



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO**



MICHELLI BARBOSA DO NASCIMENTO

**IDOSOS ASSISTIDOS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR:
INTEGRALIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE**

Recife

2016

MICHELLI BARBOSA DO NASCIMENTO

**IDOSOS ASSISTIDOS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR:
INTEGRALIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia. Linha de pesquisa: Envelhecimento, Cultura e Sociedade.

Orientadora: Prof. Dra. Maria da Conceição Laffayette.

Co-orientadora: Profa. Dra. Isolda Belo da Fonte

Recife

2016

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

N244i Nascimento, Michelli Barbosa do.
Idosos assistidos no serviço de atenção domiciliar: integralidade das
ações em saúde / Michelli Barbosa do Nascimento. – 2016.
81 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientadora: Maria da Conceição Laffayette.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2016.
Inclui referências e apêndices.

1. Assistência domiciliar. 2. População idosa. 3. Política de saúde. I.
Laffayette, Maria da Conceição (Orientadora). II. Título.

610 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2016-215)

MICHELLI BARBOSA DO NASCIMENTO

**IDOSOS ASSISTIDOS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR:
INTEGRALIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Aprovada em 04 de Julho de 2016.

**COMISSÃO
EXAMINADORA**

Prof. Dra. Maria da Conceição Laffayette (Orientadora)

Prof. Dra. Marcia Carrera Campos Leal (Membro Titular Interno)

Prof. Dra. Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva (Membro Titular Externo)

Prof^a. Dr^a. Ana Paula de Oliveira Marques (Membro Suplente Interno)

Prof^a. Dr^a Ana Márcia Tenório (Membro Suplente Externo)

A Deus toda honra e glória.

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo Jânio Júnior, meu parceiro, amigo, aquele que me incentiva e me ajuda a ir mais longe, TE AMO.

A minha mãe Alvani, que investiu tudo o que tinha em minha educação para que hoje eu pudesse conquistar lugares excelentes e ser uma profissional diferenciada, TE AMO.

Aos meus pastores e amigos, que não desistem de mim, que oram e estão ao meu lado em todas as circunstâncias.

A Evandro Alves, que desde a graduação tem caminhado comigo e foi essencial em minha aprovação na seleção do mestrado.

A Prof^a Dra. Maria da Conceição Laffayette, pela confiança e investimento em minha maturidade intelectual, além das inquietudes e conversas compartilhadas.

A Prof^a Dra. Isolda Belo da Fonte, pela contribuição e incentivo à construção deste trabalho.

Aos docentes da Pós-Graduação em Gerontologia da UFPE que contribuíram direta ou indiretamente para a minha formação.

Ao secretário do (PPGERO), Manoel, por sua total paciência e ajuda em todos os momentos.

As minhas colegas de turma, que por alguns meses compartilhamos ideias, experiências e angústias.

A Prof^a Dra. Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva, por acreditar em meu potencial e investir nele e sempre se colocar à disposição quando preciso.

A toda equipe do Programa Hospital em Casa e Nefromais/Hospital Maria Lucinda pela compreensão e incentivo.

A César e toda a sua equipe do SAD, que me acolheram sem reservas e me deixaram a vontade para realizar minha coleta.

Aos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a conclusão deste trabalho.

“O cabelo grisalho dá prestígio à idade avançada”.
Provérbios 20. 29.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a garantia da integralidade das ações no serviço de saúde à pessoa idosa pela atenção domiciliar do Sistema Único de Saúde. **Método:** Foi utilizado o método de Análise do Discurso contido nos documentos governamentais sobre a atenção domiciliar em saúde principalmente os relativos ao Programa Melhor em Casa do Governo Federal. Ao mesmo tempo foi realizado um levantamento bibliográfico em torno da literatura especializada sobre a temática. Foram realizadas entrevistas em profundidade junto a pessoas idosas com idade maior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos, incluídos no serviço de atenção domiciliar em uma unidade hospitalar na cidade do Recife; com profissionais de saúde do serviço; assim como cuidadores participantes do Serviço de Atenção Domiciliar. Foi elaborado um roteiro de entrevista a ser submetido ao Comitê de Ética, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando em participar do estudo previamente aprovado pelo Comitê de Ética da instituição de ensino. **Resultados:** Todos os idosos relatam satisfação com o serviço, entendem as orientações dos profissionais e possuem boa relação com eles. Dois idosos referem terem sido pouco esclarecidos a respeito do mesmo antes de serem cadastrados, mas todos relatam algum avanço em sua saúde/vida após a inclusão no serviço. Ainda dois idosos afirmam que o serviço precisa de algumas melhorias, como por exemplo: a entrega de fraldas e medicamentos. No que se refere às cuidadoras e seu olhar sobre o serviço, todas as entrevistadas afirmam não ter conhecimento sobre o serviço, antes da sua inclusão. Todas afirmam que o serviço atende as necessidades do idoso, estando, assim, satisfeitos com o serviço. Todas as entrevistadas afirmam ter boa relação com os profissionais e estes são claros no que diz respeito às orientações prestadas em casa. Duas cuidadoras afirmaram que o SAD não oferece tudo o que foi prometido para o cuidado, relatando a falta de visita médica e a falta de fraldas. Os profissionais do serviço explanaram sobre o conceito de integralidade da atenção à saúde dos idosos, onde três afirmam que o serviço exerce essa integralidade junto aos assistidos. **Conclusão:** o Programa Melhor em Casa, materializado pelo Serviço de Atenção Domiciliar, surge como uma resposta, uma estratégia de contenção de demanda, fundamental para reduzir o pleito por serviços hospitalares e de fomento à constituição de parcerias entre o sistema de saúde, famílias e comunidades, minimizando a responsabilidade do Estado no que diz respeito a provisão de cuidados em saúde. Um Programa Federal característico de uma contrarreforma do Estado, que expressa novas determinações e demandas ao conjunto dos profissionais da saúde. Torna-se um espaço não de afirmação dos direitos dos idosos à saúde integral e humanizada, mas de resposta à necessidade do Estado.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. População idosa. Política de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the guarantee of integrated care in the health service for the elderly for home care of the Unified Health System. **Method:** We used the discourse analysis method contained in government documents on the home health care especially for the program best Home Federal Government. At the same time it carried out a literature around the literature on the subject. depth interviews were conducted with older people with older or equal to 60 years, of both sexes included in the home care service in a hospital in the city of Recife; with health service professionals; as well as participating caregivers, Home Care Service. It was developed an interview script to be submitted to the Ethics Committee by signing the Consent and Informed by agreeing to participate in the study previously approved by the Ethics Committee of the educational institution. **Results:** All older people report satisfaction with the service, they understand the guidance of the professionals and have good relationship with them. Two seniors reported having been poorly informed about the same before being registered, but all reported some improvement in their health / life after inclusion in the service. Still two elderly say the service needs some improvements, such as: delivery of diapers and medicines. With regard to the caregivers and your eye on the service, all interviewed say they have no knowledge about the service prior to its inclusion. All claim that the service meets the needs of the elderly and is thus satisfied with the service. All respondents claim to have good relationship with professionals and these are clear with regard to the guidance given at home. Two caregivers said that SAD does not offer all that was promised to care, reporting the lack of medical visit and the lack of diapers. Professional service explanaram on the concept of integral health care of the elderly, where three claim that the service carries this wholeness with the beneficiaries. **Conclusion:** Program Best in House, materialized by the Home Care Service, is a response, a demand for containment strategy, key to reducing the vote for hospital services and fostering partnerships between the health system, families and communities, minimizing the state's responsibility regarding the provision of health care. A Federal program characteristic of a contrarreforma the state, expressing new determinations and demands to all health professionals. It is not a space of affirmation of the rights of the elderly to full and humanized health, but response to the state's needs.

Keywords: Home care. Elderly population. Health policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1:	Divisão Territorial da Cidade de Recife	36
-----------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas e socioeconômicas dos idosos entrevistados.....	42
Tabela 2. Origem da renda, situação de moradia e de coabitação.....	44
Tabela 3. Características sociodemográficas e socioeconômicas dos cuidadores de idosos entrevistados, cadastrados no SAD.....	48
Tabela 4. Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADC	Análise de Discurso Crítica
CEP	Comitê de ética em pesquisa
DS	Distrito Sanitário
DES	Divisão de Educação na Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNI	Política Nacional do Idoso
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RPA	Regiões Político-administrativas
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SANDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ZEPA	Zonas Especiais de Preservação Ambiental

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1. A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMA DO ESTADO.....	17
2.2. PROGRAMA NACIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE.....	21
2.3. INTEGRALIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE JUNTO À PESSOA IDOSA.....	26
3. OBJETIVOS	31
3.1. OBJETIVO GERAL.....	31
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
4. CAMINHO METODOLÓGICO.....	32
4.1. DESENHO DO ESTUDO.....	32
4.2. LOCAL DO ESTUDO.....	35
4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	37
4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	37
4.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	37
4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DA PESQUISA.....	38
4.7. PROCESSAMENTO DE DADOS.....	39
4.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	41
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
5.1. O PERFIL DOS IDOSOS ATENDIDOS EM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SUS DE UNIDADE HOSPITALAR NA CIDADE DO RECIFE.....	42
5.2. O PERFIL DE CUIDADORES DE IDOSOS ATENDIDOS EM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SUS DE UNIDADE HOSPITALAR NA CIDADE DO RECIFE: O CONTEXTO DO CUIDADO.....	48
5.3. PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	52
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	71
APÊNDICE 2 – TCLE.....	79

1 INTRODUÇÃO

Uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população, refletindo uma melhoria das condições de vida. De acordo com projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações) uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se por volta de 2050 um crescimento para 1 em cada 5, proporcionando maior número de idosos que crianças menores de 15 anos. Em 2012, 810 milhões de pessoas têm 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance 1 bilhão em menos de dez anos e que duplique em 2050, alcançando 2 bilhões de pessoas ou 22% da população global (BRASIL, 2012).

O aumento expressivo dessa população requer um atendimento voltado para este público prevendo, inclusive, um possível crescimento das demandas em saúde, tendo em vista a maior vulnerabilidade física deste grupo etário, sendo as quedas e as doenças crônicas degenerativas um dos principais fatores motivadores deste aumento de demanda, tornando-se um relevante problema clínico e de saúde pública (CARVALHO e COUTINHO, 2002).

Neste sentido, sugere-se a discussão urgente entre gestores e formuladores de políticas acerca do panorama dessa transição e das políticas públicas de atenção ao idoso. Desde 2011, o Ministério da Saúde, vem fomentando a expansão e consolidação da atenção domiciliar, como modalidade de assistência à saúde “humanizadora” e estratégica à redução da demanda por leitos hospitalares e cuidados de natureza ambulatorial. Analisando o novo Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, considera-se que suas propostas pretendem: maximizar os resultados sem aumentar o financiamento da Política de Saúde; responsabilizar a família e a comunidade como atores do cuidado em saúde e considerar o domicílio um “ponto de cuidado” da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Por outro lado, o Programa Nacional de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde¹, denominado “Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar” propõe uma série de medidas que refuncionalizam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com a tendência observada por Soares (2010) de adoção de perspectivas e abordagens de saúde contrárias ao Projeto de Reforma Sanitária (BRAVO, 2010), sendo observado um aumento de responsabilidade à família e à comunidade. Essas questões evidenciam a natureza contraditória desse Programa, pois embora ela possa fomentar a

¹ O Programa “Melhor em Casa” foi criado em 2011 e está situado na Secretaria de Atenção à Saúde / Coordenação Geral de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde.

humanização e a desinstitucionalização do cuidado, ele também pode ser instrumento da contrarreforma na saúde para a contenção de gastos e repasse de responsabilidades do Estado para as famílias.

A implantação desse Programa de “contenção de demanda” ao Sistema Único de Saúde vem sendo realizada por governos de nível estadual e municipal, especialmente, por meio de parcerias público-privadas, criando novas determinações à intervenção dos trabalhadores da área da saúde, além de abranger uma grande quantidade de idosos internados ou não (BARBOSA FILHO; NASCIMENTO e SORIANO, 2013).

A escolha do tema se deu pela minha intervenção profissional como assistente social do Programa de Atenção Domiciliar em Saúde, desde sua implantação em Pernambuco, há cinco anos. Nesse espaço profissional, venho observando como elementos ideológicos e políticos do Projeto de Reforma Sanitária, presentes nas Leis Orgânicas do SUS 8.080/90 e 8.142/90, como o controle social, a concepção ampliada de saúde e a integralidade de atenção à saúde, vêm sendo questionados por abordagens tecnicistas, pragmáticas, que legitimam a privatização da gestão do SUS e transferem mais responsabilidades à família e à comunidade, sem levar em conta muitos dos aspectos socioculturais e econômicos dos envolvidos nos arranjos familiares e no processo de envelhecimento. No entanto, contraditoriamente, também apontam expressivas transformações nas relações de assistência em saúde por parte da equipe multiprofissional, promovendo humanização do cuidado e uma aproximação da equipe às determinações sociais do processo saúde-doença, demandando novas práticas e posturas profissionais que rompem com o modelo assistencialista e hospitalocêntrico².

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é avaliar a garantia da integralidade das ações no serviço de saúde à pessoa idosa pela atenção domiciliar do Sistema Único de Saúde³. Para tal, o estudo foi fundamentado na análise crítica de discurso, entendendo que a atenção integral é fundamental para o cuidado da pessoa idosa, considerando que a integralidade na assistência possibilita transcender a racionalidade estritamente biomédica e caminhar na compreensão do processo de saúde-doença em sua multidimensionalidade, valorizando as singularidades de cada sujeito demandante de ações de saúde (OLIVEIRA, 2011).

² O modelo hospitalocêntrico é aquele modelo assistencial no qual o hospital funciona como o centro do sistema de saúde e o profissional médico é o principal tomador de decisões.

³ Vale salientar a não exposição do nome da instituição por questões éticas.

O estudo tem como pergunta condutora: O Serviço de Atenção Domiciliar - SAD na unidade estudada garante a integralidade da atenção à saúde junto à pessoa idosa? Vale salientar que se identificou uma significativa escassez de estudos que assumem a atenção domiciliar em saúde como objeto de pesquisa. Os poucos encontrados concentram-se nas áreas clínicas e epidemiológicas: medicina, enfermagem e, em menor quantidade, na saúde pública. Estes não analisam o significado político e social da atenção domiciliar diante da contrarreforma da saúde e os possíveis impactos dessa modalidade de atenção à integralidade do direito à saúde do idoso.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMA DO ESTADO

Privatizaram sua vida, seu trabalho, sua hora de
amar e seu direito de pensar. É da empresa
privada o seu passo em frente, seu pão e seu
salário. E agora não contente querem privatizar o
conhecimento, a sabedoria, o pensamento, que
só à humanidade pertence.

Bertolt Brecht.

A política social é espaço dialético de projetos contraditórios em confronto, constituindo-se em expressão da luta de classes no âmbito do Estado. Situada no espaço da reprodução social, a política tem como cerne as relações de produção social, mantendo importantes conexões com as necessidades determinadas pelo modo de ser da sociedade (SOARES, 2010).

Nesse sentido, segundo Bravo (2006), na política de saúde há fundamentalmente dois grandes projetos em confronto: o projeto de reforma sanitária – hegemônico durante a formulação da Constituição, que garantiu o marco legal do SUS – e o projeto de saúde privatista – que ganhou preponderância na ditadura pós-64 e retomou sua hegemonia nos anos 1990. Este último possui uma racionalidade que também se faz presente na organização do SUS, vinculada aos interesses do mercado privado da saúde, com uma concepção de direito distinta da racionalidade do projeto de reforma sanitária.

Conforme análise de Mota (2005), o projeto de reforma sanitária está vinculado aos interesses dos trabalhadores, enquanto que no projeto de saúde privatista o direito é um bem a ser consumido no mercado. No projeto de reforma sanitária o direito é concebido originalmente como público e universal, ao qual absolutamente todos devem ter acesso, constituindo-se dever do Estado a sua prestação. Assim, enquanto o primeiro está fundado na lógica da cidadania de direitos, no segundo a lógica é a da cidadania do consumo.

Em outras palavras, enquanto os sistemas nacionais de saúde liberais ou residuais argumentam que o mercado, a família e a rede de solidariedade próxima são os provedores ideais dos serviços sociais e de saúde demandados, por exemplo, pelo processo de envelhecimento, criando, portanto, um grande nicho de acumulação de capital por meio de planos e serviços de previdência e saúde para este público, os sistemas universalistas identificam a centralidade do Estado como provedor e responsável pelo cuidado e proteção social dos idosos.

A política de saúde, integrante do sistema de seguridade social, vem sofrendo as inflexões do processo de contrarreforma do Estado desde os anos 1990. A contrarreforma do Estado constitui-se numa resposta mundial do capitalismo que integra o conjunto de mecanismos de enfrentamento à crise estrutural iniciada nos anos 1970. Desde os anos 1990, difundida pelas agências multilaterais, dentre elas o Banco Mundial, a contrarreforma neoliberal atinge o Estado brasileiro intensificando as suas mais perversas características. Um Estado historicamente ausente e mínimo em relação à proteção social dos trabalhadores, além de profundamente autoritário, precisava minimizar-se, de acordo com os preceitos produzidos e reproduzidos pelos aparelhos privados de hegemonia nacional e internacional do capital (SOARES, 2010).

Entre os principais interesses do grande capital na minimização do Estado está o que Mandel (1985) denominou de supercapitalização, isto é, o uso e incorporação dos serviços sociais como espaço de mercantilização e lucratividade, trazendo para essa área toda a lógica e racionalidade privada, anteriormente ocupada pelas políticas públicas. E a saúde se tornou um dos campos preferenciais desse processo, constituindo-se uma das áreas de maior investimento tecnológico do mundo e de grandes possibilidades no mercado privado.

Segundo Soares (2010), no Brasil, a política de saúde sempre teve uma racionalidade fragmentada, em geral, curativa, hospitalocêntrica e medicocêntrica, centrada no indivíduo, onde a lógica dos interesses privados, principalmente a partir do regime autocrático pós-1964, estava presente, institucionalizando e legitimando, assim, a perspectiva liberal de saúde.

Essa perspectiva liberal ocasiona o esvaziamento do conteúdo social, político e econômico do processo saúde-doença. Ela tende a atribuir às preferências e estilos de vida individuais as principais causas de adoecimento e morte. As posições majoritariamente seguidas pela saúde pública tradicional e pela educação sanitária vão nesse sentido, ao

afirmarem que os indivíduos são livres para escolher seu local de moradia, condições de trabalho, seus comportamentos e a exposição a situações de vulnerabilidade. Dessa forma, para os (neo)liberais os sistemas de saúde não deveriam ser os únicos responsáveis pela intervenção no processo saúde-doença. Para eles, a intervenção do Estado no processo na proteção à saúde deve ser mínima e o mercado, família e comunidade devem ser os principais provedores da atenção em saúde (MIOTO, 2010).

Com a crise do regime ditatorial e a mobilização dos trabalhadores da saúde, junto com as demais organizações do movimento popular e sindical, em torno de um projeto de reforma sanitária, foi possível incorporar na Constituição de 1988 esse novo projeto de saúde pública, universal e democrática, que é o SUS. Esse sistema, pautado numa racionalidade político-emancipatória, foi concebido como proposta de ruptura com a racionalidade instrumental e burocrática anterior na política de saúde. Neste intuito, o SUS se direciona para além das ações de assistência à saúde; ele está centrado em ações de prevenção e promoção à saúde possibilitando a participação social por meio do controle social, das ações de educação em saúde, entre outros.

A concepção do Sistema Nacional de Saúde do Brasil rompe, portanto, com a perspectiva liberal de saúde e se volta à intervenção nas determinações e determinantes sociais históricos do processo saúde-doença. Desta forma, relaciona condições de saúde da sociedade às relações sociais vivenciadas por estas, apontando que as desigualdades sociais inerentes às sociedades capitalistas expressam desigualdades sociais em saúde (BARATA, 2009).

As desigualdades sociais em saúde não são nenhuma novidade. Elas vêm sendo documentadas há muito tempo, principalmente a partir do século XIX. As condições políticas e sociais que surgiram com o capitalismo, em sua fase de produção, foram favoráveis ao tema, seja pelas péssimas condições de vida da classe trabalhadora, seja pelo ideário político associados às revoluções burguesas. A contradição entre os valores de igualdade, fraternidade e liberdade, e a dura realidade de vida da maioria da população nos países industrializados possibilitou aos chamados reformadores sociais, socialistas utópicos e comunistas, farto material para denunciar as injustiças sociais em vários campos inclusive na saúde (BARATA, 2009, p. 13).

No que tange as políticas de saúde em relação ao idoso, essas têm início nos anos 80, durante o processo de reformulação do SUS. A partir deste momento, se inicia a expansão à saúde dos idosos, entretanto, em uma organização de trabalho predominantemente centrado no

atendimento médico individual e direcionado às doenças crônicas degenerativas. Esta situação relaciona-se, por um lado, com o aumento das doenças crônicas na década de 80 e, por outro lado, a forma como o Brasil se desenvolveu para promover à saúde à população idosa (LIMA, NEMES, RODRIGUES e TEIXEIRA, 2000).

Para responder às crescentes demandas da população que envelhece, foi criada a Política Nacional do Idoso (PNI), a partir da regulamentação do SUS, com o objetivo de assegurar os direitos sociais à pessoa idosa, criar condições para promover sua autonomia e reafirmar seu direito à saúde de maneira integral, nos níveis de atenção à saúde.

Apesar dos avanços obtidos com a formulação do SUS nas esferas das políticas públicas de saúde na década seguinte, 1990, a hegemonia das ideias neoliberais questionou a materialização do Projeto de Reforma Sanitária (BRAVO, 2008). Esta tendência de negação do conteúdo reformador-progressista é aprofundada nos anos 2000 (BRAVO, 2010).

Segundo Soares (2010), a racionalidade hegemônica no SUS, nos anos 2000, expressa os princípios do “Projeto privatista” e “SUS possível” e tem fundamentos que reatualizam velhos conteúdos da racionalidade instrumental do Estado burguês. Os problemas e contradições do SUS são atribuídos às questões de âmbito administrativo/gerencial e de gestão, daí surgindo todo o discurso justificador das parcerias público-privadas para gerir a saúde, criando as possibilidades concretas do usufruto direto do fundo público pela lógica privada.

Na direção social oposta à da autora e ao Projeto do SUS da Reforma Sanitária, autores como Mello (2011) vêm defendendo as chamadas inovações gerenciais e operacionais do SUS. Para ele, na Política de Saúde estão em curso substantivas inovações⁴ que têm como marco não só o cenário da reforma do Estado, a redução de suas funções e o controle do gasto público, como também fatores internos, potencializados pela dinâmica do setor saúde e decorrentes da implementação do SUS. Segundo ele, o aprofundamento da descentralização em direção à municipalização da saúde, particularmente intenso a partir de 1996, potencializou inúmeras inovações no tocante ao incremento da eficácia e eficiência da gestão do SUS, e à alocação de recursos, produzindo impactos diversificados, seja nas condições de acesso aos diversos níveis de atenção à saúde, seja no desenho de novas modalidades de interseção entre o público e o privado, as parcerias público-privadas, seja ainda no padrão de

⁴ Sobre a natureza burguesa dessas “inovações” no SUS, ver Soares (2010).

relacionamento Estado e sociedade a partir do estabelecimento de mecanismos de controle social (MELLO, 2011).

Dessa forma, o autor supracitado afirma as perspectivas atualmente hegemônicas no SUS: a tecnicista, gerencial e pragmática, ao não problematizarem que sujeitos sociais estão fomentando essas “inovações” e essa “dinâmica interna” da Política de Saúde, as parcerias público-privadas e a despolitização das instâncias de controle social, que acompanham a implantação dessas novas modalidades de gestão (SOARES, 2010; BRAVO, 2010).

No Brasil, tais “inovações” nos modos de organizar a atenção à saúde vêm sendo consideradas indispensáveis à materialização do SUS por dois motivos: em primeiro lugar, pela necessidade de qualificar o cuidado por meio das denominadas “inovações produtoras de integralidade da atenção”. Entre elas, se destacam: a assistência domiciliar, a diversificação das tecnologias de saúde e a articulação da prática dos diferentes profissionais e esferas da assistência em saúde.

Em segundo lugar, pela necessidade de adotar modos mais eficientes, eficazes e efetivos de utilizar os recursos destinados à política de saúde, considerando que o modelo hegemônico de atenção à saúde — centrado em procedimentos e não na promoção da saúde — implica investimentos crescentes, particularmente em função do envelhecimento da população, da transição epidemiológica e, sobretudo, da incorporação tecnológica orientada pela lógica do mercado, não sendo capaz e nem direcionada para responder às necessidades de saúde da população e nem de interferir nas determinações mais gerais do processo saúde-doença (NASCIMENTO, 2012). É necessário apontar que nessa busca por eficiência, eficácia e produtividade, o SUS assume como modelo a racionalidade das organizações do mercado (BRAVO, 2010).

2.2 PROGRAMA NACIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE

A atenção à saúde vem abrangendo dois modelos: o hospitalar e o domiciliar, sendo este último denominado pelo Ministério da Saúde de atenção domiciliar à saúde. Esta modalidade de atenção à saúde da pessoa idosa tem sido amplamente difundida no mundo e tem como pontos fundamentais o usuário, a família, o contexto domiciliar, a comunidade, o cuidador — que não é necessariamente um profissional de saúde — e a equipe multiprofissional (NASCIMENTO, 2012).

Os serviços de assistência domiciliar à saúde, propriamente ditos, foram criados aproximadamente a partir de 1950, tendo em vista a diminuição das doenças contagiosas e uma maior atenção às crônicas e degenerativas. Estudos mostram que a característica de envelhecimento populacional, ou seja, a população de 65 anos ou mais aumentou de 3,1%, em 1970, para 5,5%, em 2000; é acompanhado de projeções que demonstram um acréscimo de mais de 550 mil idosos no primeiro quarto do século XXI (CARVALHO; RODRÍGUEZ-WONG, 2008). O que remete ao direcionamento das ações e serviços de saúde que consideram o aumento das doenças crônicas.

Portanto, a construção de serviços de atenção domiciliar também se fundamenta no aumento da idade da população e crescente demanda de cuidados nas doenças crônicas. Respectivamente, no que se refere à mudança do perfil demográfico – em relação ao envelhecimento populacional; e epidemiológico, no sentido do aumento de casos de usuários com doenças crônicas e degenerativas, gerando como uma das respostas do poder público, a construção de políticas de atendimento e internação domiciliar, que são regulamentadas pela Lei nº 10.424 de 2002.

A primeira experiência brasileira organizada de atenção domiciliar foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (Samdu), vinculado ao Ministério do Trabalho e fundado em 1949 (REHEM; TRAD, 2005; FRANCO; MERHY, 2008). No entanto, só foi organizada como uma atividade planejada no setor público a partir de 1963, como o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores do Estado de São Paulo (REHEM; TRAD, 2005). Segundo Silva et al. (2010), os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960 e têm se expandido no País com maior força a partir da década de 1990. Esta expansão pode ter sido impulsionada pela criação do SUS e pela consequente municipalização da saúde característica dessa década. Este processo possibilitou que os gestores locais e trabalhadores experimentassem novos arranjos de cuidado, de forma criativa e, às vezes, ousada.

Os serviços de atenção domiciliar se fundamentam a partir do disposto na Lei nº 8080/90 que trata dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa. Compreendem práticas que envolvem equipe multiprofissional para garantir o cuidado integral dos pacientes em seu domicílio, abarcando ações nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora (BRASIL, 2002).

É importante relatar a existência de uma diversidade de termos utilizados para tratar da atenção domiciliar. Alguns estudos identificam esses termos e relatam os seguintes: assistência domiciliar, atendimento, atenção domiciliar, atenção médica domiciliar, internação domiciliar, hospitalização domiciliar e Home Care (REHEM; TRAD, 2005; TAVOLARI; FERNANDES, 2000). A reflexão feita sobre essa polissemia diz respeito à construção histórica, que teve uma variedade de serviços, mas não encontrou uma definição ou classificação possível da modalidade domiciliar de cuidado em saúde. Isso pode ser justificado pela multiplicidade de interesses envolvidos e do perfil de usuários e serviços (CÉSAR, 2014).

A portaria que trouxe o marco legal da política de atenção domiciliar foi a Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Vale lembrar que a portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998 também tratava dos requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar. A reforma da atenção hospitalar no Brasil contou com o modelo de “internação domiciliar”, termo ainda com grande influência da lógica hospitalocêntrica, visando às demandas de atendimento na casa das pessoas. O Pacto pela Saúde (BRASIL, MS, 2006a), que busca a consolidação do SUS e a aprovação das suas diretrizes operacionais, por sua vez, traz a questão da saúde do idoso em destaque e o seguimento de diretrizes, dentre elas a implantação de serviços de atenção domiciliar.

A criação e implantação de modelos alternativos vêm permitindo que os hospitais cuidem principalmente de ferimentos mais graves e doenças que exigem tratamentos complexos. No Brasil, a atenção domiciliar está prevista no SUS desde a Lei 10.424, de 15 de abril de 2002. No entanto, somente em 2011, pela Portaria nº 2.2029, foi instituído SAD, um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar, destinado a pessoa idosa e pacientes com necessidades de reabilitação motora e doenças crônicas, objetivando a redução da demanda por atendimento hospitalar e o período de permanência de pacientes internados, além dos escritos apresentarem a “humanização” da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Apesar disso, a atenção domiciliar no país tem sido feita de forma fragmentada e não se têm notícias de estudos empíricos que avaliem o desenvolvimento de ações junto à pessoa idosa, as quais afirmam os direitos desse público à saúde integral e humanizada ou, apenas, respondem à necessidade do Estado em conter investimentos no campo da saúde pública, garantindo sua “saúde fiscal”.

A centralidade na atenção domiciliar expressa a crescente centralidade da família e da comunidade como alvos e provedores do cuidado em saúde. Essa tendência foi observada por Regina Miotto (2010) e denominada de “familismo na política social”. No caso do modelo de atenção domiciliar proposto pelo Ministério da Saúde, a partir de 2011, e em implantação em todo o país, o cuidador ou a família são responsabilizados pela quase totalidade dos cuidados de saúde que tradicionalmente seriam realizados em hospitais e unidades ambulatoriais. Os discursos da “humanização” e do “empoderamento” individual e familiar são mobilizados nos documentos técnicos do “Programa Melhor em Casa”, para legitimar um modelo de atenção à saúde que parece ser estratégico ao processo que Soares (2010) chamou de “contenção de demanda” por leitos e por cuidado profissional no SUS.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.527 de 27 de outubro de 2011, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS, representada pelo Programa Melhor em Casa, a atenção domiciliar constitui uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação prestadas em domicílio, devendo ser implantado em todos os municípios com população igual ou superior a 40 mil habitantes, e em municipalidades com porte populacional inferior, quando as mesmas forem referências regionais em serviços de saúde.

Ainda como marco legal foi publicada a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, que trouxe uma nova redefinição da Atenção Domiciliar. Dentre elas, a redefinição do financiamento, da habilitação do SAD e da organização da atenção domiciliar, partindo das práticas de linhas de cuidado, baseadas nas necessidades do usuário e buscando reduzir a fragmentação da assistência em saúde (BRASIL, 2013).

O público alvo do serviço é composto por pessoas com impossibilidade de sair de casa para o atendimento, compreendendo em geral: pacientes com doenças crônico-degenerativas agudizadas, idosos, pacientes em processo de morte que necessitem de cuidados e pessoa com deficiência física (CÉSAR, 2014). A família e a comunidade também assumem proeminência no Programa Melhor em Casa. Uma das principais singularidades deste Programa é considerar o domicílio como um “ponto de cuidado” da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a família e cuidadores, existentes no contexto comunitário como agentes, parceiros do Estado na provisão de cuidados (BRASIL, 2012).

Assim como as demais modalidades “inovadoras” de gestão de serviços e atenção do SUS, o “Melhor em Casa” não conta com espaços de controle social. A participação da família e do cuidador, que pode ser alguém da comunidade, é do tipo tutelada. Pois, segundo o Programa, os “sujeitos” (cuidadores, familiares e usuários) devem ser orientados sobre o funcionamento, critérios de inclusão e exclusão do Programa, formas de acompanhamento monitoramento, mas os mesmos não têm poder decisório sobre as formas de intervenção da equipe.

Além disso, o usuário passa a ser acompanhado diariamente por cuidadores não profissionais e não remunerados, sendo a equipe de profissionais de saúde chamada a acompanhar os casos semanalmente. A proposta é maximizar recursos humanos e materiais, intervindo somente em situações agudas. É interessante ressaltar que os cuidados paliativos também entram na agenda de atividade que devem ser desinstitucionalizadas por meio do Programa Melhor em Casa.

A perspectiva teórica é outro elemento central para observar a direção social do Programa. Por meio da adoção da teoria dos sistemas, o “Melhor em Casa” propõe um esquema de classificação e normatização e diagnósticos das famílias e comunidades como “funcionais” ou “disfuncionais” e assume como referências os modelos nucleares de família (BRASIL, 2012), ignorando e minimizando a complexidade do cuidado e do afeto que se processa nas famílias extensas, mais comuns entre as classes sociais subalternizadas e de matriz latina, e as limitações objetivas enfrentadas por essas (MIOTO, 2010).

O material técnico e legislativo do Programa Melhor em Casa defende abertamente a necessidade de racionalização dos “vastos” recursos do SUS, ignorando o crônico subfinanciamento dessa política social (BRAVO, 2008). Afirma, desta forma, uma perspectiva racionalizadora, característica do projeto “SUS possível” (SOARES, 2010). O discurso governamental defende a atenção domiciliar como fundamental para a diminuição da busca por leitos e de ampliar a rotatividade destes, e argumenta que não está se desresponsabilizando, pois não estão diminuindo os leitos existentes, apenas utilizando de forma mais eficiente, ampliando a produção de serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Além disso, o Programa estabelece um aprofundamento da responsabilização dos trabalhadores da saúde na “produção de resultados”, por meio de uma legitimação do pragmatismo e do tecnicismo. As condições concretas, a precariedade da rede de atenção à

saúde, as profundas desigualdades sociais vivenciadas pelos usuários e a realidade das redes de proteção social são ignoradas pelo Programa.

Depreende-se então que, enquanto estratégia de contenção de demanda ao SUS, o Programa Melhor em Casa obstaculiza a materialização do Projeto de Reforma Sanitária e gera novas determinações à força de trabalho em saúde. Ou seja, o controle social, a concepção ampliada de saúde e a integralidade de atenção à saúde, vêm sendo questionados por abordagens tecnicistas, pragmáticas, que legitimam a privatização da gestão do SUS e transferem mais responsabilidades à família e à comunidade, sem levar em conta muitos dos aspectos socioculturais e econômicos dos envolvidos nos arranjos familiares e no processo de envelhecimento.

2.3 INTEGRALIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE JUNTO À PESSOA IDOSA

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011), os idosos somam 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas. Na comparação entre 2009 e 2011, o grupo da terceira idade aumentou 7,6%, ou seja, mais 1,8 milhão de pessoas. Há dois anos, eram 21,7 milhões de pessoas.

As políticas de saúde em relação a tal público têm início nos anos 80, durante o processo de reformulação do SUS. A partir deste momento, se inicia a expansão à saúde dos idosos, entretanto, em uma organização de trabalho predominantemente centrado no atendimento médico individual e direcionado às doenças crônicas degenerativas. Esta situação relaciona-se, por um lado, com o aumento das doenças crônicas na década de 80 e, por outro lado, a forma como o Brasil se desenvolveu para promover à saúde à população idosa (LIMA; NEMES; RODRIGUES; TEIXEIRA, 2000).

A ascensão das condições crônicas resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento das mesmas. Estes aspectos ocasionam importantes desafios e a necessidade de uma agenda para as políticas de saúde que possam dar conta das várias transições em curso (SCHRAMM et al., 2004).

A organização da atenção e da gestão dos sistemas de saúde ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, incluindo-se

os serviços de atenção domiciliar, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção (MENDES, 2012). O modelo de atenção vigente não supre as necessidades de saúde que surgem com a mudança no perfil epidemiológico da população idosa. Esse se mostra insuficiente para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde (BRASIL, 2010).

A fragmentação dos sistemas de saúde manifesta-se de formas distintas. No desempenho geral do sistema, aparece como falta de coordenação entre os níveis e pontos de atenção, multiplicação de serviços e infraestrutura, capacidade ociosa e atenção à saúde em lugar não apropriado. Na experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação se expressa como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população (OMS, 2010).

Essa fragmentação se fortaleceu como consequência do estabelecimento de um serviço de saúde regionalizado e hierarquizado, característica do modelo piramidal, com os níveis de atenção primária na base, configurando-se como porta de entrada do sistema; a assistência ambulatorial, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e os serviços de urgência e emergência, como nível intermediário; e no topo da pirâmide os serviços hospitalares de alta complexidade (CECÍLIO, 1997).

Aproximadamente vinte anos, Cecílio (1997) já identificava que esse modelo não tem funcionado no SUS, o que é evidenciado pelos seguintes fatos: a rede básica não tem se configurado como “porta de entrada do sistema”, tendo a população idosa recorrido a outros níveis como primeiro contato para a solução de seus problemas de saúde, como também as responsabilidades são transferidas para os serviços de atenção domiciliar; as urgências e emergências continuam sendo buscadas para equacionamento de problemas de saúde considerados de fácil resolução na atenção primária, sendo também espaço de transferência de cuidado para a atenção domiciliar, quando possível; o difícil acesso aos serviços especializados, pois apesar das medidas rigorosas de exigência de referência pela atenção primária esses serviços mantêm uma clientela cativa que poderia estar sendo acompanhada por aqueles serviços; e ainda o difícil acesso aos serviços que demandam procedimentos tecnológicos mais sofisticados.

Sendo assim, o modelo não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada tem a ver com o usuário

real, que está necessitando de atenção e de cuidado. A partir da organização do cuidado em rede, se faz possível o alcance da atenção integral, sendo cada serviço repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (MALTA; MERHY, 2010).

A atenção integral seria, portanto, fundamental para o cuidado das pessoas idosas com doenças crônicas, considerando que a integralidade na assistência possibilita transcender a racionalidade estritamente biomédica e caminhar na compreensão do processo de saúde-doença em sua multidimensionalidade, valorizando as singularidades de cada sujeito demandante de ações de saúde (OLIVEIRA, 2011). Segundo Cecílio (2001), a integralidade só será alcançada a partir da apropriação e reconceitualização das necessidades de saúde da população pelos profissionais de saúde e pelos gestores, sendo imprescindível o atendimento das mesmas para que a integralidade se realize na prática.

Vale salientar que o direito à saúde passa a ser assegurado constitucionalmente no Brasil em 1988, contemplando o princípio da integralidade. Apesar de declarada como um direito constitucional, a população brasileira, incluindo a população idosa, enfrenta desafios diversos para ter a saúde assegurada pelo Estado na amplitude do seu conteúdo.

O princípio da integralidade, por sua vez, representa o reconhecimento da complexidade e das necessidades de cada indivíduo, demonstrando que o direito à saúde no Brasil não está restrito a uma “cesta-básica” de serviços, mas deve contemplar o essencial para um cuidado à saúde com dignidade (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

A concepção de tal princípio é polissêmica, não havendo consenso entre os estudiosos (MATTOS, 2001; CECÍLIO, 2001; GIOVANELLA et al, 2002). Encontram-se definições relacionadas à viabilização do acesso aos diferentes níveis de atenção, como também à articulação dos diferentes serviços de saúde pautada no acolhimento e vínculo entre usuários e equipes.

Diante da complexidade do termo integralidade, fez-se necessário determinar o conceito abordado nesse estudo, a fim de evitar possíveis equívocos na compreensão. Dessa forma, optou-se por utilizar o conceito de Mattos (2001), que diz que a integralidade poderia ser definida em três conjuntos de sentidos. O primeiro estaria relacionado à visão integral do profissional de saúde em relação ao usuário do serviço. O segundo seria referente às formas de organizar as práticas e processos de trabalho em saúde, que deveriam articular as ações de

promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. O terceiro estaria relacionado às políticas especiais de saúde, com o estabelecimento de integração entre os diferentes níveis de atenção e a estruturação de sistemas de referência e contrarreferência, objetivando o atendimento integral dos usuários.

A visão integral do usuário pelos profissionais de saúde se baseia na abordagem integral do indivíduo, na qual o usuário é visto a partir de todos os seus sistemas fisiológicos, bem como a partir de seus aspectos psicológicos, e do contexto familiar e social no qual está inserido (BRASIL, 2014a). Esse primeiro conjunto da integralidade refere-se ao momento entre profissional e usuário e está relacionado à capacidade do profissional em desenvolver uma abordagem integral e biopsicossocial do usuário, para além do que está manifesto ou explícito, de modo a apreender as necessidades que se revelam parcialmente (OLIVEIRA, 2011). A integralidade deve ser um valor a ser defendido nas práticas dos profissionais de saúde e deve ser expresso na forma como respondem aos pacientes que os procuram (MATTOS, 2001).

No que tange a organização do processo e das práticas de trabalho em saúde, Mattos (2001) afirma que os serviços devem estar organizados não só para atender a doença, mas para apreenderem ampliadamente as necessidades de saúde dos usuários. Deve-se pensar nas ações integrais, que são aquelas nas quais são compreendidas práticas de promoção de saúde, de prevenção de agravos e de tratamento de doenças e recuperação da saúde.

A terceira dimensão da integralidade remete a ideia de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a resolução dos problemas de saúde de uma população por diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Complementando a ideia de Mattos, tem-se a abordagem de Cecílio (2001) sobre a integralidade enquanto resultado de uma ação integrada em um espaço micro de cada serviço (integralidade focalizada) e quanto à integração desses serviços em uma lógica de redes, em uma perspectiva macro (integralidade ampliada).

Retoma-se, dessa forma, a proposta das redes, entendendo-se que a integralidade só é possível a partir de um sistema integrado de serviços, o qual oportunize a atenção integral dos seus usuários. Assim, torna-se importante abordar o conceito de Hartz e Contandriopoulos (2004) de sistema integrado, aquele que tem como imagem ideal um “sistema sem muros”, no qual se elimine as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção – do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado. Nele, os serviços são ligados por corredores virtuais que ultrapassem de fato as fronteiras municipais, com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados.

A integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Para Brito-Silva; Bezerra; Tanaka (2012) muitos são os fatores que interferem na sua efetivação. Apesar das dificuldades enfrentadas, diferentes estratégias têm sido utilizadas na perspectiva de se alcançar o direito à saúde em sua plenitude, superando os obstáculos que interferem nesta efetivação.

Na lógica da “contenção de gastos”, os direitos introduzidos pela Constituição estão entre os principais motivos para os desequilíbrios nas contas do governo. Sendo assim, propõem-se a redução dos gastos em saúde e questionam-se a extensão da cobertura dos serviços (MENDES, MARQUES, 2009).

A população idosa se depara, portanto, com uma conquista fracionada do direito à saúde e com profissionais de saúde inseridos numa dinâmica de trabalho pautada na lógica de mercado, contribuindo assim para uma atuação profissional biologicista e fragmentada.

No Brasil, a integralidade passa a fazer parte das propostas de reforma no início da década de 1980, com a criação de programas abrangentes para grupos específicos (Conill, 2004). A abrangência e amplitude de concepções atribuídas à integralidade caracterizam a sua relevância na operacionalização do SUS. Observa-se, no entanto, que a sua efetivação, em qualquer dos sentidos atribuídos, constitui um verdadeiro desafio para o Sistema.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a garantia da integralidade das ações no serviço de saúde à pessoa idosa pela atenção domiciliar do SUS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil socioeconômico e epidemiológico do usuário idoso no SAD e seu cuidador;
- Identificar as ações do SAD junto à pessoa idosa cadastrada no serviço;
- Verificar como os profissionais do SAD contribuem para a efetivação da integralidade das ações.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

A partir do interesse de avaliar a efetivação da integralidade no serviço de saúde à pessoa idosa pela atenção domiciliar do SUS a proposta metodológica adotada foi um estudo de caso de caráter qualitativo, exploratório, descritivo, com ênfase na técnica de Análise do Discurso.

Godoi e Balsini (2010) ressaltam que a ênfase da pesquisa qualitativa é interpretar os significados e as intenções dos atores sociais investigados, de modo que os dados são representações dos atos e das expressões humanas, o que exige a imersão do pesquisador no contexto que será analisado. Desse modo, no caso de estudos qualitativos, o objetivo de usar a entrevista em profundidade, técnica escolhida para esta pesquisa, é abordar a complexidade das relações que a permeiam, a partir do ponto de vista subjetivo dos atores sociais envolvidos nesse contexto.

Os argumentos que defendem o uso da entrevista como método de coleta de dados na pesquisa qualitativa se referem, principalmente, à exploração dos pontos de vistas dos atores sociais inseridos nos contextos de investigação, elementos essenciais ao conhecimento e à compreensão da realidade social. Por outro lado, as críticas que circundam em torno do fato da entrevista ser um processo de interação social, sugerem que a mesma pode acabar influenciando os entrevistados com a visão que o entrevistador possui dos fenômenos investigados. Nessa perspectiva, Flick (2009) justifica que o aumento no interesse pelo uso da entrevista aberta como método de coleta de dados na pesquisa qualitativa está associado à expectativa de que é mais provável que os pontos de vistas dos sujeitos entrevistados sejam expressos em uma situação de entrevista com um planejamento aberto que em uma entrevista padronizada ou em um questionário.

Por sua vez, Poupart (2008) discute argumentos de ordem epistemológica, ético política e metodológica, como as justificativas habitualmente alegadas pelos pesquisadores para recorrer à entrevista do tipo qualitativo, a saber: 1) a análise das realidades sociais, segundo a perspectiva dos atores sociais, é considerada indispensável para uma exata apreensão e compreensão das condutas sociais; 2) A denúncia de preconceitos de práticas discriminatórias e de iniquidades, abre a possibilidade de compreender e conhecer internamente dilemas e

questões enfrentadas pelos atores sociais; 3) e, por ser uma ferramenta de informação sobre as entidades sociais, capaz de elucidar as realidades sociais, mas, principalmente, por ser um instrumento privilegiado de exploração da experiência dos atores sociais.

Sendo assim, para este estudo, foram realizadas análise documental, entrevista em profundidade e revisão bibliográfica. Buscou-se as interrelações entre os processos discursivos e o problema do estudo. Esse movimento se desdobra em uma análise detalhada e intensiva dos textos e falas dos sujeitos da pesquisa como elementos dos processos sociais, sendo um processo complexo que engloba duas partes: a compreensão e a explanação (GARCIA DA SILVA e RAMALHO, 2008).

Foram analisados documentos oficiais relativos ao Programa Melhor em Casa, cuja documentação é composta pelos Cadernos de Atenção Domiciliar e pelo Manual Instrutivo. Todo o material foi produzido pela Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde entre os anos de 2011 e 2012⁵.

Acerca da análise documental, Cellard (2012) afirma que esta apresenta vantagens significativas, tratando-se de um método de coleta de dados que elimina a eventualidade de qualquer influência do conjunto das interações, acontecimentos ou comportamentos pesquisados. Sugere, ainda, que continua sendo capital usar de prudência e avaliar adequadamente, com um olhar crítico, a documentação que se pretende analisar e essa avaliação crítica constitui a primeira etapa de toda a análise documental. Após o trabalho de análise preliminar, devidamente completado, o pesquisador poderá, assim, fornecer uma interpretação coerente, tendo em conta a temática ou o questionamento inicial.

Além da análise documental, houve também levantamento da literatura especializada sobre o tema da pesquisa. Acreditamos que a mesma oferece meios para analisar, não somente problemas já conhecidos, mas também possibilita explorá-los segundo um novo enfoque ou abordagem permitindo conclusões inovadoras (MARCONI e LAKATOS, 2009). O desenvolvimento desta técnica de pesquisa se desdobra em quatro etapas: identificação;

⁵ É válido recordar que a pesquisadora é assistente social da Organização Social contratada pela Secretaria Estadual de Saúde para implantar o Programa Melhor em Casa em Pernambuco. Dessa forma, conta com acesso privilegiado e imediato ao acervo bibliográfico e documental produzido pelo Ministério da Saúde sobre atenção domiciliar no SUS.

localização; compilação e fichamento. Sendo uma estratégia de pesquisa transversal a todas as etapas do desenvolvimento da dissertação.

Além disso, foram realizadas entrevistas em profundidade junto à pessoa idosa com idade maior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos, inclusos no serviço de atenção domiciliar; com profissionais de saúde que estão envolvidos nesse tipo de modalidade; assim como cuidadores participantes do SAD, sejam esses familiares ou não. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. Tal abordagem se utilizou de roteiro de entrevista como instrumento de pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando em participar do estudo, previamente aprovado pelo Comitê de Ética da instituição de ensino.

As entrevistas em profundidade são mais adequadas onde há pouco conhecimento sobre o fenômeno estudado ou onde percepções detalhadas são necessárias a partir de pontos de vistas individuais. Elas também são particularmente apropriadas para explorar temas sensíveis, sobre os quais os participantes podem não querer falar em um ambiente de grupo. Haguette (1997) define a entrevista como um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. Neste sentido, enfatizamos que a entrevista é utilizada para coletar dados de natureza subjetiva, que se relacionam com os valores, com as atitudes e com as opiniões dos sujeitos entrevistados. Por sua vez, os dados objetivos podem ser coletados a partir de outras fontes.

Sendo assim, a entrevista em profundidade não permanece presa às regras técnicas preestabelecidas, mas apresenta-se como um método flexível de coleta de dados que pode ser ajustado no momento em que a entrevista está ocorrendo para se adequar as necessidades do problema investigado. Nesse sentido, Godoi e Mattos (2010) ressaltam que a entrevista em profundidade deverá ficar fora do alcance do formalismo técnico, para atender a três condições que eles consideram essenciais à pesquisa qualitativa: que o entrevistado possa expressar-se a seu modo face ao estímulo do entrevistador, que a fragmentação e ordem de perguntas não sejam tais que prejudiquem essa expressão livre, e que fique também aberta ao entrevistador a possibilidade de inserir outras perguntas ou participações no diálogo, conforme o contexto e as oportunidades, tendo sempre em vista o objetivo geral da entrevista.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas residências dos usuários idosos atendidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar de uma unidade hospitalar e, no próprio SAD de referência desses idosos. Todos situados na Cidade do Recife, especificamente nos Distritos Sanitários II, III e VII – área de abrangência do SAD.

Recife, capital do Estado de Pernambuco, situa-se no litoral nordestino e ocupa uma posição central, a 800 km das outras duas metrópoles regionais, Salvador e Fortaleza. Apresenta uma superfície territorial de 218,4 km² e limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe e a leste com o Oceano Atlântico.

Com uma composição territorial diversificada: morros - 67,43%, planícies - 23,26%, áreas aquáticas - 9,31%, Zonas Especiais de Preservação Ambiental (ZEPA) - 5,58%, a cidade está dividida em 94 bairros aglutinados em 6 Regiões Político-Administrativas (RPA). Para o setor de saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário - DS (figura 1):

DS I - Recife, Cabanga, Soledade, Santo Amaro, São José, Coelhos, Boa Vista, Paissandu, Ilha Joana Bezerra, Santo Antônio, Ilha do Leite;

DS II - Torreão, Ponto de Parada, Rosarinho, Porto da Madeira, Fundão, Cajueiro, Encruzilhada, Beberibe, Hipódromo, Água Fria, Peixinhos, Bomba do Hemetério, Campina do Barreto, Arruda, Campo Grande, Alto Santa Terezinha, Linha do Tiro, Dois Unidos;

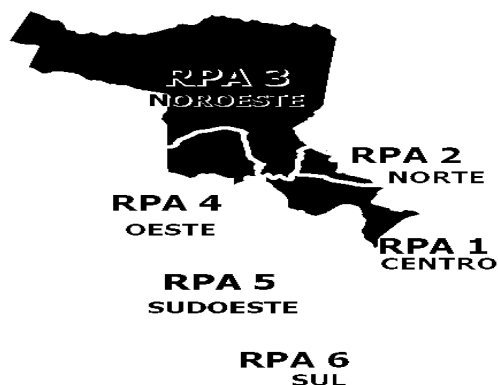
DS III - Poço, Derby, Monteiro, Tamarineira, Graças, Espinheiro, Morro da Conceição, Casa Amarela, Aflitos, Casa Forte, Parnamirin, Apipucos, Córrego do Jenipapo, Nova Descoberta, Alto José do Pinho, Mangabeira, Alto do Mandu, Alto José Bonifácio, Vasco da Gama, Macaxeira, Brejo da Guabiraba, Passarinho, Dois Irmãos, Jaqueira, Santana, Guabiraba, Sítio dos Pintos, Pau Ferro, Brejo de Beberibe;

DS IV - Cidade Universitária, Engenho do Meio, Madalena, Várzea, Torrões, Torre, Iputinga, Prado, Zumbi, Cordeiro, Ilha do Retiro, Caxangá;

DS V - Caçote, Mangueira, Bongí, Mustardinha, Curado, San Martin, Jardim São Paulo, Areias, Sancho, Barro, Estância, Tejipió, Coqueiral, Jiquiá, Totó, Afogados;

DS VI - COHAB, Brasília Teimosa, Ipsep, Ibura, Jordão, Pina, Boa Viagem, Imbiribeira.

Figura 1. Recife, divisão territorial



Fonte: Gerência Geral de Planejamento e Orçamento – Sesau / Recife

O município do Recife é totalmente urbano, com uma população estimada de 1.599.514 habitantes no ano de 2013 e verifica-se que a população feminina é maioria no município.

A maior concentração da população encontra-se no Distrito Sanitário VI, correspondendo a 24,9%, enquanto o Distrito Sanitário I apresenta-se como o menos populoso, correspondendo 5,1% da população. A população feminina é a maioria no município, correspondendo a 53,8% da população.

Vale salientar acerca da decisão de repensar a divisão político administrativa da saúde criando-se dois novos distritos sanitários a partir da divisão dos dois distritos mais populosos, resultando em oito distritos sanitários (BRASÍLIA, 2015):

DS III - Bairros: Aflitos, Alto do Mandu, Apipucos, Casa Amarela, Casa Forte, Derby, Dois Irmãos, Espinheiro, Graças, Jaqueira, Monteiro, Parnamirim, Poço, Santana, Sítio dos Pintos e Tamarineira.

DS VII - Bairros: Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Brejo do Guabiraba, Brejo do Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Mangabeira, Morro da Conceição, Nova Descoberta, Passarinho, Pau Ferro e Vasco da Gama.

DS VI - Bairros: Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep e Pina.

DS VIII - Cohab, Ibura e Jordão.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A seleção das pessoas entrevistadas foi de 15 (quinze) entrevistados, sendo 05 (cinco) idosos, 05 (cinco) cuidadores e 05 (cinco) profissionais de saúde. A seleção dos idosos e cuidadores se deu a partir da escolha do coordenador do serviço, onde este preferiu que a pesquisadora realizasse as entrevistas no momento da visita da equipe do SAD. No que diz respeito aos profissionais, estes foram escolhidos aleatoriamente, estando presente e disponível no serviço para participar da entrevista.

A técnica utilizada foi a entrevista em profundidade, que permitiu o aprofundamento das informações prestadas pelos entrevistados. A definição da amostragem tem por base duas razões apresentadas por Gaskel (2011) quando se trata da abordagem qualitativa :

1. Representações de um tema de interesse comum, ou de pessoas em um meio social específico são, em parte, compartilhadas;
2. Ao se considerar o tamanho do *corpus* a ser analisado, dependendo da quantidade de entrevistados, pode-se chegar a mais de 300 páginas, o que poderia trazer dificuldades para a análise, levando-nos a optar na redução do mesmo.

Assim, para o autor mencionado, estas duas razões são suficientes para justificar um limite ao número de entrevistas necessárias. Gaskel sugere ainda que para cada pesquisador, este limite deve ser entre 15 e 25 entrevistas individuais (GASKELL, 2011).

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pessoa idosa atendida no SAD com idade igual ou superior a 60 anos residentes nos Distritos Sanitários II, III e VII;
- Cuidador presente no domicílio no momento da visita;
- Profissionais atuantes no serviço desde o início de sua implantação.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pessoa idosa acometida por doenças em estado de gravidade que impeça o estabelecimento de comunicação necessária com a pesquisadora para responder à entrevista;

4.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DA PESQUISA

A coleta de dados ocorreu a partir da triangulação de métodos, ou seja, análise documental, entrevistas e observação direta. Os dados foram obtidos por meio do roteiro de perguntas e ideias (APÊNDICE 1), o qual norteou a pesquisadora e possibilitou a inserção de outras perguntas ou participações no diálogo, conforme o contexto e as oportunidades.

Os usuários, cuidadores e profissionais atendidos aos critérios de elegibilidade foram considerados incluídos, recebendo todas as instruções sobre o estudo, e, aceitando participar, assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2).

Consideramos como relevante a dimensão da pesquisa a partir do entendimento de que: “A investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos” (MINAYO, 2004). Nesse sentido, o projeto foi apresentado aos usuários com a ida da pesquisadora em cada domicílio, realizando uma explanação do tema e do objetivo da pesquisa, de modo que eles traziam seu interesse e logo realizávamos a leitura do termo de consentimento, bem como sua assinatura e já iniciávamos as entrevistas. Já em relação aos profissionais, a apresentação foi feita individualmente no próprio SAD, delimitando, igualmente, o tema e objetivo do estudo e a partir da disponibilidade de agenda.

A coleta de dados foi realizada em um período de um mês completo (a saber: dezembro de 2015 a janeiro de 2016). Os registros das informações foram realizados por meio de gravação das entrevistas, que foram transcritas para documento no computador, dando continuidade ao processamento dos dados.

Construímos a entrevista em profundidade contendo tópicos referentes à temática do estudo. O desenvolvimento da entrevista foi dinâmico, quanto à relação entrevistador-entrevistado, com abertura para outros questionamentos por parte da pesquisadora e problemáticas trazidas pelos participantes, valorizando a perspectiva do participante.

O período de realização das entrevistas foi durante os meses de dezembro de 2015 e janeiro de 2016 com os usuários, cuidadores e profissionais. O tempo das entrevistas com os

profissionais variou entre doze e dezoito minutos; e com os usuários e cuidadores a amplitude foi maior, ficando com o tempo variando entre trinta e quarenta minutos.

4.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Para a análise dos dados foi utilizada a perspectiva de Análise de Discurso: Linguística Crítica (GILL, 2011) ou Estudos Críticos de Discurso (FAIRCLOUGH, 2008). Os intelectuais desta corrente têm uma preocupação com a relação entre linguagem e política, e analisam as manifestações discursivas de problemas sociais e desigualdades nas relações de poder (FAIRCLOUGH, 2008; GARCIA DA SILVA e RAMALHO, 2008; GILL, 2011; IÑIGUEZ, 2008; ROJO, 2004; RESENDE e RAMALHO, 2011; VAN DIKJ, 2010).

Esta recente tradição da Análise de Discurso vem se desenvolvendo nos estudos sobre a mídia, relações de gênero e étnicas, mudanças políticas, interessando-se na maneira como o poder, a dominação e a desigualdade social são estabelecidos, reproduzidos e combatidos por meio dos discursos (FAIRCLOUGH, 2008; RESENDE e RAMALHO, 2011; VAN DIKJ, 2010).

A Análise de Discurso Crítica (ADC) define como intento central o incentivo à pesquisa linguístico-discursiva voltada para questões sociais em favor dos grupos subalternizados e minorias. Ela propõe pesquisas que configurem a busca de soluções para problemas sociais que se manifestam discursivamente, questões no campo da educação, assimetrias de poder, de gênero e de hegemonia (RESENDE e RAMALHO, 2011; ROJO, 2004; VAN DIKJ, 2010). Por isso, a ADC fomenta estudos que analisem discursos institucionalizados, de âmbito educacional, religioso, sobre saúde, político, econômico e midiático, até estudos que envolvem implícita ou explicitamente conflitos de classe e étnico-raciais etc (FAIRCLOUGH, 2008; VAN DIKJ, 2010).

Dessa forma, a ADC constitui uma corrente teórica e um desenho de pesquisa equivalente a uma prática teórica crítica, pois considera que as relações de opressão e exploração são criações sociais que podem ser transformadas pela ação dos sujeitos sociais (FAIRCLOUGH, 2008; FIORIN, 2007; GARCIA DA SILVA & RAMALHO, 2008; ROJO, 2004; VAN DIKJ, 2010).

Por estar inserida na Ciência Social Crítica, a Análise de Discurso Crítica investiga os conteúdos e efeitos ideológicos dos discursos que podem contribuir para estabelecer e/ou manter relações de dominação (FAIRCLOUGH, 2008; FIORIN, 2007; GARCIA DA SILVA e RAMALHO, 2008; RESENDE e RAMALHO, 2011; ROJO, 2004; VAN DIJK, 2010). O objetivo da ADC é oferecer suporte científico para questionamentos de problemas sociais decorrentes das desigualdades sociais (FAIRCLOUGH, 2008; ROJO, 2004). A abrangência desse modelo de análise de discurso se explica pelo entendimento de que a relação entre linguagem e sociedade é interna e dialética, ou seja, as questões sociais, em parte, são questões de discurso ou discursivas (FIORIN, 2007; CHOULIARAKI e FAIRCLOUGH, 1999 Apud GARCIA DA SILVA e RAMALHO, 2008; ROJO, 2004).

A análise de textos, segundo a ADC, é formada por análises de compreensões, que envolvem descrições e interpretações. A outra parte da ADC é a explanação, que reside na interface entre os conceitos e categorias do estudo e o material empírico. Nesta etapa, as propriedades dos textos particulares são redescritas e analisadas, a partir do arcabouço teórico adotado pelo analista do discurso. A finalidade desse momento da análise é mostrar como a prática discursiva é socialmente determinada e incide na realidade, segundo seus efeitos em conflitos por hegemonia e nas relações de dominação/opressão.

Além disso, conforme explicitado na metodologia, foram realizadas entrevistas abertas aplicadas individualmente, pois, com um entrevistado por vez, pode se conseguir uma narrativa detalhada sobre experiências pessoais, processos decisórios, e o papel do sujeito na questão pesquisada (GASKEL, 2011; MARCONI & LAKATOS, 2009).

Segundo George Gaskell (2011), o ponto de partida do uso das entrevistas qualitativas é o pressuposto de que o mundo social não é um dado natural, linear. Este é construído pelas pessoas em suas vidas cotidianas, sob condições que elas não estabeleceram. Admite-se, dessa forma, que essas construções constituem a realidade, o mundo vivencial das pessoas, sendo a entrevista qualitativa uma forma de identificar e compreender as visões de mundo e as práticas sociais dos sujeitos entrevistados. Ela fornece dados fundamentais para compreender e/ou analisar as relações entre os sujeitos sociais e a questão analisada: “O objetivo é uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação ao comportamento das pessoas, em contextos sociais específicos.”(GASKELL, 2011, p. 65).

Dessa forma, foram investigados: o discurso governamental, através dos documentos do Melhor em Casa; o discurso científico, através dos trabalhos especializados sobre a temática da atenção domiciliar e os discursos dos usuários (idosos/cuidadores) e trabalhadores da saúde sobre o SAD. A síntese desses discursos proporcionou uma leitura plural desse programa de saúde.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os participantes da pesquisa, usuários e profissionais, foram convidados para o estudo, concordaram em participar e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, onde foi explicado o protocolo de estudo e esclarecido sobre o objeto do trabalho. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética respeitando as resoluções legais.

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil em outubro de 2015 e teve a anuência da Divisão de Educação na Saúde (DES/SEGTEs) da Prefeitura do Recife. Submetemos o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, conforme direcionado pela Plataforma Brasil. E no dia 24 de novembro de 2015 o projeto foi aprovado sem restrições.

Vale lembrar que as entrevistas foram gravadas após autorização prévia dos entrevistados e que o áudio está sob a responsabilidade do pesquisador, garantindo sua utilização exclusivamente para os fins da pesquisa. Foi respeitada a autonomia, a garantido o anonimato e assegurando a privacidade quanto aos dados confidenciais, como rege a Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

No que diz respeito a devolutiva da pesquisa aos participantes, será elaborado material informativo contendo os resultados desta para os idosos e cuidadores participantes. Como também, os profissionais envolvidos serão convidados a participarem da minha defesa de dissertação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão expostos todos os resultados obtidos da pesquisa através dos três públicos entrevistados: idoso, cuidador e profissional de saúde. O roteiro de entrevista foi subdividido em algumas etapas de acordo com cada público, sendo estas: identificação, situação socioeconômica, saúde e bem estar e sobre o SAD (público idoso); identificação, situação socioeconômica e sobre o SAD (cuidadores); identificação e sobre o SAD (profissionais de saúde). É importante dizer que no processo de discussão e análise dos dados utilizaremos nomes fictícios para preservar o anonimato e assegurar a privacidade dos participantes.

No intuito de elaborar uma discussão mais objetiva e concisa dos dados encontrados, apresentaremos por tópicos.

5.1. O PERFIL DE IDOSOS ATENDIDOS EM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SUS DE UNIDADE HOSPITALAR NA CIDADE DO RECIFE.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos idosos entrevistados. A maioria deles foi do sexo feminino, com idade média de 71,8 anos, sendo dois casados (homens) e três viúvas (mulheres). A escolaridade era de três com 1º grau incompleto, uma com 1º grau completo e uma com 2º grau completo.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos idosos entrevistados. Recife, 2015.

Identificação	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade
Idoso 1	F	63	viúva	2º grau
Idoso 2	F	87	viúva	1º grau
Idoso 3	M	60	casado	1º grau
Idoso 4	M	60	solteiro	1º grau
Idoso 5	F	89	viúva	1º grau

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

O perfil sociodemográfico apresentado nesta pesquisa corrobora os achados de outros estudos epidemiológicos brasileiros que tratam da saúde dos idosos, em que se destacam o predomínio do sexo feminino, refletindo a maior longevidade das mulheres em relação aos homens. Este fenômeno pode ser decorrente de condutas menos agressivas das mesmas, menor exposição a determinados fatores de risco no trabalho, menor prevalência de tabagismo e alcoolismo, diferenças quanto à atitude diante de problemas de saúde e maior cobertura da assistência gineco-obstétrica (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Essa maior longevidade pode explicar o maior percentual de mulheres viúvas encontrado nesta investigação. Contudo, somente esse achado não justifica a associação de mulheres viúvas e homens casados. É preciso considerar também o fato de muitos homens se casarem novamente após a morte de suas esposas (SOUZA; MORAIS; BARTH, 2006). Isto reflete hábitos culturalmente difundidos entre as gerações, em que o homem precisa se casar novamente, de preferência com parceiras mais jovens, e as mulheres têm que permanecer sem companheiro, assumir o luto eterno e dedicar-se exclusivamente ao cuidado do lar e dos filhos. Logo, esses aspectos ganham relevância no planejamento de estratégias de cuidado pelas equipes de saúde, uma vez que essas idosas estão mais vulneráveis ao isolamento social e à depressão.

Ao se analisar a escolaridade, verificou-se que a maioria possuía ensino fundamental incompleto, reflexo das dificuldades de acesso às escolas na época que esses idosos nasceram e cresceram, em um ambiente de desvalorização da educação formal e de condições socioeconômicas precárias (SOUZA; GRIEP, 2010). No passado que remete à infância desses sujeitos, a educação era privilégio de poucos: no contexto em que a maioria foi criada, cabia aos meninos trabalhar no cultivo da terra, enquanto as meninas deveriam auxiliar suas mães nos afazeres domésticos e se tornarem boas “donas de casa”.

Com relação à situação socioeconômica desses idosos, apresentada na Tabela 2, foi constatado que dois idosos não recebem nenhum tipo de renda, dois são aposentados e um é pensionista. Nenhum dos entrevistados exerce qualquer atividade profissional. Já com a relação à moradia, três possuem moradia própria, um reside em um domicílio cedido por algum parente e um reside em moradia alugada. Todos os entrevistados moram em residências que possuem saneamento básico. No que se refere ao convívio familiar, três idosos moram com filhos e dois moram com o cônjuge.

Tabela 2. Origem da renda, situação de moradia e de coabitação. Recife, 2015.

Identificação	Origem da renda⁶	Situação de moradia	Coabitação
Idoso 1	sem renda	cedida	cônjuge
Idoso 2	sem renda	própria	cônjuge
Idoso 3	aposentada	alugada	filhos
Idoso 4	pensionista	própria	filhos
Idoso 5	aposentada	própria	filhos

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

A renda ou sua ausência, por sua vez, pode representar um fator que ajuda a melhorar ou piorar a situação de saúde do idoso, já que nesta fase há uma necessidade maior de medicamentos, alimentação e outros custos que os processos limitativos acarretam. Além disso, devido às diversas mudanças ocorridas nos arranjos familiares nos últimos tempos, o idoso pode se deparar com uma realidade na qual ele se vê obrigado a amparar parentes desempregados ou doentes e prover a família (SILVA; BESSA; OLIVEIRA, 2004).

Com base na conjuntura supracitada, é válido ressaltar o fato de todos os idosos entrevistados não possuem nenhuma atividade remunerada. Como também a maioria possui renda de até um salário mínimo. Esses sujeitos se encontram numa situação de vulnerabilidade, expondo-se ao risco de agravamento de doenças pré-existent e surgimento de novas condições de adoecimento, pois se sabe que esses rendimentos são insuficientes para suprir o padrão de necessidades do idoso e de sua família.

Todos os idosos, quando questionados sobre sua saúde, relataram enfermidades ou disseram sentir problemas caracterizados como sendo devido à idade: como dores nas articulações e pressão alta. Os idosos entrevistados, independente da situação de moradia, quando perguntados sobre sua saúde, responderam hegemonicamente aspectos negativos com relação à sua saúde no momento da entrevista, relatando três deles que sua saúde piorou nos últimos anos.

⁶ Os idosos que relataram não possuir renda, deve-se ao fato de não ter sido contribuinte da Previdência, impedindo-o de se aposentar; como também, residem com familiares que já possuem renda, impossibilitando-o da concessão do Benefício de Prestação Continuada, já que este só é concedido quando a renda per capita da família é inferior a ¼ de salário mínimo.

[...] Minha saúde está péssima porque eu não ando e tem o problema do câncer não é?! Que tirou, mas a senhora sabe... câncer é uma doença que tanto faz tirar, como voltar e ainda mais no fígado. Cortou mais da metade do fígado. Minha saúde piorou, estou fazendo exames de novo para ver como meu fígado está crescendo. Estou sentindo muita dor. (IDOSO 3, 60 ANOS)

[...]Eu vou dizer uma coisa a você: eu me sinto muito triste porque eu fazia visitas a muita gente doente, fazia tudo e hoje em dia eu preciso disso tudinho. Minha saúde está horrível porque tem dia que a colher não vai a boca porque a osteoporose ataca tudo. (IDOSO 2, 87 ANOS)

[...]Eu sinto dor nas pernas e não consigo andar. Eu acho que minha saúde piorou por causa das pernas. Eu sinto muita dor nas pernas. Faz um ano que deixei de andar. (IDOSO 4, 60 ANOS)

Referente à mobilidade, todos os idosos informaram possuir alguma limitação e não desenvolvem atividades regulares em casa, porém só três relatam ter feito algum tratamento fisioterápico nos últimos meses. No que diz respeito a possuir algum tipo de doença, todos afirmam ser hipertensos, quatro diabéticos e um afirma possuir algum tipo de câncer. Nenhum dos idosos entrevistados relatou ter sofrido alguma queda, nos últimos meses.

Com relação à visão, audição e dentição, três afirmam ter algum problema de visão que atrapalha o desenvolvimento de alguma atividade; todos afirmam está com a audição boa; e dois referem-se a problemas na dentição, dificultando a ingestão de alimentos. Além disso, três dos idosos referem dificuldade para dormir.

Ainda no que se refere à saúde e bem estar dos idosos entrevistados e suas necessidades em saúde, quatro afirmam fazer uso de fraldas descartáveis; destes, três recebem as fraldas do SAD. Além disso, três afirmam procurar o SAD quando doentes, um procura a Unidade de Saúde da Família e um procura alguma unidade hospitalar. Todos os entrevistados relataram receber visita médica em casa, além de fazer exames clínicos em sua residência. Como também, todos afirmam não ter, nesses últimos meses, ocorrência emergencial e que recebem as medicações no domicílio.

Pode-se observar, portanto, que em relação à situação de saúde desses idosos, há presença de doenças crônicas degenerativas, como a hipertensão arterial e diabetes, presentes em todos os idosos entrevistados. Pesquisadores afirmam que a eclosão dessas doenças é uma importante consequência do envelhecimento da população mundial e constitui a principal causa de óbito entre os idosos (ROMERO; SILVA; FREITAS; DAMASCENO, 2010). A presença de hipertensão e diabetes nesse segmento etário merece atenção, devido à maior vulnerabilidade frente às complicações cardio e cerebrovasculares determinadas pela associação entre as condições clínicas e outros fatores que se acumulam ao longo do tempo.

A prevalência mais acentuada dessas afecções entre as mulheres converge com achados de outros estudos que apontam como responsáveis por um terço de todas as mortes de mulheres no mundo e metade de todos os óbitos de mulheres acima de 50 anos de idade nos países em desenvolvimento, assim como nos Estados Unidos e no Canadá. Segundo essas pesquisas, esse fato pode estar associado à maior tendência ao sedentarismo e à obesidade, perda da proteção dos hormônios sexuais após a menopausa, assim como às condições sociodemográficas e clínicas (BARRET-CONNOR, 2007).

Neste sentido, coloca-se em evidência o papel dos profissionais da saúde, em especial os profissionais da atenção domiciliar, aos quais compete compreender a natureza dessas doenças e os fatores de risco associados para o planejamento de um rigoroso esquema de controle e acompanhamento dessa clientela. Concomitantemente, é imprescindível o desenvolvimento de atividades de promoção e educação em saúde, a fim de prevenir agravos à saúde e possíveis sequelas, as quais podem provocar incapacidades funcionais. Como também, evitar possíveis internamentos ou reinternamentos.

Com relação aos medicamentos, as entrevistas revelam que alguns idosos estão recebendo com atrasos e quando não recebidos são receitados pelo médico do SAD, tendo que se deslocar para alguma unidade, como por exemplo a Unidade de Saúde da Família ou a Farmácia do Estado. Vale ressaltar que a utilização incorreta ou a não utilização dos fármacos pode aumentar a incidência de efeitos colaterais e intervenções medicamentosas, provocando graves complicações, principalmente na pessoa idosa (SILVA; PEREIRA; YOSHITOME; RODRIGUES; BARBOSA, 2010)

[...]Meu medicamento para o câncer é muito caro. A médica do SAD receita e meu cunhado é quem pega na farmácia do Estado. (IDOSO 3, 60 ANOS).

No que diz respeito à adesão ao tratamento com a utilização desses medicamentos, esta sofre influência de fatores próprios do usuário e fica mais comprometida em situações que requerem tratamentos longos, de natureza preventiva e que envolva mudanças no estilo de vida (MARIN; RODRIGUES; DRUZIAN; CECÍLIO, 2010). Além disso, os déficits de memória, visão e problemas na dentição são apontados como outros entraves para obter, do idoso, adesão à terapia, pois dificultam a distinção e a manipulação de diversos medicamentos ao mesmo tempo.

Desse modo, é relevante que os profissionais de saúde que atendem esses idosos em seus domicílios, desenvolvam estratégias para orientá-los e os informar sobre o diagnóstico e a terapia utilizada, considerando as alterações oriundas do processo de envelhecimento. No momento da prescrição, é preciso que o profissional leve em conta a idade, a situação socioeconômica, a escolaridade e a carga de doenças, evitando, assim, número excessivo de drogas.

No que se refere ao SAD, todos os idosos relatam satisfação com o SAD, entendem as orientações dos profissionais e possuem boa relação com os mesmos. Dois dos idosos mencionam ter sido pouco esclarecidos a respeito do SAD antes de serem cadastrados, mas todos relatam algum avanço em sua saúde após a inclusão no serviço. Três afirmam que não há nada para se melhorar no SAD e dois afirmam que o serviço precisa de algumas melhorias, como por exemplo: a entrega de fraldas e medicamentos.

[...] Adriana, minha filha foi quem passou pra mim sobre o SAD. Mas a doutora me explicou bem direitinho. Ela veio aqui. O SAD é pra manter a saúde da pessoa, está sempre olhando o paciente, sempre passando remédio. (IDOSO 4, 60 ANOS)

[...] A equipe vem aqui na porta, eu gosto deles e eles gostam de mim e eu peço pra eles não irem embora. Ela diz que vai ver minha pressão, que vai furar meu braço. (IDOSO 5, 89 ANOS).

5.2. O PERFIL DE CUIDADORES DE IDOSOS ATENDIDOS EM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SUS DE UNIDADE HOSPITALAR NA CIDADE DO RECIFE: O CONTEXTO DO CUIDADO.

A Tabela 3 mostra sobre os cuidadores entrevistados, sendo estes todos do sexo feminino, com idade média de 50 anos, sendo três solteiras, uma casada e uma viúva. Todas as entrevistadas sabem ler e escrever, duas possuem 1º grau incompleto, uma possui 2º incompleto, uma possui curso superior e uma possui alguma formação técnica.

Tabela 3. Características sociodemográficas e socioeconômicas dos cuidadores de idosos entrevistados, cadastrados no SAD. Recife, 2015.

Identificação	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Remuneração	Relação de parentesco
Cuidador 1	F	51	casada	1º grau incomp	não	Filha
Cuidador 2	F	51	viúva	formação técnica	não	Irmã
Cuidador 3	F	30	solteira	nível superior	não	Filha
Cuidador 4	F	52	solteira	2º grau incomp	sim	Cuidadora Formal
Cuidador 5	F	59	solteira	1º grau incomp	não	Esposa

Fonte: Pesquisa de campo.

Sendo assim, o perfil desse cuidador encontrado na pesquisa é de mulheres, solteiras, donas de casa e em média com 50 anos, sendo características frequentes encontradas em diversos estudos tanto nacionais quanto internacionais (Ver Tabela 3). Esses resultados reforçam o papel social da mulher, historicamente determinado, ou seja, quem desempenha as tarefas de cuidar em família é uma mulher, uma vez que prestar cuidado é secularmente uma atribuição feminina, quer seja esposa, filha ou irmã (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008). Lembrando o que analisa Mioto (2008), os serviços se organizam por meio de uma perspectiva calcada em papéis típicos da família, colocando a mulher como responsável pelo cuidado e pela educação dos filhos.

A escolaridade das entrevistadas, por sua vez, é predominantemente baixa como também aparece em diversos outros estudos com cuidadores. Vale salientar que o baixo nível de escolaridade interfere, direta ou indiretamente, na prestação de cuidados aos idosos, havendo uma queda na qualidade do serviço prestado. Além disso, pode apresentar-se como barreira no processo da educação em saúde, sendo necessária atenção redobrada dos profissionais aos cuidadores, a fim de ensiná-los a prevenir possíveis enganos para alcançar os objetivos desejados (MARTINS; ALBUQUERQUE; NASCIMENTO; BARRA; SOUZA; PACHECO, 2007).

Nesse estudo, a maioria das cuidadoras residiam com a pessoa idosa, onde, muitas vezes, ser escolhido ou decidir assumir as tarefas de cuidar pode depender de alguns eventos, dentre eles, morar na mesma casa que o idoso.

Entre os motivos relatados pelas cuidadoras em assumir a responsabilidade pelo idoso, destacam-se a dignificação como pessoa, a obrigação moral ou prática e princípios religiosos, o reconhecimento do próprio idoso com manifestação de gratidão, o reconhecimento da família e da comunidade, e também como sendo a única opção.

[...] Deus me deu essa missão e eu não posso recusar. É um prazer cuidar dela, mesmo que me custe muito (CUIDADOR 5, 59 ANOS).

[...] Ela fez tudo por mim, agora é meu dever cuidar dela. (CUIDADOR 1, 51 ANOS).

Além dos determinantes socioculturais, é importante destacar que o exercício do cuidado domiciliar está inserido em um contexto socioeconômico que produz determinações sobre o cotidiano do cuidador. Absorvidas na função de cuidadores, essas pessoas muitas vezes passam a ser consideradas, pela própria família, pelas equipes de saúde e pelo doente como alguém que existe para o outro, fazendo com que eles considerem natural não ter mais tempo para cuidarem de si e, muitas vezes, nem percebam que estão adoecendo (SILVA e STELMAKE, 2012).

Em relação à renda, a maioria das cuidadoras não trabalham fora de casa nem recebiam algum tipo de renda pelo cuidado. Um estudo realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, mostrou que 33,3% dos cuidadores não apresentavam outra ocupação além de cuidar do idoso e que 30,5% realizavam atividades domésticas além de cuidar do idoso. Além disso, estudos apontam que algumas cuidadoras de idosos relataram não poder assumir empregos extradomiciliares devido aos cuidados que devem ser dispensados integralmente e diariamente ao idoso (PAVARINI; TONON; MENDIONDO; BARHAM; FILIZOLA, 2006).

Os dados da pesquisa mostram que quem exerce a tarefa de cuidar, na maioria das vezes, é a filha do idoso. A literatura aponta que em famílias de nível socioeconômico mais baixo, há maior probabilidade de recebimento de auxílio familiar (filhas, esposas, noras) do que naquelas das classes média e alta. Além disso, contam também com serviços de atenção domiciliar, como por exemplo o SAD (SOUZA; SKUBS; BRETAS, 2007).

No que se refere às cuidadoras e seu olhar sobre o SAD, todas as entrevistadas afirmam que não conheciam o serviço, antes da sua inclusão. Duas afirmam que só tomou conhecimento através da Unidade de Saúde da Família; duas, através de algum familiar e uma através de algum amigo e todas afirmam que o SAD atende as necessidades do idoso, estando, assim, satisfeitos com o serviço. Todas as entrevistadas afirmam ter boa relação com os profissionais e consideram que os mesmos são claros no que diz respeito as orientações referentes ao cuidado.

Com relação às melhorias do serviço, duas das cuidadoras entrevistadas afirmam não ter o que melhorar e três afirmam ter algo para melhorar, como por exemplo: entrega de fraldas, visita médica com mais frequência e entrega das medicações. Mas, apesar das necessidades de melhorias, todas afirmam que o SAD melhorou sua vida em algum aspecto.

[...] Não conhecia o SAD. Conheci através da minha sobrinha. Eles sempre estão dando auxílio, a médica vem, tem toda uma estrutura montada para o paciente e pra gente também. Para mim o SAD é uma ajuda indispensável para o paciente que está acamado e tira muitas dúvidas da gente. (CUIDADOR 1, 51 ANOS)

[...] Não conhecia o SAD. Estão sempre atentos, está tendo acompanhamento com fisioterapeuta, dão os medicamentos sempre na

data certa, a terapeuta ocupacional quer levar ela para AACD para fazer avaliação. (CUIDADOR 2, 51 ANOS)

[...] A equipe do SAD é muita boa, porque ao invés de deslocar ela para o hospital a equipe vem aqui, colhe os exames dela, nos orienta. Quando vocês vem a gente se sente mais seguros. Só as fraldas que não está mandando. (CUIDADOR 4, 52 ANOS)

Nesse sentido, entende-se que os Serviços de Atenção Domiciliar necessitam também olhar para o cuidador como aquela pessoa chamada a cumprir funções que eram antes atribuídas a instituições especializadas em cuidar da saúde.

5.3. PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A Tabela 4 caracteriza os profissionais de saúde entrevistados que atuam no SAD, sendo estes quatro do sexo feminino e um do sexo masculino, com idade variando de 31 a 57 anos. Sobre o estado civil dos profissionais, três afirmam está solteiros, um casado e um divorciado. Todos os profissionais informaram possuir pós-graduação. Dos profissionais entrevistados, dois são enfermeiros, uma assistente social, uma psicóloga e uma fisioterapeuta.

Tabela 4. Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados. Recife, 2015.

Identificação	Sexo	Idade	Estado Civil	Profissão
Profissional 1	F	31	Casada	enfermeira
Profissional 2	F	31	divorciada	fisioterapeuta
Profissional 3	F	57	Solteira	psicóloga
Profissional 4	F	37	Solteira	assistente social
Profissional 5	M	35	Solteiro	enfermeiro

Fonte: Pesquisa de campo.

No que diz respeito ao SAD e suas ações, todos os profissionais entrevistados informaram possuir conhecimento sobre as legislações e portarias. Quatro afirmam que as ações do SAD estão de acordo com as legislações e um afirma que as ações não estão de

acordo. Três afirmam que não faltam ações a serem executadas no serviço, enquanto dois afirmam o contrário, como por exemplo: suporte de oxigênio, atendimento de emergência, suporte de ambulância para internação, dentre outros.

Os entrevistados explanaram sobre o conceito de integralidade da atenção à saúde dos idosos, porém, três afirmam que o SAD exerce essa integralidade junto aos assistidos. No que se refere as propostas de mudanças no serviço, dois propõe aumentar a frequência de visitas médicas e ter um acompanhamento mais assíduo; um propõe mais profissionais para atender as demandas; um propõe uma melhor infraestrutura; um propõe um suporte de ambulância para remoção, como também viabilização de exames e outras especialidades.

[...] Integralidade pra mim é dar qualidade de vida, dar o suporte, suprir as necessidades, é tratar o paciente como um ser humano, uma qualidade de vida realmente adequada, como ele precisa. (PROFISSIONAL 1, 31 ANOS).

[...] Integralidade é atender a pessoa em todos os aspectos possíveis de uma forma geral. É está atenta as necessidades dessas pessoas para poder fazer encaminhamentos (PROFISSIONAL 3, 57 ANOS).

[...] Integralidade pra mim é atenção garantida em 100% e é uma coisa que não acontece. É as pessoas terem acesso ao bem necessário (PROFISSIONAL 2, 31 ANOS).

[...] Integralidade é o indivíduo está integrado no mesmo sistema. Está relacionado a rede de atenção (PROFISSIONAL 4, 37 ANOS).

[...]Eu associo essa integralidade a uma dificuldade nossa porque se nosso paciente precisar de urgência, nós não temos uma retaguarda, não temos um suporte (PROFISSIONAL 5, 35 ANOS).

Sendo assim, de acordo com as entrevistas realizadas com os profissionais de saúde do SAD, a maioria destes informaram não conhecer com profundidade acerca da integralidade,

porém, todos eles explanaram de acordo com o que entendiam: dois dos profissionais definiu integralidade como rede de atenção integrada; outros um definiu como qualidade de vida; um abordou a temática como um atendimento ao idoso, envolvendo as diversas áreas de conhecimento e o identificando como singular; e, um definiu como um atendimento mais especializado, mais específico, necessitando de retaguarda. A partir dos conhecimentos gerados, três dos entrevistados informaram que o SAD exerce a integralidade junto aos assistidos.

A abrangência e amplitude de concepções atribuídas à integralidade caracterizam a sua relevância na operacionalização do SUS. Observa-se, no entanto, que a sua efetivação, em qualquer dos sentidos atribuídos, constitui um verdadeiro desafio para o Sistema. É um princípio que possui vários sentidos, entre eles encontramos: a recusa dos médicos em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico; buscar reconhecer as necessidades, além das demandas explícitas. A integralidade, portanto, é entendida como, um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de complexidade do sistema.

Ou seja, ao se consultar a literatura científica sobre este princípio, observa-se que a sua concepção é polissêmica, não havendo consenso entre os estudiosos. Encontram-se desde definições relacionadas à viabilização do acesso aos diferentes níveis de atenção, até a articulação dos diferentes serviços de saúde pautada no acolhimento e vínculo entre usuários e equipes. Para qualquer dos sentidos atribuídos à integralidade, muitos são os fatores que interferem na sua efetivação.

O reconhecimento da saúde como um direito universal e integral esbarra no estágio de desenvolvimento insuficiente do Estado para sua garantia. Na lógica da “contenção de gastos”, os direitos introduzidos pela Constituição estão entre os principais motivos para os desequilíbrios nas contas do governo. Defensores deste movimento propõem a redução do gasto em saúde e questionam a extensão da cobertura dos serviços (MENDES e MARQUES, 2009).

De acordo com as entrevistas, os profissionais afirmaram que apesar de identificarem que as ações do SAD estão de acordo com as legislações e portarias, tais ações ainda não são suficientes para suprir as demandas dos usuários idosos. Pontuaram a necessidade de mais profissionais; o aumento do número de visitas com um acompanhamento mais assíduo; uma

melhor infraestrutura; e, ambulância para remoção, como também atendimentos especializados (suporte de O2, emergência, exames, dentre outros).

A população se depara, portanto, com uma conquista fracionada do direito à saúde, o risco da universalidade isenta de integralidade. Entretanto, para que se tenham profissionais atuantes neste campo, faz-se necessário repensar a sua formação e dinâmica de trabalho imposta pelo sistema capitalista. Associada a este aspecto, a dinâmica de trabalho pautada na lógica de mercado contribui significativamente para uma atuação profissional cada vez mais biologicista e fragmentada (PUCCINI e CECÍLIO, 2004).

Dentre os diversos fatores que interferem na efetivação deste princípio, podemos citar: as heranças recebidas pelo SUS, fruto do modelo hegemônico de atenção à saúde de enfoque curativista; a formação dos profissionais com currículos de base flexneriana; a consequente prática fragmentada dos profissionais, e os interesses de mercado contraditórios ao SUS (OLIVEIRA, CASANOVA, 2009; MAGALHÃES JÚNIOR, OLIVEIRA, 2006; CAMPOS, 2003).

Outra dificuldade apresentada pelos entrevistados é a política de financiamento da atenção secundária pautada no pagamento individual de procedimentos, que leva a graves estrangulamentos na oferta de consultas especializadas e exames de média complexidade. O resultado desse panorama para os usuários do SUS, em especial àqueles em atendimento domiciliar, é enfrentar longos períodos de espera para acessar determinados serviços, o que impede o prosseguimento na condução do seu quadro clínico e descredibiliza todo o sistema de atenção. (MAGALHÃES JÚNIOR, OLIVEIRA, 2006).

Podemos identificar tal entrave na fala de um dos entrevistados:

[...] O paciente sempre precisa de um algo mais e a gente fica limitado. Muitas vezes o paciente chega da Unidade de Saúde sem um diagnóstico fechado. Aí o médico do SAD, solicita uma especialidade. Sabe lá Deus quando o paciente vai conseguir se consultar e fechar esse diagnóstico. Muitas vezes o paciente morre, ou passa do tempo de reabilitação e não consegue (PROFISSIONAL 4, 37 ANOS).

Sendo assim, a conquista do direito ao acesso universal, mas não integral, é um risco destacado por Barata, Tanaka e Mendes (2004). Eles identificam que, apesar do avanço no processo de descentralização, as condições de regionalização e hierarquização continuam insuficientes para contemplar os princípios da integralidade na assistência à saúde. A expansão desordenada dos serviços de saúde no Brasil reflete uma desintegração da assistência, demonstrando a fragilidade do princípio da integralidade e quanto o país pode estar distante da “verdadeira rede de saúde” referida pelos autores.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o intuito de avaliar a garantia da integralidade no serviço de saúde à pessoa idosa pela atenção domiciliar do SUS, o estudo se propôs a evidenciar os aspectos que envolvem o envelhecimento populacional, pano de fundo para as discussões sobre essa importante transformação societária sob o prisma das políticas sociais e a rede de suporte social existente. Nesse sentido, evidenciou-se que o aumento do número de idosos acarreta importantes mudanças sociais, principalmente no que se refere à saúde. O setor saúde tem se modificado em decorrência do acesso contínuo aos serviços, realizado pela população a partir dos 60 anos. Dentre as iniciativas voltadas à população idosa, destaca-se, nessa produção teórica, a atenção domiciliar.

Para além da atenção domiciliar, a proposta investigativa buscou fornecer subsídios para as discussões acerca da garantia da integralidade em saúde a partir das ações do SAD de uma unidade hospitalar da Cidade do Recife junto à pessoa idosa. Nesse sentido, entende-se por integralidade a possibilidade de transcender a racionalidade estritamente biomédica e caminhar na compreensão do processo de saúde-doença em sua multidimensionalidade, valorizando as singularidades de cada sujeito demandante de ações de saúde (OLIVEIRA, 2011). Além disso, a integralidade está relacionada às formas de organizar as práticas e processos de trabalho em saúde, como também às políticas especiais de saúde, com o estabelecimento de integração entre os diferentes níveis de atenção.

Identificou-se, portanto, através desta pesquisa, debilidades no acesso e na utilização do serviço, sendo enfatizado, por parte dos idosos e cuidadores, o desconhecimento acerca do SAD antes do cadastramento, o atraso ou não recebimento de fraldas e medicamentos; e, por parte dos profissionais, um número reduzido de visitas para uma grande quantidade de demandas. Além disso, ficou explícita a deficiência de vínculo e acompanhamento dos usuários pela rede de atenção à saúde, sendo enfatizada a dificuldade de acesso aos outros serviços e especialidades.

Evidenciou-se ainda uma fragilidade da organização da rede de atenção à saúde dos indivíduos em condições crônicas, em especial os idosos, que deveria ter assegurado seu direito à saúde integral, assim como ter seu acesso aos outros níveis de atenção à saúde, a partir de mecanismos de coordenação e ordenação do cuidado.

Observou-se uma fragilidade do acompanhamento longitudinal do usuário, reforçando ainda mais a ideia da atenção fragmentada e pontual, com visitas médicas mensais e visitas quinzenais dos demais profissionais, o que dificulta o acompanhamento sistemático e necessário para o idoso. Em contrapartida, ressalta-se a relação construída entre os usuários e os profissionais do serviço, o que deveria se constituir em um ponto de apoio na rede, articulado com os demais serviços e com fluxos de referência e contrarreferência e o acesso coordenado pela atenção primária.

Sendo assim, as evidências encontradas nesse estudo nos leva a identificar aspectos que confirmam o não cumprimento do princípio da integralidade das ações em saúde direcionadas aos usuários idosos do SAD, mantendo-se um serviço com assistência fragmentada e focada no cumprimento de metas, onde cada idoso deve ser visto minimamente pela equipe e esta deve responder a meta estabelecida pelo serviço, frente às dificuldades enfrentadas por este, como por exemplo: a diminuição do quantitativo de carros para a realização das visitas; a infraestrutura; a grande demanda frente a quantidade de profissionais e quantidade de visitas; dentre outras. Vale salientar que a atenção à saúde não adequada possibilita o surgimento de complicações evitáveis.

Nesse contexto, podemos afirmar que o Programa Melhor em Casa, materializado pelo SAD, surge como uma resposta, uma estratégia de contenção de demanda, fundamental para reduzir o pleito por serviços hospitalares e de fomento à constituição de parcerias entre o sistema de saúde, famílias e comunidades, desresponsabilizando o Estado no que diz respeito à provisão de cuidados em saúde. Portanto, um Programa Federal característico de uma contrarreforma do Estado, que expressa novas determinações e demandas ao conjunto dos profissionais da saúde. Além disso, torna-se um espaço não só de afirmação dos direitos dos idosos à saúde integral e humanizada, mas de resposta às necessidades do Estado em conter investimentos no campo da saúde pública, garantindo sua “saúde fiscal”.

Por fim, ressalta-se que as reflexões apresentadas nesse estudo não se propõem a ser finalísticas, mas que ao abordar a atenção integral junto a pessoa idosa no SAD, buscou-se identificar lacunas no processo de organização do sistema de saúde e do próprio serviço que representem (in) coerências com a proposta da integralidade. Assim, os achados podem e devem ser aprofundados a partir de novos estudos, propondo-se, portanto, uma avaliação da relação de custo-efetividade das internações domiciliares comparativamente àquelas realizadas em hospitais, além da continuidade de análise crítica e política do andamento desse

Programa Nacional para que, assim, possamos identificar até que ponto é válido manter esse idoso em casa e para quem é mais válido.

A proposta da “segurança do hospital no conforto do seu lar” nos leva a novos questionamentos: Quais os mecanismos de segurança são utilizados para efetivação do direito a saúde integral desses idosos? e quando se fala em conforto do seu lar, para que tipo de lar e realidade o Programa está direcionado? O discurso governamental condiz com a realidade vivida por esses idosos atendidos em SADs?

REFERÊNCIAS

AMENDOLA F, OLIVEIRA MAC, ALVARENGA MRM. **Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008.

BARATA, L.R.B.; TANAKA, O.Y.; MENDES, J.D.V. **Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde.** Epidemiol. Serv. Saude, Belo Horizonte, v.13, n.1, p.15-24, 2004

BARRETT-CONNOR E. **Women and cardiovascular disease.** CMAJ. 2007.

BARBOSA F.; NASCIMENTO & SORIANO. **Formações Discursivas e Ideológicas da Atenção Domiciliar no SUS:** uma Análise Crítica do Programa Melhor em Casa. VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, RJ, 2013.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

_____. **Lei 8.142.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências. Brasília DF, 28 de dezembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 2010.

_____. **Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014.** Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União, Brasília, 2014b.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Portaria nº 2.527.** Redefine a Assistência Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília DF, 27 de outubro de 2011.

_____. **Portaria nº 2.529. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS.** Brasília DF, 19 de outubro de 2006.

_____. **Caderno de Atenção Domiciliar:** a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília DF, Abril de 2012.

_____. Diário Oficial da União. **Lei 10.424.** Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília DF, 15 de abril de 2002.

BRASÍLIA. **Um novo modelo de governança em saúde para o recife avançar.** VIII Congresso CONSAD de Gestão Pública. Brasília, 2015.

BRAVO. M. I. S. **A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos.** Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 102, p.5-21, 01 abr. 2010.

_____. **Política de saúde no Brasil.** In: MOTA, et al (orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Política de Saúde na atual conjuntura:** modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: 2008, Adufrj.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. **Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação.** Interface (Botucatu). v.16,n.40, p.249-260, 2012.

CAMPOS, C.E.A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** Cienc. Saude Colet., Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.569-84, 2003.

CARVALHO J.A.M., RODRÍGUEZ-WONG, L.L. **A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI.** Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008;175(1):597-605.

CARVALHO. AM, COUTINHO. ESF. **Demência e fraturas em idosos.** Rev Saúde Pública, São Paulo, 2002;36(4):448-54.

CHOULIARAKI, L.; FAIRCLOUGH, N. **Discourse Analysis.** Edinbourg: Edinbourg University, 1999.

CELLARD, A. **A análise documental.** São Paulo, 2012.

CÉSAR, V. G. A. **Relações de cuidado entre usuários e profissionais de saúde: avaliação qualitativa do serviço de atenção domiciliar.** Dissertação (mestrado) – UFPE, CCS, 2014.

CECÍLIO, L.C. **Modelos técnico-assistenciais:** da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública. V. 13, n.3, p. 469-78. Rio de Janeiro, 1997.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (org). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** UERJ/IMS/ABRASCO. P. 39-64, Rio de Janeiro, 2001.

CONILL, E.M. **Avaliação da integralidade:** conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cad. Saúde Pública. V. 20, n.5, p.1417-1423, Rio de Janeiro, set-out, 2004.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e Mudança Social.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2008.

FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia.** 8ª ed. São Paulo: Ática, 2007.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, 2008.

GARCIA DA SILVA, D. H.; RAMALHO, Viviane. Análise de Discurso Crítica: representações sociais na mídia. In: LARA, Glaucia Muniz Proença; MACHADO, Ida Lúcia;

EMEDIATO, Wander (Orgs). **Análises do Discurso Hoje: Volume 2.** Rio de Janeiro: Lucerna, 2008. Cap. 14, p. 265-292.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W; GASKELL, George (Orgs). **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático.** 9ª Ed. Petrópolis - Rio de Janeiro: Cortez, 2011. Cap. 3, p. 64-89.

GILL, Rosalind. Análise de Discurso. In: BAUER, Martin W; GASKELL, George (Orgs). **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático.** 9ª Ed. Petrópolis - Rio de Janeiro: Cortez, 2011. Cap. 10, p. 244-270.

GIOVANELLA, L. et al. **Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade: critérios para avaliação.** Revista Saúde em Debate, São Paulo, V.26 (60), p.37-61, 2002.

GODOI, C. K.; BALSINI, C. P. V. A pesquisa qualitativa nos estudos organizacionais brasileiros: uma análise bibliométrica. In: SILVA, A. B.; GODOI, C. K.; BANDEIRA-DEMELO, R. (orgs). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos.** 2. ed. São Paulo, 2010, p. 89-113.

_____. MATTOS, P. L. C. L.. Entrevista qualitativa: instrumento de pesquisa e evento dialógico. In: SILVA, A. B.; GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELO, R. (orgs). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos.** 2. ed. São Paulo, 2010, p. 301-323.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia.** 5a edição. Petrópolis: Vozes, 1997.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde**: desafios para avaliar a implantação de um sistema “sem muros”. Cad Saúde Pública. V. 20, suppl. 2, p. 331-36. Rio de Janeiro, 2004.

HELENA H.; GUIMARÃES, N. A. **Cuidado e cuidadoras**: as várias faces do trabalho do *care* (ORG.) SÃO PAULO: ATLAS, 2012.

IÑIGUEZ, L. A Análise de Discurso nas Ciências Sociais: fundamentos, conceitos e modelos. In: IÑIGUEZ, Lupicínio (Coord). **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais**. 2ª ed. Petrópolis - Rio de Janeiro: Vozes, 2008. Cap. 2, p. 50-104.

LEBRÃO ML, LAURENTI R. **Saúde, bem-estar e envelhecimento**: o estudo SABE no município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol, São Paulo, 2005.

LIMA, A.M.M.; NEMES, F. A.; RODRIGUES, E; TEIXEIRA, RR. Saúde no envelhecimento. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 109-32.

MAGALHÃES JÚNIOR, H.M.; OLIVEIRA, R.C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em BH. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. 2006. Rio Grande do Sul : Edusc,UFRS: IMS/UERJ.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MATTOS, R.A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (org). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. UERJ/IMS/ABRASCO. P. 39-64, Rio de Janeiro, 2001.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis**. Interface: comunic., saúde,educ. Vol. 14, n. 34, p.593-605. Botucatu, 2010.

MARTINS JJ, ALBUQUERQUE GL, NASCIMENTO ERP, BARRA DCC, SOUZA WGA, PACHECO WNS. **Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio**. Texto Contexto Enferm, Rio de Janeiro, 2007.

MENDES, A.; MARQUES, R.M. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro. In: **Encontro Nacional de Economia Política**, 2009, São Paulo. Anais. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Organização Pan-Americana da Saúde, 512 p, Brasília, 2012.

MELLO, G. A. **Gestão do conhecimento e da inovação no setor público**. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec-cealag, 2011. p. 446-479.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do Conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIOTO, R. Famílias e Políticas Sociais. In: BOSCHETTI, Ivanete et al (Orgs.). **Política social no Capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008, p. 130-148.

_____. A Família como Referência nas Políticas Públicas: dilemas e tendências. In: TRAD, Leny A.(Org.). **Família Contemporânea e Saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

MOTA, Ana Elisabete. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e assistência social brasileira nos anos 89 e 90. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MARIN MJS, RODRIGUES LCR, DRUZIAN S, CECÍLIO LCO. **Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos**. Rev Esc Enferm USP. 2010.

NASCIMENTO, M. B. **Política de Saúde e Atendimento Domiciliar**: um espaço multiprofissional na garantia de direitos. Monografia de Especialização, Fafire, 2012.

OLIVEIRA, C.M.; CASANOVA, A.O. **Vigilância à saúde no espaço de práticas da atenção básica**. Cienc. Saude Colet., Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.929-36, 2009.

OLIVEIRA, M.S. Dilemas da Integralidade: o olhar sobre um serviço especializado na assistência em diabetes. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – **Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva**, Universidade Federal de Pernambuco, 2011. Disponível em:< <http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9487>>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca. **Relatório Mundial de Saúde**, 2008. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde; 2010.

PAVARINI SCI, TONON FL, SILVA JMC, MENDIONDO MZ, BARHAM EJ, FILIZOLA CLA. **Quem irá empurrar minha cadeira de rodas?:** a escolha do cuidador familiar do idoso. Rev Eletrônica Enferm [Internet], São Paulo, 2006.

PINHEIRO R, MATTOS RA. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 6a ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social e Abrasco; 2006.

POUPART, J. **A pesquisa qualitativa:** enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis, Rj: Vozes, 2008.

PUCCINI, P.T.; CECÍLIO L.C.O. **A humanização dos serviços e o direito à saúde.** Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1342-53, 2004

RAMALHO, V.; RESENDE, V. M. **Análise de discurso crítica.** São Paulo: Contexto, 2011.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. **Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. supl., p. 231- 242, 2005.

ROJO, Luiza Martin. A fronteira interior - análise crítica do discurso: um exemplo sobre "racismo". In: INIGUEZ, Lupicinio (Coord.). **Manual de análise do discurso em Ciências Sociais.** 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 206-257.

ROMERO AD, SILVA MJ, SILVA ARV, FREITAS RWJF, DAMASCENO MMC. **Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família.** Rev Rene. 2010.

SCHRAMM, J.M.A. et al. **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p. 897-908, 2004.

SILVA, K. L. et al. **Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial.** R. Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

SILVA, S.R.; STELMAKE, L.L. **Cuidadores domiciliares:** uma demanda para a ação profissional dos assistentes sociais. Serv. Soc. Rev., Londrina, v. 14, n.2, p. 145-161, Jan./Jun. 2012.

SILVA MJ, BESSA MEP, OLIVEIRA AMC. **Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole.** Ciênc Enferm, São Paulo, 2004.

SILVA CSO, PEREIRA MI, YOSHITOME AY, RODRIGUES NETO JF, BARBOSA DA. **Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.** Esc Anna Nery. 2010.

SOARES, R. C. S. Contrarreforma na Política de Saúde e Prática Profissional do Serviço Social nos Anos 2000. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). **As ideologias da contrarreforma e o serviço social.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

SOUZA LM, MORAIS EP, BARTH QCM. **Socioeconomic and demographic characteristics and health condition of elderly people from a family health program in Porto Alegre, Brazil.** Rev Latinoam Enferm. 2006.

SOUZA AI, SILVER LD, GRIEP RH. **Apoio social entre idosos de uma localidade de baixa renda no município do Rio de Janeiro.** Acta Paul Enferm. 2010.

SOUZA RFS, SKUBS T, BRÊTAS ACP. **Envelhecimento e família:** uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2007.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F. **O desenvolvimento do Home Health Care no Brasil.** Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v.3, n. 9, out.-dez. 2000.

VAN DIJK, Teun A. **Discurso e Poder.** 2ª ed. São Paulo: Contexto, 2010.

APÊNDICE 1**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Data: ____/____/____

Usuário do SAD

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: () M () F Data de Nasc: ____/____/____

Estado Civil: _____

Há quanto tempo está casado (a)/morando junto? _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

Há quanto tempo o Sr (a) mora em Recife? _____

O Sr (a) sabe ler e escrever? () SIM () NÃO

Escolaridade Máxima:

() Analfabeto

() 1º grau completo

() 2º grau completo

() Nível superior

() 1º grau incompleto

() 2º grau incompleto

() Pós-graduação

() Outro

SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA

O Sr (a) teve filhos? () SIM () NÃO Quantos? _____

Atualmente, o Sr (a) trabalha? () SIM () NÃO

Com que idade parou de trabalhar? _____

Origem da Renda mensal:

() Sem renda () Aposentado (a) () Pensionista () BPC () Outros

O Sr (a) acha que sua situação econômica está melhor ou pior do que já foi? Por que?

O que o Sr (a) ganha dá para as suas necessidades? () SIM () NÃO

Moradia:

() Própria () Alugada () Cedida () Outros _____

Quem é o proprietário do imóvel que o Sr (a) reside? _____

Composição Familiar residente:

NOME	IDADE	PARENTESCO	RENDA

Em sua casa existe ou está funcionando:

Água encanada () SIM () NÃO

Eleticidade () SIM () NÃO

Ligação com a rede de esgoto () SIM () NÃO

Geladeira () SIM () NÃO

Rádio () SIM () NÃO

TV () SIM () NÃO

DVD () SIM () NÃO

Computador () SIM () NÃO

Telefone () SIM () NÃO

Automóvel () SIM () NÃO

SAÚDE E BEM ESTAR

Doenças:

() HAS () DM () Renal () Câncer () Outros:

Limitação de mobilidade: () SIM () NÃO

O Sr (a) desempenha alguma atividade regular em casa? () SIM () NÃO

Como o Sr(a) avalia sua saúde? _____

Nos últimos anos, o Sr(a) acha que sua saúde:

() Piorou () Melhorou () Estável

Por que? _____

Seu problema de saúde atrapalha o Sr (a) de fazer coisas que precisa ou quer fazer?

() SIM () NÃO

O Sr (a) teve alguma queda nos últimos 3 meses? () SIM () NÃO

Como está sua visão? _____

O seu problema de visão atrapalha o Sr (a) de fazer as coisas? () SIM () NÃO

Como está sua audição? _____

O seu problema de audição atrapalha o Sr (a) de fazer as coisas? () SIM () NÃO

Em geral, qual o estado de seus dentes? _____

Está faltando algum de seus dentes? () SIM () NÃO

O Sr (a) tem algum problema de dente que lhe atrapalha mastigar os alimentos? () SIM () NÃO

Quando precisa de tratamento dentário, onde ou quem o Sr (a) procura?

O Sr (a) tem dificuldade para dormir? () SIM () NÃO

O Sr (a) tem se alimentado bem? () SIM () NÃO Se não, qual o motivo?

O Sr(a) usa fraldas? () SIM () NÃO

Recebe de qual serviço? _____

Quando o Sr (a) está doente ou precisa de atendimento médico, onde ou quem o Sr (a) normalmente procura? _____

Nos últimos 3 meses, o Sr (a):

Consultou médico no consultório ou em casa? () SIM () NÃO

Fez exames clínicos? () SIM () NÃO

Fez tratamento fisioterápico? () SIM () NÃO

Teve de ser socorrido na emergência? () SIM () NÃO

Foi ao hospital para receber medicação? () SIM () NÃO

Esteve internado em hospital? () SIM () NÃO

O Sr (a) normalmente usa:

Óculos ou lente () SIM () NÃO

Aparelho de surdez () SIM () NÃO

Bengala () SIM () NÃO

Muleta () SIM () NÃO

Cadeira de Rodas () SIM () NÃO

Atualmente, está precisando ter ou trocar um desses utensílios? () SIM () NÃO

O Sr (a) toma remédios? () SIM () NÃO Quem receitou? _____

O Sr (a) tem algum problema para obter os remédios que toma? () SIM () NÃO

Se sim, quais? _____

Quais as atividades que o Sr (a) consegue fazer sozinho (a)?

O que faz como lazer? _____

Quais as outras coisas que o Sr (a) gostaria de fazer?

Está satisfeito com o relacionamento que tem com as pessoas que moram com o Sr (a)? ()

SIM () NÃO Por que? _____

Que tipo de ajuda ou assistência sua família oferece?

O Sr (a) oferece alguma ajuda ou assistência a alguém da sua família?

() SIM () NÃO

Quem? _____

SOBRE O SAD

Data de admissão no SAD: ____/____/____

Como tomou conhecimento do SAD?

O serviço foi bem esclarecido para o Sr (a) antes de cadastrá-lo? () SIM () NÃO

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

O Sr (a) está satisfeito com o SAD? () SIM () NÃO Por que?

O Sr (a) consegue entender as orientações dos profissionais do SAD?

() SIM () NÃO

O Sr (a) tem uma boa relação com os profissionais? () SIM () NÃO

O SAD oferece tudo o que promete? () SIM () NÃO

O que o Sr (a) gostaria que melhorasse no SAD?

O Sr (a) identifica avanços em alguma área da sua vida após ser cadastrado no SAD?

() SIM () NÃO

Quais? _____

Cuidador:

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: () M () F

Data de Nasc: ____/____/____

Estado Civil: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

O Sr (a) sabe ler e escrever? () SIM () NÃO

Escolaridade Máxima:

() Analfabeto

() 1º grau completo

() 2º grau completo

() Nível superior

() 1º grau incompleto

() 2º grau incompleto

() Pós-graduação

() Outro

SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Reside com o Paciente? () SIM () NÃO

Tem algum parentesco com o paciente? () SIM () NÃO

Qual: _____

Recebe alguma renda pelo cuidado exercido? () SIM () NÃO

Se sim, de quanto? _____

Sua CTPS é assinada devido a tal função exercida? () SIM () NÃO

SOBRE O SAD

Já conhecia o SAD: () SIM () NÃO

Acha que o SAD atende as necessidades do assistido? () SIM () NÃO

Por que? _____

Como tomou conhecimento do SAD?

O serviço foi bem esclarecido para o Sr (a) antes de cadastrá-lo? () SIM () NÃO

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

O Sr (a) está satisfeito com o SAD? () SIM () NÃO

Por que? _____

O Sr (a) consegue entender as orientações dos profissionais do SAD? () SIM () NÃO

O Sr (a) tem uma boa relação com os profissionais? () SIM () NÃO

O SAD oferece tudo o que promete? () SIM () NÃO

O que o Sr (a) gostaria que melhorasse no SAD?

O SAD melhorou sua vida em algo?

() SIM () NÃO

Em que? _____

Profissional do SAD:

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: () M () F Data de Nasc: ____/____/____

Estado Civil: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

Escolaridade Máxima:

() Analfabeto

() 1º grau incompleto

() 1º grau completo

() 2º grau incompleto

() 2º grau completo

() Pós-graduação

() Nível superior

() Outro

Profissão: _____

SOBRE O SAD

Você tem conhecimento das legislações e portarias que regulamentam o SAD?

() SIM () NÃO

Quais as ações executadas pelo SAD?

Você acha que tais ações estão de acordo com a legislação que regulamenta o SAD?

() SIM () NÃO

Por que? _____

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

O que você entende por integralidade da atenção à saúde?

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

() SIM () NÃO Por que? _____

O que você mudaria no SAD? _____

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa INTEGRALIDADE DAS AÇÕES DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR JUNTO À PESSOA IDOSA EM UMA UNIDADE HOSPITALAR NA CIDADE DO RECIFE que está sob responsabilidade da pesquisadora Michelli Barbosa do Nascimento - Endereço : Rua Quatro de Março, nº 375, Casa Amarela - Recife, CEP: 52071210; Telefone: (81) 995254468 ; E-mail: michellibnascimento@bol.com.br

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

RETIRADA: Em caso de recusa não haverá penalizações, bem como garantimos que será possível retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

DESCRIÇÃO DO ESTUDO: Serão realizadas entrevistas em profundidade junto a idosos com idade ≥ 60 anos, de ambos os sexos, inclusos no serviço de atenção domiciliar; com profissionais de saúde que estão envolvidos nesse tipo de modalidade; assim como cuidadores participantes do SAD, sejam esses familiares ou não. Todas as entrevistas serão gravadas e futuramente transcritas e analisadas. Tal abordagem se utilizará de roteiro de entrevista como instrumento de pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando em participar do estudo previamente aprovado pelo Comitê de Ética da instituição de ensino.

PERÍODO DE PARTICIPAÇÃO DO VOLUNTÁRIO NA PESQUISA : A pesquisa terá início após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE). A previsão de submissão ao comitê será em Outubro de 2015, com previsão de início das entrevistas a partir de Fevereiro de 2016 e término em Junho de 2016.

RISCOS/DESCONFORTO: Os procedimentos metodológicos serão utilizados tendo em vista propiciar aos participantes um espaço de diálogo que viabilize a livre manifestação de pensamentos e ideias. A princípio, partiremos do pressuposto que a participação das pessoas selecionadas, neste estudo, não trará nenhum risco a sua integridade física, social e emocional. Porém, não poderemos desconsiderar que pode haver, no desenvolvimento das entrevistas, o desencadeamento de algum tipo de desconforto emocional, devido a própria memória do entrevistado, a qual poderá remeter à situações vivenciadas anteriormente. Porém, as informações desta pesquisa serão confidenciais e apenas serão divulgadas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação através da assinatura do TCLE.

Todo instrumento utilizado neste projeto será lido e explicado ao voluntário, não deixando nenhuma dúvida sobre as etapas do mesmo. Através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido o participante tem a garantia de sigilo e de que seus dados serão utilizados somente para fins científicos. Além disso, não terá ônus financeiro e o orçamento previsto para o desenvolvimento da pesquisa será de total responsabilidade do pesquisador principal.

Vale ressaltar que, apesar dos riscos, estes não invalidam o caminho escolhido no sentido de atingir os objetivos traçados nem tampouco a finalização da pesquisa, já que é possível a superação de todas as limitações mencionadas.

BENEFÍCIO DIRETOS: permitirá a discussão do tema – Atenção Domiciliar e Pessoa Idosa. Proporcionará a indicação de aspectos metodológicos da prática investigativa junto aos entrevistados. O estudo apoiará os envolvidos a saírem do silêncio de situações de exclusão.

BENEFÍCIO INDIRETO: cooperar nas construções/redefinições da política de saúde. Apontará e facilitará a compreensão de importantes fatores de diferenciação entre culturas distintas.

CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, fotos, filmagens, etc), ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço: Avenida Professor Moraes Rego, 1235, cidade universitária, Recife-PE, CEP 50670-901, pelo período de 5 anos.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

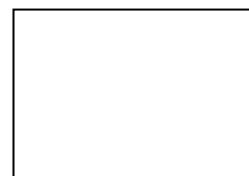
Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600 Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A):

Eu, _____ RG _____ CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do **INTEGRALIDADE DAS AÇÕES DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR JUNTO À PESSOA IDOSA EM UMA UNIDADE HOSPITALAR NA CIDADE DO RECIFE** como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido sobre a pesquisa dos procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento tratamento.

Local e data _____ / ____ / ____



Impressão Digital

Nome do voluntário

Assinatura do voluntário

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Nome:	Nome:
Assinatura	Assinatura: