do território e as possibilidades de cuidado dentro do domicílio .....	39
6.2.2	A integralidade da atenção enquanto ferramenta para efetivação da Atenção Domiciliar na Atenção Básica .....	42
6.2.3	O fluxo do serviço que propicia a rotina organizacional das visitas domiciliares aos idosos .....	46
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	50
8	<b>AS CONTRIBUIÇÕES DO MESTRADO PARA ALÉM DA PRÁTICA CLÍNICA</b> .....	51
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	53
	APÊNDICE A - Roteiro norteador da entrevista .....	58
	APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido .....	59
	APÊNDICE C - Entrevista realizada .....	62
	ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP .....	73

## APRESENTAÇÃO

Ensinar é uma dádiva e pesquisar um desafio (STRECK, 2012). O Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva perpassa essas duas esferas que dialogam em busca de um aprimoramento da academia e do indivíduo. O envolvimento neste processo engloba dedicação, renúncias e identificação com o tema de pesquisa, o que permite a construção de uma identidade do “*docente-pesquisador*” que está a se moldar.

Em concomitância, a formação superior nos cursos da saúde permite uma transformação do sujeito que se dedica ao cuidado do outro. A clínica, a pesquisa, as atividades de gestão e as demais atividades exercidas por profissionais da saúde caracterizam-se pela forma como são efetuadas e envolvem, entre outros aspectos, o afetar-se pelo outro. Isso é o exercício do “*permitir-se*”, em que os implicados devem estar dispostos a ultrapassar barreiras e se despir de conceitos pré-formados (ESPINOZA, 2003; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

As escolhas que circundam o mestrado e impulsionam o início da minha trajetória acadêmica, surgiram ainda durante a graduação quando a vontade de ser professora-pesquisadora ultrapassou as fronteiras do atendimento clínico. Entre as experiências vivenciadas na graduação ressalto o período de 2012 a 2014 em que participei como bolsista no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no subprojeto intitulado “*Observatório de Saúde: Vigilância de indicadores de monitoramento e avaliação de programas e participação da comunidade*”. Considero essa a experiência com maior impacto de transformação que vivi durante a graduação, em que pude dialogar com as diferentes faces de uma experiência extramuros, que englobava a saúde coletiva no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), pesquisa e extensão universitária.

Em 2014, com o fim da vigência do PET-Saúde dediquei-me ao estudo na área de saúde bucal coletiva com ênfase em saúde bucal do idoso. Atuei como iniciação científica no projeto intitulado ‘*Estudo Longitudinal dos Fatores Relacionados com o Edentulismo em Idosos de Carlos Barbosa - RS*’, esse que deu origem ao meu Trabalho de Conclusão de Curso: ‘*Incidência e preditores de edentulismo em idosos de Carlos Barbosa, RS - abordagem quantitativa*’. Durante esse processo de ensino-aprendizagem me identifiquei com o tema saúde do idoso,

por questões pessoais e acadêmicas, que me fizeram vislumbrar inquietações e possíveis questões de pesquisa, a serem respondidas possivelmente por métodos qualitativos, que primavam o indivíduo que emana por cuidado humanizado.

Desse modo, finalizei minha graduação em odontologia com a certeza e o interesse em buscar um mestrado acadêmico que tivesse como prerrogativa a capacidade de dialogar, questionar e suscitar novas discussões sobre esses tópicos. Além disso, fui em busca de um tema da dissertação que abordasse assuntos relevantes trabalhados por mim durante a graduação e que poderiam ser elencados como: Saúde Coletiva, Sistema Único de Saúde e Saúde do Idoso. A ânsia em pesquisar para além da abordagem quantitativa também foi fundamental para a escolha do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, por acreditar que seria possível produzir um conhecimento científico, com foco no sujeito e que refletisse as diferentes práticas do cuidado em saúde, que perpassa as fronteiras dos parâmetros biomédicos.

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é tema de diversos estudos e discussões na literatura. No Brasil, o crescimento da população de idosos tem como principal característica a rapidez com que esse processo vem ocorrendo (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987; IBGE, 2015). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2004) o contingente de idosos aumentou de 4% em 1940 para 9% em 2000; sendo que em 2050, projeta-se que 18% do total da população seja de idosos. Dados esses que corroboram as projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS), em que se estima que até 2025, em número total de idosos, o Brasil será o sexto colocado mundial.

Há um aumento da participação percentual dos idosos na população brasileira e a conseqüente diminuição dos demais grupos etários, o que aponta para a tendência de envelhecimento demográfico. Outro estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015) estima que o percentual dos idosos na população brasileira passaria de 11,7% para 23,5% em 24,3 anos, contados a partir de 2015 (IBGE, 2015).

Paralelo a este rápido processo de envelhecimento populacional, Motta e Siqueira-Batista (2015), contextualizam o Movimento da Reforma Sanitária e os objetivos do mesmo na busca de uma reorganização política da saúde vigente. Nesse contexto é promulgada a Constituição Federal de 1988, conhecida popularmente como a *Constituição Cidadã*, marcada pela luta social que visava veementemente os direitos de todos os cidadãos brasileiros. O Artigo 196 da seção II, que trata sobre a saúde, garante mediante políticas sociais e econômicas, a saúde enquanto direito de todos e dever do estado; sendo complementado pelo Artigo 198 que versa sobre a criação de um sistema único de saúde, em formato de rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988). Foi, então, publicada em 1990 a Lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), que trata entre outros quesitos sobre as diretrizes organizacionais e de gestão do sistema (BRASIL, 1990).

Consta na Lei Orgânica do SUS, o “Capítulo VI: DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR” presente no Título I da referida lei, que trata especificamente sobre o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. É explícito na redação que tal modalidade de assistência abrangerá os níveis de

medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora, sendo realizada por equipes multidisciplinares (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, em 1994 foi instituída a Política Nacional do Idoso pela Lei nº 8.842; sendo criada com o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso. Especificamente para a área da saúde tem o intuito de garantir à população idosa a assistência, nos diferentes níveis de atenção do SUS. São prerrogativas tratadas no documento, também, as diretrizes para as ações de promoção e prevenção; adoção e aplicação de normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares; elaboração de normas de serviços geriátricos hospitalares; realização de estudos para detectar o caráter epidemiológico dos principais agravos que acometem essa população (BRASIL, 2010).

Em 2006, foi implementada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), pela Portaria 2.528 de 20 de outubro de 2006, que define a Atenção Básica (AB) como porta de entrada para a atenção à saúde do idoso e a referência para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2006).

A AB foi aprovada em 2011 com a instituição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela Portaria 2488. As Estratégias de Saúde da Família (ESF) tem como característica do seu processo de trabalho realizar a atenção à saúde na Unidade de Saúde (US), em locais do território, no domicílio, e outros espaços que comportem a ação planejada. Sendo comum a todos os profissionais a atribuição de, quando necessário, realizar o atendimento no domicílio (BRASIL, 2011).

A AB é a responsável dentro da RAS em criar o vínculo com o usuário e, por estar inserida no território, torna possível a integralidade do cuidado e a longitudinalidade da atenção. Conhecer e sentir a região na qual o profissional da AB atua é uma das suas atribuições enquanto agente atuante do sistema, sendo imprescindível a constatação dos principais agravos e da situação epidemiológica da população adstrita. Dessa forma, ressalta-se a suma importância do trabalho em equipe e a interlocução entre os diferentes profissionais a respeito dos casos que necessitem de atendimento de caráter preventivo ou curativo no ambiente domiciliar (BRASIL, 2011).

A publicação da Portaria nº 963 de maio de 2013 surgiu com a prerrogativa de redefinir a AD no âmbito do SUS. Parte-se do pressuposto de uma estruturação na perspectiva da RAS, tendo a AB como ordenadora do cuidado e da ação territorial.

Sabe-se que a AD baseia-se em uma forma de atenção à saúde, de caráter substitutiva ou complementar às já existentes, definida como um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio (BRASIL, 2013a). O objetivo é a integração entre a AD e a AB, representando um potente recurso para o cuidado dos pacientes de acordo com sua necessidade (BRASIL, 2013b). Em 25 de abril de 2016 foi lançada a Portaria nº 825 que reformula a Portaria nº 963 de 2013, em que se redefine a AD no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas (BRASIL, 2016). Neste documento publicado mais recentemente, as especificidades de cada modalidade de AD são elencadas, conforme o quadro esquemático apresentado:

Quadro 1: Esquema ilustrativo das Modalidades da Atenção Domiciliar no SUS.

<b>Modalidades da Atenção Domiciliar</b>			
<b>Modalidade</b>	<b>Responsabilidade</b>	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Equipes de apoio</b>
<b>AD 1</b>	Equipes da AB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usuário com indicação de AD;</li> <li>- Indicação de cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais;</li> <li>- Estável;</li> <li>- Cuidados satisfatórios pelos cuidadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família);</li> <li>- Ambulatórios de especialidades;</li> <li>- Centros de reabilitação;</li> </ul>
<b>AD 2</b>	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD tipo 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usuário com indicação de AD;</li> <li>- Finalidade de abreviar ou evitar hospitalização por:               <ul style="list-style-type: none"> <li>I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;</li> <li>II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;</li> <li>III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou</li> <li>IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);</li> </ul>
<b>AD 3</b>	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD tipo 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elegível todo usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade;</li> <li>- Necessidade de períodos maiores de acompanhamento domiciliar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);</li> </ul>

Fonte: Ministério da Saúde, Brasília, 2016.

Cabe ressaltar que a modalidade de atenção AD1 deve fazer parte do processo de trabalho de todas as ESF que possuam usuários adstritos necessitados de AD. Em relação à AD2 e à AD3 o município deve estar cadastrado e previamente equipado para o atendimento nessas modalidades, no caso de Porto Alegre há nove EMAD Tipo 1 e uma EMAP.

Há estudos na literatura que trabalham as diferentes interfaces da AD ao idoso na AB, abordando qualitativamente e quantitativamente as percepções dos sujeitos envolvidos nesse processo de cuidado e, também, sua correlação com a RAS. Forster et al. (2016), caracteriza a visita domiciliar realizada pelos agentes comunitários de saúde por meio da percepção dos usuários, a partir de uma pesquisa exploratória e descritiva de cunho quantitativo. Os autores ressaltam a necessidade de um maior investimento em AD para que o seu potencial seja totalmente aproveitado pela ESF.

Brito et al. (2017), conduz uma discussão, a partir da perspectiva dos profissionais, sobre a importância da comunicação no cuidado paliativo a idosos em seu domicílio. Ressalta que os profissionais consideram a comunicação como uma ferramenta indispensável no cuidado do paciente, sendo de suma importância para a promoção dos cuidados paliativos a idosos que se aproximam do final da vida.

Freitas et al. (2013), também estuda a percepção de profissionais da saúde que atuam na AD ao idoso (modalidade AD2 e AD3 - Programa de Atenção Domiciliar), e salienta que há nessa modalidade de cuidado uma interface com outros pontos da RAS. Em seu estudo, foi possível conhecer as dificuldades e oportunidades que permeiam a construção de um trabalho em rede. Entre as dificuldades destaca-se o desconhecimento predominante do papel da rede de encaminhamento, demonstrando a necessidade de superação da atuação fragmentada no âmbito do SUS. Em relação às possibilidades de avanços, revelou-se a articulação entre AB e os Programas de Atenção Domiciliar do município, porém com necessidade de melhoria nos quesitos capacitação e compartilhamento de informações.

Neste contexto, a realização desta pesquisa justifica-se pelo fato da AD ser um instrumento importante da RAS, especialmente quando se trata da população idosa, uma vez que engloba em sua magnitude o uso de diferentes tecnologias de cuidado (MERHY, 2007). Em sincronismo, há um envolvimento da população idosa e da AD, dessa forma emergem questões que permeiam tanto a AB enquanto coordenadora do cuidado como a efetivação da RAS. A possibilidade de estudar questões que envolvem a forma de atuação dos profissionais da AB durante as ações de AD do distrito docente assistencial GDGCC viabiliza o surgimento de novas discussões sobre o tema.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Com o intuito de descongestionar o hospital e proporcionar aos pacientes e familiares um ambiente psicológico mais favorável (FLORIANI; SCHRAMM, 2004), surgiu a primeira unidade de Assistência Domiciliar nos Estados Unidos em 1947. Na França, em 1957, foi criado o Santé Service, que ainda hoje é um dos serviços de referência mundial na prestação de assistência socio sanitária domiciliar a pacientes terminais. Algum tempo depois, em 1981 a Espanha inaugurou, também, sua primeira unidade de Assistência Domiciliar. Sendo que, posterior a esse fato, surgiram outros serviços que tinham como a principal característica a prestação de serviços de saúde no domicílio (RAMALLO; TAMAYO, 1998).

Em seu livro, intitulado “Home care: uma modalidade de assistência à saúde, Mendes (2001), relata que no Brasil uma das primeiras experiências relacionadas ao cuidado em domicílio advém do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), datado da década de 40 do século passado. A Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), também, foi relevante para o histórico da AD no Brasil, uma vez que a figura dos visitantes sanitários era responsável, entre outras atividades, por visitar as puérperas e os recém-nascidos (SILVA, 2001).

Em revisão sistemática de literatura, que objetivava compreender a AD na Europa, pesquisadores chegaram a conclusão que os sistemas de AD pareciam ser diferentes entre os países daquele continente. Além disso, ressaltaram a necessidade de mais estudos e publicações científicas sobre o tema, especialmente comparando países (GENET et al., 2011). Também se discute na literatura, o modo como ocorreu a expansão da AD no Brasil, assim questões a respeito da dualidade entre ações públicas e privadas emergem. Sabe-se que as atividades relacionadas à AD são oriundas em sua maioria da iniciativa de hospitais e empresas, apenas em casos excepcionais de ações pontuais de gestores públicos (MENDES, 2001; REHEM; TRAD, 2005). Parte-se de um contexto hospitalocêntrico que pressupõe a doença já instalada, onde a prevenção não figura como protagonista. Remete-se a uma resultante de ações pontuais do século XX, que se deram de forma descontinuada, baseadas em um sistema colapsado.

Com a promulgação do SUS, a AB na RAS se fortalece a partir das atribuições da ESF (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 2011). O

acompanhamento das famílias em suas necessidades de saúde no território torna-se fundamental para incrementar o potencial humanístico do cuidado em saúde. A AD tem um papel preponderante nesse contexto, ressaltando-se que a incorporação de diferentes práticas de cuidado em saúde ao processo de trabalho, em concomitância com a articulação aos demais serviços, contribuem de modo significativo para ampliar a integralidade da atenção (QUEIROZ et al., 2013).

Queiroz et al. (2013), compreende que há desafios que circundam o universo da AD na AB, uma vez que há diversas dificuldades para a realização dessa ação. Inicia-se esse contexto pela formação dos profissionais de saúde, que há muito é voltada somente para a cura das doenças. Soma-se ao fato da contrariedade existente no estabelecimento de parceria com as famílias e da objeção do trabalho em conjunto com a comunidade. Dias et al. (2008), acrescenta, também, a necessidade de um apoio para os cuidadores de pessoas idosas, com o objetivo de diminuir a carga exaustiva de trabalho o que resultaria em melhorias significativas na saúde mental do cuidador. Dessa forma, o estabelecimento da relação com os demais serviços da RAS torna-se dispendioso e ineficaz.

Com o objetivo de corresponder às necessidades de saúde dos idosos, a AD ressurge no contexto do SUS como uma atividade essencial a ser realizada na AB. A proposta deste serviço pauta-se no desenvolvimento de atividades profissionais que integram as esferas de cura, prevenção e a promoção; correspondendo ao princípio de integralidade do SUS e todos seus quesitos de qualidade (COSTA; CIOSAK, 2010). A visita domiciliar tem sido um dos instrumentos mais utilizados no âmbito da ESF, sendo que tal ação coloca a família como o centro do cuidado (SANTOS; CUNHA, 2017).

Muniz et al. (2017), ressalta a necessidade de melhorar o acesso e a qualidade das ações de AD aos idosos no âmbito da ESF, devido a demanda crescente de usuários para esta modalidade de serviço e do insuficiente apoio oferecido pelas equipes às famílias que se deparam com idosos dependentes de cuidados no domicílio. Oportunizando, também, uma ampliação da integralidade na atenção à saúde e, por conseguinte, possibilitando mudanças na prática dos profissionais.

Pensar o planejamento de ações à saúde do idoso para além do tratamento de doenças requer dos profissionais da saúde uma interação multiprofissional. É

papel do profissional da saúde assegurar o cuidado integral à saúde do idoso, além de garantir ao idoso um atendimento digno e humanizado compreendendo o indivíduo em sua totalidade. Sendo que a visita domiciliar, segundo os profissionais, é compreendida enquanto uma possibilidade de conhecer o contexto em que o idoso está inserido e suas condições de vida e saúde (AMTHAUER; FALK, 2017). Entretanto, um estudo no estado do Rio Grande do Sul, constatou que há escassez de protocolos nas Unidades de Saúde para o atendimento domiciliar (MAHL; TOMASI, 2009).

Wachs et al. (2016), destacam que há uma maior utilização da assistência domiciliar por idosos mais vulneráveis, o que leva a crer que a AD contribui para a promoção da equidade na atenção à saúde no país. A expansão da Estratégia de Saúde é um fator que precisa ser levado em consideração, uma vez que segundo tais prerrogativas pode-se subsidiar a organização do processo de trabalho de profissionais e gestores na AB.

De acordo com tais pressupostos a questão que a presente pesquisa tenta elucidar é a atuação dos profissionais no ambiente domiciliar, especificamente na modalidade AD1. Acredita-se, dessa forma, que os diferentes serviços de saúde ofertados na RAS possam interagir no que tange os debates fomentados a partir dos resultados desta pesquisa.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

O objetivo da presente pesquisa é compreender a Atenção Domiciliar ofertada ao idoso, modalidade AD1, sob a perspectiva dos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas).

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar as percepções dos profissionais sobre suas atividades nos domicílios, relacionadas à promoção, prevenção e atenção/assistência à saúde ao idoso na Rede de Atenção à Saúde;
- Analisar as percepções dos profissionais frente à demanda por atenção à saúde no domicílio no distrito estudado, abordando as dificuldades e as potencialidades encontradas.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 HERMENÊUTICA ENQUANTO ATITUDE FILOSÓFICA

Há inúmeros pensamentos e filosofias sobre a compreensão dos sentidos atribuídos pelo ser humano a algum fenômeno ou mesmo objeto, deste modo várias são as perspectivas que se pode seguir para compreensão de algo. A Hermenêutica Filosófica é um desses domínios da filosofia que surgiu a partir dos pensamentos de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. Diferentemente da Hermenêutica Clássica que se baseia em metodologias e técnicas de interpretação, a Hermenêutica Filosófica depreende que compreensão e linguagem estão estreitamente ligadas. Heidegger foi professor do filósofo alemão Gadamer, e para ele compreender é a capacidade de entendimento do sentido e do que é em totalidade, mas não do que é enquanto objeto. Nesse contexto traz-se a conceituação de objeto relacionado à coisa; aquilo que pode ser tocado e observado (GADAMER, 1999; STEIN, 2004).

Segundo Gadamer (1999), a compreensão ocorre através da linguagem, sendo resultado da interpretação de um produto expresso e apresentado textualmente. A interpretação fundamenta-se na compreensão e não o contrário, e dessa forma elaboram-se as possibilidades traçadas na compreensão. O filósofo alemão, em sua obra, reforça ainda que a Hermenêutica Filosófica em sua concepção não tinha pretensões de ser um sistema metodológico e sim uma atitude filosófica, que se caracteriza pela construção de um pensamento crítico da realidade. Os sujeitos estão condicionados pelo meio que os determinam e envoltos por um contexto histórico com pré-conceitos formados, os indivíduos estão imersos a tradições passadas que estão intimamente ligadas às suas atitudes presentes (ALMEIDA, 2000). Gadamer (1999) deixa explícito a ligação entre a compreensão e a historicidade; denominando as estruturas que independem da experiência ou da prática da compreensão de pré-conceitos, estes que são transmitidos pela tradição.

A compreensão do ser no mundo, segundo Gadamer (1999), permeia o passado e o presente. O indivíduo está imerso em seu contexto histórico e isso é uma condição para a compreensão. Entretanto, as tradições não estão sob o arbítrio do ser, uma vez que a arte de compreender não se dissocia dos pré-conceitos formados. Pré-conceito é um presságio da relação do ser com o mundo, e tendo

isso como pressuposto se sabe que há uma concretização do discernimento da influência histórica perante as interpretações realizadas a partir da linguagem (GADAMER, 1999; OLIVEIRA, 2001).

#### 4.2 HERMENÊUTICA-DIALÉTICA COMO SUPORTE TEÓRICO-ANALÍTICO

Durante as décadas de 60 a 80 do século passado os filósofos alemães Hans-Georg Gadamer e Jürgen Habermas encararam um debate teórico em suas publicações a respeito da hermenêutica. Gadamer defendia a universalização da hermenêutica, uma vez que a mesma advém da linguagem; enquanto Habermas realizava uma crítica à pretensão dessa universalidade. Suscita desse modo um confronto entre o método crítico-dialético e o método hermenêutico, visto que ambos procuram apreender o tempo pela reflexão (COLLET; WETZEL, 1996; GADAMER, 1999).

Gadamer trabalha a perspectiva da hermenêutica filosófica a partir da retórica que o interpretado suscita questões inéditas para o intérprete, sendo que é por meio da complexa “dialética de perguntas e respostas” que se realiza o compreender. O pensador interpreta a compreensão enquanto capacidade do pesquisador em se colocar no lugar do outro (GADAMER, 1999; BARROS, 2010). Habermas aponta críticas à hermenêutica e propõe uma complementaridade com a dialética. Vislumbra-se uma possibilidade de ambos os métodos serem pensados a partir do “Ato da Reflexão” e conclui-se que são momentos necessários para a produção da racionalidade (COLLET; WETZEL, 1996).

Em um aprofundamento das questões da hermenêutica, como suporte para interpretação de dados em pesquisas sociais, Maria Cecília Minayo realiza uma releitura da hermenêutica de Gadamer e a vê como uma disciplina básica/essencial que se ocupa da arte de compreender textos. A “compreensão” é entendida como a categoria metodológica mais potente na atitude de investigação. Interpretar significa constituir um projeto, uma linha de raciocínio sendo que no texto se tem o resultado de um acontecimento. O pesquisador traz consigo “pré-conceitos” e opiniões próprias, não necessitando descartá-los, mas sim assentir as do outro e relacioná-los (MINAYO, 2014).

Tem-se na hermenêutica uma atitude filosófica que sustenta os processos cognitivos humanos. Não há nenhum tipo de controle ou relação hierárquica de

poder entre o pesquisador e o entrevistado e sim uma relação de parceria entre a situação dialógica. A compreensão, quando se fala em *Saúde* ou *Doença*, por exemplo, apresenta uma possibilidade cultural, política e ideológica que não se finda em um dado ou em uma fórmula numérica. A possibilidade de discutir essas diferentes esferas, avaliando o contexto e os fatos históricos, provocam uma dialética entre diferentes atores, momentos e contextos. Respalda-se na eloquência dialética, a criação de instrumentos de crítica e apreensão das contradições na linguagem (MINAYO, 2007).

Há alguns estudos na literatura que trabalham com a hermenêutica-dialética enquanto método de análise na pesquisa qualitativa em saúde. Alencar, Nascimento e Alencar (2011) descrevem a metodologia hermenêutica-dialética utilizada em pesquisa sobre acesso a assistência farmacêutica e salientam a possibilidade de uma abordagem metodológica qualitativa e a superação da lógica positivista; Santos e Giovanella (2014) utilizam da metodologia para analisar o sistema de governança regional em saúde no estado da Bahia. Santos, Mishima e Merhy (2018), também, realizaram um estudo científico utilizando da metodologia hermenêutica-dialética enquanto ferramenta para interpretação dos dados acerca das potencialidades da dimensão subjetiva das práticas de equipes de Saúde da Família.

Na hermenêutica-dialética, assim sendo, há uma aproximação de marcos dentro das ciências sociais, com a construção de um movimento interativo entre a dialética dos fatos e a hermenêutica filosófica. Relaciona-se, portanto, o condicionamento histórico dos fatos, a imparcialidade entre os sujeitos envolvidos na pesquisa, além de se fazer possível o senso (compreensão) e o dissenso (crítica) (MINAYO, 2007). Partindo deste pressuposto teórico, e em um processo compreensivista, se fundamentou a construção metodológica e a interpretação dos dados da proposta da presente pesquisa.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo de abordagem teórico-metodológica qualitativo, com desenho de pesquisa compreensivista, em que foram trabalhadas as percepções dos sujeitos participantes referente ao processo de acontecimentos dos atendimentos domiciliares. A presente pesquisa compreende os fatos enquanto um processo social em andamento, a partir de uma aproximação com a hermenêutica-dialética (MINAYO, 2014).

### 5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A UFRGS tem como parte do seu distrito docente-assistencial a região da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GDGCC). Entremeada por várias interfaces é uma localidade que se caracteriza por ser rica no seu contexto histórico e social de lutas pelos direitos dos usuários do SUS. A proposta da pesquisa foi construída e estruturada para ser realizada na referida Gerência Distrital frente à existência e ao acontecimento da atenção domiciliar neste território.

O Município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, possui cerca de 1.410.00 habitantes, representando 13% da população do estado federativo mais ao sul do Brasil. Os serviços de saúde pública da cidade são organizados a partir dos Distritos Sanitários (totalizando 17 distritos), agrupados em oito Gerências Distritais. A GDGCC é a responsável, dentro da rede assistencial de saúde do município, pela oferta e gestão de serviços de saúde para seis bairros de Porto Alegre (Belém Velho, Cascata, Glória, Medianeira, Santa Tereza e Cristal), atendendo uma população de aproximadamente 136 mil habitantes, em torno de 10% do total da cidade (PORTO ALEGRE, 2017).

#### 5.2.1 Caracterização da População Idosa

No mundo, segundo a OMS, a transição demográfica decorrente do envelhecimento populacional é um processo irreversível. O percentual de pessoas com mais de 60 anos deve alcançar dois bilhões de pessoas em 2050, dos quais 80% viverão em regiões menos desenvolvidas. No Brasil, segundo o IBGE, a população idosa representa 10,78% da população total, enquanto no Rio Grande do

Sul e em Porto Alegre, este percentual é de 13,66% e 15,04%, respectivamente (PORTO ALEGRE, 2017).

Em alguns locais, como é o caso de Porto Alegre, esta transição demográfica ocorre de modo mais célere, sendo os idosos o grupo populacional de maior crescimento no município. Rio de Janeiro (14,89%) e Belo Horizonte (12,61%) são as capitais com maior percentual de idosos após Porto Alegre. Em 1991, a população de idosos em Porto Alegre era de 128.379 (10,16% da população total). Em 2000, este número cresceu para 160.541 (11,80%). Em 2010, alcançava 211.896 (15,04%) (PORTO ALEGRE, 2017).

Tomando por base as regiões de Orçamento Participativo de Porto Alegre, bem como a GDGCC, as populações de idosos nas regiões Glória, Cruzeiro e Cristal são, respectivamente: de 5.164 (12,21% da região Glória); 8.385 (12,82% da região Cruzeiro); e 4.250 (15,36% da região Cristal), o que, comparados às regiões Centro (60.114 idosos, 21,72% da região) e Noroeste (25.784, 19,715 da região), apresentam índices inferiores no percentual de população idosa, ainda que as regiões Centro e Noroeste sejam as mais populosas de Porto Alegre. A região com menos idosos de Porto Alegre é a região das Ilhas (803 idosos, 9,64% da população da região) (PORTO ALEGRE, 2017).

### 5.2.2 Caracterização dos serviços de saúde e dos profissionais da AB da GDGCC

A área de abrangência da GDGCC compreende 25 Unidades de Saúde, sendo que dessas 17 são exclusivamente Estratégias de Saúde da Família. Dentro dos serviços de saúde ofertados na GDGCC há, também, a Unidade de Saúde Madre Pellitier localizada na penitenciária feminina e seis unidades da Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE).

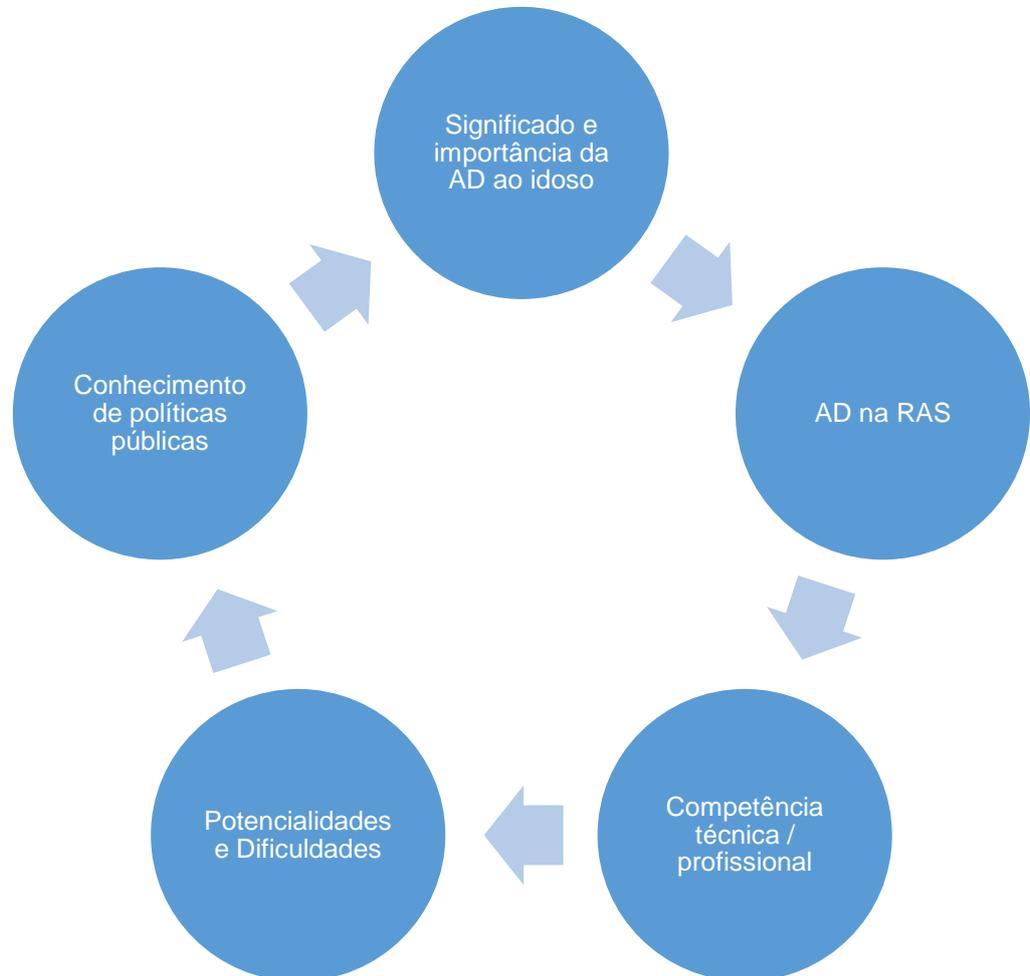
Segundo dados do setor de recursos humanos da GDGCC, o número de profissionais (nível fundamental, técnico e superior) que compõem as equipes da AB são 462. Na estratificação por categoria profissional estudada (médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros), temos um total de 76 médicos, 22 cirurgiões-dentistas e 60 enfermeiros que atuam na AB da GDGCC.

### 5.3 COLETA DAS INFORMAÇÕES

Os dados da pesquisa foram coletados por meio de entrevistas semidirigidas com profissionais de saúde da rede do distrito docente-assistencial cenário do estudo (médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas). Segundo Minayo (2014), a entrevista é a estratégia mais utilizada no processo de trabalho de campo em pesquisas qualitativas, estas se classificam pela sua forma de organização, por isso semidirigida. A modalidade de entrevistas semidirigidas segue um roteiro que assegura a abordagem de todos os pressupostos do estudo e é ideal para os investigadores menos experientes. As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador de forma individual, nas unidades de saúde, previamente agendadas, sendo áudio-gravadas por meio de aparelho gravador digital - modelo Panasonic Rr Us511 256mb.

Dessa forma, durante as entrevistas seguiu-se o roteiro norteador, que foi construído com a finalidade de conter perguntas disparadoras lançadas pelo pesquisador a partir do caminho de que tende a gerar debates e questionamentos para além do cotidiano, causando um estranhamento com o que ocorre na *práxis*. Exemplificam-se, desse modo, as questões disparadoras: “Consideras a AD inserida na RAS?”; “Enquanto - Médico, Cirurgião-Dentista, Enfermeiro - sente-se preparado para realizar um atendimento domiciliar em idosos?”; Quais são as vantagens e potencialidades de realizar AD ao paciente idoso?”. São questões de cunho hermenêutico-dialético para buscar situações consensuais e possibilidades de levantamento de dissenso (APÊNDICE A - ROTEIRO NORTEADOR DA ENTREVISTA).

Quadro 2: Diagrama de construção do roteiro norteador da pesquisa.  
Porto Alegre/RS 2018.



Fonte: Autores, Porto Alegre, 2018.

O Quadro 2 apresenta, em formato de diagrama, os tópicos que sistematizaram o roteiro norteador das entrevistas. Os diálogos iniciaram com perguntas que objetivavam estimular falas sobre a importância da AD ao idoso a partir da perspectiva do profissional e concomitantemente introduziu-se o contexto da RAS. Com o propósito de abarcar a relação do profissional de saúde com sua formação acadêmica foram feitas perguntas a respeito das suas atribuições enquanto categoria profissional, suas implicações e demais desdobramentos. A relação com a equipe gestora também foi abordada nas entrevistas. Cabe ressaltar que cada entrevista é única, o que representa um encontro de dois seres que se

tornam implicados com a presença do outro, portanto perguntas espontâneas, também, surgem ao longo da coleta de dados (MINAYO, 2014).

No entendimento de que é necessário primar pela confiabilidade dos dados coletados, seguiu-se um movimento metodológico com a finalidade de realizar uma minuciosa descrição dos passos da pesquisa, de modo a explicitar a condução rigorosa e metódica, que culmina na produção de resultados úteis e significativos (ATTRIDE-STIRLING, 2001).

Foram realizadas três entrevistas aleatórias pré-teste, uma com cada classe profissional (médico, cirurgião-dentista e enfermeiro), a fim de evidenciar possíveis necessidades de adequação verbal das perguntas norteadoras, contextualizar o tempo, as condições técnicas para gravação do áudio, bem como observar a performance do entrevistador durante a conversa com o entrevistado. As entrevistas pré-teste foram descartadas com a finalidade de não interferirem nas análises. Os áudios dos diálogos foram transcritos segundo normas de transcrição de Preti (2003).

No contexto da pesquisa qualitativa em saúde há uma discussão de como estabelecer um número que englobe a complexidade subjetiva do objeto de pesquisa, reconhecendo a cientificidade dos dados coletados. Minayo (2017), em uma de suas publicações realiza uma reflexão a respeito da abrangência e diversidade no processo de compreensão, e deixa explícito que não existe uma medida pré-estabelecida para um adequado trabalho de pesquisa qualitativa.

No processo sucessivo de entrevistas e transcrições da presente pesquisa, tinha-se sempre em mente o objeto do estudo (DAVIDSON, 2009). À medida que se encontrou uma lógica interna de semelhança de percepções, em que os novos entrevistados passaram a apresentar os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, conforme o conteúdo respondido em cada tópico abordado (Quadro 2), se estipulou o encerramento da coleta de dados. Esses procedimentos de amostragem e de saturação em pesquisa qualitativa encontram base nos estudos da Organização Mundial de Saúde (1994) e de Minayo (2017).

### 5.3.1 Critérios de seleção e abordagem dos entrevistados

Foram selecionados, dentre os profissionais que trabalham na AB da GDGCC, participantes que dentro das equipes realizavam efetivamente ações de AD. Os profissionais possuíam formação em medicina, odontologia ou enfermagem, não estando na condição de estudantes-residentes e/ou estagiários. Optou-se por entrevistar apenas indivíduos com escolaridade de ensino superior (que constam na equipe mínima de ESF) para, posteriormente, realizar a análise de dados na busca por atingir os objetivos do estudo. Utilizou-se da técnica “*snow-ball sample*” (MARSHALL, 1996), com o intuito de formar cadeias de referências. A abordagem em cadeias de referência permite a formação de uma espécie de rede, em que os participantes iniciais indicam novos participantes, que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente gerando esta cadeia de sujeitos. De certo modo aconteceu, também, uma saturação de sujeitos participantes.

Minayo (2014) lança considerações práticas para uma boa abordagem dos entrevistados, dispõem-se elas que foram seguidas: apresentação, menção do interesse da pesquisa, apresentação de credencial institucional, explicação dos motivos da pesquisa, justificativa da escolha do entrevistado, garantia de anonimato; conversa inicial.

A aproximação com a literatura sobre o tema central do estudo, a prática clínica em domicílio, o pré-teste e as orientações prévias às entrevistas foram de suma importância para que a realização prática da coleta de dados ocorresse de forma tranquila e espontânea. O contexto precedente a pesquisa subsidiou a formulação dos questionamentos sobre o objeto de pesquisa. Ressalta-se que o respeito pelos indivíduos entrevistados e pelas diferenças encontradas nos locais transitados guiou as conversas, firmando-se um elo de confiança entre pesquisador e sujeito de pesquisa no momento da pesquisa de campo.

Foram entrevistados 12 profissionais da GDGCC, dentre eles sete eram enfermeiros, três médicos e dois dentistas. Todos os profissionais possuíam pós-graduação na área da saúde, sendo que 10 realizaram o curso de graduação no Brasil e dois deles no exterior. Os profissionais entrevistados tinham tempos de formação acadêmica variando entre dois a oito anos; e período de atuação na AB variando entre dois anos e seis meses a seis anos.

#### 5.4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Analisar é uma palavra que se origina do grego, e significa “método de resolução”, dentre seus significados destacam-se a capacidade de examinar minuciosamente, de decompor em elementos, e de determinar os componentes fundamentais de algo (HOUAISS, 2009). Para analisar foi necessário a compreensão do contexto estudado, entender o que estava circundando os cuidados em saúde durante o processo da AD ao idoso e quais realidades seriam encontradas durante as entrevistas.

A partir do material das transcrições, foram levantados dados provenientes da fala dos profissionais que incluíram a história e a dinâmica da AD realizada no cenário do estudo. Buscou-se, também, elementos provenientes dos contextos políticos e sociais deste modelo de atenção relacionados a realidade do município de Porto Alegre, especificamente do distrito docente-assistencial - GDGCC.

O material textual proveniente das entrevistas foram sistematizados segundo a Análise de Conteúdo, a partir de uma Análise Temática/categorial. Segundo Bardin (2008), a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Caracteriza-se por produzir significados e sentidos na diversidade da amostragem presentes em um estudo qualitativo. Moules et al. (2017), versa sobre a necessidade de ilustrar o processo de execução da análise temática, o que a torna rigorosa e confiável enquanto método de pesquisa.

Com o material das entrevistas transcrito em mãos, realizaram-se diversas leituras flutuantes e seguiram-se conceitos trazidos por Bardin (2008), que são eles: exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência, exclusividade. No Quadro 3, apresenta-se um diagrama das etapas de análise. Na Fase 1, denominada de **pré-análise**, tendo os documentos que constituem o corpus de análise e em mente as hipóteses, foram realizadas leituras flutuantes que permitiu a categorização inicial. Durante a Fase 2, designada com **exploração do material**, realizou-se a análise propriamente dita, em que se re-codifica as categorias e administra-se as decisões tomadas. Na Fase 3, a partir das inferências e do referencial teórico, realizou-se o tratamento do resultados e a apresentação do processo a partir de quadros e diagramas.

Quadro 3: Etapas da Análise de Conteúdo realizada para compreender o objeto de pesquisa. Porto Alegre/RS 2018.

<b>Fase 1 - Pré-análise</b>
Documentos: corpus de análise
Hipóteses que nortearam respostas para a questão de pesquisa
Leitura Flutuante
Categorização inicial

<b>Fase 2 - Exploração do Material</b>
Análise propriamente dita
Re-codificação categorização final
Administração das decisões tomadas

<b>Fase 3 - Tratamento dos Resultados</b>
Inferências do pesquisador
Análise por meio da Hermenêutica-Dialética
Apresentação dos Resultados

Fonte: Autores, Porto Alegre, 2018.

A interpretação das categorias construídas busca uma aproximação com referencial hermenêutico-dialético (MINAYO, 2014a), bem como se baseia na literatura sobre AD e AB. A partir deste pressuposto, foi elaborada a análise do consenso e do que contrasta (dissenso) após a análise de conteúdo, permitindo-se, desse modo, a construção da interpretação das categorias gerando o conhecimento sobre o objeto pesquisado (GADAMER, 1999; MINAYO, 2014).

## 5.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto da presente pesquisa foi avaliado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Faculdade de Odontologia da UFRGS, e devidamente encaminhado via Plataforma Brasil para os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições envolvidas - Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Prefeitura Municipal de Porto Alegre - obedecendo a resolução vigente - Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012) e encontra-se aprovado com parecer favorável a sua realização (número do parecer: 1.990.925). Para o presente estudo, acredita-se que os entrevistados ficaram expostos a riscos éticos mínimos, podendo sentir-se constrangidos e/ou coagidos, estando no seu livre arbítrio de desistirem de participar da pesquisa a qualquer momento (ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP).

Considerou-se, também o risco de quebra de sigilo e privacidade dos participantes, a fim de minimizar tais danos os dados oriundos das entrevistas (inclui-se a gravação e transcrição das entrevistas) foram arquivados em HD Externo modelo Seagate Expansil 1TB de uso exclusivo para a presente pesquisa em que os arquivos estão em modo protegido com senha para acesso. O HD Externo está sob cuidado do pesquisador responsável e após um período de 5 anos transcorridos da realização da pesquisa os dados serão destruídos.

Consta como apêndice do projeto o “APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO” que foi devidamente preenchido com os dados dos sujeitos entrevistados e encontram-se arquivados.

## 6 INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES

A discussão dos dados foi elaborada por meio das reflexões que surgiram a partir das inferências baseadas nas inúmeras leituras do material transcrito. É importante ressaltar que são interpretações fundamentadas a partir de leituras prévias sobre AD ao idoso e, também, das experiências precedentes no âmbito acadêmico de graduação e pós-graduação, além da atuação enquanto profissional de saúde do pesquisador. Há no decorrer do texto uma aproximação com o referencial teórico da hermenêutica-dialética (MINAYO, 2014), em que é possível compreender o consenso e o dissenso do conteúdo analisado. Embora se tratando de consenso e dissenso apenas alguns trechos das entrevistas são utilizados para a apresentação e discussão dos resultados.

Mesmo dentro de possíveis limitações, como uma amostra de 12 sujeitos entrevistados e um cenário loco-regional, a presente pesquisa traz uma construção social que se traduz em indícios para a compreensão dos sentidos da AD, na perspectiva do profissional, ao idoso na AB. Para o presente estudo, não houve distinção entre as três diferentes categorias profissionais, uma vez que parte-se do pressuposto que é atribuição de todos estes profissionais realizarem atenção domiciliar e fazerem parte da equipe multiprofissional para realização de atividades no território (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

### 6.1 PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

Optou-se por uma análise que se aproxima do referencial da hermenêutica-dialética que, por conseguinte, baseia-se em um processo interpretativo e necessita de um entendimento de quem são os sujeitos da pesquisa. Desse modo, acredita-se que a partir do momento em que se sabe quem são essas pessoas, e onde estão inseridas, inicia-se o processo de compreensão de suas falas.

As dentistas entrevistadas possuíam Residência em Saúde da Família, e pelo relato estavam direta ou indiretamente ligadas à coordenação das US em que trabalhavam. Os enfermeiros, também, seguiam esse padrão de relação com a coordenação das unidades, entretanto possuíam pós-graduação em diferentes áreas, incluindo Saúde Pública, Enfermagem do Trabalho e Emergência. Os médicos entrevistados não estavam associados a nenhum cargo de coordenação.

Em relação à sua formação acadêmica, dois dos médicos realizaram a graduação em países da América Latina (Cuba e Argentina), o outro no Brasil; e a pós-graduação um dos entrevistados possuía na área de saúde pública, os outros dois não.

## 6.2 A CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS

O fluxo dos conceitos trabalhados nessa pesquisa está organizado em categorias, que objetivam apresentar as diferentes relações sobre AD ao idoso nas ações da AB na perspectiva dos profissionais das US. Compreende-se o sentido da atuação dos profissionais da saúde em três categorias, cada qual representando um campo de análise, perpassando a interpretação das informações coletadas pelo referencial hermenêutico-dialético (MINAYO, 2014). A pesquisa qualitativa traz consigo diversos desafios, esses que englobam desde a construção da metodologia, passando pelo referencial teórico que sustenta a discussão, culminando nas dificuldades que envolvem a publicação dos resultados (ATTRIDE-STIRLING, 2001).

A exaustiva leitura do material e imersão nos dados possibilitaram o surgimento de inferências. Inferência por sua vez é definida por Bardin (2009), enquanto um processo de construção interpretativa no qual se liga as proposições e enunciados do texto, no caso as entrevistas, com o objetivo de se certificar da veracidade do conteúdo.

Durante as leituras, hipóteses acerca das categorias surgiram, além das decisões de re-codificação para a construção de três categorias finais. Ambas as explicações serão expostas no decorrer do texto. No Quadro 4 há uma esquematização dos tópicos inseridos dentro do processo de construção das três categorias.

Quadro 4: Processo de construção e esquematização das categorias.  
Porto Alegre/RS 2018.

<u>Categoria</u>	<u>Inferências</u>	
<u>A realidade do território e as possibilidades de cuidado dentro do domicílio.</u>	O conhecimento do serviço e de seus dispositivos para atuação no domicílio.	A interferência das condições de moradia e de dignidade para além do tecnicismo do cuidado do profissional de saúde.
<u>A integralidade da atenção enquanto ferramenta para efetivação da Atenção Domiciliar na Atenção Básica.</u>	A assistência em RAS e as necessidades de encaminhamentos.	A finitude enquanto desafio para o profissional de saúde e os familiares dos idosos.
<u>O fluxo do serviço que propicia a rotina organizacional das visitas domiciliares aos idosos.</u>	O conceito de equipe para os profissionais de saúde e a necessidade de ampliação desse conceito.	A teoria que respalda a prática; e a prática que respalda a teoria.

Fonte: Autores, Porto Alegre, 2018.

### 6.2.1 A realidade do território e as possibilidades de cuidado dentro do domicílio

Em vistas de compreender os nuances que envolve a AD, o território no qual a US está inserida precisa ser compreendido. Os profissionais da saúde deparam-se diariamente com a realidade do território, sendo necessário ter um conhecimento apurado das atribuições do serviço e da gestão, além de vincular suas ações às condições de moradia e dignidade da população adstrita (BRASIL, 1990; BRASIL, 2006; BRASIL 2011; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

As condições de moradia e de dignidade para além do tecnicismo do cuidado do profissional de saúde podem interferir no processo saúde-doença e na qualidade de vida para o idoso (MERHY, 2002). Deste modo, percebe-se que conhecer o ambiente em que reside o idoso e o contexto que ele convive é uma importante

chave para entender e elucidar algumas questões de sua condição de saúde sistêmica.

O profissional de saúde, que circula pelo território e que tem uma formação voltada para saúde pública, busca interligar as informações trazidas pelo usuário do SUS ou familiar e, concomitantemente, ter um olhar crítico perante a situação do idoso restrito ao domicílio. O conceito de significado, discutido por Minayo (2014), elucidada que o idoso restrito ao domicílio pode ser compreendido pelo profissional de saúde de modo subjetivo pela sua consciência gerando maior ou menor relevância para o cuidado no domicílio.

De tal modo que a partir do senso comum, conhecimento empírico no cotidiano destes profissionais, de que se faz necessário ter um olhar subjetivo perante o domicílio, tem-se que o profissional durante uma visita domiciliar inevitavelmente ao observar o domicílio onde reside o idoso julga os elementos contidos dentro da residência. Desse modo, o profissional discorre a partir de sua consciência que alguns pontos precisam ser levados em consideração no contexto do cuidado de saúde do idoso conforme os trechos transcritos das entrevistas abaixo (ENTREVISTA 03 e ENTREVISTA 01).

“A gente observa a casa, a família, como eles estão se relacionando, condições de higiene, condições habitacionais, esse tipo de cuidado, se tem alguma coisa que nos remete a violência, a maus tratos. Se a pessoa tá vivendo uma vida digna, né;;; Assim, tudo dá pra ver. Dá pra ter uma boa noção, assim. Porque a gente também é treinado para ter esse olhar, né. A gente não vai lá só por causa do paciente, então muitas vezes a gente quer saber como ele vive, quem tá morando com ele, o comportamento das pessoas, as relação interpessoais, todas as condições.” (ENTREVISTA 03)

“Porque algumas dificuldades a gente não consegue ver, porque a gente não conhece o ambiente dessa pessoa.” (ENTREVISTA 01)

Outro relato (Entrevista 02) deixa explícito que o significado dado para o contexto de vida do idoso é de suma importância, pois atos que parecem ser cotidianos e corriqueiros muitas vezes não se concretizam. Trabalhar o significado de um objeto (MINAYO, 2014) e realizar prescrições de cuidados de higiene precisa ser resignificadas e readaptadas em contextos muitas vezes adversos, em que não há condições mínimas de dignidade para o idoso (BRASIL 1994; BRASIL, 2006).

“ “Ah, toma um banho.” Né;;; E aí tu vai lá na casa daquele paciente e não tem um chuveiro, não tem, né;;; Então, tu vai fazer uma educação frente aquela realidade, né;;;” (ENTREVISTA 02)

Embora se perceba indícios de que ocorra uma contradição (MINAYO, 2014) entre o relato feito pelo idoso e/ou familiar dentro da Unidade de Saúde e as observações realizadas pelo profissional de saúde, o importante é o modo como se resolve a situação e presta-se o melhor serviço possível dentro dessa realidade. O profissional de saúde parte para a otimização dos recursos de dentro do domicílio, sendo que a saúde deve ser compreendida em um contexto multifatorial e que se faz necessário adequar conforme as diferentes realidades. Nesta perspectiva, observa-se em um dos relatos (Entrevista 02) que o profissional apresenta seu ponto de vista sobre a relação entre AB e AD:

“Pra mim é um papel primordial, assim, da atenção básica. Eu acho que;;; Pra mim, sob meu ponto de vista, não existe Atenção Básica sem Atenção Domiciliar, por que a gente precisa conhecer o contexto dessas pessoas, né;;;” (ENTREVISTA 02)

Entende-se que é a partir do contexto do domicílio que se pode abordar as principais atividades de um idoso dentro desse ambiente, quando isso for possível. Entender as potencialidades de dentro do domicílio e o seu entorno suscita uma ideia de oposição, pois cada objeto dentro ou fora do domicílio pode transformar-se o tempo todo e isso traz em si a própria contradição dos espaços físicos e da consciência humana (MINAYO, 2014). Na fala que segue (Entrevista 10), percebe-se a angústia do profissional ao relatar sua tentativa de ação dentro das contradições dos espaços:

“Eu acho que, de potencialidade, essa questão de conhecer realmente o entorno e o cotidiano do idoso. A gente tem muitos idosos somente aqui na nossa área;;; aqui que é restrito ao domicilio mesmo, não porque não consegue caminhar, mas por conta da barreira geográfica, que é sair de casa. Então a gente tem que trabalhar muito na questão da potencialidade que aquele ambiente da casa dele vai trazer de satisfação na vida dele. Então isso eu gosto de trabalhar bastante quando eu faço a visita: Que quê tu gosta de fazer quando tu tá em casa? O que quê tu gosta de fazer aqui?” (ENTREVISTA 10)

Tendo como base a leitura do trecho acima da Entrevista 10, é possível compreender a execução de ações de promoção de saúde que dialoguem de modo intersetorial podem beneficiar os usuários idosos. Cabe ressaltar, também, que muitos idosos que perderam entes e companheiros queridos podem se sentirem sozinhos em suas residências. Uma das principais potencialidades da AD na AB é realizar a reintegração social do idoso que se sente desamparado e sozinho (quando isso for possível) ou até mesmo minimizar o sofrimento apoiando os familiares.

Freitas et al. (2013), em seu estudo salienta a necessidade de uma maior interface com outros pontos da RAS para a efetivação da AD ao idoso. Parte-se desse ponto de análise dessa categoria para salientar a real importância e a impossibilidade de dissociar a AB da AD (DIAS, et al., 2008; QUEIROZ et al., 2013). Dessa forma, é imprescindível que o profissional de saúde compreenda o território, os serviços da RAS e da gestão para atuar de modo a garantir a melhor assistência ao idoso.

#### 6.2.2 A integralidade da atenção enquanto ferramenta para efetivação da Atenção Domiciliar na Atenção Básica

Nessa esfera de análise, são realizadas considerações sobre o conceito de Integralidade da Atenção. Conceito esse trazido pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), em que coloca a Integralidade enquanto princípio doutrinário para o SUS, tendo conceitualmente um conjunto articulado de ações e serviços de saúde nas diferentes tecnologias e complexidades do sistema. Em concomitância, tem-se o Atendimento em RAS, que dialoga diretamente com o AD na AB e suas particularidades (BRASIL, 2016). Soma-se a esses fatos a proximidade entre a realização de atenção no domicílio por profissionais do SUS e a questão do fim da vida de muitos usuários idosos doentes terminais, em que o cuidado na finitude suscita uma articulação direta à Integralidade da Atenção. Com a iminência da morte, a experiência com a mesma e a necessidade de cuidado com os familiares e amigos que vivenciam esta fase do fim da vida do outro, os profissionais de saúde estabelecem um forte vínculo profissional-usuário.

Na tentativa de compreender a percepção dos profissionais, observa-se que o caminho que os serviços de saúde estão seguindo parece ser incerto, em compasso com os caminhos de um cotidiano turbulento. Algo dúbio dentro de um sistema de saúde pensado para ser universal em uma sociedade democrática. Esboça-se desse modo desafios diários que, aqueles que acreditam no cuidado integral do indivíduo como os profissionais entrevistados, precisam enfrentar.

Entretanto, é possível identificar situações em que ocorre uma efetivação da Integralidade da Atenção por meio do protagonismo de alguns profissionais, que ao serem questionados sobre suas atuações na AD anseiam pela necessidade de relatar casos exitosos envolvendo a RAS no cuidado ao idoso no seu domicílio. Destaca-se relato (Entrevista 07) que ilustra o protagonismo profissional e os obstáculos enfrentados pelo mesmo:

“A gente até já teve um momento de discussão do caso aqui dentro da unidade, que fez com que eu fosse ao conselho tutelar pessoalmente pra tomar providências, né;;; porque fugia já da questão de saúde e partia pra um princípio de assistência social, então a gente faz uma;;; tem uma boa parceria e tem uma boa resolutividade assim dos casos.” (ENTREVISTA 07)

A lógica da integralidade da ação, em uma perspectiva hermenêutica, acima ilustrada com a fala do profissional remete ao conceito de força trabalhada, em que o impulso move o sentido da ação. Ou seja, alguns pontos são expressos no sentido de que tudo poderia ser diferente se cada indivíduo que age de uma forma atuasse de outra mais pró-ativa (DILTHEY, 1981; GADAMER, 1999; MINAYO, 2014). Caso o profissional não tivesse o protagonismo de ir pessoalmente ao conselho tutelar a situação de saúde do idoso com cuidados restritos ao domicílio poderia transformar-se em outra e vice-versa.

Ressalta-se, desse modo, a necessidade de proatividade dos profissionais de saúde, que precisam ultrapassar barreiras para realizar um atendimento digno ao idoso restrito ao domicílio. Barreiras essas que incluem falta de materiais, falta de verbas para a AB, falta de profissionais para comporem as Equipes de Saúde da Família. São diferentes as circunstâncias que se configuram enquanto um encadeamento nos processos e observa-se a contradição nas distintas demandas de um atendimento realizado no domicílio (MINAYO, 2014). O conteúdo expresso

nas falas dos profissionais entrevistados (Entrevista 02 e Entrevista 07) explicita a angústia vivenciada no cotidiano da AB:

“E aí eu me deparo com aquilo que eu já havia dito do curativo, eu só tenho na unidade soro e gaze, né;;; e esparadrapo pra fechar.” (ENTREVISTA 02)

“Principais dificuldades;;; (pausa) é as faltas de materiais, de insumos;;; hã;;; transporte pra essas pessoas se precisar encaminhar pra outro nível da rede, a gente esbarra nisso. Então, eu acho que as principais dificuldades são essas. Porque atendimento médico, de enfermagem a gente tem, a gente oportuniza. Claro, que não pra todos, todos (ênfase), 100% da população, mas pra uma parte dessa população a gente oportuniza.” (ENTREVISTA 07)

Nas falas acima (Entrevista 02 e Entrevista 07) torna-se claro que o profissional, o qual vivencia diariamente o território, conhece os usuários e possui um vínculo com a comunidade, entra em certo sofrimento ao perceber que suas ações para o cuidado com o usuário pode ser em vão em meio a tantas outras interferências externas (MINAYO, 2014). Há também aqueles que, por questões diversas, já se frustraram e acabaram por esmorecer. Acredita-se que, neste caso, o senso comum no meio social destes profissionais mostra-se como algo que direciona tais percepções (GADAMER, 1999; MINAYO, 2014). Seguem seu trabalho, sem maiores ambições. Sentem-se cobrados, e permanecem no seu papel enquanto profissionais técnicos de saúde auxiliando a comunidade, porém sem inovações. Segue relato exemplificando (Entrevista 04):

“Eu acho que a Atenção Domiciliar não está inserida na Rede de Atenção à Saúde, porque é secundária, assim;;; (pausa e olhar de dúvida) Não dá pra ficar fazendo cena, falando que “ah;;; que aconteceu!”. Não, é secundária! Primeiro que não é cobrado de ninguém assim;;; uma meta. Não existem metas. E como se deve imaginar, a Atenção Básica é pautada em metas. Então a gente tem um monte de outras prioridades, então a gente acaba focando mais nas outras prioridades, então não é contado.” (ENTREVISTA 04)

Surge com essa fala outro ponto de análise importante a ser refletido: o que é “contado”? Essa interrogação é dúbia no que tange a sua compreensão, pois a expressão “contado” pode ser interpretada de maneiras distintas: Seria plausível simplificar um trabalho de equipe a metas operacionais? Como contar ou quantificar

o cuidado? Isso seria minimizar o potencial humanístico que é investido nos atendimentos no contexto da AB no SUS (CECCIM; MERHY, 2009; BRASIL, 2011; BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

Um exemplo concreto da compreensão simbólica da AD ao idoso no contexto da AB é a proximidade com a morte em idosos doentes terminais ou por causas naturais. Isso ocorre pelo fato da iminência da morte ser real, havendo em torno uma expressão fenomênica. Há uma função representativa de algo que é visível e ao mesmo tempo invisível. O profissional, embora tenha passado durante a sua formação por momentos vivenciados em que se tem uma realidade pensada, é apenas no cotidiano que é possível ter a vivência plena de situações, que se moldam com a vida (GADAMER, 1999; MINAYO, 2014). A morte é uma etapa da vida, inerente ao querer do ser humano. O profissional de saúde acaba por se transformar em mais uma peça importante no cuidado com o ser que falece e os entes que ficam (Entrevista 10).

“E daí tem outra coisa bacana com Atenção Domiciliar no idoso, como a gente trabalha com o envelhecimento da população, e fazendo uma Atenção Domiciliar, uma atenção primária de qualidade, a gente tem outra potencialidade da questão da Atenção Domiciliar, que é a questão da morte por causas naturais. Então, eu já tive alguns pacientes que eu levei, fiz o acompanhamento até o fim da vida, eu que fiz o atestado de óbito;;; (pausa e emoção) Eu que visitei o;;; visitei o paciente depois de falecido pra constatar a morte. E como a família e o idoso já;;; o problema é que o idoso já estava falecido, mas como a família já me conhecia, já tinha aquela confiança. Então eu acho que esse momento da morte também é uma potencialidade na questão da Atenção Domiciliar.”  
(ENTREVISTA 10)

O senso comum, na condição de conhecimento empírico, leva a crer que há uma constante transformação da natureza e da realidade social (GADAMER, 1999; MINAYO, 2014), havendo momentos experienciados que envolvem a conduta profissional. Parte-se do entendimento que o enfrentamento da finitude de um idoso nas ações de cuidado em saúde durante a AD pode ser considerada um destes momentos. Integra-se ao conceito de finitude do idoso, a finitude do compreender que é um modo de auto conhecimento do pesquisador e que representa as limitações da consciência histórica do mesmo (GADAMER, 1999; MINAYO, 2014). Tendo em vista tais conceitos de finitude da vida e de finitude do compreender,

relaciona-se o fato que o fazer implica necessariamente o querer, e inconscientemente o profissional de saúde remete-se a aquilo que um dia aprendeu, não nas disciplinas da graduação ou da pós-graduação, mas sim no seu histórico de vida. Isso fica claro no conteúdo consensual ilustrado, no presente texto (Entrevista 10), com uma das falas, uma vez que a emoção pode remeter a experiências vividas anteriormente ao fato e isso implica no trabalho.

Desse modo, a integralidade da atenção está intimamente ligada aos desafios diários para a efetivação da AD na AB. O indivíduo idoso, por sua vez, molda-se enquanto peça fundamental para essa compreensão, e a atenção domiciliar realizada pelos profissionais da AB como ferramenta de análise sobre a efetivação da RAS (MERHY, 2002; MINAYO, 2014). Parte-se da necessidade do protagonismo de alguns profissionais de saúde para a efetivação das ações dentro do domicílio. Além disso, observa-se nos relatos a dialética nas distintas demandas de um atendimento realizado neste ambiente.

### 6.2.3 O fluxo do serviço que propicia a rotina organizacional das visitas domiciliares aos idosos

Essa segunda categoria foi construída e segue um plano de análise que diz respeito ao fluxo dos serviços dentro das Unidades de Saúde a partir de uma perspectiva do conceito de equipe, aliada especificamente aos pressupostos teóricos e políticos que norteiam o trabalho em equipe na prática. O trabalho em equipe pode ser entendido sob a perspectiva da integração dos trabalhos especializados (PEDUZZI, 2001; SAVASSI, 2016; DIAS et al., 2017), sendo necessário um fluxo de serviços estabelecido para a efetivação das ações em equipe. Inicia-se a discussão desse tópico com um trecho da Entrevista 06 e observa-se três pontos de análise interessantes e que ilustram parte dessa discussão. Emerge o consenso de que a AD, neste momento, não acontece efetivamente como deveria e poderia ser, além das consequências da não efetivação da RAS.

“Eu acho que a gente poderia se inserir muito mais do que a gente se inseri, né;;; a gente acaba ficando muito dentro do consultório porque a gente tem uma demanda bem grande. Hoje em dia aqui no distrito a gente não atende só essa unidade, então além dessa

unidade, a gente tem uma outra unidade de saúde, que não tem dentista lá. Então, isso acaba gerando mais dificuldade de agenda, então a gente acaba não procurando tanto (realizar AD) como deveria, sabe? E é interessante também ver um pouco quando o pessoal da graduação e até mesmo os residentes chegam e perguntam: “mas o que essa tal de visita domiciliar?”. Sabe? Eu acho que tem bastante um;;; sei lá, parece que é uma coisa muito estranha mas que não, que na verdade não é.” (ENTREVISTA 06)

A partir da leitura desse trecho da Entrevista 06 e das inferências realizadas, faz-se uma reflexão sobre o conceito de necessidade trazido por Minayo (2014), nele aquilo que já se formou e já ocorreu não pode ser desfeito; entretanto sentir a necessidade de algo é a base para toda a atividade que emerge do indivíduo. Desse modo, no momento em que o profissional sente a necessidade de ter uma maior inserção e atuação dentro da equipe de saúde, abrem-se novas oportunidades. A expressão necessidade mostra-se nesse contexto hermenêutico-dialético enquanto algo que está em carência, e em um dado momento histórico pode se tornar imprescindível. Sendo, também, claramente exposto na fala que o não estabelecimento efetivo da RAS interfere diretamente na rotina de visitas domiciliares. A literatura corrobora tal fato (FREITAS et al., 2013; BRITO et al., 2017).

Nas entrevistas dos profissionais, estes relatam que os alunos de graduação e pós-graduação transmitem ideias de movimento e transformação da realidade (GADAMER, 1999; MINAYO, 2014). O dissenso prevalece com esta fala, uma vez que embora tenham alunos de graduação e pós-graduação dentro da Unidade de Saúde e compondo a equipe, surgem questionamentos sobre o que é e como funciona a AD na AB ao idoso. Ressalta-se que o processo de ensino-aprendizagem ainda parece ser estratificado, sendo que as disciplinas integradoras entre os diferentes cursos da área da saúde são escassas e eletivas.

A experiência e trajetória enquanto profissional da saúde que trabalha em equipe traduz-se em atitudes relevantes para a capacidade de resolutividade durante as visitas domiciliares. Entretanto, algumas questões sobrepõem-se ao fato das situações expostas serem de caráter individual e não coletivas. Neste designo de processo que representa algo contínuo e rotineiro, e a partir da proposta hermenêutica-dialética trazida por Minayo (2014), constata-se na fala (Entrevista 11)

que segue a percepção sobre a retórica da prática versus teoria, o que corrobora o dissenso sobre tal conceito.

“Então, por essa minha experiência, eu consigo ter uma visão talvez um pouquinho ampliada no sentido dos recursos que o próprio domicílio tem pra um atendimento, por exemplo. Mas;;; a Atenção Básica em si, a Unidade de Saúde, eu acho que num todo assim se tu fores comparar outros serviços muito mais avançados a gente ainda tem muito *défect*, assim, de recurso pra um bom atendimento no domicílio.” (ENTREVISTA 11)

Dentro do processo de compreensão das percepções trazidas pelos profissionais sobre a AD é possível traçar uma associação com o que traz Gadamer (1999) e Minayo (2014) sobre o conceito da baliza da intencionalidade. Essa que é considerado uma das possibilidades de caminho do pensamento hermenêutico, e se configura quando o ser visa alguma coisa e se dirige para. Ligado, também, às ideias de processo durante o acontecimento das visitas domiciliares molda-se o dissenso sugerido com o trecho da fala acima (Entrevista 11). Embora a profissional de saúde tenha a intenção de melhorar a qualidade de vida do idoso no seu domicílio, empoderando seus familiares com recursos do próprio ambiente, esbarra-se ao fato do profissional de saúde estar sozinho e não em equipe (PEDUZZI, 2001; COSTA; CIOSAK, 2010; SAVASSI, 2016; DIAS et al., 2017)

Caminhando na compreensão de que a AD ocorre em um contexto que interagem diferentes atores, observa-se que as potencialidades desse modo de cuidado podem ser compreendidas para além do atendimento biomédico (FLORIANI; SCHRAMM, 2004). Seguindo uma aproximação com a hermenêutica dialética (GADAMER, 1999; MINAYO, 2014), tem-se no relato abaixo (Entrevista 10) um profissional ciente de que é possível compreender partes da vida do idoso a partir de uma visita domiciliar. Isso se aproxima do exposto por Floriani e Schramm (2004), evidenciando, também, as possibilidades que podem surgir em ações de promoção de saúde a partir de grupos de convivência de idosos dentro da Unidade de Saúde.

“A gente tem um grupo de convivência que tem os idosos participando aqui dentro da unidade, então a Atenção Domiciliar serve pra fazer a convocação também. E, no ambiente de casa, a gente consegue ter informações, que às vezes no ambiente de

consultório dentro da unidade, a gente não consegue informações de problemas familiares, por exemplo.” (ENTREVISTA 10)

Na continuidade da discussão desta categoria de análise, explora-se a teoria aprendida durante a formação acadêmica e a prática exercida pelos profissionais de saúde no dia-a-dia. Algo que deveria ser harmônico e consonante, muitas vezes pode ser ambíguo e controverso (MINAYO, 2014). Queiroz et al. (2013), discorre sobre os desafios da AD na AB, sendo que salienta a formação dos profissionais de saúde focada somente para a cura das doenças e as dificuldades existentes para firmar parceria com as famílias e trabalhar com a comunidade. Observa-se nos dois trechos que seguem (Entrevista 07 e Entrevista 10) as dificuldades para estabelecer uma rotina organizacional que propicie a realização da AD no cotidiano da AB:

“Eu acho que;;; eu acho que a questão de pessoas por equipe é ainda uma coisa que vai evoluir, que a gente vai chegar;;; (pausa) em um tempo que a gente vai conseguir aplicar teoria e prática. Assim, na verdade eu acho que nenhuma unidade consegue aplicar o que tá na teoria ainda, o que tu tem que fazer, os 100%, e o que tá na prática. Tem unidade que faz melhor isso, tem unidades que faz melhor aquilo, mas isso também depende da demanda da comunidade que tu trabalha.” (ENTREVISTA 10)

“Tem diversos materiais, eu tô sendo bem sincera, tem diversos materiais, tem diversas literaturas pra fazer leituras, mas assim, pela quantidade de;;; de demandas que nós temos, pelas complexidades de coisas que a gente atende, muitas vezes a gente tem que priorizar outras coisas. A gente trabalha numa secretaria que tem metas pra diversos problemas de saúde. Então assim, é HIV, Saúde da Criança, Saúde do;;; da;;; da Gestante. Tudo isso é prioridade pra nós, e a Atenção Domiciliar eu já não vejo como;;; tanto uma prioridade como outras políticas.” (ENTREVISTA 07)

Pode-se identificar, também, nas falas acima indícios interpretativos (GADAMER, 1999; MINAYO, 2014) que explicitam situações reais de vivência do exercício profissional, principalmente no que tange a sobrecarga de tarefas exercidas deste fluxo de serviços. Identifica-se um consenso no dito pelos profissionais, pois ambos os profissionais deixam explícito de que não é possível seguir de forma plena os protocolos e manuais da AB, pois a vida se molda conforme a demanda e as características populacionais de cada território.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível apreender a partir dos relatos trazidos pelos profissionais que a sobrecarga de atribuições, a falta de profissionais e de tempo para aperfeiçoamento são fatores que impactam na relação da AD ao idoso. Além disso, o significado de contabilização do trabalho na AB pôde ser compreendido, uma vez que em um plano de análise entende-se que muitas das atividades que perpassam o cotidiano de uma Unidade de Saúde não são inseridas nas metas operacionais. Acredita-se que a escolha pela aproximação com o referencial teórico da hermenêutica-dialética possibilitou um modo de compreensão das relações de cuidado em saúde durante a atenção domiciliar.

Os resultados apresentados e discutidos suscitam alguns questionamentos como: Quantas outras coisas são feitas pela AB e que não são contadas/mensuradas? Quanto tempo é gasto de deslocamento do profissional até a residência do usuário? Quanto tempo um profissional utiliza para realizar uma escuta qualificada de um idoso acamado? E o tempo utilizado para acolher os cuidadores desses idosos?

Embora se tenha abordado um total de 12 profissionais entrevistados em um cenário loco-regional, foi possível alcançar os objetivos do estudo. Compreender a Atenção Domiciliar sob a perspectiva dos profissionais da saúde engloba entre outros aspectos a análise de suas percepções, o que demanda uma interrelação entre a teoria e a prática. Além disso, as atividades exercidas pelos profissionais na AB associam-se diretamente com a RAS, o que possibilitou apreender sobre demanda por atenção à saúde no distrito estudado e as atividades nos domicílios, relacionadas à promoção, prevenção e atenção/assistência à saúde ao idoso.

O processo de construção de cuidado em saúde engloba entre outros pontos, a sensibilidade perante o outro. Tendo esse pressuposto enquanto estratégia de ação, acredita-se que os resultados dessa pesquisa possam contribuir para se construir um olhar mais direcionado para as dificuldades enfrentadas e as potencialidades destes profissionais que realizam AD dentro dos pressupostos do modelo assistencial da Estratégia de Saúde da Família.

## 8 CONTRIBUIÇÕES DO MESTRADO PARA ALÉM DA PRÁTICA CLÍNICA

Certo dia, não lembro exatamente quando, mas posso afirmar com certeza que foi durante esses dois anos do mestrado e após a etapa de qualificação do projeto, eu estava em uma reunião clínica com colegas Cirurgiões-dentistas, e relatava com entusiasmo minha pesquisa do mestrado. Ao concluir minha explanação sobre o ato de compreender os profissionais de saúde, baseado em fundamentos de filósofos e seguindo uma linha de raciocínio na qual a percepção do profissional se dá em totalidade e não enquanto classe, questionaram-me sobre o que esse trabalho influenciaria na minha prática clínica, ou até mesmo em alguma técnica utilizada durante procedimentos odontológicos.

O reconhecimento a respeito da importância da pesquisa que se está desenvolvendo é um dos motivos pelo qual se faz ciência. Após esse diálogo, vários pensamentos emanaram freneticamente até que uma pergunta surgiu: *“Qual a serventia de um estudo, se não suscitar o debate a partir dos seus resultados?”*. Enquanto pesquisadora estava fazendo meu papel, suscitei debate entre meus colegas dentistas, pois eu estava em um processo de ensino-aprendizado dentro da Saúde Coletiva. Um processo de ensino-aprendizado é enriquecedor quando o *permitir-se a transformação* está implícito nesse caminho. Mudar é preciso e nos torna seres pensantes, capazes de influenciar todos à nossa volta. O objetivo é fazer com que as consultas, em qualquer lugar que elas ocorram, sejam agradáveis, motivo de uma espera alegre e contagiante, que gerem uma ansiedade boa.

O sujeito idoso que aguarda por um atendimento dentro do seu domicílio urge por algum tipo de cuidado, alguns expressam pela fala, outros pelo olhar, e ainda outros são muito sutis e dependem da sensibilidade do profissional de saúde para serem interpretados. Que sensibilidade é essa que o profissional de saúde tem / deve ter / deveria ter? A empatia nos fortalece enquanto seres humanos, mas não é em totalidade ensinada nos livros.

O que nos diferencia? O que nos torna um profissional de saúde mais humano? O que o jaleco representa para o sujeito (profissional ou paciente)? Qual a relação paciente-profissional que estamos dispostos a estabelecer? Ser dentista clínica-geral é um desafio apaixonante e que se fortalece na prática diária, por sua vez a saúde coletiva me possibilita ter um olhar diferenciado para o ser humano que

emana por cuidado - nesse tópico falo especificamente da minha atuação profissional de núcleo, mas considero também a situação de todos os colegas da área da saúde num contexto de campo. Desse modo, posso afirmar que após o mestrado me tornei uma profissional com um olhar diferenciado para o ser humano e o coletivo.

## 8 REFERÊNCIAS

- ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A.; ALENCAR, B.R. Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 243-250, 2012.
- ALMEIDA, C. L. S. et al. **Hermenêutica filosófica. Nas trilhas de Hans Georg-Gadamer**. Porto Alegre: Edipucrs, 2000. 222p.
- AMTHAUER C.; FALK J. W. Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso. **J. res.: fundam. care.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 99-105, 2017.
- ATTRIDE-STIRLING, J. Thematic networks: An analytic tool for qualitative research. **Qualitative Research**, v. 1, p. 385-405, 2001.
- BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Ed. 70, 2008. 281 p. (Obra original publicado em 1977).
- BARROS, J. D. A. Objetividade e subjetividade no conhecimento histórico: a oposição entre os paradigmas positivista e historicista. **Rev. Tempo, Espaço e Linguagem**, v. 1, n. 2, p. 73-102, 2010.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 282 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. **Resolução 466/2012** Aprova as Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 24 de mai. 2018.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 15 mai. 2018.
- BRASIL. Lei nº 8842, de 01 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm)>. Acesso em: 15 mai. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar: atenção domiciliar: manual instrutivo**. Brasília, 2013a.
- BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006. Disponível em: ,

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)>. Acesso em: 16 abr. 2018.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 15 abr. 2018.

BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2016/04/portaria825.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2018.

BRASIL. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefini a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)>. Acesso em: 18 abr. 2018.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)> Acesso em : 19 abr. 2018.

BRITO, F. M. et al. Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar. **J. res.: fundam. care**, online, v. 9, n. 1, p. 215-221, 2017.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v.13, supl.1, p.531-42, 2009.

COLLET, N.; WETZEL, C. Hermenêutica dialética: um caminho de pensamento na investigação em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 5-11, 1996.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 437-444, 2010.

DAVIDSON, Christina. Transcription: Imperatives for qualitative research. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 8, n. 2, p. 35-52, 2009.

DIAS, A. et al. The Effectiveness of a Home Care Program for Supporting Caregivers of Persons with Dementia in Developing Countries: A Randomised Controlled Trial from Goa, India. **Plos one**. California, v. 3, n. 6, p. 1-7, 2008.

DIAS, J. F. et al. Atenção domiciliar no âmbito da reabilitação e prática centrada na família: aproximando teorias para potencializar resultados. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 28, n. 2, p. 206-213, 2017.

DILTHEY, W. **Introducción a las ciencias del espíritu**, 2 ed. Madri: Revista de Occidente, 1981. 584p.

ESPINOSA, B. **Tratado Teológico Político**, 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. 376p.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 986-994, 2004.

FORSTER, A. C. et al. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 4, p. 360-366, 2016.

FREITAS, L. F. C. et al. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n.1, p. 111-117, 2013.

GADAMER, H.G. **Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 3. ed. Petrópolis: Vozes; 1999. 730 p.

GENET, N. et al. Home care in Europe: a systematic literature review. **BMC Health Services Research**. Londres, v. 11, n. 207, p. 1-14, 2011.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 1 ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. 1986p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 - revisão 2004**. Rio de Janeiro, 2004. p. 49-60.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015**. Rio de Janeiro, 2015. 137p.

MAHL, C.; TOMASI, E. Estratégia Saúde da Família na 19ª. Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul: Perfil dos Profissionais e Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. **Ciência et Praxis**, Passos, v. 2, n. 4, p. 19-26, 2009.

MARSHALL, M.N. Sampling for qualitative research. **Fam. Pract.**, Inglaterra, v. 13, n. 6, p. 522-526, 1996.

- MENDES, W. **Home care**: uma modalidade de assistência à saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: UNATI, 2001. 112p.
- MERHY, E.E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec. 2014. 406 p.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p.1-12, 2017.
- MOTTA, L. C. de S.; SIQUEIRA-BATISTA R. Estratégia saúde da família: clínica e crítica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 196-207, 2015.
- MOULES, N. J. et al. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. **International Journal of Qualitative Methods**, EUA, v. 16, p. 1-13, 2017.
- MUNIZ, E. A. et al. Atenção domiciliar ao idoso na estratégia saúde da família: perspectivas sobre a organização do cuidado. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11 (Supl.1), p. 296-302, 2017.
- OLIVEIRA, M. A. **Reviravolta linguístico pragmática da filosofia contemporânea**. 2 ed. São Paulo: Loyola, 2001. 430p.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.
- PORTO ALEGRE. Revista do Observatório da Cidade de Porto Alegre. **Secretaria Municipal de Saúde**. Porto Alegre, v. 1, 2017. 44 p.
- PRETI, D. **Análise de textos orais**. 6. ed. São Paulo: Humanitas. 2003. 270 p.
- QUEIROZ, A. H. A. B. et al. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2615-2623, 2013.
- RAMALLO, V.J.G.; TAMAYO, M.I.P.. Historia de la hospitalización a domicilio. In: \_\_\_\_\_. **Hospitalización a domicilio**. Espanha: Hoechst Marion Roussel, 1998. p. 13- 22.
- RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 211-224, 1987.
- REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde colet.**, v. 10 (Supl.), p. 231-242, 2005.

- SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.
- SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018.
- SANTOS, G. S.; CUNHA I.C.K.O. Visita domiciliar a idosos: características e fatores associados. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João Del Rei, v. 7, n. 1272, p. 1-8, 2017.
- SAVASSI, L.C.M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v.11, n. 38, p. 01-12, 2016.
- STRECK, D. R. Qual o conhecimento que importa? Desafios para o currículo. **Currículo sem Fronteiras**, v. 12, n. 3, p. 08-24, Set/Dez 2012.
- SILVA, J.A. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente da comunidade?** 2001. 231f. Tese de doutorado (Doutorado em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- STEIN, E. **Aproximações sobre hermenêutica**, 2 ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2004. 112p.
- WACHS, L. S. et al. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 1-9, 2016.
- WORLD HEALTH ASSOCIATION. Division of Mental Health. **Qualitative Research for Health Programmes**. Geneva: WHA, 1994.

APÊNDICE A - Roteiro norteador semi-estruturado da entrevista

**Bloco de identificação:** Número de identificação: \_\_\_\_

Profissão: ( ) Médico ( ) Cirurgião-dentista ( ) Enfermeiro

Instituição de Ensino Superior: \_\_\_\_\_

Pós-graduação em saúde pública/saúde da família/saúde coletiva: ( ) não ( ) sim

**Bloco de perguntas disparadoras:**

<b>Questões a serem abordadas pelo pesquisador</b>	<b>Exemplos de perguntas disparadoras</b>
Significado e importância da AD ao idoso	Em sua opinião é importante a realização AD neste território? Como são realizados os atendimentos domiciliares aos idosos que necessitam na US na qual estás inserido?
AD na RAS	Consideras a AD inserida na RAS? Discorra sucintamente sobre isso. De que modo te sentes inserido na RAS realizando os atendimentos aos idosos em domicílio?
Competência técnica/profissional	Enquanto - <u>Médico, Cirurgião-Dentista, Enfermeiro</u> - sente-se preparado para realizar um atendimento domiciliar em idosos? Quais profissionais realizam AD na tua equipe? Você saberia me dizer como ocorre os cuidados relacionados à saúde bucal desses idosos?
Potencialidades	Quais são as vantagens e potencialidades de realizar AD ao paciente idoso?
Dificuldades que necessitam ser observadas	Quais são as principais dificuldades encontradas nesse modo de cuidado?
Conhecimento de políticas	Tens conhecimento das políticas públicas que respaldam a Atenção Domiciliar na Atenção Básica? Terias como me dizer algo sobre as políticas atuais? Tens lido algo a respeito?

## APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

### CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **“A ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS: A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL”**, que tem o objetivo de refletir sobre a atuação dos profissionais da saúde - médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas - na Atenção Domiciliar. Buscamos analisar as atividades dos profissionais nos domicílios, relacionadas à promoção, prevenção e atenção/assistência à saúde; e compreender a percepção dos profissionais frente à demanda por este tipo de atenção a saúde, abordando as dificuldades e as potencialidades encontradas.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista dialoga que será gravada e posteriormente transcrita. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, pois se trata de uma conversa com o pesquisador. Caso haja algum dano de ordem emocional ou psíquica diretamente relacionada com sua participação nesta pesquisa o (a) Sr.(a) será encaminhado (a) ao serviço de saúde municipal de referência. Considera-se, também o risco de quebra de sigilo e privacidade dos participantes, a fim de minimizar tais danos deixa-se explícito que todos dados oriundos das entrevistas (inclui-se a gravação e transcrição das entrevistas) serão arquivados HD Externo modelo Seagate Expansil 1TB de uso exclusivo para a presente pesquisa em que os arquivos estarão em *modo protegido*. O HD Externo ficará sob cuidado do pesquisador responsável e após um período de 5 anos transcorridos da realização da pesquisa os dados serão destruídos.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para a melhoria das condições dos serviços, como por exemplo, a dinâmica de agendamentos, a ampliação do horário de atendimento, entre outros. Para isso, será necessário disponibilizar cerca de uma hora do seu tempo.

**Será assegurado ao participante desta pesquisa:**

- 1. A concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu lócus de trabalho;**
- 2. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que o seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa, método de trabalho ou opinião será divulgado, nem mesmo para a equipe de gestão;**
- 3. A participação nesta pesquisa pode ser interrompida a qualquer momento, se o (a) participante assim o decidir, sem que isto acarrete prejuízo ao seu trabalho e/ou função;**

Após ter sido informado sobre a pesquisa de forma clara e detalhada e ter esclarecido minhas dúvidas eu \_\_\_\_\_  
(profissional do serviço de saúde) concordo em participar deste estudo. Declaro que recebi cópia deste termo, bem como recebi a informação de que se houver qualquer dúvida poderei entrar em contato com a pesquisadora Fernanda Pasquetti Marques, com o seu orientador Prof. Dr. Alexandre Fávero Bulgarelli, nos telefones e e-mails abaixo descritos. Declaro que fui igualmente informado da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento sem prejuízos, da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

**Endereços para contato:**

**Pesquisadora:** Fernanda Pasquetti Marques, telefone (51) 3308-5204, e-mail [fernanda.pasquetti@gmail.com](mailto:fernanda.pasquetti@gmail.com)

**Orientador:** Prof. Dr. Alexandre Fávero Bulgarelli, telefone (51) 3308-5204, e-mail [alexandre.bulgarelli@ufrgs.br](mailto:alexandre.bulgarelli@ufrgs.br)

No caso de qualquer dúvida ética, poderá entrar em contato com:

- Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do município de Porto Alegre, Maria Mercedes Bendati, telefone (51) 3289-2451, e-mail: [mercedes@sms.prefpoa.com.br](mailto:mercedes@sms.prefpoa.com.br).

- Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Maria da Graça Corso Motta, telefone (51) 3308-3738, e-mail: [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br).

## APÊNDICE C - Entrevista realizada

P = Pesquisador

E = Entrevistado

P - Bom, hoje é dia 28 de setembro. Eu estou aqui com o médico XXXXXX, né?

E - Uhum.

P - Muito bem. Onde é que foi que tu te formou?

E - Certo. A minha graduação, eu, eu me formei em Cuba.

P - Em Cuba?? (SURPRESA)

E - Aham!

P - Que legal!

E - Eu terminei lá em 2009 e daí em 2010 eu fiz minha revalidação pela federal do Mato Grosso aqui no Brasil, fiz a minha pós-graduação, a residência em Medicina de Família lá em Fortaleza no Ceará e depois o mestrado aqui.

P - O mestrado aqui em Saúde Coletiva?

E - Em Saúde Coletiva aqui na UFRGS.

P - Muito bem, então tá. A ideia então hoje é a gente conversar um pouquinho a respeito da Atenção Domiciliar realizada à população idosa dentro da Atenção Básica, e sua inserção dentro da Rede de Atenção à Saúde e o que ocorre de fato na ponta. Pode falar, a gente não tá aqui para julgar, pra dizer se é certo ou errado, a ideia é saber como funciona na perspectiva do profissional médico, dentista e

enfermeiro. Tá? Na tua opinião, é importante a realização da Atenção Domiciliar dentro da Atenção Básica, quais são as prerrogativas?

E - Sim, eu acho que é;;; que faz parte da, da, da, do trabalho da Atenção Básica a questão do atendimento domiciliar, né? Porque além da gente conhecer o, o, o local que os nossos usuários vivem, saber o acesso deles, que eles tem, dentro do nosso território, a questão domiciliar, o nosso deslocamento até o local em que o paciente, a gente vai ver o paciente ou o usuário, é importante também pra a gente conhecer o que quê tem dentro do nosso território, que quê tem de potencialidade e de fragilidade dentro dele. E;;; Eu acho que as consultas que são realizadas no ambiente domiciliar são consultas diferenciadas que conseguimos ter uma abordagem mais integral com relação à saúde, como o conceito mais amplo do nosso usuário e da família que há em torno dele, né?

P - Certo. E como é que são realizados os atendimentos aqui dentro da Unidade. Tu tem uma agenda, um dia fixo, como é que é essa organização?

E - É, eu;;; atualmente a gente tá com um dia fixo, que é nas terças-feiras pela tarde, é o dia em que eu o profissional médico faz, né? Os outros profissionais às vezes têm dias diferentes. Mas o que tem mais;;; eu acho que aqui na nossa equipe, o que tem mais fixo sou eu, o médico; o pessoal da enfermagem, da odontologia, é mais, é mais, é mais de acordo com a demanda que é trazida pelos agentes comunitários. É;;; a gente já fez uma discussão em ter uma mudança com relação à isso, a gente conseguir fazer visitas se não diárias, quase diárias, porque existem demandas que são crônicas e tal, mas existem demandas algumas agudas que não são casos pra hospital, mas que são casos que precisam ser avaliados no dia, que não daria pra esperar tanto. E aí a gente tem esse plano futuro, de;;; de;;; de ter essa um;;; de pelo menos eu tenho esse plano futuro de ter essa modificação, mas por enquanto tá com dia fixo. O que quê acontece bastante: como aqui é uma unidade de saúde-escola, que daí eu não sei se, se se;;; também tá no diferencial do teu trabalho. É, Fernanda, né?

P - É Fernanda, isso!

E - E aí Fernanda, é;;; a gente;;; quando tem uma visita que precisa de um olhar naquele dia, se eu puder ir, ou se eu tiver algum dos meus alunos disponíveis, eu envio quem tá disponível pra poder ter um olhar pra ver como tá a situação.

P - Sim, a ideia é tentar promover que desde a graduação, no caso teus futuros colegas médicos, também tenham essa vivência.

E - Sim. Inclusive, quando;;; a nossa geografia é uma geografia de, de, de morro, né? É de subir. Mas eu tento dar prioridade, dependendo da quantidade de visitas e do tempo, a gente;;; eu prefiro que a gente vá a pé; mas quando tem dificuldade de tempo e horário, a gente vai de carro. Quando é muito lá em cima ou muito lá embaixo, aqui no nosso território.

P - E daí quando é de carro vocês dispõem de recursos próprios?

E - Sim, é recursos próprios. A gente tem um recurso da prefeitura, de fazer a solicitação do carro, mas é um burocratismo bem grande pra gente conseguir. Então acaba sendo usado meios próprios, assim. Mas eu gosto, eu gosto de ir a pé, na verdade eu gosto de a pé, eu gosto de ir caminhando. Mas quando, infelizmente, o tempo e o espaço não dá, aí gente vai por meios próprios mesmo.

P - Tá, e agora uma pergunta: tu considera a Atenção Domiciliar que tu realiza aqui na Atenção Básica, pra população idosa, inserida dentro da Rede de Atenção à Saúde? Tu consegue fazer os encaminhamentos, ter esse olhar pra esse paciente que tá acamado, em termos de exames, encaminhamentos pra consultas de especialista, o Programa Melhor em Casa?

E - É, a gente tem, vamos dizer em partes, né? A gente consegue pelas áreas de atenção. Primeiro, um dos problemas dos exames, a gente consegue solicitar os exames; mas a família ou o próprio usuário tem que ter meios próprios para coletar os exames. Antes, há alguns anos atrás a gente tinha serviço de coleta domiciliar dos exames, por exemplo. É;;; e aí, com relação ao Melhor em Casa, a gente ainda

tá em fase ainda de definição porque, a;;; o;;; de acordo com a demanda do paciente a gente vai definir em demanda tipo 1, tipo 2, e tipo 3, que tá o manual do ministério assim, né? Então, isso ainda eu acho que o trabalho nosso Atenção Básica com a atenção do Melhor em Casa ainda não tá estabelecido o que que é cada de um, então às vezes a gente tem alguns embates com relação à decisão se o paciente que é pra ficar só na atenção primária ou se é um paciente pra ficar compartilhado com o Programa Melhor em Casa.

P - Entendi, Tá;;; E tu consegue se sentir inserido pensando em atenção primária dentro da rede de atenção. Tu consegue enxergar um organograma, conseguindo fazer esses encaminhamentos?

E - Pra atenção especializada eu digo que em partes, também; eu acho que depois que a gente informatizou o sistema de referenciamento, a gente tá conseguindo ter uma comunicação melhor com a atenção secundária e com a atenção terciária, mas ainda tem muito a melhorar porque;;; claro a gente tem que fazer a meia culpa, né? Às vezes o registro da gente da atenção primária não tá com a qualidade tão boa, os encaminhamentos não são feitos com a qualidade tão boa pra atenção secundária ou terciária. Igual, o paciente que tá sendo acompanhado na atenção secundária e terciária a gente não tem toda aquela qualidade de tá sabendo o que que tá acontecendo com ele nos outros níveis de atenção. Mas isso...eu tenho 8 anos que eu trabalho em atenção primária já.

P - Aqui na unidade?

E - Aqui na unidade vai fazer 3 anos e eu tô 5 anos aqui em Porto Alegre. Nesses 5 anos eu tenho notado melhora com relação a comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Eu acho que já foi bem pior.

P - Beleza. Tá e agora vamos pensando um pouco na tua formação acadêmica, que foi uma formação diferenciada, foi feita em Cuba...tu te sente realizado, opa realizado não. Tu te sente preparado pra realizar Atenção Domiciliar?

E. Eu acho que em partes, também, né? Eu acho que, se fosse;;; na verdade a gente sempre tem a melhorar. Eu acho que, como a gente trabalha com sistema de registro eletrônico, agora o com prontuário eletrônico, a gente tem muita dificuldade de registro das visitas que a gente faz, porque eu faço os registros depois que eu termino as visitas. E não fica com aquela mesma qualidade de eu tá registrando no mesmo momento que eu tô fazendo a consulta. Mas eu consigo fazer o registro e a questão das demandas que surgem, eu acho que a gente tem uma resolutividade bem boa com relação às demandas e o que é detectado pela própria equipe através dos agentes comunitários. Eu acho sim, eu acho que o fato de eu ter feito a residência de saúde da família fez eu melhorar bastante com relação à Atenção Domiciliar, porque lá na, na minha graduação a Atenção Domiciliar tinha, mas não era tão forte com relação a;;; era diferente lá na faculdade com relação a aqui.

P - Uhum, certo. E quando tu chega num domicílio, tá? O que quê tu observa, o que quê tu faz, tu tem um protocolo estabelecido?

E - Com relação ao idoso?

P - Isso.

E - Certo. É o seguinte: geralmente, é;;; é a gente vê todo o contexto de deslocamento até a residência, vê as questões das condições da casa, os cômodos, quantas pessoas moram ali, como é que é o entorno, quem é que são os vizinhos, se são familiares, se conhecem os vizinhos, isso tudo eu avalio também. E daí no idoso, tem um, apesar de não tá fazendo isso, atualmente, eu não tô registrando isso minucioso. Mas pelo hábito de ter trabalhado isso na residência, eu faço uma avaliação global do idoso, vendo desde o risco de queda, vendo a questão dele de mobilidade, de independência, das atividades de vida diária básicas e as instrumentais. Sempre eu faço essa avaliação, apesar de não ser uma avaliação assim, digamos que;;; que;;; que: “Há, eu tô registrando que eu tô fazendo essa avaliação”. Eu levo em conta tudo isso na hora da avaliação, apesar de às vezes não registrar que eu tô fazendo essa avaliação, mas eu observo tudo isso. Que mais;;; é, e ver, eu acho que a gente tem que, cada paciente que a gente visita nos

idosos, a gente tem um grau de dependência e de independência e a gente tem que sempre avaliar isso pra ter as condutas, né?

P - Certo. E agora eu vou puxar um pouco pra;;; pro meu núcleo, tá que é o de odonto, tá?

E - Certo.

P - Como é a atuação do dentista, o que quê tu acha a respeito da saúde bucal? Hã;;; dentro do domicílio, por exemplo, tu detecta que tem um idoso que tá com uma situação infecciosa, hã;;; como é que funciona? O que quê tu faz?

E - Certo. Geralmente o que a gente faz aqui na nossa equipe é;;; a gente;;; quando a gente detecta alguma demanda na saúde bucal, ou vice-versa, às vezes tem uma visita primeiro da saúde bucal pra poder, depois a gente conseguir. É bem legal a gente trabalhar assim multiprofissional, porque primeiro eu vou falar bem a questão do núcleo do dentista, né? Quando a gente avalia e vê que tem uma situação de saúde bucal, a gente tem essa, hã;;; nem todas unidades funcionam aqui, geralmente a questão da saúde bucal é muito separada da equipe mínima (RISADAS) e aqui a gente já tem uma interação bem maior. A equipe de saúde bucal aqui, é;;; realiza diferentes atividades que não é só boca (RISADAS). Mas, claro que quando tem uma demanda a gente comunica e geralmente é feita a visita por algum membro da equipe da saúde bucal pra poder fazer a avaliação. Mas uma coisa interessante que eu gosto de deixar registrada, com relação à saúde bucal e a estratégia de saúde da família que não acontece só com saúde bucal, mas acontece com as outras categorias fora da equipe mínima, fora da equipe mínima, é que a saúde bucal pode servir de porta de entrada e de contato do paciente domiciliar com a equipe. Eu já tive paciente domiciliado que não queria receber ninguém de médico, de enfermeiro e que tinha medo, e que a porta de entrada de comunicação de início de acompanhamento dentro da minha unidade foi através da saúde bucal porque ele queria tratar dos dentes primeiro. Tipo assim, o paciente com problema de autoestima, por conta das lesões que tinha em bocal, que depois que melhorou isso, melhorou quadro depressivo, melhorou;;; aumentou a adesão de tratamento de

pressão, de diabetes. Então tem toda uma consequência esse trabalho inicial, essa porta de entrada que a saúde bucal deu, entendeu? Então eu acho que é importante fortalecer isso, porque pelo menos eu vejo isso. Porque a gente tá tendo um pouquinho de retrocesso com relação à visão da Estratégia de Saúde da Família, pelo menos vejo assim nesse tempo que eu tô tendo, que a gente tá;;; a gente no começo era muito focado na boca, aí depois ficou muito geral, aí a gente conseguiu generalizar e agora tá começando a querer que a saúde bucal foque de novo só em tratamento em saúde bucal. Pelo menos é isso que eu tô notando que tá acontecendo. (RISADAS)

P - Pois é, e voltando a falar então da, da questão organizacional. Vários colegas tá? Tanto médicos, quanto enfermeiros, quanto dentistas, comentaram a respeito da questão das metas: que muitas vezes é muito difícil separar um turno, porque vocês tem metas, tem outras demandas, né? Qual é a tua opinião a respeito disso?

E - A minha opinião é;;; é;;; é sim né? Eu já, não aqui, aqui eu nunca tive uma avaliação externa do PMAQ. Lá no Ceará a gente teve, e foi uma experiência bacana porque o pessoal tava com muito medo da questão das metas. E a gente, a pessoa que fez a avaliação da gente, que eu acho que é o que necessita, eu acho que o fundamental é essa comunicação da pessoa que vai fazer a avaliação da equipe, porque, tu;;; tu não precisa ter, pelo menos eu não tenho receio de tá cumprindo meta ou não tá cumprindo meta. Eu acho que o principal é chegar, é tu ter um determinado indicador que tu vai calcular ali no teu trabalho que eu acho isso importante, e discutir porque determinadas coisas tão acontecendo ou não, o porquê aquilo tá na situação que tá, entendeu? Eu tive uma experiência que já foge um pouquinho ali, que foi isso, a gente não tava batendo a meta de exame citopatológico do colo do útero, na minha unidade lá em Fortaleza, e daí à gente foi ver porque que não tava. E tinha problema material, tinha problema de tempo, tinha problema de sala. E nessa conversa a gente conseguiu chegar num acordo bacana, eu acho que essa pessoa que vem fazer essa avaliação, esse trabalho das metas, eu acho que tem que servir, eu acho não, eu tenho certeza, tem que servir como um momento de reflexão da própria equipe e ver como pode melhorar o trabalho dela. Eu acho que, aí já falando noutro ponto, eu;;; que eu acho que a gente tem que

analisar bastante, que é uma choradeira com todo mundo, mas eu acho que é verdade, eu acho que é;;; que;;; as coisas que a atenção primária e a Estratégia de Saúde da Família tem que realizar, dentre elas a Atenção Domiciliar, a gente tá com pouquinho, como as equipes tão conformadas eu acho que tem que ter uma mudança na quantidade de pessoas, pra gente conseguir é;;; cumprir o que quê tá estabelecido no papel. Eu acho que;;; eu acho que a questão de pessoas por equipe é ainda uma coisa que vai evoluir, que a gente vai chegar num;;; num;;; num;;; em um tempo que a gente vai conseguir aplicar teoria e prática. Assim, na verdade eu acho que nenhuma unidade consegue aplicar o que tá na teoria ainda, o que tu tem que fazer, os 100%, e o que tá na prática. Tem unidade que faz melhor isso, tem unidades que faz melhor aquilo, mas isso também depende da demanda da comunidade que tu trabalha.

P - Uhum;;; Exatamente. Muito bem, e agora pensando nas potencialidades e vantagens da Atenção Domiciliar, tu já comentou algumas, né? Tu tem alguma outra em relação ao paciente idoso, Atenção Domiciliar dentro da Atenção Básica, que quê tu acha sobre isso?

E - Eu acho que, de potencialidade, essa questão de;;; de;;; de conhecer realmente o entorno e o cotidiano do idoso. A gente tem muitos idosos somente aqui na nossa área aqui que é restrito ao domicilio mesmo, não porque não consegue caminhar, mas por conta da barreira geográfica, que é sair de casa. Então a gente tem que trabalhar muito na questão da potencialidade que aquele ambiente da casa dele vai trazer, desculpa, de satisfação na vida dele. Então isso eu gosto de trabalhar bastante quando eu faço a visita: Que quê tu gosta de fazer quando tu tá em casa? O que quê tu gosta de fazer aqui? Então isso é uma potencialidade. Uma;;; outra potencialidade também é que, às vezes, alguns idosos, é a gente trabalha muito com esse processo de aposentadoria, e de parou de trabalhar, e tá em casa mais. E daí a gente tem que trabalhar com essa, com essa crise que é a aposentadoria. Então é;;; a gente potencializa as atividades que tá tendo em casa e os idosos que gostam, que tavam acostumado a passar o dia fora, a gente acaba usando a questão da Atenção Domiciliar pra fazer a integração dos idosos que moram aqui no nosso território. A gente tem um grupo de convivência que tem os idosos

participando aqui dentro da unidade, então a Atenção Domiciliar serve pra fazer a convocação também. E, no ambiente de casa, a gente consegue ter informações, que às vezes no ambiente de consultório dentro da unidade, a gente não consegue informações de problemas familiares, de problemas. E daí tem outra coisa bacana com Atenção Domiciliar no idoso, como a gente trabalha com o envelhecimento da população, e fazendo uma Atenção Domiciliar, uma atenção primária de qualidade, a gente tem outra potencialidade da questão da Atenção Domiciliar, que é a questão da morte por causas naturais. Então, eu já tive alguns pacientes que eu levei, fiz o acompanhamento até o fim da vida, eu que fiz o atestado de óbito, eu que visitei o;;; visitei o paciente depois de falecido pra constatar a morte. E como a família e o idoso já;;; o problema é que o idoso já estava falecido, mas como a família já me conhecia, já tinha aquela confiança. Então eu acho que esse momento da morte também é uma potencialidade na questão da Atenção Domiciliar. Eu tive um paciente que, no ano passado já tem 1 ano que ele faleceu, foi até os 102 anos, ele morreu de causas naturais então a gente foi. Eu acho que são potencialidades também de a gente estar trabalhando evitando desses pacientes estar indo fazer atestado de óbito no hospital, ou sobrecarregando é;;; o que aqui a gente não tem sistema de verificação de óbitos, o IML, que é de causas de violência. É um serviço que é uma das atribuições da atenção primário, que eu acho que é uma, atualmente, uma das coisas que é menos feita, a questão do atestado de óbito por causas naturais, né?

P - Uhum;;; Muito bem. E quais são as principais dificuldades? Tu comentou comigo a respeito de ser;;; de ter algumas localidades que são um pouquinho longe. Mas tem alguma outra dificuldade que tu vê assim?

E - Tem, tem uma dificuldades assim. Eu já te falei da dificuldade da coleta de exames. A dificuldade do ambiente, o ambiente mesmo domiciliar não ser propício pra tu fazer uma consulta médica às vezes. Às vezes tu precisa de um exame que tu precisa de mais intimidade e a casa não oferece porque mora muita gente, só tem um cômodo dentro da casa. Ou não tem como sentar, ou não tem como examinar o paciente direito. Então às vezes a gente acontece de pegar isso também, às vezes o ambiente familiar é um ambiente totalmente desestruturado, então a gente não tem

como conversar questões mais particulares com o paciente, né? Então às vezes a gente tem que marcar visita noutra dia que o paciente tenha mais intimidade, ou se o paciente consegue marcar um dia aqui que pra poder falar sobre outras questões. Que mais de;;; de;;; de fragilidade assim eu acho que é isso que eu me lembro agora.

P - Muito bem. Então agora pra, só pra;;; a ideia não é te avaliar, nem ver se tu tá lendo sobre isso ou não. Mas, dentro das políticas públicas, tu tem lido a respeito das mais atuais, a respeito da Atenção Domiciliar dentro da Atenção Básica, Programa Melhor em Casa?

E - Não, não muito.

P - Não?

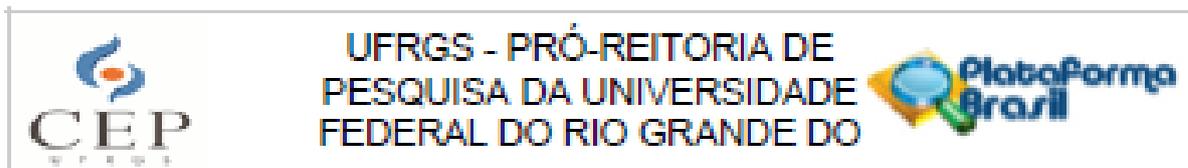
E - Não muito. Eu vi quando começou o Melhor em Casa, eu li a respeito da questão da classificação em AD1, AD2, AD3. Mas não faz parte da rotina, isso de;;; de;;; de leitura, pra gente poder se organizar em tudo assim como equipe, na verdade. Eu acho que, que hum;;; eu penso, penso eu assim que as questões de trabalho da rotina e de tá atualizando vai muito da questão, tem duas coisas: da equipe estar propícia pra isso e de ter mecanismo de cobrança para a equipe estar fazendo isso. Eu acredito que, por exemplo, a gente só vai expor metas, expor indicadores, à medida que a gente for cobrado com relação a isso. Eu acredito muito em cobrança;;; por isso que eu não acho ruim ter a cobrança. (RISADAS) Mas eu;;; eu;;; eu porque isso vai fazer a gente evoluir, né? E hoje em dia a gente não tem nenhum mecanismo de cobrança, a gente não tem nenhum mecanismo de cobrança pra usar o Melhor em Casa. Tu usa o Melhor em Casa hoje se tu quiser! Tu pode visitar e;;; e deixar por isso mesmo. Não tem, não tem nenhum agente assim: “Ó cara, quantos acamados tu tem? Quem é que tu visita?” Por via da gestão, a gente não tem essa cobrança;;; como é que tá o;;; o? Então eu acho que isso é um mecanismo de a gente estar se atualizando em relação a isso. E pelo menos, depois que teve;;; a gente não teve, eu acho que a gente teve um encontro dos médicos, que a gente falou sobre Atenção Domiciliar, nos 5 anos que eu estou aqui.

P - Tu diz, vindo alguma capacitação da Gerencia?

E - Da Gerencia, a gente teve uma só e isso já faz uns 2 anos. Então fica difícil da gente conseguir realmente estar se atualizando. Mas a questão da cobrança, às vezes, tem a questão da cobrança interna, mas a cobrança externa eu acho que faz parte pra gente poder estar se atualizando.

P - Certo. Então tá. Agora eu vou pausar a entrevista.

## ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS: A PERSPECTIVA DO TRABALHADOR

**Pesquisador:** Alexandre Favero Bulgarelli

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 62098316.4.0000.5347

**Instituição Proponente:** Faculdade de Odontologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.990.926

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa "A atenção domiciliar ao idoso no contexto da atenção básica no município de Porto Alegre/RS: a perspectiva do trabalhador" é coordenado pelo Prof. Alexandre Favero Bulgarelli e conta com a participação da mestrande Fernanda Pasqueti Marques, ambos do PPG em Saúde Coletiva da UFRGS. Os autores apresentam pertinente introdução, contextualizando a atenção domiciliar e sua inserção na atenção básica de saúde, especialmente quando se trata de população idosa.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral será refletir sobre a atuação dos profissionais da saúde na Atenção Domiciliar do distrito docente-assistencial da UFRGS/Gerência Distrital Glória Cruzeiro Cristal do Município de Porto Alegre/RS. Os objetivos específicos serão analisar as atividades dos trabalhadores nos domicílios, relacionadas à promoção, prevenção e atenção/assistência à saúde; e, compreender a percepção dos trabalhadores frente à demanda por este tipo de atenção à saúde no distrito estudado, abordando as dificuldades e as potencialidades encontradas.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos decorrentes associados à pesquisa são mínimos, pois se trata de uma conversa com o

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farraposilha CEP: 91.040-080  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE  
PESQUISA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 1.960.820

pesquisador. Caso haja algum dano de ordem emocional ou psíquica diretamente relacionada com a pesquisa, o participante será encaminhado ao serviço de saúde municipal de referência. Há risco de quebra de sigilo e privacidade dos participantes. A fim de minimizar tais danos, indicou-se que todos dados oriundos das entrevistas (inclui-se a gravação e transcrição das entrevistas) serão arquivados HD Externo de uso exclusivo para a presente pesquisa em que os arquivos estarão em modo protegido. O HD Externo ficará sob cuidado do pesquisador responsável e após um período de 5 anos transcorridos da realização da pesquisa os dados serão destruídos.

Há benefícios indiretos resultantes da participação na pesquisa, tais como a contribuição para a melhoria das condições dos serviços, como por exemplo, a dinâmica de agendamentos, a ampliação do horário de atendimento, entre outros.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É um estudo qualitativo, com desenho de pesquisa compreensivista, no qual serão abordadas as percepções dos sujeitos participantes referente ao processo de acontecimentos dos atendimentos domiciliares.

Será realizado na Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, que é Distrito Docente-Assistencial da UFRGS.

Participantes: médicos, cirurgiões-dentistas ou enfermeiros que trabalhem na atenção básica na Gerência GCC, com experiência de 2 a 8 anos em ações de atenção básica, que não estejam na condição de estudantes-residentes. O total de participantes será de no mínimo 3 e no máximo 12, conforme Queiroz et al. (2013).

Procedimentos experimentais – Coleta de dados mediante entrevista qualitativa semidirigida Individual, previamente agendada. A entrevista será gravada e transcrita. Foi apresentado roteiro norteador. Os autores propõem a realização de entrevistas pré-testes aleatórias com um profissional de cada área, para eventual adequação das perguntas norteadoras.

Análise dos dados – Ocorrerá levantamento de dados relacionados às variáveis de interesse, por meio de entrevista. Após, será realizada análise de conteúdo (análise temática/categorial). Por fim, as categorias serão interpretadas com suporte do referencial hermenêutico-dialético e da literatura (contrastes e dissenso).

O cronograma e o orçamento foram apresentados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- a) Documento de Aprovação da COMPEAQ-ODO – Presente.
- b) Consta Termo de Ciência e autorização Coordenação da Gerente Distrital do Distrito Docente Assistencial GCC-UFRGS, vinculado à Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, salientando

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4086 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE  
PESQUISA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 1.890.808

que a pesquisa somente poderá ser realizada após parecer e aprovação do CEP SMS-POA.

- c) Termo de Compromisso para Uso de Dados (TCUD) – Presente.
- d) Questionário norteador da entrevista – Presente.
- e) TCLE – Adequado.

**Recomendações:**

Recomenda-se remover do TCLE o cabeçalho "Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Comitê de Ética em Pesquisa".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a análise, observa-se que os pesquisadores responderam às diligências encaminhadas anteriormente, estando o projeto apto à aprovação quanto aos aspectos éticos de pesquisa em humanos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

- a) Foi incluído na Plataforma Brasil o CEP da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre como coparticipante da pesquisa.
- b) Indicou-se como será realizado o convite aos participantes (modo de abordagem).
- c) Riscos e benefícios foram explicitados.
- d) Incluiu-se no TCLE a assinatura do pesquisador e o contato do CEP-UFRGS
- e) Foi incluído o TCUD.
- f) O local de realização das entrevistas foi informado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_815262.pdf	21/03/2017 14:38:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo_fernanda.pdf	21/03/2017 14:37:38	Alexandre Favero Bulgarelli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_assinado.pdf	21/03/2017 14:28:48	Alexandre Favero Bulgarelli	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_de_utilizacao_e_divulgacao_dos_dadosFERNANDA.pdf	17/03/2017 11:48:57	Alexandre Favero Bulgarelli	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farróupilha CEP: 91.040-080  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE  
PESQUISA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 1.990.008

Folha de Rosto	folha_de_rosto_projeto_atencao_domicil lar.pdf	17/11/2016 14:32:12	Alexandre Favero Bulgarelli	Aceito
Outros	aprovacaoCompesgodofernanda.pdf	16/11/2016 18:42:47	Alexandre Favero Bulgarelli	Aceito
Outros	SMSok.pdf	16/11/2016 18:42:10	Alexandre Favero Bulgarelli	Aceito
Orçamento	orcamentoAD2016.pdf	16/11/2016 18:38:51	Alexandre Favero Bulgarelli	Aceito
Cronograma	cronogramaAD.pdf	16/11/2016 18:38:23	Alexandre Favero Bulgarelli	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 30 de Março de 2017

Assinado por:

**MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA**  
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 91.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br)