

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

KARINA MAURO DIB

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR:
UMA EXPERIÊNCIA DE PESQUISA-AÇÃO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

KARINA MAURO DIB

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR:
UMA EXPERIÊNCIA DE PESQUISA-AÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof. Dr. Fabiana Faleiros Santana

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: UMA EXPERIÊNCIA DE PESQUISA-AÇÃO** de autoria do aluno **KARINA MAURO DIB** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Profa. Dra. Fabiana Faleiros Santana Castro

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	02
3 MÉTODO.....	09
REFERÊNCIAS.....	17

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Cronograma da pesquisa	15
---	-----------

RESUMO

Á assistência domiciliar nos convoca para prática da atenção integral ao indivíduo e a superação de um cuidado fragmentado. Esse agir exige articulação entre pessoas e serviços para troca de saberes e experiências, pressupondo, um trabalho integrado (BRASIL, 2012). Na atenção básica várias ações são realizadas no domicílio, como o cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. A assistência domiciliar colocada neste trabalho é aquela realizada no domicílio aos pacientes com impossibilidade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde, mas que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado (BRASIL, 2013). Existem três modalidades de cuidado na assistência domiciliar: AD1 - paciente com impossibilidade de deambular e estável acompanhado pela unidade básica de saúde; e AD2 e AD3 – paciente com impossibilidade de deambular descompensado acompanhado pela assistência especializada. Com o aumento da procura deste serviço, a possibilidade de migração entre as modalidades de atenção domiciliar é extremamente importante na redução de taxas de reinternação hospitalar e na procura às urgências o que impacta diretamente na resolutividade do cuidado (BRASIL, 2013). Neste sentido, há a possibilidade do paciente ter alta e com possibilidade e necessidade de ser encaminhado e acompanhado para atenção básica (BRASIL, 2013). O grande desafio é garantir a integralidade no cuidado do paciente diante deste movimento de alta. Diante do exposto, faz-se necessário buscar estratégias para a construção e fortalecimento da integralidade do cuidado, tendo como metodologia a pesquisa-ação, afim de contribuir com a continuidade do cuidado.

1 INTRODUÇÃO

Como podemos garantir a integralidade do cuidado na assistência domiciliar?

O presente trabalho surgiu deste questionamento e desta missão que temos enquanto profissionais de saúde inseridos neste contexto. Durante alguns anos atuando em serviços de assistência domiciliar especializada, muitos dos pacientes dependentes e acamados e cuidadores, que eram admitidos nos serviços de assistência domiciliar eram assistidos até os últimos dias de vida. Com o aumento da procura deste serviço, a possibilidade de migração entre as modalidades de atenção domiciliar é extremamente importante na redução de taxas de reinternação hospitalar e na procura às urgências e que impacta diretamente na otimização dos fluxos na rede, além da resolutividade do cuidado (BRASIL, 2013).

Neste processo nos deparamos com dificuldade de proporcionar ao paciente a continuidade do cuidado diante da alta domiciliar pela equipe especializada; integração do usuário e suas necessidades na rede de atenção à saúde; profissionais da equipe de saúde da atenção básica despreparados para assumir e ampliar um novo olhar e um novo modelo de saúde centrada no indivíduo, família e ambiente; e incorporação do conceito integralidade para a produção de práticas qualificadas no cotidiano do trabalho.

Á assistência domiciliar nos convoca para prática da atenção integral ao indivíduo e a superação de um cuidado fragmentado. Esse agir exige articulação entre pessoas e serviços para troca de saberes e experiências, pressupondo, um trabalho integrado (BRASIL, 2012). Sendo assim, este trabalho tem a pretensão de contribuir na elaboração de estratégias situacionais utilizando a metodologia de pesquisa-ação, para garantir e fortalecer a integralidade do cuidado em assistência domiciliar afim de incorporar o conceito integralidade para a produção de práticas qualificadas no cotidiano do trabalho.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Não há dúvida de que estamos envelhecendo, rapidamente e vivendo mais, a expectativa de todos os grupos etários aumentou significativamente nas últimas décadas e a proporção de idosos vem aumentando ano após ano como reflexo não só de vidas mais longas, mas, sobretudo, da entrada de menos crianças na população. Uma transição demográfica irreversível num contexto de profundas transformações sociais (KALACHE, 2007).

O Brasil hoje é um "jovem país de cabelos brancos", a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (VERAS, 2009).

A população irá triplicar nas próximas quatro décadas, passando de menos de 20 milhões em 2010 para cerca de 65 milhões em 2050. Os idosos, que em 2005 compunham 11% da população em idade ativa, somarão 49% em 2050, ao passo que a população em idade escolar diminuirá de 50% para 29% no mesmo período (VERAS, 2012).

Pinheiro e Freitas (2004) ressaltam que o aumento da expectativa de vida é resultado de políticas de incentivo na área da saúde e do progresso tecnológico acarretando um enorme desafio, pois coloca outras demandas de pressões como o sistema de saúde. Ainda ressalta que um dos grandes desafios desse século será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional.

Independentemente de estar ocorrendo em países ricos ou naqueles tidos como pobres, as doenças crônicas serão a principal causa de morte e incapacidade no mundo em 2020 (LITVOC, BRITO, 2004).

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, permanentes ou de longa permanência, gerando um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas e comprometendo de forma significativa a qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2007).

Um dos resultados dessa dinâmica é a maior procura dos idosos por serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias (VERAS, 2009).

A assistência hospitalar tem sido frequentemente questionada por apresentar uma abordagem tecnicista e descontextualizada da história de vida dos usuários (REHEM; TRAD, 2005).

Tem sido reconhecido que o modelo assistencial médico hegemônico centrado no atendimento de doentes apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em determinadas situações (PAIM, 2001).

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais, é uma forma de articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade (SILVA; ALVES, 2007).

Esse modelo centrado em procedimentos implica custos crescentes em função do envelhecimento da população, transição demográfica, incorporação da tecnológica orientado pela lógica do mercado (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

As mudanças das sociedades, caracterizadas por uma transição demográfica, apontam para uma necessária reformulação do modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Tem-se reforçado necessidade de implementação de ações de saúde voltadas para uma prática mais humanizada, que se respeitem os direitos dos usuários, preservando relações familiares e valores socioculturais (REHEM; TRAD, 2005).

No Brasil, a transformação dos modos de organizar a atenção à saúde vem sendo considerada indispensável para consolidação do Sistema Único de Saúde por dois motivos: pela necessidade de qualificar o cuidado e de adotar modos mais eficientes de utilizar os escassos recursos (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Para a construção da AD é fundamental a reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico no país (ALMEIDA, 2009).

Assistência domiciliar, é o exemplo do “novo” atender, tratar, cuidar e de assistir indivíduos na residência, que vem se consolidando em nosso país (ALMEIDA, 2009).

É também 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; GIACOMOZZI, 2006).

Uma das vertentes centrais da assistência domiciliar tirando a desospitalização, é que essa modalidade é reorientadora do modelo tecnoassistencial, surgindo como espaço potente na criação de novas formas de cuidar (BRASIL, 2013).

Fatores que tem contribuído para o desenvolvimento de AD está relacionada a uma mudança de paradigma no qual a ênfase do cuidado volta-se aos pacientes crônicos como tendo como base do sistema primário em saúde anteriormente direcionado aos cuidados agudos (DUARTE; DIOGO, 2005).

O desenvolvimento da assistência domiciliar surge em resposta à algumas demandas: individualização da assistência prestada e a diminuição das iatrogênicas; o desenvolvimento das ações cuidativas na privacidade e segurança da casa do cliente; possibilidade da família manterem maior controle sobre o processo de tomada de decisões relacionadas ao cuidado à saúde; diminuição dos custos quando comparadas intervenções equivalentes entre domicílio e hospital; maior envolvimento do cliente e família com planejamento e a execução dos cuidados necessários desenvolvidos de forma mais individualizada (DUARTE; DIOGO, 2005).

Portanto são quatro eixos norteadores importantes sobre modalidade de AD, ela pode ser substitutiva ou complementar; caracterizada por um conjunto de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde utilizando como estratégia educação em saúde; com garantia da continuidade do cuidado e ser integrada às Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013).

Este modelo de atenção à saúde tem sido amplamente difundido no mundo e tem como pontos fundamentais o cliente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional (LACERDA; GIACOMOZZI, 2006).

AD representa uma estratégia de atenção à saúde, é um método aplicado ao paciente que enfatiza a sua autonomia e esforça-se em realçar suas habilidades funcionais dentro do seu próprio ambiente (DUARTE; DIOGO 2005).

Quando a atenção domiciliar se configura como dispositivo para produção de cuidados que não são produzidos dentro do hospital ela se configura como um terreno do trabalho vivo em

ato, possibilitando a produção e a invenção de práticas cuidadoras (FEUERERER; MERHY, 2008).

A participação ativa do usuário, família e profissionais envolvidos na AD constitui traço importante para efetivação dessa modalidade de atenção, a articulação com outros níveis de atenção é fundamental para construção coletiva de uma proposta integrada de atenção à saúde, bem como para aumentar a resolutividade dos serviços e melhorar a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2013).

Na atenção básica várias ações são realizadas no domicílio, como o cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde.

A assistência domiciliar colocada neste trabalho é aquela realizada no domicílio aos pacientes com impossibilidade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde, mas que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado (BRASIL, 2013).

Segundo Ministério da Saúde (2013), a organização do atendimento domiciliar se dá em três modalidades (AD1, AD2, AD3):

- Modalidade AD1: é aquela pelas características do paciente (gravidade e equipamentos que necessita), deve ser realizada pela atenção básica. Perfil do usuário: problemas de saúde controlados, frequência das visitas, a partir da avaliação clínica, de uma visita/mês). Permanência: contínua.
- Modalidade AD2: é aquela realizada pela equipe especializada: EMAD (equipe multiprofissional de assistência domiciliar) e EMAP (equipe multiprofissional de apoio). Perfil do paciente: necessita de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até estabilização do quadro; e necessita de pelo menos, uma visita por semana. Permanência: temporária, podendo ser contínua senão houver estabilização suficiente para cuidados em AD1.
- Modalidade AD3: semelhante AD2, mas faz uso de equipamentos e procedimentos especiais. Permanência: contínua.

O território de São Mateus está localizado na região leste da cidade de São Paulo com uma população chegando à 500.000 mil habitantes.

Os serviços de saúde de atenção básica que contemplam esta população e que realizam essa modalidade de cuidado são:

- Vinte e duas unidades básicas de saúde, sendo nove com equipes de saúde da família e três equipes de núcleo de saúde á família.

- Três equipes multiprofissionais de assistência domiciliar (EMAD)

- Uma equipe de apoio (EMAP)

Com o aumento da procura do serviço especializado, a possibilidade de migração entre as modalidades de atenção domiciliar é extremamente importante na redução de taxas de reinternação hospitalar e na procura ás urgências e que impacta diretamente na otimização dos fluxo na rede, além da resolutividade do cuidado (BRASIL, 2013).

Neste sentido, há a possibilidade do paciente ter alta da equipe especializada, alta para AD1. A terminologia alta para AD1 foi proposta reconhecendo e enfatizando a possibilidade e necessidade de que um paciente em AD seja encaminhado para atenção básica (BRASIL, 2013).

O grande desafio é garantir a continuidade e integralidade no cuidado do paciente diante deste movimento de alta.

O termo integralidade tem sido usado sob diferentes formas: como articulação entre níveis de prestação de serviços de saúde; como integração entre os setores públicos e privados; como uma importante diretriz na gestão dos serviços; e como proposta de modelo de atenção (FRATINI *et al*, 2008).

No âmbito das práticas dos profissionais de saúde, ao se relacionar com a integralidade, busca-se escapar do reducionismo, ou seja, enxergar o paciente como um todo. Na organização dos serviços de saúde, a visão também deve ser ampliada, buscando-se estabelecer e ampliar as percepções das necessidades dos grupos, adotando as melhores formas possíveis para responder às mesmas. Quanto os terceiro conjunto, as respostas do governo aos problemas de saúde da

população, devem incorporar as possibilidades de promoção, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação em todas as esferas da atenção; seja municipal, estadual ou federal (FONTOURA; MAYER, 2006)

A mesma autora coloca que mudanças nestes sentidos transformarão o sistema vigente em modelo de prática integral em saúde, e, portanto, real.

Para organizar um modelo que dê conta das necessidades da saúde da população, tem-se nas Redes de Atenção à Saúde, estratégia para superar a fragmentação da gestão e da atenção e assegurar o usuário o conjunto ações de saúde com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade (SILVA, 2006).

Na literatura internacional há evidências de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde.

A AD revela sua importância no cenário de saúde ao propiciar a estruturação da rede de atenção à saúde e proporcionar novas modalidades de intervenção e modos de produção de cuidado que podem contribuir para a superação do modelo de atenção à saúde, ainda hegemônico (BRITO *et al* 2013).

Os mesmos autores ainda colocam que esta modalidade assistencial tem proporcionado avanços importantes na continuidade do cuidado e na materialização da integralidade.

A substituição do sistema que busca modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde depende do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde (ALMEIDA, 2010).

Para se chegar ao alcance da integralidade é necessário e que os profissionais no seu cotidiano de trabalho busquem inserir nas suas práticas uma abordagem integral, trabalhando com um conceito mais amplo de saúde, com a ampliação do conceito de cuidado colocando as necessidades do usuário como centro do pensamento e da produção do cuidado (FONTOURA; MEYER, 2006).

Existe um descompasso entre a formação dos novos profissionais de saúde e os princípios e diretrizes do SUS diante das necessidades de mudanças na formação dos novos profissionais de saúde focada na integralidade (ALMEIDA, 2010).

Os processos de produção de saúde dizem respeito a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se faz numa rede de relações que exige interação e diálogo permanentes. Cuidar dessa rede de relações, permeada como é por assimetrias de saber e de poder, é uma exigência maior, um imperativo, no trabalho em saúde e, especialmente, no cuidado de Enfermagem (MARTINI, 2008).

A integralidade recoloca o sentido do trabalho em saúde na reconstituição da humanidade das pessoas frente às suas necessidades de saúde pressupondo no cuidar do outro em seu sofrimento, não apenas em seu adoecimento (MARTINI, 2008).

A busca pela construção de práticas de atenção integral à saúde deve estar inserida no cotidiano dos profissionais, é o alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação. (FONTOURA, MAYER, 2006).

Os discursos e as políticas sobre a integração fundamentam-se, em três linguagens: a estrutural (modificação das fronteiras das organizações), a clínica (modificações nas práticas profissionais) e a da cooperação (novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações) (HARTZ et al, 2004).

Diante do exposto, faz-se necessário buscar estratégias para a construção e fortalecimento da integralidade do cuidado na assistência domiciliar, tendo como metodologia a pesquisa-ação, afim de contribuir com a continuidade do cuidado, integração do usuário e suas necessidades na rede de atenção à saúde e incorporar o conceito integralidade para a produção de práticas qualificadas no cotidiano do trabalho.

3 MÉTODO

Dada natureza do objetivo, para este estudo será utilizada a metodologia exploratória, descrita de caráter qualitativa, tendo como norte teórico a metodologia de pesquisa-ação.

Referencial Teórico

A produção do conhecimento em Enfermagem tem se apropriado do método científico a partir do qual os problemas do cotidiano de trabalho são explorados (MONTEIRO, 2010).

A pesquisa-ação na área da saúde/enfermagem constitui numa importante ferramenta metodológica pela possibilidade de um agir interativo e intersubjetivo, agregar valores, sentimentos, entre teoria e ação e, por ampliar e estreitar a rede de interações entre sujeito-objeto e teoria-prática. (KOERICH *et al* 2009).

Envolve pessoas na resolução de problemas, desenvolve grupos interessados em mudanças, reduz a distância entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa e assegura que a pesquisa não se torne assunto para poucas pessoas. (GRITTEM; MEIER; ZAGONEL, 2008).

Surgiu da necessidade de superar a lacuna entre teoria e prática. Uma das características este tipo de pesquisa é que através dela se procura intervir na prática de modo inovador já no decorrer do próprio processo de pesquisa e não apenas como possível consequência de uma recomendação na etapa final do projeto (ENGEL, 2000).

Utiliza-se desta metodologia quando houver necessidade de mudanças no contexto social, evidenciadas pelo estudo e discussão do problema observado em reuniões do atores sendo com capacidade de transformar o cenário atual (MONTEIRO 2010).

Durante o processo, há um acompanhamento das decisões, ações e de toda a atividade intencional dos atores da situação, não se limita a uma forma de ação, visa aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o nível de consciência das pessoas/grupos envolvidos (KOERICH, 2009)

O caráter participativo é condição fundamental pois demandam que os sujeitos envolvidos percebam a necessidade de mudança e queiram exercer papel ativo nesta (MONTEIRO, 2010).

Desenvolver o conhecimento e a compreensão como parte da prática; é portanto, uma maneira de se fazer pesquisa em situações em que também se é uma pessoa da prática e se deseja melhorar a compreensão desta (ENGEL, 2000).

A pesquisa-ação além da participação dos atores sociais, existe uma forma de ação planejada que pode assumir aspecto social, educacional, técnico ou outro, que nem sempre ocorre nas pesquisas do tipo participante (MONTEIRO, 2010).

Procura também diagnosticar um problema específico numa situação também específica, com o fim de atingir uma relevância prática dos resultados, auto-avaliativa, devido as modificações introduzidas na prática são constantemente avaliadas no decorrer do processo de intervenção e o *feedback* obtido do monitoramento da prática é traduzido em modificações, mudanças de direção e redefinições, conforme necessário, trazendo benefícios para prática (ENGEL, 2000).

Para dar maior singularidade a esse tipo de pesquisa existem três elementos: participação dos sujeitos, democracia no processo, contribuição dada às ciências sociais e á mudança social (MONTEIRO, 2010).

A pesquisa vai muito além de um simples levantamento de dados e/ou intervenções na prática, agrega discussões e explicações e possibilita gerar um conhecimento descritivo e mais crítico acerca das situações vivenciadas nos espaços organizacionais e sociais (KOERICH, 2009)

Ponto importante na pesquisa-ação é o planejamento da pesquisa que se dá por meio das seguintes fases: exploratória; tema da pesquisa; colocação de problemas; o lugar da teoria; hipóteses; seminário; campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa; coleta de dados; aprendizagem; saber formal e saber informal; plano de ação; divulgação externa, através das quais organizar-se-á a prática da pesquisa para, dessa forma, obter-se resultados mais confiáveis (THIOLLENTE, 2004).

O planejamento da pesquisa-ação é flexível pois não pressupõe as fases ordenadas das metodologias (THIOLLENTE, 2004). É também maleável, suscetível a alterações, conforme as vivências de um determinado momento (KOERICH, 2009).

Abaixo segue os momentos que poderão auxiliar no desenvolvimento do processo (KOERICH, 2009):

a) Fase exploratória: realiza-se o diagnóstico da realidade e estabelece um primeiro levantamento dos problemas de primeira ordem e das eventuais ações. Os pesquisadores e participantes se dedicam a estabelecerem os objetivos da pesquisa, devendo estar interligados ao campo de observação, aos atores e ao tipo de ação que se pretende focalizar no processo investigativo.

b) O tema da pesquisa: é definido a partir de um problema prático e da área de conhecimento a ser abordada, deve interessar tanto aos pesquisadores como aos sujeitos investigados, para que todos desempenhem um papel ativo no desenvolvimento da pesquisa. Nesse momento, um marco teórico específico é escolhido para nortear a pesquisa.

c) A colocação dos problemas: é definida uma problemática na qual o tema escolhido ganhe sentido, seguindo os seguintes pressupostos: análise e delimitação da situação inicial; delineamento da situação final, em função de critérios de desejabilidade e factibilidade; a identificação de todos os problemas a serem resolvidos para permitir a passagem de (a) para (b); planejamento das ações correspondentes; execução e avaliação das ações.

d) O lugar da teoria: o projeto de pesquisa-ação precisa estar articulado dentro de uma determinada realidade com um quadro de referências teóricas que é adaptado de acordo com o setor em que se dá a pesquisa. As informações serão analisadas e interpretadas à luz de uma determinada teoria.

e) Hipóteses: apesar da falsa concepção de que na linha interpretativista de pesquisa não existem hipóteses, é chegado o momento de pensar com cuidado acerca desta proposição. É fundamental compreender as hipóteses como suposições formuladas pelo pesquisador a respeito de possíveis

soluções para um problema colocado na pesquisa. Elas assumem um caráter de condutoras do pensamento e não são testadas.

f) Seminário: o seminário desempenha um papel coletivo de discussões e tomada de decisões acerca da investigação. As principais tarefas do seminário são: definir o tema e equacionar os problemas para os quais a pesquisa foi solicitada; elaborar a problemática na qual serão tratados os problemas e as correspondentes hipóteses da pesquisa; constituir os grupos de estudos e equipes de pesquisa; coordenar suas atividades; centralizar as informações provenientes das diversas fontes e grupos; elaborar as interpretações; buscar soluções e definir diretrizes de ação; acompanhar e avaliar as ações e divulgar os resultados pelos canais apropriados.

g) Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa: a pesquisa-ação pode abranger uma comunidade geograficamente concentrada e/ou espalhada. A questão da amostragem e da representatividade é fator discutível. Alguns excluem a amostra, outros recomendam o seu uso e uma terceira posição valoriza os critérios de representatividade qualitativa.

h) Coleta de dados: as principais técnicas utilizadas são as entrevistas coletivas e/ou individuais, os questionários convencionais, o estudo de arquivos, entre outros. Na sequência, as informações coletadas pelos diversos grupos de observação e pesquisadores de campo são transferidas para o seminário central, onde são discutidas, analisadas e interpretadas em conjunto.

i) Aprendizagem: na pesquisa-ação tem-se a associação entre a capacidade de aprendizagem e o processo de investigação sendo possível entrever a colaboração entre os participantes apenas na perspectiva do pesquisador para com os pesquisados.

j) Saber formal e saber informal: os pesquisadores, num primeiro momento, são levados a descrever a situação ou o problema focalizado, buscando explicação e solução possíveis, a comparação de temáticas a fim de mostrar as zonas de compatibilidades e incompatibilidades e, as estratégias de compreensão e intervenção.

l) Plano de ação: consiste em definir com precisão: quem são os atores e/ou as unidades de intervenção? como se relacionam os atores e as instituições? quem toma as decisões? quais os

objetivos a serem alcançados e os critérios de avaliação? como dar continuidade à ação na emergência de possíveis intercorrências? como assegurar a participação dos diferentes atores e como incorporar suas sugestões? como controlar o conjunto do processo e avaliar os resultados?

m) Divulgação externa: além de dar o retorno aos participantes da pesquisa, é importante que os resultados sejam divulgados em periódicos, eventos, congressos, conferências e outros, para que o conhecimento produzido seja validado e/ou refutado.

A pesquisa-ação compõe-se as doze fases descritas anteriormente, que se sobrepõem e integram-se de forma muito maleável. Esse aspecto precisa ser utilizado no desenvolvimento da pesquisa, pois a sobreposição e interligação das fases atribuem dinamismo a todo o processo (GRITTEM *et al*, 2008).

A questão é que a pesquisa-ação requer ação tanto nas áreas da prática quanto da pesquisa, de modo que, em maior ou menor medida, terá características tanto da prática rotineira quanto da pesquisa científica; a tabela a seguir mostra como fica a pesquisa-ação em relação a algumas das diferenças entre as duas (TRIP, 2005).

Trata-se de pesquisa como- ação, o alvo principal é o aprimoramento da prática de modo que se trata de fazer algo que vem naturalmente, mas a pesquisa-ação é um modo de fazê-lo melhor (TRIP, 2005):

- Todos nós planejamos nossas ações, podendo fazê-lo mais deliberadamente, e com uma compreensão melhor da situação;
- Todos nós agimos, mas podemos experimentar mais, confiar menos em hábitos estabelecidos, e agir mais responsavelmente;
- Todos nós observamos o que acontece, mas podemos obter mais dados e de melhor qualidade, podemos obter mais feedback de outras pessoas diferentes, e podemos fazer isso de maneira mais sistemática;
- Todos nós pensamos sobre o que aconteceu, mas também podemos melhorar nossa;
- Reflexão, questionar nossas ideias sobre o que é importante e ir mais fundo e mais criticamente nas coisas;

- Todos nós aprendemos com a experiência, mas podemos também registrar o que aprendemos a fim de esclarecê-lo, disseminá-lo entre os colegas e acrescentá-lo ao estoque de conhecimento profissional sobre a docência.

Quando fizermos melhor todas essas cinco coisas, realizaremos verdadeiras melhoras em nossa prática profissional e aprenderemos muito mais a respeito dela (TRIP, 2005).

Diagnóstico situacional

A primeira fase, a exploratória, consistirá em descobrir os principais problemas e futuras ações para realizar um diagnóstico situacional.

Será realizado através de uma reunião dialogada com as equipes de assistência domiciliar da atenção básica e da especializada (EMAD e EMAP), pontuando os principais problemas que dificultam a integralidade do cuidado na assistência domiciliar.

Também utilizaremos pesquisa bibliográfica sobre o tema sugerido afim de contribuir como diagnóstico.

População da pesquisa

Participarão desta pesquisa os sujeitos que vivenciam o contexto da assistência domiciliar: profissionais de saúde da atenção básica, cuidadores, familiares e conselheiros gestores.

Campo da pesquisa

Os dados serão coletados nas três Unidades de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo no bairro de São Mateus, após aprovação do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde.

Coleta de dados

Será utilizado a técnica de grupo focal a fim de pensar coletivamente sobre os problemas levantados e futura ações.

Plano de ação

Será elaborado um plano de ação conforme proposta apontada pelo grupo focal.

Ação concretizada

Esta etapa trata-se do resultado da pesquisa que será a ação proposta e planejada

Cronograma

ETAPAS	fev	mar	abril	maio	jun	jul	Ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar
Levantamento Bibliográfico	x	x	x	x										
Realização envio de projto e pesquisa					x									
Coleta de dados						x	x							
Planejamento das ações							X	X						
Execução das ações								X	x					
Tabulação de dados									x	x				
Redação Trabalho											x	x	x	
Revisão da redação final													x	
Relatório final														x

Quadro 1. Cronograma da pesquisa.

Orçamento

Todas as despesas decorrentes da pesquisa serão arcadas pelos pesquisadores sem onerar a municipalidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H.P.M. **ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: implementação e avaliação desta modalidade de política pública em saúde.** IV Jornada Internacional de Políticas Públicas.2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar/Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar/Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

DUARTE, Y.A.O; DIOGO, M.J.D. **Atendimento Domiciliário: um enfoque gerontológico.** Atheneu: São Paulo, 2005.

ENGEL, G.I.U. **Educar.** Editora UFRP: Curitiba, n.16, p. 181-191, 2000.

FEUERWERKER, I.C.M; MERHY, E.E. **A Contribuição da atenção domiciliar para configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas.** Revista Panam Salud/Pan Am J Public Health, v.24, n.3, 2008.

FLORIANI C.A.; SCHRAMM F.R. **Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução.** **Caderno de Saúde Pública.** v.20, n.4, p.986-99, 2004.

FONTOURA, R.T.; MAYER C.N. **Uma breve reflexão sobre a integralidade.** Revista Brasileira de Enfermagem.v.59, n.4, p.532-7, 2006.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C. N. **Uma breve reflexão sobre a integralidade.** Revista Brasileira de Enfermagem. v.59, n.4, p. 532-536, 2006.

FRATINI, J.R.G.*et al.* **Referência e Contra Referência: contribuição para integralidade em saúde.** Ciência Cuidado Saúde. V.7, n.1, p.65-72, 2008.

GONZALEZ A.; ALMEIDA, M.J. **Integralidade da saúde – norteador mudanças na graduação dos novos profissionais.** Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.3, p.757-762, 2010.

GRITTEM, L.*et al.* **Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem.** Texto Contexto de Enfermagem, v.17, n.4, p. 765-770, 2008.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros.** Caderno de Saúde Pública: Rio de Janeiro, v. 20 n.2, p.331-336, 2004.

KALACHE, A. **Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos.** Caderno Saúde Pública, vol.23 n.10, 2007.

KOERICH *et al.* **Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v.11, n.3, p.717-23, 2009.

LACERDA, M. R. et al. **Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática.** Saúde e Sociedade. V.15, n.2, p. 88-95, 2006.

LITVOC, J.; BRITO, F.C. **Envelhecimento, Prevenção e Promoção de Saúde.** São Paulo: Atheneu, 2004.

MARTINI, J.G. **Mas, do que é mesmo que estamos falando quando abordamos a integralidade?** Revista Brasileira de Enfermagem. v.61, n.3, p. 285-285, 2008.

MONTEIRO, C. F. S. *et al.* **Pesquisa-ação: contribuição para prática investigativa do enfermeiro.** Revista Gaúcha Enfermagem. v.31, n.1, p. 167-174, 2010.

PAIM, J.S. **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes.** ANVISA/ISCUFBA, Brasília, 2001.

REHEM, T.C.C.S.B.; TRAD, I.A.B. **Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção brasileira.** Ciências e Saúde Coletiva, v.10, p. 231-242, 2005.

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos technoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

SILVA, A.G.J; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C. **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

THIOLLENT M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 13 ed. São Paulo: Cortez, 2004.

TRIPP, D. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica.** Educação e Pesquisa: São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005.

VERAS, R.P. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** Rev. Saúde Pública, v.43, n.3, p. 548-554, 2009.

VERAS, R.P. **Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos.** Caderno Saúde Pública, v.28, n.10, p. 1834-1840, 2012.