

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CRISTIANE DANTAS LAITANO LIONELLO

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NA ATENÇÃO DOMICILIAR NO DISTRITO
GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL-POA-RS**

Porto Alegre
2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CRISTIANE DANTAS LAITANO LIONELLO

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NA ATENÇÃO DOMICILIAR NO DISTRITO
GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL-POA-RS**

Trabalho de conclusão apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão I da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito parcial para a graduação.

Orientadora: Prof^a Dr^a Regina Rigatto Witt.

Porto Alegre
2010

Este trabalho é dedicado àqueles que me prestaram apoio, incentivo e que de alguma maneira contribuíram para a concretização de minha graduação, especialmente aos meus queridos Pais Silvia e Orlando, meu irmão Mano e à Vó Lourdes.

AGRADECIMENTOS

Sou imensamente grata aos meus Pais que propiciaram essa oportunidade em minha vida sempre com muito incentivo, apoio, dedicação e amor. Eu não seria ninguém sem vocês. Amo vocês!

Agradeço muito ao meu querido e amado irmão, pois me espelhando nele adquiri a fibra para lutar e o encanto de viver aprendendo com a vida e com os obstáculos nela existentes.

Sou grata ao Paulo Henrique pelo companheirismo, lealdade, paciência, compreensão e carinho demonstrados durante toda essa etapa.

A Vó Lourdes por sempre se mostrar disponível quando precisei de auxílio. Agradeço à Professora Carmen Lúcia Mottin Duro pela orientação na execução do projeto desse trabalho.

Agradeço a minha orientadora, Professora Dr^a Regina Rigatto Witt por toda a orientação prestada.

Sou muito grata aos professores e funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Agradeço as minhas amigas Enfermeiras Tássia Danielle e Marina Gabriela por terem prestado auxílio na execução desse estudo.

À Enfermeira Lenice Koltermann pelos ensinamentos prestados durante essa etapa.

À Enfermeira Gládis Lourdes Bettim de Almeida pela compreensão durante a etapa de coleta de dados desse estudo.

À Enfermeira Lucrécia Bernardi que terei como exemplo durante a minha vida profissional.

Enfim, a todas as pessoas que fizeram parte de minha vida e prestaram todo e qualquer tipo de auxílio e incentivo durante esses anos de minha graduação vai o meu MUITO OBRIGADA!

RESUMO

A atenção domiciliar possibilita acompanhar os indivíduos no seu conceito familiar. É oportuno para a enfermagem em saúde coletiva utilizar o instrumental da Atenção Domiciliar para executar ações pertinentes a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foi realizado um estudo com o objetivo de conhecer o trabalho do Enfermeiro da ESF na atenção domiciliar no Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal – Poa/RS, através das suas experiências. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista. Na análise das informações, foram utilizadas as técnicas de análise de material qualitativo de Minayo, no qual se baseou na análise temática. Seis enfermeiras com aproximadamente cinco anos de trabalho na equipe, participaram do estudo. Foram estabelecidas três categorias temáticas: concepção de atenção domiciliar, demandas da atenção domiciliar e a organização da atenção domiciliar. Concluímos que o trabalho do enfermeiro na atenção domiciliar à saúde na unidade de saúde da ESF no distrito Glória/Cruzeiro/Cristal-POA-RS, encontra-se consolidado, à medida que todos os enfermeiros entrevistados referiram desenvolver algum tipo de atividade no domicílio.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Comunitária, Atenção Domiciliar, Estratégia de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVO	10
3. REVISÃO DA LITERATURA	11
4. METODOLOGIA	16
4.1 Tipo de estudo	16
4.2 Campo ou contexto.....	16
4.3 Participantes do estudo	17
4.4 Coleta de dados.....	17
4.5 Análise das Informações	18
4.6 Aspectos éticos.....	19
5.RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	29
APÊNDICES	32
ANEXOS	34

1. INTRODUÇÃO

O foco de estudo desta pesquisa foi a atenção primária em saúde, particularmente, o trabalho do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na atenção domiciliar no Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal.

A motivação para este estudo partiu dos estágios realizados em postos de saúde da atenção primária desta gerência, no município de Porto Alegre. Nestes estágios foi possível o envolvimento com o trabalho da equipe de enfermagem e equipe multidisciplinar de saúde para o atendimento dos usuários, o que despertou o interesse em conhecer o trabalho dos Enfermeiros no que diz respeito à atenção domiciliar.

Em 1988 no Brasil, foi estabelecido o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei nº 8080, de 20 de setembro de 1990, com o objetivo de identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular políticas de saúde destinadas a promover ações e serviços de saúde, bem como assistir às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2000).

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início, em 1994, como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção básica (BRASIL, 2000).

O PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Traz, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se enquanto tal (BRASIL, 2000).

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas (BRASIL, 2000).

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização (BRASIL, 2000).

No Brasil, o PSF foi criado a partir da implantação e sucesso na efetividade das ações em saúde do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, previsto desde a Constituição. A reforma do setor teve como proposta aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2000).

Assim, em 1994, o Ministério da Saúde, lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais (BRASIL, 2000).

A partir da expansão do Programa Saúde da Família, o governo emite a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, na qual fica estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2000).

Como consequência de um processo de des-hospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde, o programa tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar (BRASIL, 2000).

Segundo a Portaria Federal nº 1.886/1997 do Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família é composta de uma equipe básica formada por um enfermeiro, um médico, dois técnicos de enfermagem e em média 4 à 6 Agentes Comunitários de Saúde. Esses têm como atividades a prevenção de doenças e a promoção da saúde sob supervisão direta do Enfermeiro da unidade da ESF.

O objetivo da assistência de enfermagem na ESF é auxiliar a família a identificar as suas perturbações interacionais, a enfrentar problemas e a tomar decisões. O foco do cuidado, portanto, deve estar em ajudar e em capacitar a

família, de forma que ela possa atender às necessidades de seus membros, especialmente em relação ao processo saúde-doença (OLIVEIRA et al., 2007).

Neste sentido, a atenção domiciliar à saúde vem transpor as práticas institucionalizadas, visando construir uma nova ação profissional com base na inserção dos profissionais de saúde no local de vida, interações e relações dos indivíduos, em sua comunidade e, principalmente, em seu domicílio; passa, portanto, a considerar o contexto domiciliar das famílias (GIACOMOZZI et al., 2006).

Os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam as necessidades da comunidade e de articular os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (COTTA et al., 2006).

O trabalho do Enfermeiro na ESF pressupõe então, o enfoque de cuidado na família e no trabalho em equipe. Em estudo de Colome et al.,(2008) verificou-se que os enfermeiros exercem uma atividade de supervisão e liderança do trabalho realizado pelos agentes comunitários e técnicos de enfermagem, servindo de referência para esses profissionais.

2. OBJETIVO

Conhecer o trabalho do Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família na atenção domiciliar no Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, a partir das suas experiências.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão de literatura foram abordados os seguintes temas: atenção primária à saúde, estratégia de saúde da família, o trabalho do enfermeiro na ESF e atenção domiciliar.

3.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção primária é entendida por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e visa à manutenção da saúde. Essa proposição de atenção à saúde deve ser de competência de equipes multiprofissionais, de maneira a desenvolver responsabilidade sanitária sobre as diferentes comunidades adstritas aos territórios delimitados. Deve considerar as características sócio-culturais e a dinamicidade populacional, e, de maneira programada, organizar atividades voltadas ao cuidado longitudinal das famílias da comunidade (BRASIL, 2006).

3.2 Estratégia de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1994 com objetivo de redirecionar o modelo de saúde no País, fortalecendo a atenção básica à saúde. Esta estratégia prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral, contínua e de qualidade, estimulando a organização da comunidade e efetiva participação popular (BRASIL, 2006).

Da década de 70 em diante, as mudanças nas políticas de saúde, privilegiando a alocação de recursos financeiros e humanos para a assistência intra-hospitalar, provocaram um esvaziamento quantitativo e qualitativo das ações ditas de enfermagem de saúde pública, incluindo-se nelas a Visita Domiciliária. Contribuíram para essa situação, a expansão das indústrias de equipamentos hospitalares e de medicamentos, que respondem à tecnologia

de ponta do setor. A gradativa transformação do modelo assistencial de higienista/ preventivista para o modelo dual curativista/ preventivista acarretou a descaracterização das práticas de prevenção, dentre elas, a Visita Domiciliária (EGRY et al., 2000).

A partir do surgimento da ESF em 1994, o agente comunitário de saúde como integrante da equipe, realiza ações individuais ou coletivas, promovendo a saúde e prevenindo doenças sob supervisão direta do enfermeiro da unidade do ESF. Quanto às atribuições básicas desse profissional, elas estão previstas no subitem 8.14 do Anexo I da Portaria nº 1.886/1997, do Ministério da Saúde. Os agentes comunitários desenvolvem suas ações na comunidade, principalmente, através de visitas domiciliares, nas quais, além de prestar orientações também faz a busca ativa dos programas de saúde do Ministério da Saúde e o cadastramento de famílias. Esta nova valorização da atuação domiciliar vem se mostrando como grande destaque na atenção primária em saúde (BRASIL, 1997).

Em Porto Alegre, o Programa de Saúde da Família iniciou em 1996 e conta, atualmente, com 101 equipes responsáveis por uma população de 290 mil moradores da cidade. Estas equipes são compostas de três a seis agentes comunitários de saúde, dois técnicos de enfermagem, um médico e um enfermeiro. Cada equipe é responsável em média por 850 famílias correspondendo aproximadamente de 3,5 mil a 4 mil pessoas. Também foram implantadas seis equipes de saúde bucal da saúde da família. As equipes trabalham com território delimitado, identificando micro-áreas de risco e desenvolvendo ações programáticas e ações intersetoriais (BRASIL, 2006).

2.3. O Trabalho do Enfermeiro na ESF

No conjunto da produção de serviços de saúde coletiva, a **Visita Domiciliária** (VD) tem sido um dos instrumentos historicamente utilizados no âmbito da intervenção de enfermagem de saúde pública, preferentemente focalizando a família como alvo de atenção (Egry et al., 2000).

O trabalho do enfermeiro na ESF se constitui: no monitoramento das condições de saúde, como núcleo da atenção de enfermagem, seja no atendimento individual ou no atendimento grupal; no levantamento e

monitoramento de problemas de saúde sendo que estes deverão estar articulados à intervenção nos agravos de ordem patológica e no exercício de uma prática de enfermagem comunicativa, buscando a ampliação da autonomia dos sujeitos. Assim, falar das práticas de enfermagem pressupõe o entendimento de que a enfermagem, enquanto prática social busca sempre responder às exigências sociais e de saúde de uma determinada época e de um determinado espaço social (ERMEL et al., 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2000), entre as atividades do enfermeiro está: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; durante o tempo e frequência necessários de acordo com as necessidades de cada paciente.

Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprova a Resolução n.º 195, de 18/02/97, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações; Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF.

Como instrumento de trabalho da enfermeira na atenção básica, o cuidado domiciliar possibilita articular a atenção à saúde às condições de vida da população, facilitando o acesso aos serviços de saúde. Constitui-se em um espaço para promoção da saúde e, atendimento da necessidade de realização de procedimentos, interferindo no tempo de internação hospitalar. É uma ação que deve ser desempenhada pela enfermeira no Programa de Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 1999).

3.3 Atenção Domiciliar

A atenção domiciliar à saúde é um modelo em processo de expansão por todo o Brasil e desponta como um novo espaço de trabalho para os profissionais de saúde, tanto no âmbito público quanto no privado (LACERDA et al., 2006). Segundo a Resolução RDC nº. 11, de 26 de janeiro de 2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Documento Preliminar publicado em 2004 pelo Ministério da saúde, a atenção domiciliar à saúde está dividida em: assistência domiciliar, visita domiciliar e internação domiciliar, aos quais acrescentamos a modalidades da visita domiciliar (BRASIL, 2006). A seguir serão apresentadas definições dessas quatro modalidades.

Segundo a ANVISA, a assistência domiciliar é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio. Pode-se compreender essa expressão como “home care” em outros países. O atendimento domiciliar representa uma estratégia de atenção à saúde, que engloba mais do que o fornecimento de um tratamento padrão. É um método aplicado ao cliente com o objetivo de enfatizar sua autonomia e realçar suas habilidades em seu próprio ambiente – o domicílio (DUARTE; DIOGO, 2000).

A internação domiciliar consiste em uma atividade continuada, com oferta de tecnologia e de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, para pacientes mais em estados mais complexos, que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar (LACERDA et al., 2006).

De acordo com Lacerda et al (2006), a visita domiciliar possui um caráter mais pontual, de contato com os profissionais, que observam a realidade do paciente em seu domicílio, isto é, seu contexto domiciliar, seja de estrutura física e material ou de relações pessoais intra-familiares, em que também podem realizar orientações. E finalmente, a atenção domiciliar é a modalidade de maior amplitude dentre as quatro citadas (LACERDA et al., 2006). Ela é definida pelo Ministério da Saúde como um termo genérico, que envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio. Para a OMS, a Atenção Domiciliar,

define-se como a atenção à cuidados de saúde proporcionados ao indivíduo em sua residência ou o conjunto de atividades desenvolvidas para proporcionar ao paciente cuidados hospitalares, porém em seu ambiente domiciliar (BRASIL,2006).

4. METODOLOGIA

A metodologia encontra-se dividida nas seguintes etapas:

4.1 Tipo de estudo

A metodologia aplicada foi através de uma pesquisa exploratória descritiva, com abordagem qualitativa. Segundo Gil (2002), esse tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Seu planejamento é bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

A pesquisa trabalhou com a abordagem qualitativa, segundo Minayo (2007) a qual visa compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto aos temas específicos e as relações entre indivíduos. Especificamente, neste estudo pretendeu-se através dos relatos dos Enfermeiros, conhecer as atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro na ESF.

O estudo é do tipo exploratório, descritivo, assim os estudos exploratórios tendem a aperfeiçoar sua pesquisa através de inúmeras idéias acerca de uma temática e considera os vários aspectos relacionados ao fato em questão. Já o caráter descritivo diz respeito à pretensão de se descrever as características de determinada população ou fenômeno, através de coleta de dados, como questionário e a observação sistemática. Cabe ainda comentar que algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da relação entre as variáveis, pois pretendem também determinar a natureza dessa relação (GIL, 2007).

4.2 Campo ou contexto

O estudo foi realizado em unidades de saúde da estratégia de saúde da família no Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal.

A gerência distrital glória/cruzeiro/cristal é composta por 14 unidades da Estratégia de Saúde da Família, sendo cinco dessas unidades de equipe dupla, totalizando dezenove equipes, que com foco no cuidado integral, são constituídas por equipes multidisciplinares formadas por um médico, um

enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de três a seis agentes comunitários. Cada equipe de saúde da família é responsável por 1000 famílias, ou seja, aproximadamente 4000 pessoas. Os agentes realizam visitas domiciliares, obrigatórias para pacientes com dificuldade de locomoção, que usam medicação controlada, hipertensos, diabéticos, gestantes e para crianças menores de dois anos.

4.3 Participantes do Estudo

Os participantes do estudo foram os Enfermeiros atuantes nas Unidades da Estratégia de Saúde da Família pertencentes ao Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC). Os Enfermeiros da ESF foram entrevistados após o convite e o aceite do Comitê de ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre em seu local de trabalho.

Os critérios de inclusão no estudo foram:

Enfermeiros atuantes nas unidades de saúde do distrito glória/cruzeiro/cristal durante o período de coleta dos dados e que aceitaram participar do estudo.

Os critérios de exclusão no estudo foram:

Foi utilizado critério de saturação de dados.

Participaram do estudo seis enfermeiros atuantes nas unidades do Distrito GCC

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevista. Este método de pesquisa, de acordo com Minayo (2007), é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa e abordagem pelo entrevistador de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo.

A questão norteadora que conduziu o processo de investigação nas entrevistas foi “Me fale sobre o seu trabalho na Estratégia de saúde da família, em relação à atenção domiciliar” (APÊNDICE A), com a intenção de que o participante relatasse livremente a sua experiência nesta prática.

As entrevistas foram gravadas em gravador pela pesquisadora para uma melhor captação dos dados, respeitando a Lei de Direitos Autorais 9610/98

(BRASIL, 1998). Elas foram realizadas em salas, desocupadas, disponíveis nas Unidades de Saúde, com intuito de garantir a privacidade.

As entrevistas foram transcritas e digitadas no Word, obedecendo fielmente a fala dos participantes, sendo utilizadas apenas para fins deste estudo. Serão arquivadas e destruídas após cinco anos.

4.5 Análise das Informações

Para realizar a análise de informações do estudo, foi utilizado como referencial teórico as técnicas de análise de material qualitativo de Minayo (2007) no qual se baseou na análise temática, que envolve a significação e afirmação do tema através de leituras reflexivas acerca do assunto abordado. Assim, ao se fazer uma análise temática deve-se buscar os núcleos de sentido, além da presença e/ou frequência de fatores significativos para o objeto estudado. Esta análise divide-se em três etapas: pré-análise, exploração do material, e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Durante a primeira etapa realizou-se a seleção das entrevistas para análise, revisando-se os objetivos iniciais do projeto. Esta etapa seguiu um processo de construção no qual se iniciou com a leitura flutuante, na qual a pesquisadora buscou aprofundar e/ou absorver informações importantes de referencial teórico. Após, ocorreu a constituição do corpo do projeto estudado; além disso, realizou-se a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, caracterizada pela retomada da etapa exploratória, composição do material de campo e abertura para novas indagações. Na etapa da exploração de materiais, primeiramente, criamos categorias, ou seja, expressões ou palavras significativas em função do conteúdo, que serviu de operação classificatória para alcançar o núcleo de compreensão dos materiais de campo.

Na terceira etapa, exemplificaram-se os resultados obtidos de por análise fatorial, relacionando-os com as informações alcançadas, podendo-se, a partir disso, propor medidas e interpretar a situação de acordo com o referencial teórico.

Os fragmentos selecionados das falas dos profissionais foram aqueles mais significativos para a discussão de cada categoria empírica.

4.6 Aspectos éticos

Os princípios éticos foram respeitados a fim de proteger os direitos dos participantes do estudo, de acordo com as determinações de órgãos federais que formulam leis sobre a pesquisa com seres humanos no País, estabelecidas pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EEUFRGS) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS) (ANEXO A e B).

Considerando os aspectos éticos, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), segundo a Resolução 196/96, construído pelo pesquisador responsável. Ao passo que foi se estruturando a pesquisa, este Termo de Consentimento foi assinado pelo pesquisador, pelo orientador e pelo entrevistado, em duas vias, ficando uma retida com cada participante. Esteve contido neste referido termo: justificativa, objetivos e os procedimentos empregados na pesquisa; garantia de esclarecimento, antes e durante o curso da pesquisa; o direito à participação voluntária ou desistência, em qualquer fase da pesquisa; os riscos e benefícios previstos; a garantia de sigilo e privacidade das informações e dos participantes e o uso exclusivo dos dados para finalidade científica.

As gravações das entrevistas serão conservadas por cinco anos para manter intacta toda a informação; após esse período, serão desgravadas de acordo com Lei de Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL, 1998).

Foram utilizados códigos (E) para os Enfermeiros entrevistados, para fins de manter o anonimato.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados seis Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, com tempos variados de trabalho na ESF e nas equipes. Embora muitas tenham referido mais de cinco anos de experiência na estratégia, a maior parte delas, referiu estar vinculada à equipe a um tempo inferior a este.

Foram estabelecidas três categorias temáticas para a análise das respostas, de acordo com a pergunta do questionário e os objetivos propostos: concepção de atenção domiciliar, demandas da atenção domiciliar e organização da atenção domiciliar.

5.1 Concepção de Atenção Domiciliar

Ao serem perguntados sobre seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família em relação à atenção domiciliar, os enfermeiros reportaram-se imediatamente à visita domiciliar, como expresso nas falas a seguir:

A atenção domiciliar, eu dedico um turno na semana, que são todas as quintas de manhã. Geralmente estas visitas [...] (E3).

A atenção domiciliar aqui no posto? A gente não tem um dia fixo de visita domiciliar, como por exemplo os médicos, né. (E4).

A gente tenta educar os pacientes para não ser uma visita domiciliar de emergência. (E1)

De acordo com Lacerda et al., (2006), a visita domiciliar possui um caráter mais pontual, de contato com os profissionais, que observam a realidade do paciente em seu domicílio, isto é, seu contexto domiciliar, seja de estrutura física e material ou de relações pessoais intra-familiares, em que também podem realizar orientações. Esta situação foi evidenciada na fala a seguir:

Conversar com os familiares para ver se o que o paciente está dizendo confere com o que ele está fazendo. Que nem sempre, geralmente ele diz que tá comendo, né, mas aquelas coisas, não tá comendo o que deveria. Tá comendo o que continua querendo comer (E5).

Esta situação também foi evidenciada por Sakata et al.,(2007), em um estudo a respeito das concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares, compreendidas ora como acompanhamento, ora como fiscalização.

A atenção domiciliar, no entanto, tem maior amplitude, sendo definida como um termo genérico, que envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio (BRASIL, 2006).

Embora as Enfermeiras não percebam a atenção domiciliar como um modelo, ela aparece nas entrevistas como um espaço de trabalho para os profissionais de saúde, na estratégia de saúde da família, pois todas relataram realizar algum tipo de atividade no domicílio.

Dentre as práticas de saúde, que realizam na ESF, sua intencionalidade visa reorganizar a atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional. As enfermeiras procuram levar a saúde para mais perto da família, a fim de melhorar a qualidade de vida da população, rompendo com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estendendo suas ações para e junto à comunidade, conforme a política nacional de atenção básica (GIACOMOZZI et al., 2006). Ainda, segundo Witt (2005), o cuidado domiciliar como competência da enfermeira na atenção básica, compreende uma série de procedimentos que, ao mesmo tempo em que são desempenhados, possibilitam a compreensão do contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde. Esta situação foi evidenciada nas entrevistas, como é apresentado nas falas a seguir:

Lá no ambiente em que eles vivem a gente consegue efetivar mais o nosso trabalho (E1).

Muitas vezes não sobra tempo como deveria para se dedicar a visita domiciliar, que é uma das estratégias da saúde da

família, né, é conhecer a realidade, é vivenciar, vincular melhor aquela família. (E3)

A visita é também entendida como uma oportunidade de compreender melhor o modo de vida do usuário; conhecer o ambiente e as relações intrafamiliares; abordar questões que vão além da doença física e que contemplem também os problemas sociais e emocionais; proporcionando, assim, orientações mais voltadas para as reais necessidades de saúde do usuário, e buscando singularidades na forma de se cuidar (SAKATA et al., 2007).

A visita domiciliar é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas (GIACOMOZZI, 2006). As enfermeiras percebem o atual estágio de implantação da atenção domiciliar na estratégia de saúde da família, como em fase de estruturação, seguindo um primeiro momento de diagnóstico da comunidade.

Acho que tem uma mudança de perfil desde que começou a Estratégia de Saúde da Família né. Existia de início essa coisa mais de ir visitar pra fazer diagnóstico né de comunidade e tal, então hoje a gente já tem uma coisa, pelo menos aqui na unidade, mais tranqüila né.. então a gente tem pacientes que necessitam de atenção domiciliar (E6).

O conhecimento das condições do meio pertinente à saúde, como saneamento e moradia, foram considerados essenciais no estabelecimento de medidas de promoção da qualidade de vida do indivíduo, famílias e comunidades, a partir da visita domiciliar (AZEREDO et al., 2007).

Eu tento ver a estrutura da moradia né isso é muito importante na hora que a gente dá as orientações aqui e tento ver o risco social dessa família né avaliar o risco social a gente avalia o risco social e mais os relatos dos agentes a gente consegue fazer um diagnóstico né o que que aquela família precisa e eu acho que a VD é isso (E1).

Em relação a esta fase na qual se encontra o trabalho nas equipes de saúde da família estudadas, evidenciamos o envolvimento das enfermeiras

com as demandas oriundas do diagnóstico, bem como aquelas trazidas pela equipe e pela comunidade em relação a atenção domiciliar, como apresentamos na categoria a seguir.

5.2 Demandas da Atenção Domiciliar

Os enfermeiros estão em um momento no qual procuram atender a todas as demandas que chegam à unidade.

A gente sempre dá um jeito, quando há uma demanda assim uma prioridade a gente sempre dá um jeito de ir né mesmo não sendo naquele turno, naquele dia da semana que ta marcada a visita a gente vai no outro dia (E3).

As demandas de visita domiciliar relatadas pelas enfermeiras relacionam-se ao atendimento de indivíduos com enfermidades crônicas. As enfermeiras realizam acompanhamento dos portadores de doenças crônicas conforme suas necessidades.

Estudo sobre as necessidades de idosos mostrou que a visita domiciliar, juntamente com o fornecimento de medicamentos, consulta médica e/ou de enfermagem foram os atendimentos de maior frequência (MARTINS et al., 2008).

Nesse contexto, encontram-se as necessidades apresentadas pelos indivíduos acamados ou com dificuldade de locomoção.

A gente as vezes fixa aqueles que são acamados né que são praticamente internados assim em casa [...] que tiveram AVC né com seqüela (E4).

Eu visito mais os acamados, os pacientes idosos porque o nosso posto tem a escadaria ali que é difícil o acesso pra ele (E2).

Estudo realizado em Florianópolis, Santa Catarina com idosos atendidos pela estratégia de saúde da família, mostrou que as doenças de maior prevalência são: hipertensão arterial sistêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica e diabetes melito. (MARTINS et al., 2008).

[...] avaliar um curativo ou fazer uma orientação assim mais em caráter de urgência assim a pessoa ta como é que eu vou te dizer? (E1).

[...] mas a nossa demanda mais é de pacientes diabéticos crônicos né com feridas, com úlceras [...] (E4).

As necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio têm sido relacionadas às doenças e seus agravos, à terapia medicamentosa, dietas e exercícios físicos (MARTINS et al., 2007). Assim, a visita domiciliar tem sido realizada com caráter educativo, como mostra a situação a seguir.

[...] orientar aplicação de insulina e os curativos [...] (E4).

Os enfermeiros também referem realizar orientações para pacientes hipertensos no domicílio.

[...] orientações para pacientes tipo hipertensão (E4).

A visita domiciliar de enfermagem com atividades educativas no tratamento da pressão arterial pode resultar em melhora na adesão ao tratamento e de outras medidas terapêuticas, além da manutenção ou diminuição dos do peso, da circunferência abdominal, da adesão a prática de exercícios físicos regulares e ao tratamento medicamentoso (MANTOVANI et al., 2007).

Os enfermeiros também realizam visita domiciliar a fim de verificar e orientar a utilização dos medicamentos.

Ah não ta aderindo muito ao medicamento as agentes vão lá detectam e a gente tenta ir o mais rápido possível [...] (E1).

Revisar medicação né é a demanda que as agentes mais trazem, revisar medicação, orientar aplicação de insulina [...] (E4).

Esta demanda está relacionada às características demográficas da população atendida pela ESF. Esta é a situação, em Porto Alegre, onde estudo constatou o padrão elevado de uso de medicamentos entre pessoas de faixa etária igual ou superior a 60 anos que vivem na comunidade, com pequenas variações conforme as condições de saúde (FLORES; MENGUE, 2005).

5.3 Organização da Atenção Domiciliar

Os Enfermeiros destacaram a organização da atenção domiciliar, particularmente das visitas domiciliares. A maioria delas destina um turno por semana para se dedicar às visitas domiciliares.

Quanto a atenção domiciliar a gente tem agendamento né todas as segundas-feiras a tarde a minha agenda fica assim reservada só pra fazer visitas domiciliares (E2).

A atenção domiciliar eu dedico um turno na semana que são todas as quintas de manhã (E3).

Eu tenho dias que são os dias em que eu não posso ocupar o consultório então os agentes sabem que nesses dias eu to livre pra sair com eles e fazer visita (E5).

A gente tem os dias de agenda, fora os dias de agenda então a gente teria esse tempo livre para fazer as visitas domiciliar (E4).

Uma das enfermeiras relatou fazer um planejamento de visitas domiciliares, conforme demanda organizada por ela.

A gente tem todo o esquema do número de pacientes pra poder dar atenção a todo (E2).

Outro ponto bastante destacado por elas foi a demanda das visitas domiciliares, onde elas destacam que se organizam conforme as informações que os agentes comunitários de saúde trazem para elas.

Estas são identificadas na visita domiciliar, que é uma das principais atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para o agente comunitário (Brasil, 2001).

[...] geralmente essas visitas elas são acompanhadas pelo agente comunitário responsável pela aquela família (E3).

[...] quando o agente comunitário fala ah o paciente piorou ou deu algum outro problema então mesmo que eu já tenha combinado uma visita para esse paciente eu vou antes da data que eu combinei com ele (E5).

Então como não tem um dia fixo a gente vai mais ou menos pela demanda das agentes comunitárias né então a cada semana surgem fatos novos e a gente então vai fazer as visitas (E4).

Estudo realizado em Porto Alegre mostrou que a principal atividade do agente comunitário de saúde é a visita domiciliar. Apesar de a visita domiciliar ser a principal atividade do agente comunitário, a pesquisa revela que esta não é realizada com total efetividade, uma vez que parte de seu tempo é dedicada a atividades administrativas (FERRAZ; AERTZ, 2005).

Da mesma forma, os enfermeiros referem que o tempo dedicado à visita é menor do que gostariam de fazer devido ao serviço burocrático do PSF ser destinado a elas, Enfermeiras, que em sua grande maioria ocupam também o cargo de coordenador da unidade.

[...] a gente também tem toda a burocracia da coordenação desse posto né e isso só quem faz é o coordenador então muitas vezes não sobra tempo como deveria pra se dedicar a visita domiciliar (E3).

[...] o tempo de visita domiciliar, de atenção domiciliar é menos do que a gente gostaria de fazer né porque o serviço burocrático do PSF é muito maior então a gente acaba não tendo tanto tempo pra fazer o que a gente gostaria né a média de visita domiciliar por mês dá o que? Umas dez visitas ... é pouco. Mas porque a gente não tem mais tempo pra fazer isso que a gente gostaria, infelizmente. (E4).

No trabalho de atenção domiciliar da enfermeira, são envolvidos, além do agente comunitário de saúde, outros profissionais da equipe de saúde.

A gente programa isso. Eu não tenho um turno específico pra VD, as VDs são feitas, eu topo fazer VD diariamente de acordo com a demanda ou de acordo com a minha programação mensal então as vezes eu não consigo visitar, o técnico visita né. (E6).

Um dos enfermeiros referiu o registro das atividades de atenção domiciliar, justificando sua importância, por sua utilização pela equipe de saúde.

[...] faço na visita domiciliar, faço anamnese, subjetivo, objetivo, conduta, tudo direitinho chego aqui na unidade é .. o registro é muito importante do que a gente faz do que a gente diz lá também .. então eu chego eu separo todos os prontuários e é o horário que eu sento e registro tudo que eu faço, que eu fiz lá. Até porque o médico usa muito o que a gente né a nossa avaliação daí ele pode ter uma idéia do que aconteceu lá (E1).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os enfermeiros que participaram do estudo reportem-se à atenção domiciliar como a visita domiciliar, não fazendo diferença entre essas categorias, esta tem sido desenvolvida com o objetivo de educação em saúde, principalmente no que se refere ao tratamento de enfermidades.

Cabe salientar que o número de enfermeiros entrevistados foi pequeno devido ao curto espaço de tempo para a realização das entrevistas após o aceite do comitê de ética da Prefeitura de Porto Alegre.

Os enfermeiros consideram a atenção domiciliar uma prática diferenciada, pois permite conhecer as relações intrafamiliares, e ter uma maior compreensão das relações existentes neste contexto.

As demandas de atenção domiciliar referem-se ao atendimento de indivíduos com doenças crônicas, acamados, idosos. As demandas relacionadas com condições agudas compreendem os curativos e a avaliação das úlceras.

A atenção domiciliar vem sendo implementada na ESF, mas com dificuldades por parte dos profissionais, devido à estrutura ofertada para sua atuação relacionada à falta de tempo. As demandas são encaminhadas à enfermeira pelos agentes comunitários de saúde, sendo que a equipe tem participação no processo, tanto no atendimento, quanto na apreensão dos registros realizados pelas enfermeiras.

Não foram relatadas atividades de busca ativa, que constitui importante atividade preventiva nas visitas domiciliares realizadas pelos enfermeiros. O planejamento da atenção domiciliar aparece de forma ainda incipiente nos relatos, embora se perceba um grande esforço de organização das atividades.

Desta forma, consideramos que o trabalho do enfermeiro na atenção domiciliar à saúde na unidade de saúde da ESF no distrito Glória/Cruzeiro/Cristal-POA-RS, encontra-se consolidado, à medida que todos os enfermeiros entrevistados referiram desenvolver algum tipo de atividade no domicílio, atendendo ao preconizado pelo Ministério da Saúde no que diz respeito à sistematização da atenção à saúde, da assistência integral aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio

durante o tempo e frequência necessários de acordo com as suas necessidades.

Deixo aqui o meu interesse e intenção de dar continuidade ao estudo, entrevistando todos os enfermeiros deste distrito.

REFERÊNCIAS

AZEREDO, Catarina Machado et al . Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, June 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Maio de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2000. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006 Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=rdc%202006%20domiciliar>>. Acesso em: 03 de outubro de 2009.

BRASIL 2001. *Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS*. Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2000. **Lei nº 8080, de 20 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>., Acesso em 03 de Outubro de 2009.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei nº 9610, de 19 de fevereiro de 1998**: Lei do Direito Autoral. Brasília: Diário Oficial da União, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS é legal. Rio Grande do Sul (RS): O Ministério; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 1996. p. 21082-21085.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 33p.

COLOME, Isabel Cristina dos Santos; LIMA, Maria Alice Dias da Silva and DAVIS, Roberta. **Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família**. *Rev. esc. enferm. USP* 2008, vol.42, n.2, p. 256-261.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre, et al. Organização do Trabalho e Perfil dos Profissionais do Programa de Saúde da Família. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2006.

DUARTE, Y. A. O.; Diogo, M. J. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

EGRY, Emiko Yoshikawa; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, Sept. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-6234200000300002&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em 05 de Outubro de 2009.

ERMEL, Regina Célia; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, Dec. 2006.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Apr. 2005. Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de Junho de 2010.

FLORES, Liziane Maahs; MENGUE, Sotero Serrate. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, Dez.2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de Junho de 2010.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 de outubro de 2009.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175p.

LACERDA, Maria Ribeiro; GIACOMOZZI, Clélia Mozara; OLINISKI, Samantha Reikdal, TRUPEL, Thiago Christel. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n., p.1-10, maio 2006.

MANTOVANI, Maria de Fátima; MOTTIN, Juliana Veiga; Rodrigues, Juliana. Visita domiciliar de enfermagem com atividades educativas no tratamento da pressão arterial. **Online braz. j. nurs. (Online)**; 6(1)abr. 2007.

MARTINS, Josiane de Jesus et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, Junho de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de Junho 2010

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde, 4 ed. São Paulo, 1996.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; MARCON, Sonia Silva. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev. Esc Enferm USP**; 41(1): 65-72, mar. 2007.

Portaria Federal nº 1.886/1997, do Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23176.

SAKATA, Karen Namie et al . Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, Dec. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Maio de 2010.

WITT, Regina Rigatto. Competências da Enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública. Tese de doutorado. 336 f. USP Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.

.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

- 1) Me fale sobre o seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família, em relação a atenção domiciliar.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

PESQUISA: As Atividades Desenvolvidas pelo Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Domiciliar-distrito Glória / Cruzeiro / Cristal - POA-RS

A pesquisa tem por objetivo conhecer as atividades do Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na atenção domiciliar no Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC). A pesquisa irá ser desenvolvida a partir da realização de entrevista com os enfermeiros da ESF do Distrito GCC. As entrevistas serão realizadas no local de trabalho dos Enfermeiros em data e hora escolhida pelos mesmos.

Será garantido que os profissionais envolvidos no estudo terão seus nomes citados por siglas, preservando assim o anonimato dos participantes do estudo. Os dados obtidos serão utilizados unicamente para a realização desta pesquisa.

Os pesquisadores entendem que o projeto não gera nenhum tipo de risco aos participantes e você não terá custo ou receberá por participar, sendo que a qualquer momento poderá retirar o seu consentimento sem prejuízo para pesquisa.

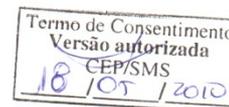
Caso você necessite de mais esclarecimentos ou informações sobre a pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora responsável Profa. Carmen Lucia Mottin Duro Fone: (51) 99684996, com a acadêmica Cristiane Dantas Laitano Lionello Fone: (051) 91246019 e com Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (Fone 3212 4623) com a coordenadora Elen Maria Borba

Porto Alegre, ___ de _____ de 2010.

Assinatura: _____

Pesquisadora Cristiane Dantas Laitano Lionello

Professora Orientadora Carmen Lucia Mottin Duro



ANEXO A – Carta de Aprovação COMPESQ/UFRGS



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO Nº 004/2010

TCC: Ref. Parecer 58/09
Versão Mês: 003/2010

Pesquisadores: Cristiane Dantas Laitano Lionello e Carmen Lúcia Mottin Duro

Título: AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO DOMICILIAR NO DISTRITO GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL – POA/RS.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 29 de março de 2010.


Maria da Graça Oliveira Crossetti
Coordenadora da COMPESQ EEnf-UFRGS

Profª Dra Maria da Graça Crossetti
Coordenadora da COMPESQ

ANEXO B – Parecer Consubstanciado SMS de Porto Alegre



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Carmen Lucia Mottin Duro

Registro do CEP: 489 **Processo N.º:** 001.015746.10.0

Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – Glória / Cruzeiro / Cristal.

Utilização: TCLE

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.015746.10.0, referente ao projeto de pesquisa: “**As atividades desenvolvidas pelo enfermeiro da estratégia de saúde da família na atenção domiciliar no distrito Glória/Cruzeiro/Cristal – Porto Alegre, RS**”, tendo como pesquisador responsável Carmen Lucia Mottin Duro cujo objetivo é “Conhecer as atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro da estratégia de saúde da Família na atenção domiciliar Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal - POA, RS”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 18/05/2010


Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP