Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Assistência Domiciliar de Saúde: Desafios no atendimento aos usuários do SUS que residem em área de violência urbana

por

Cláudia Mendes de Araújo

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Gestão em Saúde, Ciência, Tecnologia & Inovação

Orientador principal: Prof.ª Dr.ª Cláudia Mara de Melo Tavares

Rio de Janeiro, junho de 2015.

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

A663a Araújo, Cláudia Mendes de
Assistência domiciliar de saúde: desafios no atendimento aos usuários do SUS que residem em área de violência urbana. / Cláudia Mendes de Araújo. -- 2015.
xi,61 f. : tab. ; graf.

Orientador: Cláudia Mara de Melo Tavares
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Assistência Domiciliar. 2. Zona de Risco. 3. População Urbana. 4. Violência. 5. Pessoal de Saúde. 6. Hospitais Federais. 7. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 303.6098153

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

Assistência Domiciliar: Estratégias de atendimento aos usuários do SUS que residem em área de violência urbana

apresentada por

Cláudia Mendes de Araújo

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.ª Dr.ª Ednilsa Ramos de Souza

Prof.ª Dr.ª Lucia Helena Garcia Penna

Prof.ª Dr.ª Cláudia Mara de Melo Tavares – Orientador principal

Dissertação defendida e aprovada em 09 de junho de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos usuários do SUS, que merecem ser atendidos com igualdade em todos os serviços de saúde.

E ao meu querido filho Miguel, que é o anjinho que ilumina e enche de alegria a minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus e aos espíritos de luz, que me conduziram nesta estrada do conhecimento.

A minha querida amiga e orientadora Cláudia Mara de Melo Tavares, que me acolheu no meio da minha caminhada do mestrado e me conduziu até o final desta estrada. Sempre me apontando novos caminhos e possibilidades, não me deixando desanimar por mais que os caminhos fossem tortuosos. Ela sempre se manteve firme e forte ao meu lado me incentivando e apoiando.

À Dra. Cláudia Regina Machado, por ter me indicado e incentivado a fazer o mestrado. Ao apoio e carinho que ela demonstra por mim e pela Unidade de Atendimento Domiciliar.

À Ivanise Arouche e à Jane Conceição, pela atenção, carinho e compreensão comigo e com a Unidade de Atendimento Domiciliar.

A minha "irmã" Marcilene, pelo apoio e coberturas nas minhas ausências no trabalho em função das aulas.

Aos "Amigos do Coração" e "Muito Amor Envolvido", por todo apoio e incentivo durante esta jornada.

A equipe da Unidade de Atendimento Domiciliar, por incentivar e apoiar o meu estudo e pela dedicação e empenho em tentar melhorar a acessibilidade dos usuários do SUS.

Aos colegas do mestrado, por todas as nossas sextas-feiras juntos. Uma convivência que deixou saudades.

Aos amigos do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, pelo incentivo de sempre.

Aos amigos de Segurança do Trabalho do Centro Federal de Educação Tecnológica do Riode Janeiro, Unidade de Maria da Graça, pelo incentivo e apoio.

Aos amigos do núcleo de pesquisa, por terem me acolhido e me dado apoio e incentivo e pelos encontros calorosos e repletos de amor e carinho que sempre temos no núcleo.

Ao pai do meu filho, por ter me aturado e ajudado nesta jornada, sei que muitas vezes fiquei estressada, mas quem não fica? Você também já passou por isso.

A minha mãe, por tudo que ela me proporcionou nos estudos e por cuidar com todo amor do meu filho para que eu pudesse continuar estudando.

A todos que de alguma forma me ajudaram nesta caminhada, seja na confecção e organização do trabalho, seja no incentivo para ultrapassar os obstáculos.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objeto a realização da visita domiciliar de saúde por profissionais ligados a hospitais federais no Rio de Janeiro, a pacientes que residem em localidades com violência urbana. A violência na atualidade se tornou um problema de saúde pública e é necessário criar estratégias de acessibilidade aos serviços oferecidos pelo SUS para os pacientes que residem em áreas de violência. A questão que norteou o estudo foi: De que forma os serviços de saúde hospitalar se organizam para garantir a assistência domiciliar em saúde de quem reside em área de violência urbana? Constitui objetivo geral do estudo: Discutir as estratégias utilizadas pelos serviços de atenção domiciliar para garantir a assistência de saúde aos pacientes que residem em área de violência urbana. Os objetivos específicos foram: 1) Elencar as estratégias utilizadas pelos serviços de atenção domiciliar para garantir a assistência dos pacientes que residem em área de violência urbana; 2) Comparar as estratégias utilizadas pelos serviços selecionados; e 3) Identificar, com base nas experiências dos serviços analisados, as estratégias com possibilidades de aplicação na UDOMI. Trata-se de um estudo descritivo de campo acerca das ações dos gestores dos serviços de atenção domiciliar dos hospitais federais do Rio de Janeiro para garantir o atendimento de pacientes elegíveis ao serviço de atenção domiciliar que residem em área de violência urbana. Os dados foram obtidos por meio de entrevista dirigida a quatro gestores de quatro hospitais federais situados no município do Rio de Janeiro. Os resultados foram analisados a partir das entrevistas e interpretados à luz das referências bibliográficas pertinentes à temática do estudo. Os resultados mostram que os quatro serviços estudados já vivenciaram situação de violência urbana e, em função disso, três deles se recusam a atender em áreas onde a violência se faz mais presente. Contudo, para tentar viabilizar o atendimento ao paciente, esses serviços se disponibilizam em atender em outro endereço caso o paciente tenha a possibilidade de ir para a casa de algum familiar/amigo que resida em local seguro. Os serviços estudados consideram o mapeamento/conhecimento da rede importante, mas têm dificuldades em utilizá-la, seja pela sua falta de capacitação, seja pela falta de pessoal para realizar o mapeamento. Um dos serviços já iniciou esse processo de capacitação da rede para os cuidados dentro da especificidade das patologias dos seus pacientes. Conclui-se que a estratégia mais utilizada pelos serviços para garantir a atenção domiciliar é solicitar outro endereço ao paciente para realizar a visita com segurança para a equipe de saúde. Como isso nem sempre é possível, o paciente geralmente permanece internado ou sem o atendimento domiciliar.

Palavras-chave: Visita Domiciliar; Violência Urbana; Gestão

ABSTRACT

The object of this research is the accomplishment of health home visits by professionals, linked to federal hospitals in Rio de Janeiro, to patients living in places with urban violence. Currently, violence has become a public health problem and it is necessary to create accessibility strategies to the services offered by SUS for patients living in violent areas. The question that guided the study was: How do the hospital health services are organized to ensure the home health care for those who live in violent urban areas? The general objective of the study is: To discuss the strategies used by home care services to ensure health care for patients who live in violent urban areas. The specific objectives were: 1) To list the strategies used by home care services to ensure the care of patients who live in violent urban areas; 2) To compare the strategies used by the selected services; 3) To identify, based on the experiences of the analyzed services, the strategies with application possibilities in UDOMI. This is a descriptive field study on the actions of managers of home care services of the federal hospitals of Rio de Janeiro to ensure the care of patients living in violent urban areas and that are able to the receive home care service. Data were obtained by means of interviews targeted to four managers of four federal hospitals situated in the municipality of Rio de Janeiro. The results were analyzed from the interviews and interpreted in the light of the bibliographic references pertaining to the subject of study. The results unveil that the four studied services have experienced situation of urban violence, and because of this three of them refuse to provide care in areas in which violence is more present. Nevertheless, in order to try to enable patient care, these services are available to provide care in another address if the patient has the possibility of walking to the house of a relative/ friend who lives in a safe place. The mapping/knowledge of network has been considered important by the studied services, but they have difficulties in using it, either due to their lack of training or due to the lack of staff to perform the mapping. One of the services has already started this network training process for the care within the specificity of the pathologies of their patients. It is concluded that the strategy most commonly used by services to ensure home care is to request the patient to show another address to accomplish the visit with safety for the health team. As this is not always possible, the patient usually remains admitted or without home care.

Keywords: Home Visit; Urban Violence; Management.

SUMÁRIO

1 Introdução 1
2 Contexto histórico 4
3 Referencial temático 10
3.1 O cuidado no contexto da Saúde 11
3.1 Atenção em Saúde no Âmbito Domiciliar 13
3.1 Violência e Território 16
4 Metodologia 21
4.1 Abordagem Metodológica 21
4.2 Cenário do Estudo 21
4.3 Sujeitos do Estudo 22
4.4 Coleta de Dados 22
4.5 Análise dos Dados 22
4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa 22
5 Resultados e Discussões 24
5.1. Perfil dos Sujeitos do Estudo 24
5.2 Caracterização dos Serviços Estudados 25
5.3 Experiência dos Serviços Estudados com a Violência 28
5.4 Ações de Suporte Implementadas nos Serviços após Incidente de Violência Dirigido a Equipe de Saúde por Ocasião da Visita Domiciliar 31
5.5 Ações adotadas pelos serviços em face do paciente residir em área com risco de violência iminente 33
5.6 Capacitação geral e em violência dos profissionais de saúde 35
6 Produto 38
6.1. Cenário do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia 38
6.2 Reflexões sobre a viabilização do atendimento a pacientes que residem em área de violência urbana após a realização da pesquisa 39
6.3 Protocolo de avaliação de pacientes para desospitalização 40
7 Conclusão 43
8 Referências 45
Apêndice I Total de pacientes que residem em área de violência urbana por ano 49
Apêndice II Total de pacientes que residem em área de violência urbana por área programárica e por ano 50
Apêndice III Roteiro de entrevistas 51

Apêndice IV Número de resgistros de ocorrências de roubos seguidos de morte e taxa por 100 mil habitantes referentes aos anos de 2011 e 2014 52

Apêndice V Número de resgistros de ocorrências de furtos de veículos e taxa por 100 mil habitantes referentes aos anos de 2011 e 2014 53

Anexo I Parecer do Comtê de Ética em Pesquisa 54

Anexo II Termo de consentimento livre e esclarecido 59

Anexo III Aprovação do Ministério da Saúde 61

LISTA DE SIGLAS

AMERJ I	Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, agrupando os municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São João de Meriti, Seropédica, Itaguaí.
AMERJ II	Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, agrupando os atuais municípios de Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Rio Bonito, Cachoeiras de Macacu, Maricá e Tanguá.
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Área Programática
AP 1.0	Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama.
AP 2.1	Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal.
AP 2.2	Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel.
AP 3.1	Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Manguinhos, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral.
AP 3.2	Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho.
AP 3.3	Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Parque Columbia, Pavuna, Quintino Bocaiuva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre.
AP 4.0	Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Grumari, Itanhangá, Jacarepaguá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena.

AP 5.1	Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar.
AP 5.2	Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Santíssimo, Senador Vasconcelos e Pedra de Guaratiba.
AP 5.3	Paciência, Santa Cruz e Sepetiba.

CAE	Centro de Atenção Especializada
CNS	Conselho Nacional de Saúde
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEP	Plano de Educação Permanente
SAMDU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UDOMI	Unidade de Atendimento Domiciliar
SINESP	Sistema Nacional de Segurança Pública

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. A Perfil dos gestores entrevistados dos serviços de atenção domiciliar dos hospitais federais do município do Rio de Janeiro por idade, sexo e formação. 24

Quadro 2. Relação tempo de serviço por tempo de trabalho na instituição referida dos gestores entrevistados dos serviços de atenção domiciliar dos hospitais federais do município do Rio de Janeiro 25

Quadro 3. Perfil da equipe de atenção domiciliar dos hospitais federais do município do Rio de Janeiro por categorias profissionais de nível superior, médio e técnico na instituição. 26

Quadro 4. Característica do atendimento dos serviços estudados de atenção domiciliar dos hospitais federais do município do Rio de Janeiro por nº de leitos, tempo de permanência, nº de pacientes atendidos/ mês, nº de pacientes atendidos/mês e nº de visitas/mês/profissional do serviço. 27

Quadro 5. Experiência de violência dos serviços estudados de atenção domiciliar dos hospitais federais do município do Rio de Janeiro e os sentimentos diante desta violência. 28

Quadro 6. Ações e estratégias de apoio para a equipe dos serviços de atenção domiciliar estudados dos hospitais federais do município do Rio de Janeiro após a ocorrência da violência. 31

Quadro 7. Realização de visita em áreas de violência dos serviços estudados de atenção domiciliar dos hospitais federais do município do Rio de Janeiro por resolutividade, estratégias, contrarreferência e problemas enfrentados. 33

Quadro 8. Tipos de Capacitação de alguns serviços de atenção domiciliar dos hospitais federais do município do Rio de Janeiro 36

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde vem incentivando cada vez mais a criação de serviços que realizem o atendimento do cliente em domicílio. A Assistência Domiciliar visa proporcionar a desospitalização precoce dando suporte no cuidado continuado no domicílio; minimizando intercorrências clínicas a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; diminuindo os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, em especial, os idosos; oferecendo suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares; instituindo o papel do cuidador, que pode ser um parente, um vizinho ou qualquer pessoa com vínculo emocional com o paciente e que se responsabilize pelo cuidado junto com os profissionais de saúde; e propondo também a autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital.

Em contrapartida, a violência urbana surge a partir do convívio entre os indivíduos no espaço urbano e é um grave problema a ser enfrentado atualmente pelos diversos seguimentos da sociedade.

A rápida urbanização das cidades com crescimento desordenado pode influenciar no aumento da violência. A construção de estradas sem uma adequada engenharia e programas educativos incipientes de sensibilização e educação para prevenção de riscos são alguns fatores que levaram ao crescimento da violência no trânsito (uma importante causa externa de agravos à saúde). Em geral, esses eventos são encarados como fatalidade, porém na maioria das vezes são causados pela omissão de motoristas e pedestres e por vias estruturalmente inadequadas (SOUZA, MINAYO e MALAQUIAS, 2005). Além da violência no trânsito, outras formas de violência ocorrem nos grandes centros urbanos, como assaltos, roubos, sequestros que muitas vezes possuem estreita relação com o tráfico de drogas e o crime organizado.

O trabalhador que atua "*a céu aberto*" encontra-se mais exposto a situações diversas, imprevisíveis, estressantes e violentas, exigindo um maior esforço do ponto de vista psíquico para lidar com elas (SOUZA, 2009).

Os profissionais de saúde que trabalham na Unidade de Atendimento Domiciliar ao percorrer longas distâncias entre um domicílio e outro para atender os pacientes que residem na área de abrangência do serviço (município do Rio de Janeiro e área metropolitana do estado) enfrentam vários percalços no percurso, por exemplo, engarrafamento, alterações no

clima, desconforto ao ficar no mesmo veículo por várias horas, entre outros. Além disso, um dos principais problemas é a exposição ao risco da violência urbana por estarem constantemente na rua. Esses riscos são de assaltos, acidentes automobilísticos, intimidação por pessoas envolvidas no crime organizado, entre outros, principalmente porque muitos pacientes residem em locais próximos a bairros propensos à ocorrência de conflito social entre policiais e criminosos, esta última situação muitas vezes leva o profissional a se recusar a atender este paciente na localidade onde ele reside por medo da violência.

Durante minha atuação na Unidade de Atendimento Domiciliar (UDOMI) do INTO ao longo de 6 anos, sendo 2 anos como enfermeira visitadora da atenção domiciliar e 4 anos como chefe do serviço, pude perceber que a cada ano mais pacientes eram recusados pelo serviço por residirem em área de violência urbana e não terem outro endereço para realização dos atendimentos. Muitas foram as queixas que chegaram por telefone e pela ouvidoria. Assim sendo, como fazer para garantir o direito ao usuário do SUS diante do princípio da Equidade?

Foram realizadas várias tentativas para desenvolver estratégias para atender os pacientes que residem em área de violência urbana, tais como perguntar se há outro endereço de um familiar ou amigo em que ele possa permanecer para o atendimento desde que não seja área de risco ou este paciente muitas vezes não recebe alta no tempo previsto permanecendo por mais tempo internado até que tenha condições de alta, trazendo assim prejuízos de ordem financeira, social, emocional e aumentando o risco para a saúde. E mesmo oferecendo ao paciente a alternativa de atendimento em outro endereço, isto não era suficiente para garantir a realização da visita domiciliar, pois muitos pacientes não possuem outro endereço de um familiar ou amigo para permanecer em torno de 35 dias, que é o período médio de permanência em assistência pela visita domiciliar do INTO e muitos apesar de terem não querem ir para outro endereço porque se sentem deslocados fora de seus lares. Outra parcela quando possui outro endereço e não se sente incomodada em estar fora do seu lar para realização da visita, este novo endereço também se localiza em área de violência urbana, já que os parentes e amigos tendem a morar próximo e, em sua maioria, têm as mesmas condições socioeconômicas, dificultando assim o acesso deles a este serviço.

A complexidade da temática da violência e suas diferentes causalidades (sociais, politicas e culturais) levaram à necessidade de conhecer suas diversas facetas. Neste sentido, este trabalho contribuiu para conhecer melhor a realidade da violência urbana e traçou-se

estratégias para garantir a continuidade de tratamento em consonância com os princípios do SUS através do conhecimento das estratégias e ações já implementadas por outros serviços de atenção domiciliar que atuam no município do Rio de Janeiro, visto que estes estavam expostos ao mesmo tipo de violência que o nosso serviço de atenção domiciliar.

Dessa forma, definiu-se como questão norteadora do estudo: De que forma os Serviços de Saúde se organizam para garantir a assistência em saúde de quem reside em área de violência urbana?

O objetivo geral é discutir as estratégias utilizadas pelos serviços de atenção domiciliar para garantir a assistência dos pacientes, diante dos princípios do SUS, que residem em área de violência urbana.

Os objetivos específicos são:

1) Elencar as estratégias utilizadas pelos serviços de atenção domiciliar para garantir a assistência dos pacientes que residem em área de violência urbana.
2) Comparar as estratégias utilizadas pelos serviços selecionados.
3) Identificar com base nas experiências dos serviços analisados as estratégias com possibilidades de aplicação na UDOMI.
4) Elaborar protocolo de desospitalização para pacientes ortopédicos internados no INTO que residem em área de violência urbana.

2 CONTEXTO HISTÓRICO

O Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO), órgão do Ministério da Saúde, é centro de referência no tratamento de doenças e traumas ortopédicos de média e alta complexidade. O INTO tem como missão promover ações de referência na assistência, no ensino, na pesquisa, na prevenção de agravos relacionados ao aparelho locomotor e na articulação de políticas públicas em traumatologia, ortopedia e reabilitação.

O sistema osteoarticular é formado por ossos, cartilagens, músculos, ligamentos e tendões, sendo o responsável por dar forma ao corpo humano e por sua sustentação. É ele que permite o movimento e a realização de várias ações.

O paciente ortopédico tem algum comprometimento no sistema osteoarticular. Dependendo da parte do sistema osteoarticular acometida pode haver comprometimento da mobilidade e da independência para a realização das atividades de vida diária, além do incomodo causado pela dor que essas doenças costumam causar.

Esses pacientes são comumente atendidos pela equipe da visita domiciliar após a realização de cirurgia para correção da doença osteoarticular apresentada.

Os pacientes ortopédicos necessitam de atenção especial no período pós-operatório, uma vez que muitas vezes ficam limitados nas atividades de vida diária, necessitando do auxílio dos cuidadores.

Os pacientes ortopédicos têm necessidades diferenciadas em relação aos pacientes clínicos, e as dificuldades no manejo destes pacientes estão relacionadas ao tipo de mobilização que pode ser realizada e ao tipo de cirurgia realizada.

Os pacientes do Centro de Atenção Especializada (CAE) quadril, que realizam artroplastia primária, em sua maioria até a sua primeira revisão após a realização da cirurgia, só podem ser transportados em ambulância por conta do risco de deslocamento da prótese colocada. Enquanto os pacientes do CAE joelho, dependendo da cirurgia, têm indicação de carga zero no membro operado até a primeira revisão. No caso dos pacientes do CAE quadril, a dificuldade é em caso de intercorrência, pois a transferência só poderá ser feita em ambulância. No CAE joelho, o problema está relacionado ao paciente ter que sustentar o corpo na perna não operada e em sua maioria os pacientes apresentam comprometimento nos dois joelhos, no entanto as cirurgias são realizadas em um membro por vez.

O atendimento domiciliar do paciente ortopédico é muito específico e as orientações são muito individualizadas, pois a casa também deve ser adequada à nova realidade do paciente. Para locomoção pós-cirúrgica, os pacientes que têm a mobilidade comprometida, primeiramente usam andador, passando posteriormente ao uso de muletas até chegar à marcha livre sem uso de dispositivos. O uso do andador exige que a casa tenha espaço para que o paciente consiga deambular utilizando o mesmo. Muitas vezes, faz-se necessária a retirada de móveis e tapetes para facilitar a deambulação. Para aqueles que realizam artroplastia total do quadril, é necessária a elevação do assento sanitário, visto que tais pacientes não podem sentar em lugares muito baixos pelo risco de deslocamento da prótese.

A UDOMI oferece assistência especializada de enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional no domicílio, direcionada a pacientes ortopédicos, preferencialmente os maiores de 60 anos, dos CAE do quadril, joelho, trauma e coluna em domicílio.

A UDOMI foi criada em 2004 para o atendimento específico ao paciente em pós-operatório de cirurgias de reconstrução da articulação do quadril, ampliada em 2005 para atender ao trauma do idoso. Atualmente, a UDOMI também atende todos os outros centros de atenção especializada (CAE) em ortopedia, assim como os portadores de úlcera por pressão e os pacientes em tratamento fora de domicílio e encaminhados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade. A UDOMI oferece assistência especializada de enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional no domicílio, direcionada a pacientes ortopédicos. A UDOMI não dispõe de médicos. O paciente é acompanhado no ambulatório pelo médico do CAE que realizou sua cirurgia e qualquer intercorrência que ele venha a ter após a alta hospitalar é orientado a procurar o plantonista do INTO. Quando o paciente tem dificuldade de locomoção, o plantonista autoriza a saída de ambulância para trazê-lo para uma avaliação no INTO.

A UDOMI também participa do processo de reabilitação no pós-operatório visando melhorar o resultado da cirurgia ortopédica, diminuindo o risco de deslocamento de próteses, novas fraturas e posições viciosas. Na UDOMI são realizados também os cuidados com a ferida operatória, o que ajuda a reduzir a incidência de infecção.

O objetivo central da UDOMI é antecipar a alta hospitalar de forma segura proporcionando a volta ao convívio familiar e a continuidade do atendimento no domicílio, reduzindo assim o tempo da internação, o risco de infecção e os índices de reinternação.

De acordo com a Portaria nº 963 de 27/05/2013 (BRASIL, 2013 b), a UDOMI é um programa de atenção domiciliar que é uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Estando inserido na modalidade AD2 que se destina aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. Segundo os itens V e VII do art. 23 desta portaria inserem-se na modalidade AD2 a adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses e acompanhamento domiciliar em pós-operatório. A UDOMI não fornece serviço de internação domiciliar.

Conforme a Lei nº 10.024 de 15/04/2002, capítulo VI, parágrafo 3º (BRASIL, 2002), "o atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família". No manual operacional e conduta do INTO constam na rotina administrativa de funcionamento da UDOMI (BRASIL, 2012 a) os objetivos assim descritos:

- ✓ Promoção da saúde e educação do paciente/família, encorajando a independência através do autocuidado.
- ✓ Redução de riscos de infecção, deslocamento de próteses, fraturas, posições viciosas e outras complicações comuns ao pós-operatório ortopédico.
- ✓ Diminuir o número de novas internações hospitalares (reinternações).
- ✓ Desenvolver as potencialidades, independência funcional e autonomia nas atividades de vida diárias dos pacientes.
- ✓ Integrar e/ou reintegrar o paciente à sociedade.

  Para que o paciente seja aceito na UDOMI é necessário que preencha os seguintes critérios:

- ✓ Que esteja com estabilidade clínica, sem depender de equipamentos para manter as funções vitais;
- ✓ Que a família e o paciente tenham a disponibilidade de um cuidador;
- ✓ Que exista a aceitação do paciente e dos familiares;

- ✓ Que o domicílio esteja localizado no município do Rio de Janeiro ou municípios vizinhos com um raio de no máximo 60 Km de distância do INTO;
- ✓ Que seja encaminhado formalmente pelo médico assistente.

Apesar destes critérios de elegibilidade, a UDOMI estabelece algumas condições prioritárias para os pacientes:

- ✓ Ter idade superior a 60 anos;
- ✓ Estar em pós-operatórios de artroplastia de quadril e joelho, coluna e trauma;
- ✓ Ser portador de Trauma Raquimedular;
- ✓ Ser portador de úlcera por pressão adquirida no INTO;
- ✓ Possuir retardo no processo cicatricial do sítio operatório;
- ✓ Ser portador de infecção com necessidade de antibioticoterapia intramuscular (IM) de no máximo uma vez por dia.

A UDOMI funciona diariamente para pacientes com necessidade de atendimento para realização de curativos e a administração de antibioticoterapia. Para os pacientes que não têm necessidade de atendimento diário a assistência é prestada até 3x/semana de acordo com a necessidade do paciente. A UDOMI se organiza com rotas predeterminadas que se dividem em dois grupos de profissionais de saúde por área de abrangência ou de proximidade. São 4 rotas diárias que atendem os pacientes nas 2ª/4ª e 6ª feiras ou 3ª/5ª e sábados de forma a otimizar as visitas domiciliares e necessidades individuais do paciente.

Na retaguarda, uma equipe, na unidade hospitalar do INTO, tem como funções: oferecer suporte a intercorrências; acompanhar consultas ambulatoriais; avaliar periodicamente o cumprimento dos objetivos traçados na admissão para o planejamento da alta; referenciar continuidade do tratamento de reabilitação, quando necessária a outros serviços. Em caso de intercorrências ortopédicas, o paciente é orientado a fazer contato com o médico ortopedista plantonista; e em caso de intercorrência clínica, o paciente é orientado a procurar o serviço de emergência mais próximo a sua residência.

A UDOMI possui equipe multidisciplinar (enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e assistente social) para visitas domiciliares, que são realizadas de acordo com a necessidade do paciente. Os atendimentos são divididos conforme a área geográfica da cidade do Rio de Janeiro e cidades metropolitanas próximas. Permanece no INTO uma equipe

responsável pelo apoio à equipe que está realizando a visita domiciliar, dando suporte nas possíveis intercorrências que possam ocorrer durante o atendimento externo, acompanhando as consultas ambulatoriais dos pacientes cadastrados no atendimento domiciliar, recebendo o pedido de atendimento domiciliar de novos pacientes, preparando a rota de atendimento do dia seguinte, entre outras atividades.

O atendimento é operacionalizado com apoio do serviço social que avalia as condições sociais, ambientais e econômicas, compreensão, aceitação e disposição de familiares e do paciente que possibilitem a execução do tratamento e suporte necessário na condução deste até a alta. E de serviços da unidade hospitalar, como CAE, farmácia, nutrição, comissão de curativo, comissão de infecção, almoxarifado, clínica da dor e transporte.

Os pacientes elegíveis a esse atendimento devem estar em condições clínicas estáveis, ambiente social que possibilite a execução do tratamento, além de compreensão, aceitação e disposição de paciente e familiar. Deve haver, também, pelo menos um cuidador comprometido com o serviço a ser capacitado para auxiliar no processo de recuperação e reabilitação no domicílio. Este cuidador pode ser uma pessoa da família, amigo ou vizinho que será capacitado para a realização de curativo, quando necessário, e auxiliar na realização dos exercícios de fisioterapia.

Os critérios para a alta da UDOMI baseiam-se no cumprimento das metas traçadas no momento da admissão na UDOMI, passando pela análise de toda a equipe multidisciplinar. São avaliados grau de dependência, condições e necessidades da vida diária do paciente. E na impossibilidade de reabilitação, orientar e treinar o cuidador a fim de fornecer melhores condições possíveis de recuperação do estado geral na tentativa de reintegrá-lo à sociedade. Quando necessária a continuidade do tratamento de saúde, para acompanhamento por outras especialidades e tratamento fisioterápico prolongado, este é referenciado a outro serviço.

A UDOMI completou dez anos de funcionamento em 2014 e através de seus bancos de dados foi possível evidenciar quantos pacientes foram identificados como residentes em área de violência urbana. No apêndice I foi possível evidenciar que nos primeiros quatro anos de funcionamento da UDOMI não foram identificados pacientes que residem em área de violência urbana. A partir de 2008 começaram a surgir os primeiros pacientes que residem em área de violência urbana, mas nos últimos anos estes números aumentaram chegando a ultrapassar no ano de 2014 mais de 100 pacientes que residem em área de violência urbana.

Estes pacientes não receberam visita domiciliar da equipe da UDOMI e tiveram que permanecer mais tempo hospitalizados.

Quando passamos ao apêndice II, evidencia-se que de 2008 a 2010 as áreas programáticas que apresentavam índices de violência eram as 3.1, 3.3 e 5.1. A partir de 2011, percebemos que a violência cresceu muito no estado do Rio de Janeiro e, além disso, se espalhou para outras áreas programáticas, pois antes a violência era predominante nas áreas 3.1, 3.3 e 5.1 e passou a se apresentar também nas áreas 1.0, 3.2, AMERJ I e AMERJ II.

Com esse índice crescente da violência muitos pacientes tiveram seus direitos cerceados e o serviço de saúde não pode atendê-los segundo o princípio do SUS de equidade.

3 REFERENCIAL TEMÁTICO

Os hospitais estão ampliando e diversificando sua atuação. Hoje, atendem os pacientes não somente dentro das Unidades Hospitalares, mas também dentro dos domicílios como uma forma de continuidade de acompanhamento do atendimento hospitalar. Proporcionam a alta hospitalar precoce e dão suporte na recuperação e/ou continuidade do tratamento no domicílio. Esta modalidade de atendimento em um território não institucional traz uma nova realidade para a vida do profissional de saúde que presta não apenas o cuidado ao paciente no processo saúde-doença-recuperação em si. Este profissional enfrenta também situações relacionadas ao contexto social e cultural em que vive a família e a violência urbana que está presente nas grandes cidades, onde vivem aglomeradas famílias de baixa renda, com baixa escolaridade e baixo nível de saúde. A falta de segurança em alguns lugares é tamanha que chega a oferecer risco para a vida dos profissionais de saúde que prestam atendimento domiciliar. Em face de tal situação, os profissionais da equipe de saúde têm se recusado a atender em algumas localidades devido à falta de segurança imposta pela presença do tráfico de drogas e a ausência de segurança pública.

De acordo com Marsiglia (2013), a violência se tornou uma questão central para o campo da saúde coletiva por estar disseminada e presente em todas as regiões, em especial nas áreas metropolitanas, como a terceira ou segunda causa de mortalidade ou de incapacidade precoce.

Téran (2013) pontua que entre os fatores sociais que causam a violência urbana está o processo de empobrecimento e desigualdade social e a crescente insatisfação das expectativas de vida.

A violência se faz presente em nossas vidas diariamente seja através da mídia que nos informa os casos de violência que ocorrem na cidade, seja presenciando e/ou vivenciando a mesma.

Isso leva a pensar que para realizar os atendimentos domiciliares em saúde é preciso elaborar estratégias para driblar a violência e garantir a continuidade da assistência dos pacientes que residem em áreas onde a violência urbana está mais presente.

Segundo Lima et al (2012), o Brasil não é um país pobre, mas, sim, injusto e desigual, e o SUS surgiu como uma proposta inovadora de promover a oferta de serviços públicos a

todos os cidadãos, independente de seu poder aquisitivo e tendo como estratégia de reorientação à saúde os princípios norteadores, entre eles, a universalidade, integralidade e equidade. Com isso, a garantia de acesso ao atendimento à saúde tornou-se obrigatória e gratuita para toda a população brasileira.

Portanto, o desafio da gestão de serviços públicos de saúde consiste em colocar as questões das necessidades de assistência em saúde da população pautada nos princípios norteadores do SUS de universalidade, integralidade e equidade.

3.1 O Cuidado no Contexto da Saúde

O cuidado no geral significa zelo, desvelo, atenção para com o outro e pode ocorrer em situações diversas que incluem amor, amizade, trabalho, entre outras.

Para Waldow e Borges (2011), o aspecto fundamental do cuidado é o deslocamento de interesse de nossa realidade para a do outro. Através do cuidado o outro pode ser nutrido, desenvolvido e pode resgatar sua humanidade.

Roach (2002) define cinco comportamentos básicos de cuidar: compaixão, competência, confiança, consciência e compromisso.

Entende-se que cuidar do outo não é simplesmente ter zelo e atenção, é necessário ter competência e compromisso, precisa transmitir confiança e compaixão para o ser que é cuidado. Além do mais, é preciso deslocar o interesse de si próprio para o interesse do outro.

Cuidar consiste em envidar esforços transpessoais de um ser humano para outro visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como na existência (WALDOW, 1995).

O cuidado em saúde adquire destaque especial, já que se constitui em uma atividade que lida com o ser humano em situações de vulnerabilidade. Os atos realizados no cuidado irão variar de acordo com as condições em que este ocorre e com o tipo de relacionamento estabelecido com o ser cuidado. O cuidado faz parte do processo de sobrevivência do ser humano e por este motivo ocupa um lugar vital no conjunto de valores da humanidade.

Cuidado em saúde tem um sentido já consagrado no senso comum, que é o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um determinado tratamento de saúde.

Cada categoria profissional de saúde possui um conjunto de técnicas variadas para atender às necessidades dos pacientes. Para Feuerwerker (2011), as necessidades de cuidado em saúde dos pacientes variam desde boas condições de vida ao direito de ser acolhido e escutado por uma equipe de saúde, além de ter acesso a todos os serviços e tecnologias que forem necessários.

Feuerwerker (2011) coloca que o local onde o cuidado ocorre também traz implicações para o processo de cuidado, pois o hospital é um local de baixa autonomia e alta instabilidade para o paciente, enquanto o domicílio é um local de grande autonomia e baixa instabilidade clínica.

No hospital, o paciente pode contar com a equipe de saúde a qualquer momento e é um local onde ele precisa seguir regras institucionais, além de ser um ambiente ideal para a ocorrência do cuidado. No hospital o paciente tem horários para as refeições, banho, realização da fisioterapia e curativos. Enquanto no domicílio, apesar de a equipe de saúde não estar presente 24h e nem sempre as condições do domicílio serem ideais para a prestação do cuidado, é em casa que o paciente se sente mais próximo da família e menos doente do que realmente está e tem um menor risco de contrair infecções hospitalares. A comida de casa tem um sabor diferente da hospitalar, tem mais tempero.

No domicílio, a equipe de saúde precisa conhecer e respeitar o espaço da família, ser capaz de compreender e preservar os laços afetivos das pessoas além de fortalecer a autoestima do paciente, transformando a casa em um ambiente favorável à efetivação do cuidado e à recuperação da saúde.

3.2 Atenção em Saúde no Âmbito Domiciliar

O atendimento domiciliar, por vezes descrito em seu termo em inglês *home care*, é uma especialização na área da saúde pública em que os profissionais de saúde vão até a residência do paciente para tratá-lo.

O paciente recebe um tratamento similar ao dado em um hospital, com toda estrutura necessária para reestabelecer sua saúde e sua reinserção na sociedade. É traçada uma rotina para o cuidado ao paciente envolvendo todas as suas necessidades básicas e avançadas. É um trabalho interdisciplinar e pode envolver médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, dentre outros. Durante a assistência é eleito pela família um cuidador (que pode ser contratado ou escolhido entre seus familiares) para ser treinado no auxílio do paciente para suas atividades de vida diária, como alimentação, banho, transporte, utilização do banheiro e realização de exercícios de fisioterapia, entre outros.

O cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social. Inúmeras situações de dependência cronicamente assumidas pelas famílias sequer foram, ainda, incluídas nas iniciativas de atenção domiciliar organizadas pelo sistema de saúde. O objeto “atenção domiciliar”, portanto, diz respeito apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares (MEHRY & FEUERWERKER, 2008).

Um dos diferenciais das equipes de atenção domiciliar com relação às demais equipes de saúde da rede de atenção é o fato de que constroem sua relação com o sujeito, que necessita de cuidados no domicílio, e não em um estabelecimento de saúde. Desta forma, “a potencialidade inovadora da atenção domiciliar se dá pela maior permeabilidade das equipes aos diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias e pela produção de um cuidado ampliado que não se restringe aos aspectos biológicos da doença” (SILVA KL et al, 2010).

Em alguns escritos da literatura que discutem a atenção domiciliar (AD), o envelhecimento da população é descrito como um dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde no domicílio. Junto a ele, o aumento das

doenças crônico-degenerativas e suas complicações, acidentes automobilísticos e violências (causas externas) (MENDES, 2001).

Um dos eixos centrais da AD é a “desospitalização” que proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; minimiza intercorrências clínicas a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; diminui os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, em especial, os idosos; oferece suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares; institui o papel do cuidador, que pode ser um parente, um vizinho ou qualquer pessoa com vínculo emocional com o paciente e que se responsabilize pelo cuidado junto com os profissionais de saúde; e independência funcional para o paciente no cuidado fora do hospital. A AD possibilita, assim, a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto atendimento e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam (e se beneficiam) de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, acesso, acolhimento e humanização.

A atenção domiciliar como extensão do hospital surgiu, propriamente dita, em 1947 para “descongestionar” os hospitais. A partir de então, as experiências deste tipo multiplicaram-se na América do Norte e Europa (REHEM e TRAD, 2005). No Brasil, a atenção no domicílio contou inicialmente com os Médicos de Família, os profissionais legais de medicina que atendiam seus abastados clientes em casa, proporcionando uma assistência humanizada e de qualidade. O Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), fundado em 1949 e vinculado ao Ministério do Trabalho, foi a primeira experiência de atendimento domiciliar brasileira organizada como um serviço. No entanto, a atenção domiciliar foi iniciada como uma atividade planejada pelo setor público com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), que funciona desde 1963 (REHEM & TRAD, 2005).

Do ponto de vista normativo, tem-se a publicação da portaria nº 2.416 de 23/03/1998, que estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para a realização de internação domiciliar no SUS (BRASIL, 1998).

Desse modo, segundo a portaria 2.527 de 27/10/2011, a AD constitui-se como uma "modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde" (BRASIL, 2011 b).

A participação ativa do usuário, família e profissionais envolvidos na assistência domiciliar constitui um traço importante para a efetivação dessa modalidade de atenção. Assim, a articulação com os outros níveis da atenção e a intersetorialidade são fundamentais para a 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.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL,2011 a).

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

Dentro desse enfoque, é responsabilidade das equipes de atenção básica atender os cidadãos conforme suas necessidades em saúde. Essas necessidades, que são produzidas socialmente, muitas vezes se traduzem também pela dificuldade que algumas pessoas possuem em acessar os serviços de saúde, seja pelas barreiras geográficas, pelas longas distâncias, pela forma como são organizados, seja pelo seu estado de saúde, que, muitas vezes, os impedem de se deslocarem até esses serviços, exigindo que a assistência seja dispensada em nível domiciliar (BRASIL, 2012 b).

A ANVISA (2006) estabelece como critérios de inclusão para a atenção domiciliar, e que se enquadram na categoria de critérios administrativos, os seguintes quesitos: suprimento de água potável, fornecimento de energia elétrica, meio de comunicação de fácil acesso, facilidade de acesso para veículos e ambiente com janela, específico para o paciente, com dimensões mínimas para um leito e equipamentos. Existem situações especiais que requerem avaliação caso a caso e definição conjunta da equipe quanto à inclusão, como o alto grau de dificuldade no acesso ao local de atendimento ou de insegurança para a equipe.

Para a alta do Serviço de Atenção Domiciliar, é necessária a avaliação clínica e discussão do caso entre a equipe observando entre outros critérios a piora de condições domiciliares mínimas que comprometa resolutividade e/ou segurança na atenção domiciliar, em casos específicos.

Então, em casos nos quais a equipe se sinta insegura, pode ser dada alta ao paciente que está em AD. O documento “Melhor em Casa” que apresenta os critérios de elegibilidade fala sobre a possibilidade de a equipe recusar um cliente em caso de insegurança, mas não aponta soluções ou desenha estratégias para garantir a assistência de quem reside em área insegura.

3.3 Violência e Território

Temos vivenciado cada vez mais em nosso dia a dia situações de violência, como uma tentativa de assalto, uma agressão física ou a invasão diária de cenas violentas pelos meios de comunicação. Entretanto, ainda desconhecemos a verdadeira gravidade deste problema, o que torna um grande desafio para o setor saúde identificar e intervir sobre ele. Podemos destacar a

violência urbana e no trabalho, entre outros tipos aos quais os profissionais de saúde que atuam nas ruas estão mais expostos.

A violência urbana surge a partir do convívio entre os indivíduos no espaço urbano e é um grave problema a ser enfrentado atualmente pelos diversos seguimentos da sociedade. É um problema vivenciado pelos profissionais de saúde que atuam fora das unidades de saúde, mas o que é violência?

Segundo Ferreira (2014), violência é o uso de força bruta, agressão. Enquanto urbana está relacionada à cidade. Então, violência urbana seria o uso de força bruta/agressão na cidade.

Outro conceito de violência é o utilizado por Rocha (1996), no qual violência pode se manifestar de diversas formas, mas em qualquer uma delas transgride os limites dos seres humanos na realidade física e psíquica, além dos campos de suas realizações sociais, éticas, estéticas, políticas e religiosas, desrespeitando os direitos fundamentais. O homem deixa de ser um sujeito com direitos e deveres e passa a ser olhado como um simples objeto.

Existem várias maneiras de se definir a violência. A Organização Mundial da Saúde, em 2002, a definiu como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

A definição utilizada por Krug et al (2002), associa intencionalidade com a prática do ato propriamente dito, independentemente do resultado produzido. Os incidentes não intencionais, tais como a maioria das lesões de trânsito e queimaduras acidentais, estão excluídos da definição.

Percebemos assim que o conceito de violência é bastante amplo e tem várias faces. A violência física é a mais fácil de ser identificada e se fala muito mais dela do que dos outros tipos de violência, porém somos violentados também, pelos meios de comunicações com notícias, informações, opiniões, comentários a respeito da violência na cidade e no mundo. Todos os dias nos jornais e na televisão têm variadas notícias de violência. E quando essa violência se apresenta na história da humanidade?

De acordo com Palma(2008), pensar a violência é pensar a história da humanidade. A história das civilizações foi fundada sobre conflitos em que o homem em um primeiro momento lutava para defender os seus alimentos, enquanto nômades, e posteriormente quando começaram a se fixar, iniciaram-se os conflitos primeiramente para defesa de território e em seguida para ampliação deste. Após a formação dos países, estes entraram em conflito uns com os outros, seja por fins religiosos, econômicos. Estes conflitos entre os países podem ser acompanhados até a atualidade nos noticiários como um dos exemplos são as guerras no Oriente Médio por questão religiosa ou por posses de territórios e seus bens, como o petróleo.

Podemos assim perceber que a violência está presente na humanidade desde os primórdios e é utilizada como forma de dominação do outro para obtenção de poder ou riqueza. E como a violência se apresenta na atualidade?

Na sociedade contemporânea que se formou na passagem do século XX para o XXI pôde se ver um vasto cenário de violência com formas antigas e recentes, conhecidas e desconhecidas de atos de violência. São muitas as formas de violência que se manifestam na sociedade contemporânea, por exemplo, o sequestro, o narcotráfico, a violência urbana, o terrorismo de Estado, os conflitos étnicos e religiosos (IANNI, 2002).

Percebemos assim que a violência se faz presente de diversas formas na vida do ser humano, seja em casa ou na rua, e está presente ao longo de toda a história da humanidade.

Para Levisky (2010), a violência não é um estigma da sociedade contemporânea, mas acompanha o homem desde tempos imemoriais se manifestando de várias formas e em diferentes circunstâncias. Conceituar violência é muito difícil, visto que a ação geradora ou sentimento relativo à violência pode ter significados múltiplos e diferentes, dependentes da cultura, momento e condições nas quais elas ocorrem.

A violência cursa com a evolução da humanidade e afeta a saúde do ser humano. Souza et al (2007) relata que a partir da década de oitenta, os índices de violência expressos nos indicadores do setor saúde e da segurança pública apresentaram um aumento significante. O estado e a capital do Rio de Janeiro são considerados como dos mais violentos do Brasil.

O crescimento da violência leva a um aumento dos atendimentos de saúde para as vítimas desta. Seria então a violência um problema de saúde pública?

De acordo com Minayo (2005), a violência é um fenômeno sócio-histórico e acompanha toda a experiência da humanidade. Por isso, ela não é em si uma questão de saúde pública, mas afeta a saúde individual e coletiva e desta forma exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor.

Evidenciamos assim que a violência não é apenas um problema de saúde pública, mas influencia esta diretamente devido às necessidades de tratamento das suas vítimas e da necessidade de reorganização dos serviços para atuarem nas áreas onde esta ocorre.

A violência causa danos, lesões, traumas e mortes, além dos gastos com tratamento das vítimas e aparatos de segurança pública. Causa prejuízos econômicos pelo afastamento das vítimas do trabalho, bem como danos mentais e emocionais que provocam nas mesmas e em seus familiares.

Minayo (2005) coloca que a consequência da violência para o sistema de saúde se dá no aumentos dos gastos com emergência, assistência e reabilitação que são muito mais custosos que procedimentos médicos convencionais.

O tratamento das pessoas vítimas de violência demandam atendimentos de diversos setores da área de saúde para reintegrar este indivíduo à sociedade. Mas não somente os cidadãos sofrem com a violência. Os profissionais de saúde no exercício de suas funções também são vítimas da violência.

Lisboa et al (2013) refere que profissionais de saúde que atuam em visita domiciliar estão constantemente expostos à violência nas ruas, que vai desde assaltos à intimidação por pessoas envolvidas no crime organizado, presenciam situações estressantes como a venda de drogas e assassinatos, uma vez que muitos pacientes visitados residem em locais próximos a bairros propensos à ocorrência de conflito social entre policiais e criminosos.

Os serviços de atenção domiciliar estão orientados pelos documentos instrutivos do Melhor em Casa que apresenta os critérios de elegibilidade e fala sobre a possibilidade da equipe recusar um cliente em caso de insegurança, mas não aponta soluções ou desenha estratégias para garantir a assistência de quem reside em área insegura.

É responsabilidade de todos combater a violência, e não só do Governo, dos Políticos, da Justiça, também é preciso não excluir as vítimas da violência do acesso aos

serviços de saúde, criando estratégias para garantir o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde.

No ano de 2014, foi possível observar diversas situações de violência pelo país, tais como rebeliões e mortes em presídios, manifestações da população em que grupos isolados, como os *Black Blocs*, que cometeram atos de violência. A segurança pública também foi um dos temas mais debatidos nas eleições presidenciais e várias propostas foram feitas.

Os dados ora publicados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública reforçam que o país convive com taxas absurdas, que naturalizam mais de 53 mil crimes violentos letais e 50 mil estupros registrados. Isso para não falar nas constantes ameaças do crime organizado e no crescimento dos roubos.

Segundo as fontes do Sistema Nacional de Segurança Pública (SINESP), os índices de latrocínio (roubos seguidos por morte), Apêndice IV, aumentaram no Brasil em 15,06% de 2011 para 2014, sendo que no Rio de Janeiro este aumento foi de 25,86%. O Rio de Janeiro é o quarto estado com maior índice de latrocínios, com 8,73%, superado apenas pelos estados de São Paulo, com 22,24%, Bahia, com 11,24%, e Pará, com 10, 46%. Quando se fala em furto de veículos, apêndice V, houve um aumento no Brasil de 7,98% dos furtos de veículos e no Rio de Janeiro de 13,40%. Em comparação com os estados, o Rio de Janeiro está em terceiro lugar em furto de veículos no ano de 2014, com 7,75% dos casos, atrás de São Paulo, com 53,73%, e Rio Grande do Sul, com 8,15% dos casos.

4 METODOLOGIA

4.1 Abordagem Metodológica

Estudo exploratório de campo acerca das ações dos gestores dos serviços de atenção domiciliar do município do Rio de Janeiro para garantir o atendimento de pacientes elegíveis ao serviço de atenção domiciliar que residem em área de violência urbana.

Segundo Triviños (1987), a pesquisa descritiva, como o próprio nome já diz, tem o objetivo de descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade, além de ser um tipo de estudo muito utilizado em Administração Pública, já que se presta a descrever características de um determinado fato ou fenômeno.

4.2. Cenário do Estudo

O estado do Rio de Janeiro possui vários serviços de atenção domiciliar. São exemplos o “Melhor em Casa”, que é um programa do MS para incentivar a criação de serviços de atenção domiciliar vinculados à rede hospitalar, e a “Estratégia Saúde da Família”, que é outra iniciativa do MS para implementação da atenção primária em saúde.

Das 21 instituições federais existentes no estado do Rio de Janeiro, 12 não oferecem o serviço de atenção domiciliar. Entre 2013 e 2014, 4 instituições deixaram de oferecer o serviço de atenção domiciliar até 2014: em duas não se conseguiu contato com a instituição, enquanto que as outras duas instituições em que o contato foi efetivado informaram que hoje não trabalham com atendimento domiciliar e mudaram o foco de funcionamento para desospitalização, pois entenderam que a atenção domiciliar passou a ser de responsabilidade da atenção primária. Sendo assim, foram entrevistados quatro hospitais da rede federal que possuem sede no município do Rio de Janeiro.

As quatro instituições federais que fizeram parte deste estudo foram: um hospital de ensino ligado a uma universidade, dois institutos, sendo um especializado em assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico na área de saúde da mulher e da criança e outro de cuidados paliativos e um hospital federal de média e alta complexidade.

Os critérios para a inclusão destes serviços no estudo foram o fato de serem instituições federais que estão sob os mesmos regimes administrativos no nível de Governo do

serviço em que atuam e exercerem os seus atendimentos no mesmo município, estando expostos assim ao mesmo tipo de risco de violência urbana e tendo acesso aos mesmos recursos financeiros e de recursos humanos.

4.3. Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo são os gestores dos serviços de atenção domiciliar de hospitais federais do Rio de Janeiro, uma vez que estes definem os critérios de inclusão e exclusão de áreas de cobertura dos serviços, além dos critérios para inclusão de pacientes.

4.4 Coleta dos Dados

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas realizadas no período de 20 de janeiro a 08 de abril de 2015, dirigidas a 4 (quatro) gestores do serviço de atenção domiciliar de hospitais públicos federais do município do Rio de Janeiro.

As entrevistas foram realizadas por meio de um questionário semiestruturado (Apêndice III), seguindo as orientações apontadas por Minayo (2010) em que o entrevistado pode discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. A gravação da conversa permitiu na transcrição realizada posteriormente a obtenção do registro fidedigno, posto que a matéria-prima é a fala.

4.5 Análise dos Dados

Os resultados foram analisados a partir dos resultados obtidos em referência aos objetivos estabelecidos e interpretados à luz das referências bibliográficas pertinentes à temática do estudo.

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Para o desenvolvimento do estudo foram atendidas as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a qual normatiza a realização de pesquisas envolvendo seres humanos de modo a assegurar os preceitos éticos (BRASIL, 2013 a).

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP), sendo aprovado pelo parecer ético nº-37450114.4.0000.5240 (Anexo I).

Preservou-se o sigilo da identidade dos participantes de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo II), para que não haja prejuízo para os entrevistados. De acordo com Minayo (2010), o projeto de pesquisa deve ter a preocupação de não causar malefícios aos sujeitos envolvidos no estudo e garantir seu anonimato.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados foram agrupados em seis núcleos de sentido analisados a seguir.

5.1 Perfil dos sujeitos do estudo

Os gestores dos serviços de saúde possuem capacidade administrativa para resolver problemas identificados e eles estão no meio entre a instituição, colaboradores e os clientes, e por este motivo podem então ter facilidade em promover mudanças e melhorias no serviço.

Quadro 1: Perfil dos gestores entrevistados dos serviços de atenção domiciliar dos hospitais federais do município do Rio de Janeiro por idade, sexo e formação. Rio de Janeiro, 2015.

Sujeitos	Idade	Sexo	Profissão
A	38	F	Enfermeira
B	67	F	Assistente Social
C	35	F	Enfermeira
D	37	F	Enfermeira

Fonte: Dados da Pesquisa

As Instituições Federais estudadas que realizam atenção domiciliar no município do Rio de Janeiro são 100% coordenadas por mulheres com faixa etária predominante de 30 a 39 anos, o que corresponde a 75% dos entrevistados, sendo 75% formadas em enfermagem. Apenas uma é formada em Serviço Social (Quadro 1).

Segundo Tanaka e Tamaki (2012), a gestão de serviços de saúde constitui uma prática administrativa que tem a finalidade de otimizar o funcionamento das organizações de forma a obter o máximo de eficiência (relação entre produtos e recursos empregados), eficácia (atingir os objetivos estabelecidos) e efetividade (resolver os problemas identificados).

De acordo com Silva (2012), a atuação de enfermeiros na gestão está se tornando uma prática frequente no Brasil e estes conquistaram um novo espaço profissional, o da gerência de Serviços de Saúde. Paiva et al (2011) complementa que no âmbito do gerenciamento de sistemas, programas e serviços de saúde, as enfermeiras assumiram posição destacada da equipe multidisciplinar por causa de sua formação que potencializa a capacidade de gerenciamento.

Quadro 2: Relação tempo de serviço por tempo de trabalho na instituição referida dos gestores entrevistados dos serviços de atenção domiciliar dos hospitais federais do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.

Sujeitos	Tempo na Instituição	Tempo na Gestão do Serviço
A	8 anos	1a e 5m
B	36 anos	14 anos
C	10 anos	4 meses
D	9anos	4 anos

Fonte: Dados da Pesquisa

Conforme o Quadro 2, os gestores entrevistados atuam na referida instituição há mais de 8 anos e três deles estão há menos de 5 anos à frente da gestão do serviço. Constatou-se que as pessoas que participam da gestão desses serviços em sua maioria atuam a menos de 5 anos na função de gestor, mas permaneceram pelo menos 5 anos na instituição antes de passar a gestor de serviço. Os dados confirmam o que diz Furukawa e Cunha (2011): a experiência profissional na área assistencial colabora para a capacitação gerencial do enfermeiro.

5.2 Caracterização dos serviços estudados

Neste tópico, pretende-se caracterizar os serviços e conhecer quais as categorias profissionais que atuam na atenção domiciliar. Os serviços estudados funcionam em sua maioria de 2ª a 6ª feira, das 8 às 17horas, apenas 1 serviço funciona também aos sábados e domingos, no horário de 8 às 17 horas.

A composição de uma equipe multidisciplinar é feita por profissionais de diversas áreas, ou seja, com formações acadêmicas diferentes. As ações de todos os membros são importantes no processo do cuidado e reabilitação do paciente. O diálogo entre os membros da equipe é fundamental, pois todos sabem que a ação isolada pode interferir na ação do outro.

Quadro 3: Perfil da equipe de atenção domiciliar dos hospitais federais do município do Rio de Janeiro por categorias profissionais de nível superior, médio e técnico na instituição. Rio de Janeiro, 2015.

Categorias Profissionais presentes na equipe	
Categoria de nível superior	**n**
Enfermeiro	4
Médico	3
Assistente Social	3
Fisioterapeuta	3
Psicólogo	3
Nutricionista	2
Farmacêutico	1
Professor de Educação Física	1
Categorias Profissionais de nível médio e técnico presentes na equipe	**n**
Auxiliar Administrativo	3
Agente Comunitário de Saúde	1
Auxiliar de enfermagem	1
Técnico de Enfermagem	1

Fonte: Dados da Pesquisa

Os serviços de atenção domiciliar estudados são compostos por equipes multiprofissionais, sendo que de nível superior todas possuem enfermeiros em suas equipes, 3 possuem médico, assistente social, fisioterapeuta e psicólogo, 2 possuem nutricionistas e 1 possui farmacêutico e professor de educação física. Em relação aos profissionais de nível médio e técnico, 3 dos serviços possuem auxiliar administrativo e 1 possui agente comunitário de saúde, auxiliar ou técnico de enfermagem (Quadro 3).

Evidencia-se neste quadro que todos os serviços abordados possuem equipe multiprofissional como preconizado pelo MS que para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença é importante que a assistência domiciliar esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar (Brasil, 2012 b).

A atuação em equipe permite um atendimento holístico, pois no domicílio o atendimento de um profissional pode interferir no atendimento do outro, por exemplo um paciente com ferida operatória ao realizar os exercícios de fisioterapia pode proporcionar a saída de mais exsudato da mesma, sendo assim dar-se-á preferência para a realização primeiramente dos exercícios de fisioterapia para que posteriormente seja realizada a troca do

curativo cirúrgico. Caso os profissionais não interagissem e conversassem sobre o caso, poderia haver desperdício de material, além do desconforto para o paciente ao se submeter à troca de curativo mais de uma vez.

Araújo e Rocha (2007) destacam que o trabalho em equipe interdisciplinar possibilita que a prática de um profissional se reconstrua na prática do outro para intervenção na realidade que estão inseridos.

Quadro 4: Característica do atendimento dos serviços estudados de atenção domiciliar dos hospitais federais do município do Rio de Janeiro por nº de leitos, tempo de permanência, nº de pacientes atendidos/ mês, nº de pacientes atendidos/mês e nº de visitas/mês/profissional do serviço. Rio de Janeiro, 2015.

Sujeitos	Nº de leitos	Tempo de permanência	Nº de pacientes atendidos/mês	Nº de visitas/mês/profissional
A	10	Indeterminado (13 anos)	10	20
B	50	120 a 180 dias	40	12
C	180	40 a 50 dias	180	96
D	100	180 dias	100	100

Fonte: Dados da Pesquisa

Dos serviços estudados, verificamos que dois possuem até 50 leitos, dois dos serviços atendem até 50 pacientes por mês e em dois dos serviços o tempo de permanência do paciente sob atenção domiciliar varia de 120 a 180 dias.

Os serviços de saúde têm características que geram exigências particulares, em termos de organização e de gestão. Primeiro, eles atendem às necessidades complexas e variáveis que têm dimensões (biofísicas, psicossociais) cuja definição varia em função da classe social e das respectivas representações da saúde, da doença, da morte, da clientela (crianças, velhos, homens e mulheres) e do tipo de problema (agudo ou crônico). Há variações individuais e, até certo ponto, cada problema é único. Os prestadores precisam de autonomia para adaptar os serviços às necessidades específicas dos usuários (DUSSAULT, 1992).

As organizações públicas têm obrigação de prestar serviço e os cidadãos têm o direito de receber serviços ofertados, o que significa, em princípio, que não existe a possibilidade de selecionar a clientela, os problemas a atender. Não é possível repelir, em tese, os casos difíceis ou dispendiosos. Evidentemente, esse dever de atendimento está, habitualmente, em contradição com a limitação dos recursos (DUSSAULT, 1992).

Percebe-se, assim, que os serviços de saúde apesar de exercerem atendimentos similares (visita domiciliar) funcionam de maneiras diferentes devido à clientela a que assistem com suas variadas patologias e faixas etárias que exigem demandas diferenciadas destes serviços, por isso a dificuldade em comparar alguns parâmetros, como capacidade de atendimento, número de visitas realizadas e profissionais que compõem a equipe. Por serem serviços com clientelas com necessidades diferenciadas, nem tudo que pode ser aplicado em uma equipe poderá ser replicado em outra, assim como as demandas de profissionais para compor a equipe serão diferenciadas.

5.3 Experiência dos serviços estudados com a violência

Quadro 5: Experiência de violência dos serviços estudados de atenção domiciliar dos hospitais federais do município do Rio de Janeiro e os sentimentos diante desta violência. Rio de Janeiro, 2015.

Sujeitos	Experiência com violência no Trabalho	Sentimentos da equipe diante da violência
A	Sim. Roubaram o carro da equipe enquanto esta realizava um atendimento	Medo, acuado, assustado, desesperado
B	Durante a realização de um atendimento na casa da paciente, iniciou um tiroteio na comunidade entre policiais e traficantes	Medo e ansiedade
C	Após a realização do atendimento a um paciente, quando a equipe estava saindo, os bandidos roubaram o carro da equipe	Medo, insegurança e vulnerável
D	Logo após chegarem à casa da paciente, teve início um tiroteio na comunidade entre facções rivais	Medo, pânico, acuado

Fonte: Dados da Pesquisa

No Quadro 5, evidenciamos que de maneiras diferentes todos os serviços estudados já vivenciaram uma situação de violência, seja por roubo de carro, seja por terem presenciado um tiroteio. Essas situações causam, principalmente, medo nos membros da equipe. Percebemos, assim, que os profissionais de saúde que atuam nas ruas têm mais chances de vivenciar situações de violência do que os que trabalham dentro dos estabelecimentos de saúde.

Lisboa et al (2013) refere que profissionais de saúde que atuam em visita domiciliar estão constantemente expostos à violência nas ruas, que vai desde assaltos à intimidação por

pessoas envolvidas no crime organizado, presenciam situações estressantes, como a venda de drogas e assassinatos, porque muitos pacientes visitados residem em locais próximos a bairros propensos à ocorrência de conflito social entre policiais e criminosos.

Duas equipes relataram experiência com roubo do veículo:

"Enquanto estávamos atendendo o paciente roubaram o carro da equipe. O motorista falou que eles chegaram numa moto, estavam armados e mandaram ele descer porque perdeu" (Sujeito A).

"A equipe tinha acabado de fazer um atendimento, depois que entraram no carro para sair, foram rendidos e levaram o carro com os pertences da equipe" (Sujeito C).

Pelos dados do SINESP, apêndice V, os furtos de veículos no Brasil e no Rio de Janeiro aumentaram 7,98 e 13,40%, respectivamente, nos últimos anos. Como esse aumento atinge toda a população, os profissionais ficam mais expostos a riscos.

Outras duas equipes relataram experiência de tiroteio enquanto estavam dentro da casa do paciente, demonstrando a vulnerabilidade do seu trabalho e o quanto este impõe riscos não somente à vida, mas à própria saúde mental dos trabalhadores.

Nós estávamos fazendo uma medicação de uma paciente quando começou uma troca de tiros e não podíamos sair. Terminamos a medicação e estávamos muito nervosos (Sujeito B).

A equipe tinha acabado de chegar para fazer um atendimento quando iniciaram uma troca de tiros em bandidos de facções rivais onde até a chefe do tráfico era uma mulher. A equipe teve que esperar o tiroteio acabar para poder ir embora (Sujeito D).

Polaro, Gonçalves e Alvarez (2013) em seu estudo também apresenta um relato de uma enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que foi avisada pela comunidade que estava tendo tiroteio na área e de que seria melhor não realizar o atendimento. A partir disso, relata que a violência é um entrave para o profissional de ESF, que tem na característica da sua atividade atender no domicílio. Aqui é possível refletir sobre a o impacto da violência na própria reorientação do Modelo Assistencial em Saúde.

O Quadro 5 explicita os principais sentimentos dos profissionais diante da situação de violência. O medo aparece como o sentimento que está presente no relato de todos os sujeitos estudados, além de sentir-se acuado, assustado, ansioso, desesperado, inseguro, vulnerável e em pânico.

A equipe estava muito assustada, com medo, desnorteada, sem saber o que fazer (Sujeito A).

Estavam assustados, com muito medo e não queriam voltar ao local (Sujeito B).

A equipe retornou ainda sem ação por causa do susto, com medo, uma funcionária disse que ficou desesperada. Tiveram que fazer registro da ocorrência na delegacia, pois os bandidos levaram os documentos deles. Ninguém quis passar pelo médico. Dois profissionais pediram para sair da equipe por causa da violência na rua. Pois a insegurança e o risco são muito grandes (Sujeito C).

A equipe fica muito assustada, mas nós não suspendemos os atendimentos por entender que o SUS não pode se recusar a realizar a visita. O paciente não pode ser penalizado. Nós pedimos que o paciente viabilize o atendimento junto à comunidade (Sujeito D).

A insegurança no mundo moderno está cada vez mais ligada à ascensão da violência, que, por sua vez, promove a base e o fortalecimento de um imaginário do medo (FREITAS, 2006).

Ribeiro et al (2009) refere que a violência é um problema de saúde pública e é responsável por uma parte significativa dos problemas de saúde mental encontrados em países em desenvolvimento.

Percebe-se, desse modo, que todos os sujeitos já vivenciaram uma situação de violência e sentiram medo principalmente desta experiência e este medo pode afetar sua saúde mental, o que leva muitas vezes ao afastamento parcial ou definitivo do trabalho, trazendo sérios prejuízos não só econômicos, mas, sobretudo, sociais, uma vez que os serviços de saúde não repõem rapidamente os profissionais perdidos e também se perde com isso os esforços empreendidos nas próprias capacitações realizadas.

Segundo Selye (1976) as situações de assaltos, acidentes de trânsito, sequestros, entre outras, quando vividas por uma pessoa, geram uma alta intensidade de estresse no momento e logo após o evento, entretanto a pessoa tende a voltar a sua vida normal com o passar do tempo. Contudo, questionamos se as marcas indeléveis da violência não persistem no corpo e na mente desses sujeitos, visto que o contexto da violência no qual convivem esses trabalhadores tende, como mostra a estatística já apresentada neste estudo, a se agravar.

5.4- Ações de suporte implementadas nos serviços após incidente de violência dirigido à equipe de saúde por ocasião da visita domiciliar

Quadro 6: Ações e estratégias de apoio para a equipe dos serviços estudados de atenção domiciliar dos hospitais federais do município do Rio de Janeiro após a ocorrência da violência. Rio de Janeiro, 2015.

Sujeitos	Ação tomada em função do ocorrido.	Suporte/Tratamento da Situação	Suporte emocional
A	Mudaram os dias da visita, não fazem mais visitas em dias fixos, colocaram adesivos nos carros.	A equipe retornou ao hospital. Discutiram o caso entre si, e optaram por manter os atendimentos.	Não
B	Mudaram o dia da visita.	A equipe retornou ao hospital. Conversaram com a equipe do hospital. Discutiram o caso em equipe e optaram por manter os atendimentos em dias diferentes.	Não
C	Descontinuaram o atendimento naquele endereço.	A equipe retorna à unidade e quando necessário passam por atendimento médico. Oferecem atendimento em outro endereço.	Não
D	Não alteraram a rotina dos atendimentos.	A equipe retorna ao hospital e discute a situação com quem está presente no setor.	Conversam sobre área de risco em equipe

Fonte: Dados da Pesquisa

O Quadro 6 mostra o que foi feito com o paciente e com a equipe após o acontecimento de uma situação de violência. Em três situações, os atendimentos permaneceram e em apenas um serviço que o atendimento foi descontinuado. Avaliando somente esta situação, percebemos que em 75% dos casos houve garantia de acesso, mas nos relatos posteriores os sujeitos da pesquisa disseram que isto foi naquele momento específico,

pois atualmente teriam suspendido o serviço se o paciente não tivesse outro endereço fora da área de risco, como podemos constatar nas falas a seguir:

"Naquela época continuamos o atendimento, mas hoje evitamos áreas de risco, pois a violência piorou bastante e ninguém quer se arriscar. Se fosse hoje nós suspenderíamos os atendimentos" (Sujeito B).

"Nós mantivemos o atendimento naquela época, mas hoje provavelmente não manteríamos, agora não fazemos visitas em dias fixos, os carros estão adesivados e reavaliamos os endereços a cada três meses e os pacientes estão avisados que em situação de risco podemos suspender os atendimentos a qualquer momento" (Sujeito A).

Então, na atualidade, caso a equipe vivencie alguma situação de violência os atendimentos podem ser suspensos se o paciente não tiver outro endereço em local seguro para a equipe realizá-los.

Estudo de Silva et al (2011) mostra que na percepção de usuários e profissionais de saúde a violência urbana é uma das barreiras de acesso ao serviço de saúde. O que se confirma a partir dos depoimentos do sujeito do nosso estudo.

Ainda no Quadro 6, observa-se que no que tange ao cuidado com a equipe, todas retornam ao hospital após a vivência da situação de violência e em três unidades a equipe tem autonomia para discutir o caso em equipe e decidir sobre a continuidade ou não dos atendimentos. A autonomia dos profissionais é uma condição necessária para a produção de serviços de boa qualidade (DUSSAULT, 1992).

Entretanto, verificou-se que nenhuma das equipes recebeu qualquer suporte emocional em função da violência vivenciada. Um dos sujeitos estudados entendeu a reunião de equipe como uma forma de suporte emocional. Todavia, questionamos até que ponto a experiência vivenciada por um dos membros da equipe não acaba afetando a própria equipe.

Souza et al (2007) refere que a exposição ao sofrimento alheio ou a situações perigosas, entre outras, estaria relacionada ao sofrimento ou distúrbios psíquicos.

O transtorno de estresse pós-traumático tem sido frequente nos contextos de trabalho e não tem sido dada a ele a devida importância. Sua prevenção é possível melhorando as condições de trabalho ou criando eventualmente um sistema de acolhimento ao trabalhador

que se envolva em alguma dessas situações (DORIGO E LIMA, 2007). Mas como podemos ver nos depoimentos obtidos na presente pesquisa as condições de trabalho tendem a se agravar, agravando também o sofrimento dos trabalhadores.

5.5- Ações adotadas pelos serviços em face de o paciente residir em área com risco de violência iminente

Quadro 7: Realização de visita em áreas de violência dos serviços estudados de atenção domiciliar dos hospitais federais do município do Rio de Janeiro por resolutividade, estratégias, contrarreferência e problemas enfrentados. Rio de Janeiro, 2015.

Sujeitos	Realiza VD em área de violência Urbana	Resolutividade para o paciente	Estratégias Utilizadas	Contrarreferência	Problemas enfrentados
A	Não	Paciente não recebe a VD	Muda o usuário de endereço para atendê-lo (retira-o da área de risco)	Referencia para a rede, mas nem toda rede tem condições de receber os pacientes	A rede não é suficiente para receber a demanda, parte dos pacientes fica hospitalizada
B	Não	Paciente não recebe a VD	Muda o usuário de endereço para atendê-lo (retira-o da área de risco)	Referencia para a rede quando pertence à área mapeada	Paciente permanece hospitalizado
C	Não	Paciente não recebe a VD	Muda o usuário de endereço para atendê-lo (retira-o da área de risco)	Não referencia para a rede	Paciente permanece hospitalizado
D	Sim	Paciente recebe a VD	Realiza a VD na área de risco	Não referencia para a rede	Caso ocorra violência na área no dia do atendimento, esse é transferido para outro dia

Fonte: Dados da Pesquisa

Dos serviços estudados, apenas um realiza VD em área de violência urbana, enquanto que os outros 3 serviços mudam o paciente de endereço para realizar o atendimento e quando isto não é possível, o paciente permanece hospitalizado.

Polaro, Gonçalves e Alvarez (2013) colocam que do seu tema desafio a violência, surgiram 3 subtemas que são a violência territorial, violência institucional e violência intrafamiliar. Violência institucional é aquela em que as precárias condições de trabalho ameaçam a vida do trabalhador e não garantem a integralidade no atendimento do usuário da saúde, um direito constitucional.

Os serviços que não atendem em área de violência transferem para o usuário a responsabilidade de conseguir outro endereço de algum parente ou amigo para que possa ter alta hospitalar. Somente um serviço referencia para a rede, mas nem toda rede tem condições de receber os pacientes.

> *Uma das maiores prerrogativas do SUS é a garantia de acesso do paciente aos serviços, insumos e equipamentos de saúde necessários ao seu cuidado. Na Atenção domiciliar, isto não deve ser diferente. Para isso, pode-se dispor de diversos tipos de protocolos, que representem as pactuações realizadas e, ao mesmo tempo, apoiem na realização de novas pactuações, de modo que o caminho do paciente na rede de atenção se dê de forma segura, na lógica da continuidade responsável do cuidado e com resolutividade.* (BRASIL, 2012 b).

É importante que os profissionais conheçam os fatores que dificultam o acesso da população aos serviços de saúde e que assumam uma postura mais ativa no atendimento ao usuário para resolução dos problemas apresentados (LEÃO E SILVA et al, 2011).

Continuando a avaliação do Quadro 7 quanto à contrarreferência apenas um serviço utiliza parcialmente esta ferramenta enquanto os outros dois serviços não utilizam. Através das falas dos sujeitos do estudo, foi possível compreender melhor os motivos.

Devido a especificidade dos nossos pacientes a rede não está apta a recebe-los e nós iniciamos um processo de treinamento deles só que a rede é muito grande e estamos indo devagar pois falta pessoal (Sujeito A).

Por termos uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) na equipe nós mapeamos nas unidades de saúde e os recursos sociais daquela comunidade e encaminhamos de acordo com a necessidade da família além de encaminharmos para a ESF daquela comunidade. Quando o paciente não é daquela comunidade é mais difícil, pois não temos os outros lugares mapeados (Sujeito B).

Desde que entrou o Sistema de Regulação (SISREG) nós não conseguimos encaminhar nossos pacientes para a REDE além do mais, nossos pacientes requerem tratamentos específicos e a REDE nem sempre está capacitada para recebê-los. (Sujeito C).

Nós até temos necessidade de mapear a REDE, mas não temos pessoal suficiente e com a entrada do SISREG nós que somos da Rede Federal só recebemos pacientes, não temos como referenciá-lo para outra unidade. Nós temos que encaminhá-lo para a Unidade Básica de Saúde mais próxima da casa dele para que ele seja encaminhado para uma especialidade. Esse sistema dificultou muito a nossa realidade (Sujeito D).

Como podemos observar nas falas, os serviços estudados consideram o mapeamento/conhecimento da rede importante, mas têm dificuldades em utilizá-la, seja pela falta de capacitação da mesma, seja pela falta de pessoal para realizar o mapeamento.

Assim, a articulação com os outros níveis da atenção e a intersetorialidade são fundamentais para a 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, 2012 b).

5.6- Capacitação geral e em violência dos profissionais de saúde

Através da capacitação é possível preparar os profissionais para enfrentar situações derivadas da função que exerce. É munir este profissional de conhecimentos e possibilidades para o exercício profissional. A capacitação desenvolve competência, que é o resultado de conhecimento, habilidades e atitudes.

Quadro 8: Tipos de Capacitação dos serviços de atenção domiciliar de alguns hospitais federais do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.

Sujeitos	Capacitação geral	Capacitação em violência
A	Sim, 2 vezes ao ano	Não
B	Sim, capacitação mensal	Sim
C	Sim, capacitação mensal	Não
D	Não	Não

Fonte: Dados da Pesquisa

A capacitação geral se refere aos treinamentos técnicos pertinentes a cada categoria profissional e os treinamentos institucionais. No Quadro 8, percebe-se que 3 serviços têm preocupação com a capacitação geral da equipe e um apenas tira as dúvidas nas reuniões de equipe.

Para o fortalecimento do SUS e a qualificação das redes de atenção à saúde, é fundamental que os gestores e trabalhadores contem com espaços coletivos que auxiliem na gestão do processo de trabalho e na reflexão sobre o fazer cotidiano (educação permanente) (BRASIL, 2012 b).

Araújo (2011) coloca que a implementação da Política de Educação Permanente (PEP) na saúde contribui, decisivamente, para a melhoria e valorização das condições de trabalho dos profissionais e a prática de um atendimento humanizado para os usuários do SUS.

Nas falas dos sujeitos dos serviços que realizam a capacitação dos profissionais, podemos perceber o valor e a importância dada a esta.

Aqui na nossa unidade nós temos pelo menos duas capacitações ao ano para toda a equipe e todo mundo gosta, pois é bastante proveitoso para a prática (Sujeito A).

Nós temos sessões de treinamento e aprendizado mensal, com espaço para toda a equipe, e os temas são apontados de acordo com as demandas da equipe para melhoria do serviço (Sujeito B).

Agora nós temos capacitação mensal. A Direção atual entendeu que é necessário haver um momento de parada da equipe para a atualização. O paciente só tem a ganhar

mesmo que para isso nós deixemos de fazer uma visita. É feito pela educação permanente inclusive para todo o hospital (Sujeito C).

Quando questionados sobre a capacitação em violência apenas um sujeito disse realiza-la. Mas nas falas de outros dois sujeitos pode-se perceber que isso ocorre por falta de conhecimento da existência de treinamentos nesta área.

A gente tem um setor de segurança que faz avaliação de risco das áreas e já sentimos necessidade de um treinamento mais específico, mas nunca conheci um. Então não colocamos este tema como prioridade (Sujeito A).

Nós queremos muito fazer um treinamento destes sobre violência e área de risco, mas não sei nem se existe, pois, a gente procura, mas nunca viu. Você conhece algum? (Sujeito C).

O que percebemos é que há intenção de aumentar os conhecimentos em um determinado assunto ou problema existe, a dificuldade está em encontrar e viabilizar este treinamento. Talvez porque a temática ainda não seja vista com devida importância pelos serviços de saúde ou pelas instituições formadoras.

Conforme destaca Souza et al (2008), apesar dos altos índices de violência na realidade brasileira, das diretrizes do SUS e das universidades para formar profissionais capacitados para atender aos principais problemas de saúde que afetam a população, ainda é limitada a preocupação desses órgãos formadores de enfermeiros e médicos com a inserção desse tema em seus currículos.

Assim, mais uma vez interrogamos sobre as reais possibilidades de engendrar estratégias para assegurar a realização da visita domiciliar em uma sociedade tão exposta à violência e sem a devida corresponsabilização das instituições sociais preparadas, organizadas ou otimizadas em uma rede para pensar e propor soluções para esse problema.

6 PRODUTO

6.1- Cenário do INTO

O INTO é referência nacional no tratamento ortopédico de alta complexidade. O paciente para ser atendido no INTO deve ser encaminhado por um médico ortopedista da rede pública e sua consulta será agendada pelo SISREG. Esse sistema foi criado para o gerenciamento de todo o complexo regulatório, indo da rede básica à internação.

Atualmente, quando chega ao INTO o paciente é avaliado, principalmente, com foco no procedimento cirúrgico a ser realizado. Esses pacientes costumam aguardar em torno de três anos entre a avaliação ambulatorial e a internação para cirurgia. São pacientes, em sua maioria, maiores de 50 anos e que possuem outras patologias, como hipertensão arterial e diabetes. No processo de avaliação de admissão ambulatorial é visto se o paciente possui outras doenças e se estas estão em tratamento. Quando não estão em tratamento são encaminhados para a rede básica para acompanhamento das mesmas.

Após a internação este paciente pode ou não ser encaminhado para acompanhamento pela UDOMI de acordo com a avaliação médica. Após esta solicitação médica, a UDOMI faz avaliação do endereço do paciente para, entre outras coisas, ver se este se localiza em área de violência urbana.

Na admissão desse paciente pela UDOMI são levantados os problemas de saúde que o mesmo apresenta e verifica-se se ele está em acompanhamento pela rede básica. Quando não está em acompanhamento, o serviço social da UDOMI faz uma referência para a rede básica mais próxima da residência desse paciente. O paciente recebe alta da UDOMI, em média, após 30 dias de atendimento, depois de ter alcançado os objetivos do tratamento domiciliar para o tipo de cirurgia realizada. O encaminhamento é fornecido pelo serviço social para agendamento na unidade básica de saúde, mas é de responsabilidade da família e /ou paciente fazer o agendamento. Entretanto, já recebemos várias ligações de pacientes que não conseguiram efetivar o atendimento com a referência fornecida, seja por falta de profissional na unidade referenciada, seja pela dificuldade na demora em conseguir agendar aquela avaliação.

6.2 Reflexões sobre a viabilização do atendimento a pacientes que residem em área de violência urbana após a realização da pesquisa

Após este estudo, foi possível perceber a necessidade de inserção dos pacientes que residem em área de violência urbana na rede de saúde de maneira mais eficaz, verificando, inclusive, se os encaminhamentos fornecidos são efetivados e também para conhecer a rede básica dos municípios atendidos, sabendo quais os serviços fornecidos pelos mesmos.

Anteriormente, a UDOMI era um setor que só iniciava o contato com o paciente após a solicitação médica para atendimento domiciliar, hoje nós conhecemos o paciente quando ele é admitido no hospital e apresentamos nosso serviço com o cliente ainda internado. Isso é um grande diferencial para o cliente e para a equipe que conhece o paciente e suas necessidades antes dele ir para casa de alta.

Sendo assim, por ser o serviço social o responsável por triar a rede de referência do INTO, foi elaborado em conjunto com a assistente social, Mary Paixão Maçanti, um projeto de desospitalização para os pacientes do INTO. Este projeto visa acompanhar, inicialmente, o paciente desde a admissão para internação e realização de procedimento cirúrgico até a alta hospitalar avaliando se o mesmo tem alguma outra demanda de saúde, além da questão ortopédica, bem como verificar se ele já está inserido na rede básica de atenção à saúde. Caso o paciente não esteja inserido na rede básica de atenção à saúde, a equipe de desospitalização, no período de internação, mapeia a área onde este paciente reside e faz contato com a rede básica para encaminhá-lo ao acompanhamento.

Além disso, o projeto de desospitalização prevê o treinamento da rede básica de saúde, que realiza atenção domiciliar, duas vezes ao ano, no manejo e cuidado do paciente ortopédico. Com esta capacitação, espera-se que a rede esteja apta a receber e cuidar dos pacientes ortopédicos que tenham demanda da atenção domiciliar. As equipes de atenção domiciliar que trabalham com uma área adscrita menor têm maior facilidade de entrada nas comunidades do que o INTO que trabalha com todo o município do Rio de Janeiro e municípios adjacentes.

Este projeto foi apresentado à Direção Geral do INTO, elogiado e aprovado para ser colocado em prática, inicialmente, com duas cirurgias específicas: Artroplastia Primária de Quadril e Artroplastia Primária de Joelho. Ainda não temos resultados da sua eficácia.

6.3 Protocolo de avaliação de pacientes para desospitalização

Etapas do processo	Ações Previstas
1º dia ou admissão para realização de procedimento cirúrgico	O paciente é avaliado por um profissional da desospitalização, que irá colher uma anamnese do paciente levantando suas patologias atuais e se as mesmas estão em acompanhamento e verificando em qual endereço este paciente vai permanecer após a realização do procedimento cirúrgico.
2º dia de internação	- Paciente realiza procedimento cirúrgico; - O serviço social da desospitalização faz contato com a rede básica, se necessário, para viabilizar o atendimento do paciente após a alta na mesma; - O endereço fornecido pelo cliente é avaliado quanto a estar ou não localizado em área de risco; - Se o endereço estiver localizado em área de risco, a equipe pergunta ao paciente se há possibilidade dele permanecer em outro endereço, caso ele necessite de atendimento domiciliar; - Caso seja área de risco a equipe da desospitalização comunica à equipe do referido CAE que o paciente reside em área de violência urbana e não poderá ser atendido pela UDOMI. E esse paciente só terá alta do hospital em condições ideais de recuperação pós-operatória. Não sendo área de risco, a equipe também informa ao CAE que este paciente poderá ser atendido pela UDOMI.
3º dia de internação	- Avaliação de endereço dos pacientes que residem em área de violência urbana e forneceram outro endereço; - Orientação à beira do leito de enfermagem e fisioterapia dos cuidados no domicílio; - Orientações do serviço social sobre a rede SUS de acordo com as demandas do paciente.
4º dia de internação/ alta hospitalar	- Se o médico achar necessário, ele preenche o pedido de atendimento domiciliar para UDOMI e as enfermeiras dos CAEs informam que o pedido está preenchido; - O médico comunica ao paciente se fez a solicitação para a UDOMI e agenda o retorno para revisão da cirurgia; - Os pacientes que não têm necessidade de atendimento domiciliar, do ponto de vista médico, seguem em acompanhamento ambulatorial.
5º, 6º ou 7º dia após a admissão ou em até 72h após a alta hospitalar	- A equipe de regulação da UDOMI faz contato com a residência do paciente e agenda a primeira visita domiciliar; -Os pacientes que receberam solicitação médica para atendimento domiciliar recebem a primeira visita domiciliar da UDOMI em até 72 horas após a alta hospitalar.

Observação 1: este projeto foi colocado em prática no início do mês de maio de 2015 e ainda está em fase de teste.

Observação 2: em todos os pacientes estão sendo referenciados para a rede de atenção domiciliar dos municípios atendidos, pois estamos em processo de viabilização de acordo de treinamento das equipes de atenção domiciliar da rede básica, nos municípios atendidos pela UDOMI. O setor jurídico do INTO está ajudando na realização deste acordo com os secretários municipais de saúde dos municípios atendidos pela UDOMI. Acredito que após a implementação desta parceria, conseguiremos encaminhar com mais eficácia este paciente para atenção domiciliar da rede básica.

Observação 3: como a rede SUS, dos municípios atendidos pela UDOMI, ainda está em processo de mapeamento, nem todos os pacientes que têm demandas para acompanhamento pela rede não têm as mesmas direcionadas eficazmente para a rede.

Este projeto de desospitalização também foi apresentado à SAS que aprovou a criação de uma câmara técnica para discussão do processo de desospitalização da rede federal (Anexo 3). Foi agendada uma primeira reunião com os hospitais federais a ser realizada na primeira quinzena de junho de 2015. Até o momento, os hospitais contatados estão demonstrando interesse no assunto e confirmando presença.

Um dos pontos que pretendemos discutir com os hospitais federais e a SAS é o fato do SISREG ser unidirecional. Atualmente, a rede terciária só recebe pacientes da rede básica por esse sistema, contudo não pode reencaminhar este paciente para a mesma.

O INTO é um hospital especializado em ortopedia e caso o paciente tenha uma demanda cardiológica ou oncológica, nós temos que encaminhá-lo para a rede básica para ser referenciado para outro hospital. Por que não podemos fazer este encaminhamento diretamente pelo SISREG? Por que os hospitais federais não podem dialogar entre si pelo SISREG? Hoje, quando temos a necessidade de uma transferência ou avaliação de um especialista que não faça parte do nosso quadro, fazemos através de contatos com amigos que conhecemos de outro hospital. São as trocas de favores entre conhecidos da rede. Mas isso poderia ocorrer via SISREG, sem a necessidade de solicitação de favores.

Um dos problemas enfrentados, hoje, para a implementação deste projeto de desospitalização, é o quantitativo de recursos humanos disponíveis na UDOMI para mapear a

rede básica, que é muito ampla. Todavia, já foi iniciada esta aproximação e muitos estão interessados no treinamento que será oferecido pelo INTO.

Futuramente, a avaliação do paciente se dará na primeira consulta no INTO em que for indicada a realização do procedimento cirúrgico. Neste momento, caso ele tenha alguma necessidade de acompanhamento pela rede básica, o mesmo será encaminhado à equipe de desospitalização, que o encaminhará para rede e irá fazer o monitoramento desta inserção na rede do SUS. Pois conforme Brasil (2012), a articulação com os outros níveis da atenção e a intersetorialidade é fundamental para a 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.

Espera-se, assim, atender o paciente dentro do princípio do SUS de equidade.

7 CONCLUSÃO

Com este estudo foi possível discutir as estratégias utilizadas pelos serviços de atenção domiciliar da rede federal do município do Rio de Janeiro para garantir a assistência dos pacientes diante dos princípios do SUS que residem em área de violência urbana.

A estratégia mais utilizada pelos serviços de atenção domiciliar da rede federal do município do Rio de Janeiro é mudar o paciente de endereço para garantir a assistência, ou seja, para que a assistência seja realizada o paciente precisa ter outro endereço em local seguro, seja a casa de um amigo ou familiar para que a equipe possa atendê-lo. Mas isto nem sempre é possível e o paciente, em sua maioria, permanece internado ou sem o atendimento domiciliar. Outra estratégia utilizada por um dos serviços é a aproximação com a rede básica de atenção e o treinamento desta. Como a rede é muito grande e a equipe do serviço A é pequena, eles ainda não conseguiram treinar toda a rede na especificidade do serviço deles, sendo assim, quando a rede não é capaz de absorver aquele paciente, ele permanece internado.

Comparando as estratégias utilizadas pelos serviços de atenção domiciliar da rede federal do município do Rio de Janeiro, foi possível perceber que apesar dos serviços não dialogarem entre si, eles realizam a mesma ação de tentar mudar o paciente de endereço para garantir a assistência. Por não dialogarem entre si, apenas um serviço já iniciou o processo de aproximação com a rede básica. Os outros serviços estudados apesar de considerarem o mapeamento/conhecimento da rede importante, têm dificuldades em utilizá-la, seja pela falta de capacitação da mesma, seja pela falta de pessoal para realizar o mapeamento.

A estratégia de mudar o paciente de endereço já é utilizada pela UDOMI, porém após este estudo vimos a possibilidade e a necessidade de aproximação com a rede básica de saúde e os serviços que esta oferece, assim como de conhecer os serviços de atenção domiciliar do município. Também é necessário um treinamento dos serviços de atenção domiciliar no manejo e cuidado com o paciente traumato-ortopédico que é foco do INTO.

A limitação deste estudo se dá pelo fato dos entrevistados terem sido somente os gestores dos serviços de atenção domiciliar da rede federal. Talvez se os profissionais das equipes tivessem sido entrevistados, esses apontassem outras saídas para melhorar a acessibilidade dos pacientes que residem em área de violência urbana. Outra limitação se dá

pelo fato de não ter sido feita avaliação dos serviços de atenção domiciliar da rede municipal, e saber como estes lidam com a questão da violência urbana.

Como produto deste estudo, apresenta-se o protocolo de avaliação de pacientes para desospitalização, o mapeamento da rede básica dos municípios atendidos pelo INTO, sabendo quais os serviços fornecidos pelos mesmos, e o treinamento das equipes de atenção domiciliar da rede básica, no manejo e cuidado do paciente ortopédico. Espera-se conhecer o paciente e suas necessidades antes da alta hospitalar, e a inserção dos que residem em área de violência urbana na rede de saúde de maneira mais eficaz, respeitando os princípios do SUS.

8 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, mar./abr. 2007.

ARAÚJO, M.J. de. **Política de educação permanente: uma análise de implementação no Distrito Sanitário III - Recife/PE**. 2011. 56f. Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Diretoria Colegiada - RDC 11, de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar. Brasília, 2006. Disponível em: < http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1978e4804745973e9f9ddf3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA11-2006.pdf?MOD=AJPERES >. Acesso em: 06 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 10.424, de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 abr. 2002. Seção 1. p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2416, de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 mar. 1998. Seção 1. p. 106.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 2011. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2011 a. Seção 1. p. 48.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2527, de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 out. 2011 b. Seção 1. p. 44.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013 a. Seção 1. p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 maio 2013 b. Seção 1. p. 30.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad. **Rotina administrativa dinâmica de funcionamento**: unidade de atendimento domiciliar Rio de Janeiro: [s.n.], 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 b. v. 1.

DORIGO, J. N; LIMA, M. E. A. O transtorno de estresse pós-traumático nos contextos de trabalho - reflexões em torno de um caso clínico. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 55-73, 2007.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Rev. Adm. púb**., Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sergio (Orgs.). **Educação, saúde e gestão**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 99-113.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 24, n. 3, p. 180-188, sep. 2008.

FREITAS, F. F. B. "De onde vem o tiro?": violência, insegurança e imaginário do medo na escola. **Prima Facie-Direito, História e Política**, João Pessoa, v. 5, n. 8, p. 98-112, jan./jun. 2006.

FURUKAWA, P. O.; CUNHA, I. C. K. O. Profile and competencies of nurse managers at accredited hospitals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n. 1, p. 106-114, jan./fev. 2011.

IANNI, O. **Teorias da globalização**. Rio de Janeiro: Civilização, 2002.

KRUG, E. G. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

LEVISKY, D. L. Prefácio. In: ALMEIDA, Maria da Graça Blaya (Org.). **A violência na sociedade contemporânea**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. p. 6-12.

LIMA, I. B. et al. A desigualdade social em peter singer: construindo uma interface com o sistema único de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 4, p. 537-541, out./dez. 2012.

LISBOA, M. T. L. et al. Riscos ocupacionais em um serviço de visita domiciliar. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 17., 2013, Natal. **Anais...** Natal: ABEn, 2013. v. 1, n.1, p. 1120-1122.

MARSIGLIA, R. M. G. Temas emergentes em ciências sociais e saúde pública/coletiva: a produção do conhecimento na sua interface. **Saúde Soc**., São Paulo, v. 22, n. 1, p. 32 – 43, 2013.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MINAYO; M. C. S. Violência um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos**

brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. cap. 1, p. 9-34.

_____. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

PAIVA, M. S. et al. Perfil profissional de egressas da Área de Gerenciamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFBA. **Rev. esc. enferm. USP**, v.45, n. esp., p.1558-1565, dez. 2011.

PALMA; M. D. **A violência nos contos e crônicas da segunda metade do século XX**. 2008. 227f. Tese (Doutorado em Letras) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Letras e Ciências Humanas, Londrina, 2008.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da estratégia de saúde da família. **Texto contexto – enferm**., Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 935-942, out./dez. 2013.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 231- 242, dez. 2005.

RIBEIRO, W. S. et al. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Psiquiatr**., v. 31. supl. 2. p. 49-57, out. 2009.

ROACH, S. M. S. **The human act of caring**: a blueprint for the health professions. Ottawa: Canadian Hospital Association Press, 1987.

ROCHA, Z. **Paixão, violência e solidão**: o drama de Abelardo e Heloísa no contexto cultural do século XII. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 1996.

SELYE, H. Stress without distress. **Psychopathology of human adaptation**, New York, p. 137-146, 1976.

SILVA, F. H. C. A atuação dos enfermeiros como gestores em unidades básicas de saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 67-82, jan./jun. 2012.

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

SILVA, L. O. L. et al. Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. **Cogitare Enferm**., v. 16, n. 4, p. 654-660, out./dez. 2011.

SOUZA, E. R. et al. O tema violência intrafamiliar em currículos de graduação em enfermagem e medicina. **R. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 1, p. 13-19, jan./mar. 2008.

SOUZA, E. R. et al. Sofrimento psíquico entre policiais civis: uma análise sob a ótica de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 105-114, jan. 2007.

SOUZA, E. R; MINAYO, M. C. S; MALAQUIAS, J. V. Violência no trânsito: expressão da

violência social. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. cap. 9, p. 279-300.

SOUZA, L. J. R. **Trabalho a céu aberto**: situações de violência no ambiente de trabalho dos agentes comunitários de saúde no Candeal de Brotas em Salvador. 2009. 146f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

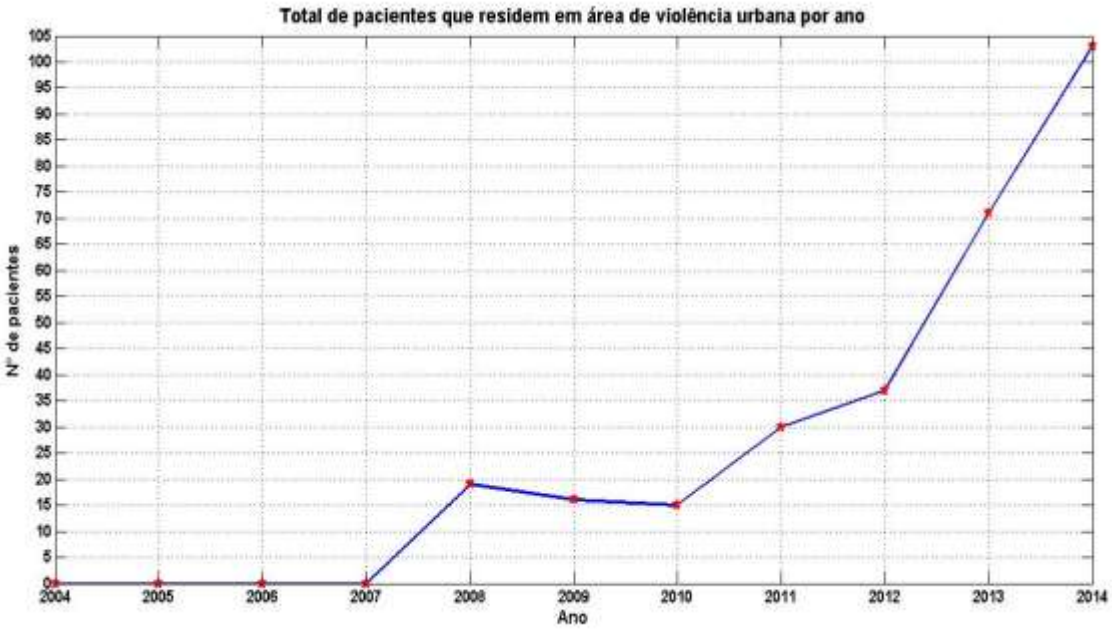
TÉRAN, A. J. **Mobilidade urbana sustentável**. São Paulo: Scortecci, 2013.

TRIVIÑOS, A. N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WALDOW, V. R. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

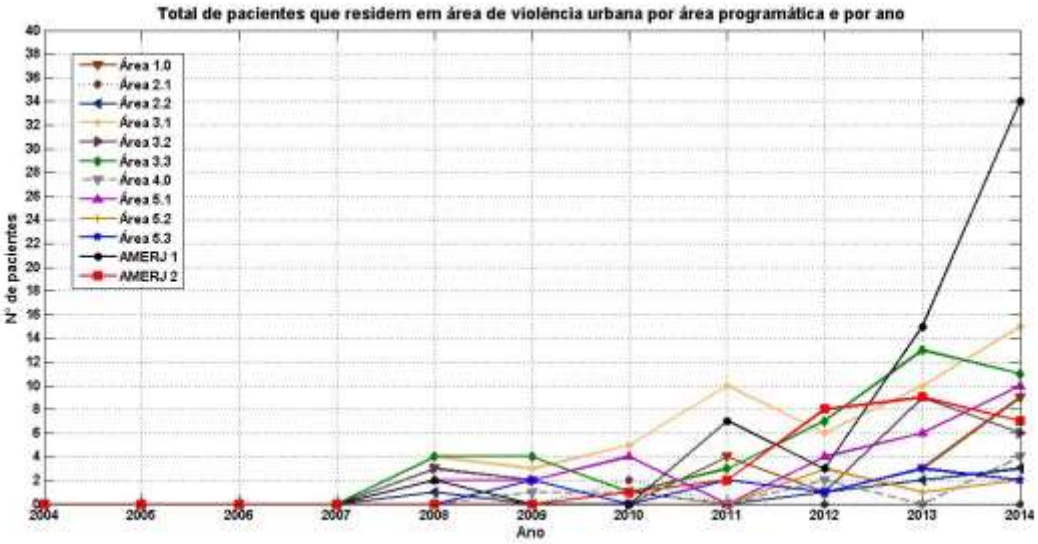
WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, 2011.

APÊNDICE I



Fonte: Banco de dados UDOMI - INTO

APÊNDICE II



Fonte: Banco de dados UDOMI - INTO

APÊNDICE III

Roteiro de Entrevista

Dados do Perfil do Serviço		
Nome:		
Idade:	**Sexo:**	**Profissão:**
Tempo de serviço na instituição:		
Tempo de serviço na gestão deste serviço:		
Categorias profissionais que atuam no serviço, quantidade e carga horária: **_____ assistente social ____h/semana** **_____ auxiliar de enfermagem ____h/semana** **_____ enfermeiro ____h/semana** **_____ fisioterapeuta ____h/semana** **_____ médico ____h/semana** **_____ técnico de enfermagem _____h/semana**		
Nº de leitos do serviço:		
Tempo médio de permanência do paciente no serviço:		
Nº de pacientes atendidos/mês:		
Nº de visitas realizadas / profissional:		
Dados da Entrevista		
Com base nas regras pré-estabelecidas para a admissão de acompanhamento de clientes para este serviço de Atenção Domiciliar como você faz para operacionalizar o acesso dos profissionais a área onde a violência urbana (área de risco) ocorre com mais frequência? Exemplifique uma situação em que isto ocorreu e como vocês procederam. Vocês realizam algum tipo de treinamento/capacitação com a equipe de saúde para atuar nestas situações? Qual a periodicidade, carga horária, conteúdo e quem realiza os treinamentos?		

APÊNDICE IV

Número de registros de ocorrências de roubos seguidos de morte e taxa por 100 mil habitantes referente aos anos de 2011 a 2014.

Unidade da Federação	2011		2012		2013		2014	
	Registros de Ocorrências	Taxa por 100 mil hab.	Registros de Ocorrências	Taxa por 100 mil hab.	Registros de Ocorrências	Taxa por 100 mil hab.	Registros de Ocorrências	Taxa por 100 mil hab.
Total	**1.454**	**0,76**	**1.644**	**0,84**	**1.806**	**0,9**	**1.739**	**0,89**
ACRE	10	1,34	10	1,32	13	1,67	19	2,45
ALAGOAS	36	1,15	87	2,75	61	1,85	32	0,97
AMAPÁ	2	0,29	7	1	9	1,22	8	1,09
AMAZONAS	43	1,22	40	1,11	36	0,95	45	1,18
BAHIA	125	0,89	94	0,66	141	0,94	188	1,25
CEARÁ	76	0,89	101	1,17	107	1,22	67	0,76
DISTRITO FEDERAL	44	1,77	47	1,87	27	1,06	45	1,77
ESPÍRITO SANTO	22	0,62	10	0,28	51	1,33	23	0,6
GOIÁS	45	0,74	29	0,47	72	1,12	65	1,01
MARANHÃO	98	1,47	54	0,8	60	0,88	NI	NI
MATO GROSSO	49	1,59	40	1,28	47	1,48	46	1,45
MATO GROSSO DO SUL	19	0,77	14	0,56	13	0,5	19	0,74
MINAS GERAIS	90	0,46	128	0,64	84	0,41	67	0,33
PARANÁ	57	0,54	42	0,4	46	0,42	43	0,39
PARAÍBA	27	0,71	21	0,55	17	0,43	19	0,49
PARÁ	48	0,62	130	1,66	148	1,85	175	2,19
PERNAMBUCO	78	0,88	84	0,94	72	0,78	69	0,75
PIAUÍ	4	0,13	20	0,63	29	0,91	33	1,04
RIO DE JANEIRO	116	0,68	136	0,79	145	0,84	146	0,84
RIO GRANDE DO NORTE	NI	NI	9	0,28	11	0,33	20	0,59
RIO GRANDE DO SUL	82	0,76	91	0,84	123	1,1	121	1,08
RONDÔNIA	12	0,76	14	0,88	10	0,58	22	1,27
RORAIMA	1	0,22	4	0,85	3	0,61	1	0,2
SANTA CATARINA	14	0,22	44	0,69	41	0,62	35	0,53
SERGIPE	24	1,15	36	1,71	40	1,82	46	2,1
SÃO PAULO	316	0,76	344	0,82	380	0,87	372	0,85
TOCANTINS	16	1,14	8	0,56	20	1,35	13	0,88

EV - Em validação / **NI -** Não informado

Fonte: site do Sistema Nacional de Informação de Segurança Pública (SINESP) https://www.sinesp.gov.br/estatisticas-publicas. Acesso em 06/05/2015.

APÊNDICE V

Número de registros de ocorrências de furtos de veículos e taxa por 100 mil veículos referente aos anos de 2011 a 2014.

Unidade da Federação	2011		2012		2013		2014	
	Registros de Ocorrências	Taxa por 100 mil veic.	Registros de Ocorrências	Taxa por 100 mil veic.	Registros de Ocorrências	Taxa por 100 mil veic.	Registros de Ocorrências	Taxa por 100 mil veic.
Total	**197.052**	**279,33**	**210.973**	**277,1**	**235.691**	**309,56**	**232.601**	**305,5**
ACRE	16	9,39	NI	NI	NI	NI	NI	NI
ALAGOAS	436	87,95	577	103,78	685	123,21	486	87,42
AMAPÁ	122	93,57	501	354,23	601	424,94	604	427,06
AMAZONAS	1.968	333,68	1.713	266,05	1.507	234,06	1.993	309,54
BAHIA	3.779	146,15	3.480	120,95	4.393	152,68	5.097	177,15
CEARÁ	2.873	147,52	4.277	197,45	4.862	224,46	1.451	66,99
DISTRITO FEDERAL	6.230	467,74	6.131	431,47	6.473	455,53	8.344	587,2
ESPÍRITO SANTO	4.559	333,27	3.041	205,2	1.829	123,42	3.568	240,76
GOIÁS	3.990	148,88	2.107	71,92	4.079	139,24	4.447	151,8
MARANHÃO	1.282	136	1.296	120,04	1.348	124,85	NI	NI
MATO GROSSO	2.712	207,99	3.108	217,39	3.204	224,1	4.026	281,6
MATO GROSSO DO SUL	1.175	110,34	1.145	98,94	1.509	130,4	1.602	138,43
MINAS GERAIS	18.437	240,61	22.606	272,52	13.689	165,02	NI	NI
PARANÁ	NI	NI	NI	NI	15.370	258,14	16.304	273,82
PARAÍBA	288	36,27	321	36,52	285	32,43	345	39,26
PARÁ	1.227	110,61	NI	NI	1.429	112,89	797	62,96
PERNAMBUCO	2.470	123,7	2.996	136,01	3.259	147,95	4.249	192,9
PIAUÍ	718	106,98	831	109,23	1.159	152,34	1.455	191,25
RIO DE JANEIRO	15.593	321,89	16.263	311,97	17.668	338,92	17.684	339,23
RIO GRANDE DO NORTE	NI	NI	1.258	141,64	812	91,43	364	40,98
RIO GRANDE DO SUL	14.631	284,13	15.655	283,88	16.605	301,11	18.585	337,02
RONDÔNIA	1.675	264,02	1.651	235,84	2.306	329,4	2.989	426,96
RORAIMA	527	378,89	652	428,27	795	522,21	564	370,47
SANTA CATARINA	5.718	155,4	11.104	281,79	13.035	330,8	13.165	334,1
SERGIPE	614	127,84	735	138,63	701	132,21	637	120,14
SÃO PAULO	105.122	478,52	108.457	465,74	116.784	501,5	122.593	526,45
TOCANTINS	890	203,5	1.068	221,65	1.304	270,63	1.252	259,83

EV - Em validação / **NI -** Não informado

Fonte: site do Sistema Nacional de Informação de Segurança Pública (SINESP) https://www.sinesp.gov.br/estatisticas-publicas. Acesso em 06/05/2015.

ANEXO I

Parecer do CEP

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA - ENSP/ FIOCRUZ

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE FRENTE À VIOLÊNCIA URBANA
Pesquisador: Cláudia Mendes de Araújo
Área Temática:
Versão: 4
CAAE: 37450114.4.0000.5240
Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 933.895
Data da Relatoria: 11/01/2015

Apresentação do Projeto:
Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas no parecer consubstanciado de número 929.802, de 08/01/2015.

O projeto de pesquisa em tela já recebeu os pareceres consubstanciados do CEP/ENSP de número 861.870, de 07/11/2014 e de número 925.732, de 22/12/2014.

A pesquisa refere-se a Projeto de Mestrado de Saúde Pública de Política e Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação, orientado por Claudia Mara de Melo Tavares, qualificado em 12/03/2014.

Apresenta o seguinte resumo: "O Ministério da Saúde vem incentivando cada vez mais a criação de serviços que realizem o atendimento do cliente em domicílio. A Assistência Domiciliar visa proporcionar a desospitalização precoce, dando suporte no cuidado continuado no domicílio; minimizando intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; diminuindo os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, em especial, os idosos; oferecendo suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares; instituindo o papel

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

prestam atendimento domiciliar. Em face de tal situação, os profissionais da equipe de saúde têm-se recusado a atender em algumas localidades devido à falta de segurança imposta pela presença do tráfico de drogas e a ausência de segurança pública. De acordo com Marsiglia (2013) a violência se tornou uma questão central para o campo da saúde coletiva, por estar disseminada e presente em todas as regiões em especial nas áreas metropolitanas, como a terceira ou segunda causa de mortalidade ou de incapacidade precoce. Téran (2013) pontua que entre os fatores sociais que causam a violência urbana está o processo de empobrecimento e desigualdade social e a crescente insatisfação das expectativas que as pessoas vivem. A violência se faz presente em nossas vidas diariamente, seja através da mídia que nos informa os casos de violência que ocorrem na cidade ou presenciando e/ou vivenciando a mesma. Isso me leva a pensar que, para realizar os atendimentos domiciliares em saúde é preciso elaborar estratégias para driblar a violência e garantir a continuidade da assistência dos pacientes que residem em áreas onde a violência urbana está mais presente. De acordo com Lima at al (2012), o Brasil não é um país pobre, mas sim injusto e desigual e o SUS surgiu como uma proposta inovadora de promover a oferta de serviços públicos à todos os cidadãos, independente de seu poder aquisitivo e tendo como estratégia de reorientação à saúde os princípios norteadores, entre eles, a universalidade, integralidade e equidade. Com isso a garantia de acesso ao atendimento à saúde tornou-se obrigatória e gratuita a toda a população brasileira. Portanto, o desafio da gestão de serviços públicos de saúde consiste em colocar as questões das necessidades assistência em saúde da população pautada nos princípios norteadores do SUS de universalidade, integralidade e equidade".

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta os seguintes objetivos:

"Objetivo Primário:

Discutir as estratégias utilizadas pelos serviços de atenção domiciliar para garantir a assistência dos pacientes frente aos princípios do SUS que residem em área de violência urbana.

Objetivo Secundário:

1) Elencar as estratégias utilizadas pelos serviços de atenção domiciliar para garantir a assistência dos pacientes que residem em área de violência urbana.

2) Comparar as estratégias utilizadas pelos serviços selecionados.

do cuidador, que pode ser um parente, um vizinho, ou qualquer pessoa com vínculo emocional com o paciente e que se responsabilize pelo cuidado junto aos profissionais de saúde; e propondo também a autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital. Em contrapartida a violência urbana surge a partir do convívio entre os indivíduos no espaço urbano e é um grave problema a ser enfrentado atualmente pelos diversos seguimentos da sociedade. Os profissionais de saúde que trabalham na Unidade de Atendimento Domiciliar ao percorrer longas distâncias entre um domicílio e outro para atender os pacientes que residem na área de abrangência do serviço (município do Rio de Janeiro e área metropolitana do estado) enfrentam vários percalços no percurso como engarrafamento, alterações no clima, desconforto ao ficar no mesmo veículo por várias horas, entre outros.

Além disso, um dos principais problemas é a exposição ao risco da violência urbana por estarem constantemente na rua. Esses riscos são de assaltos, acidentes automobilísticos, intimidação por pessoas envolvidas no crime organizado entre outros, principalmente porque muitos pacientes residem em locais próximos a bairros propensos a ocorrência de conflito social entre policiais e criminosos. Esta última situação, muitas vezes, leva o profissional a se recusar a atender este paciente na localidade onde ele reside por medo da violência. A complexidade da temática da violência e suas diferentes causalidades (sociais, políticas e culturais) levam à necessidade de conhecer suas diversas facetas. Neste sentido, este trabalho contribuirá buscando conhecer melhor a realidade da violência urbana e traçar estratégias para garantir a continuidade de tratamento em consonância com os princípios do SUS, através do conhecimento das estratégias e ações já implementadas por outros serviços de atenção domiciliar que atuam no Município do Rio de Janeiro, visto que estes estão expostos ao mesmo tipo de violência que o nosso serviço de atenção domiciliar. Os Hospitais estão ampliando sua diversificação de atuação e estão hoje atendendo os pacientes não somente dentro das Unidades Hospitalares, este atendimento está sendo realizado também dentro dos domicílios como uma forma de continuidade de acompanhamento do atendimento hospitalar, proporcionando a alta hospitalar precoce e dando suporte na recuperação e/ou continuidade do tratamento no domicílio. Esta modalidade de atendimento num território não institucional traz uma nova realidade para a vida do profissional de saúde que presta não apenas o cuidado ao paciente no processo saúde-doença recuperação em si. Este profissional enfrenta também situações relacionadas ao contexto social e cultural em que vive a família e a violência urbana que está presente nas grandes cidades, onde vivem aglomeradas famílias de baixa renda, com baixa escolaridade e baixo nível de saúde. A falta de segurança em alguns lugares é tamanha que chega a oferecer risco para a vida dos profissionais de saúde que

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA - ENSP/ FIOCRUZ

Continuação do Parecer: 933.895

isolada do texto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2) A pesquisadora coloca no cronograma que está anexado ao projeto que as entrevistas e a análise dos dados se iniciariam em janeiro de 2015. No entanto, no cronograma do formulário PB_Informações_Básicas_do_Projeto, ainda consta a informação de que estas atividades ocorreram a partir de novembro de 2014. Considerando que o CEP não chancela pesquisas que já tenham iniciado a coleta de dados, solicita-se que a pesquisadora anexe declaração assinada, e entregue a original no CEP, informando que os dados ainda não foram coletados e que esta etapa só ocorrerá mediante aprovação do sistema CEP/CONEP,
caso esta afirmação seja verdadeira.
Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Considerações Finais a critério do CEP:
Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação", cujo modelo se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

RIO DE JANEIRO, 16 de Janeiro de 2015

Assinado por:
Carla Lourenço Tavares de Andrade
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

3) Identificar com base nas experiências dos serviços analisados, as estratégias com possibilidades de aplicação na UDOMI." (Unidade de Atendimento Domiciliar)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Segundo a pesquisadora:

"Riscos:
Não existem riscos diretos para identificação dos entrevistados, no entanto pode haver risco indireto tendo em vista que a Pesquisa se destina a Instituições federais que possuem o serviço de atenção domiciliar de uma dada região geográfica.

Benefícios:
O benefício está relacionado com o levantamento e junção de elementos que ajudarão os serviços de atenção domiciliar a traçar estratégias para a garantia da continuidade da atenção domiciliar de clientes que residem em área de violência urbana/área de risco".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Protocolo de pesquisa apresenta os elementos necessários para apreciação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Apresenta os seguintes documentos:
- Folha de rosto;
- PB_Informações Básicas;
- Formulário de encaminhamento assinado por José Manuel Maldonado, mas consta o nome de Claudia Mara de Melo Tavares como orientadora no PB_Informações Básicas e no Projeto de Pesquisa;
- Projeto de pesquisa;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
1) A declaração de entendimento e assinatura do participante da pesquisa não pode estar em folha

ANEXO II

Termo de consentimento livre e esclarecido

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

"Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **"ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE FRENTE À VIOLÊNCIA URBANA"**, desenvolvida por **Cláudia Mendes de Araújo**, discente de Saúde Pública de Política e Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação da Professora Dra. **Cláudia Mara de Melo Tavares**.

O objetivo central do estudo é: **Discutir as estratégias utilizadas pelos serviços de atenção domiciliar para garantir a assistência dos pacientes frente aos princípios do SUS que residem em área de violência urbana.**

O convite a sua participação se deve ao fato da sua instituição ser federal e sua fonte financiadora estar na mesma esfera de governo de todas as outras instituições que serão entrevistadas, o Ministério da Saúde (as dificuldades para recursos materiais e humanos são os mesmos) e a área de cobertura do seu serviço ser o município do Rio de Janeiro e municípios adjacentes. A entrevista será realizada com os gestores pois estes que definem os critérios de inclusão e exclusão de áreas de cobertura os serviços, além dos critérios para inclusão de pacientes. Atualmente o Estado do Rio de Janeiro conta com 3 Institutos Federais e 6 Hospitais Federais na sua rede de saúde. Os critérios para a inclusão destes serviços são: instituições federais que estão sob os mesmos regimes administrativos no nível de Governo do serviço em que atuam e, exercem os seus atendimentos no mesmo município estando expostos assim ao mesmo tipo de risco de violência urbana. Não foram selecionados todos os hospitais, por não oferecerem o serviço de atenção domiciliar. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Não existem riscos diretos de sua identificação, no entanto pode haver risco indireto tendo em vista que a Pesquisa se destina a Instituições federais que possuem o serviço de atenção domiciliar no município do Rio de Janeiro. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário semi-estruturado à pesquisadora do projeto. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita caso você autorize. Se você não autorizar a gravação, as respostas serão escritas pela pesquisadora e armazenadas posteriormente em arquivos digitais. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. Somente terão acesso às respostas da entrevista a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP. O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o levantamento e junção de elementos que ajudarão os serviços de atenção domiciliar para a garantia da continuidade da atenção domiciliar de clientes que residem em área de violência urbana/área de risco.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pesquisador responsável com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade".
Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br
http://www.ensp.fiocruz.br/etica
Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

_____

Cláudia Mendes de Araújo
Pesquisador Responsável
E-mail: enfclaudiamendes@bol.com.br

_____

Dra. Cláudia Mara de Melo Tavares
Pesquisadora Orientadora
E-mail: claudiamarauff@gmail.com
UFF, Centro de Ciências Médicas – Rua Dr. Celestino, 70 Centro – CEP: 24000-211. Tel.: (21) 2629-9456

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2015

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.
( ) autorizo a gravação da entrevista
( ) não autorizo a gravação da entrevista

_____
(Assinatura do participante da pesquisa)
Nome do participante: _____

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

ANEXO III

Aprovação do Ministério da Saúde

Webmail Into Digite aqui para pesquisar Esta Pasta Catálogo de Endereços

Caixa de entrada (270)
Lixo eletrônico
Mensagens enviadas
Mensagens excluídas (7)
Rascunhos [1]

Clique para exibir todas as pastas

Gerenciar Pastas...

RES: Contato com a rede - INTO

Alyne Araújo de Melo [alyne.melo@saude.gov.br]

Para ajudar a proteger sua privacidade, parte do conteúdo desta mensagem foi bloqueado. Se você tiver certeza de que essa mensagem é de um remetente confiável e des bloqueados, clique aqui.
Você respondeu em 27/03/2015 12:41.

Enviado: segunda-feira, 23 de março de 2015 12:18
Para: Cláudia Mendes de Araújo - SERAD
Cc: Mariana Borges Dias [mariana.borges@saude.gov.br]; Debora Spalding Verdi [debora.verdi@saude.gov.br]

Olá Claudia,

Após nosso dialogo por telefone, onde você relatou sua aproximação com os outros institutos e com os hospitais federais, além de demonstrar tan criação de um espaço de conversa e construção de um fluxo de desospitalização (alta programada e responsável), conversei com Mariana e ela acc só sinaliza a importância que neste dialogo dos Institutos (INCA, INTO, IFF) e Hospitais Federais do Rio de Janeiro deve ter a presença da coordena Atenção Domiciliar do município do Rio de Janeiro e da coordenação dos Hospitais Federais do RJ.

Dito isso, nos colocamos a disposição para contribuir nesta elaboração de fluxos da alta programada e segura dos hospitais com os SAD dos munici de Janeiro.

Aproveito para encaminhar a portaria de cadastro no SCNES (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0761_08_07_2013.html), qu com você, sobre a possibilidade de estabelecimentos que realizam cuidado domiciliar e não são habilitados no programa Melhor em Casa podere para que possamos ter um panorama de todos os dispositivos de atenção domiciliar no Brasil. Deixado esclarecido, que as **equipes cadastradas no cadastro 47 (EQUIPE DE CUIDADOS DOMICILIARES) não serão custeados pelo Programa Melhor em Casa, já que os mesmo não estão habilitados com o código 13.02 (Habilitações - 1302- SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR)**, conforme parágrafo 2 º do Artigo 5 da **Portaria 761, DE 8 DE JULHC**

"Art. 5º Os recursos de custeio, segundo a Portaria nº 1026 GM/MS, de 03 de junho de 2013 (atualizada/revogada pela **Portaria nº 1. DE 2013**), serão repassados somente aos Municípios e Estados cujos estabelecimentos de saúde estão habilitados em Portaria 13.02 descrição SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR.

§ 2º As equipes do tipo 47 - EQUIPE DE CUIDADOS DOMICILIARES poderão ser cadastradas no SCNES, porém não fa de custeio específico."

Estamos a disposição para esclarecimentos e apoio.

Atenciosamente,

Alyne Melo
Técnica Especializada da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar
Endereço: SAF SUL, Quadra 2, Lt 5/6, Bloco II, Ed. Premium, Subsolo, Sala 05. Brasília-DF. CEP: 70070-6(
Tel: (61) 3315-9030

SUS Ministério da Saúde Governo Federal

20/05/2015 RES: Contato com a rede - INTO - Outlook Web Access Light