

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

**ADELAIDE LÚCIA KONZEN**

**ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E A CONTINUIDADE DO CUIDADO NO DOMICÍLIO:  
DIAGNÓSTICO E INFORMAÇÃO**

Porto Alegre

2005

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	3
TEMA .....	4
OBJETIVOS .....	4
Objetivo Geral .....	4
Objetivos Específicos .....	5
JUSTIFICATIVA .....	5
PROBLEMA .....	8
HIPÓTESES.....	8
REFERENCIAL TEÓRICO .....	8
METODOLOGIA.....	15
CRONOGRAMA DE TRABALHO PREVISTO.....	18
BIBLIOGRAFIA .....	18
ANEXOS .....	20

## INTRODUÇÃO

No atual sistema de saúde, o Hospital é o local para onde as pessoas são encaminhadas quando acometidas por alguma intercorrência ou urgência em saúde, portanto local que concentra tecnologia, informação e conhecimento para definição de diagnósticos e tratamentos necessários para superação dos problemas de saúde, possibilitando a continuidade da vida, que se dá, muitas vezes, com seqüelas graves e incapacitantes, fazendo com que estas pessoas passem a depender de outro, para efetivamente **continuar a viver**, habitualmente é a família/cuidadora assume este papel. Tornando-se esta também, foco da nossa atenção e cuidado, digo isso porque, muitas vezes, ela é lembrada somente no momento da alta hospitalar e não como sujeito importante, que garantirá, das mais variadas formas, a vida que dela depende, e que, na maioria dos casos, não necessita de alta tecnologia mas de informação, formação e suporte que dêem conta de suas necessidades para continuidade do cuidado no domicílio.

Nesse sentido, a rede de suporte ao cuidador domiciliar, mostra a sua complexidade, considerando o contexto em que o indivíduo e sua família /cuidadora estão inseridos e os vários atores envolvidos nesta atividade que vão desde o

compromisso dos profissionais de saúde em vários níveis e áreas de atuação até associações, ONGs, etc...da comunidade.

Mas a necessidade de construção da rede de assistência, se dá, à partir do momento em que a família/ cuidadora toma consciência de seu papel, que deveria iniciar durante a internação hospitalar, por meio de um sistema de troca de informação e formação, peculiares a cada situação, e que muitas vezes, o Hospital não partilha com a família/ cuidadora, nem com os demais componentes da Rede de Atenção Básica de referência.

Nesse sentido, este estudo propõe-se a aprofundar o seguinte:

## **TEMA**

Assistência Hospitalar e a continuidade do cuidado no domicílio à pessoas portadoras de incapacidade – Diagnóstico e Informação.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Estudar os problemas de informação existentes entre profissionais de saúde e família/cuidadora que interferem no cuidado pós-alta hospitalar, e propor estratégias para qualificar a assistência de pessoas portadoras de incapacidade no domicílio, contribuindo com a melhoria da qualidade de vida desta parcela da população.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar com a família quais, em que momento e por quem, as informações e orientações sobre os cuidados foram fornecidas, durante a hospitalização e /ou no momento da alta hospitalar.

- Conhecer as dúvidas e necessidades que a família/cuidadora percebe ou manifesta, com relação ao ato de cuidar.

- Identificar alguns problemas existentes no fluxo de informações entre o hospital/postos de saúde, profissionais de saúde e família/cuidadora, na assistência às pessoas portadoras de incapacidades pós-alta hospitalar.

- Propor estratégias que possam ser implementadas, na qualificação da informação oferecida e desse modo colaborará com a assistência à família/cuidadora.

## **JUSTIFICATIVA**

O interesse nesta área deve-se ao fato de considerarmos a informação, formação, troca de idéias e saberes entre profissionais de saúde e usuários/família cuidadora de pessoas portadoras de incapacidade, como fundamental para a

continuidade do cuidado no domicílio, local é onde as pessoas passam a maior parte de suas vidas.

Considerando também o fato de que, a cada dia que passa existe um número cada vez maior de pessoas nesta situação (cuidando ou sendo cuidadas), das mais variadas idades e pelos mais variados motivos (envelhecimento da população, acidentes de trânsito, violência com armas, etc...), onde o hospital atende por um período determinado, com espaço restrito, vagas limitadas e com um custo elevado pelos recursos tecnológicos que agrega ao tratamento.

Neste cenário, a disputa por leitos e os critérios de internações hospitalares são, muitas vezes, motivo de conflitos, como avaliam MERHY e CECÍLIO (2003):

... o denominado “sistema de saúde” é, na verdade um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre “racionais”, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos à partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos à uma única racionalidade institucional ordenadora,

E sugere que se pense em alternativas que vinculem o hospital , de forma mais adequada, à rede de serviços de saúde e comunidade.

Sistema este que até então delega, geralmente a família/ cuidadora dar continuidade, por tempo indeterminado, a assistência necessária a esta pessoa portadora de incapacidade temporária ou permanente. Diante desta realidade, verificou-se a necessidade de se construir alternativas de assistência que contemplem, não somente a **assistência hospitalar** como espaço de cuidado, mas que este também atente a continuidade deste cuidado, através da capacitação para

**assistência domiciliar** pós-alta hospitalar, como suporte a essa família e canal de abertura do hospital para a realidade da vida de seus usuários, comunidade, vinculado-se a rede de apoio necessária para implementação destes cuidados. Neste sentido, este trabalho torna-se relevante, a medida em que busca apontar elementos para discussão a cerca da integralidade e a continuidade do cuidado domiciliar

Na implementação do Programa de Assistência Domiciliar pós-alta hospitalar, junto ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC)<sup>1</sup>, da qual componho a equipe de trabalho, verificam-se algumas dificuldades manifestadas pelas famílias cuidadoras e observadas pela equipe, que vão desde o pouco conhecimento sobre a atual situação de saúde da pessoa que está sob seus cuidados, o que aconteceu durante a internação e o que deverá ser feito à partir de então, sentir-se só e com medo de não saber ou não conseguir cuidar adequadamente o “acamado”, não entender o que está escrito na prescrição e orientações recebidas, ser analfabeto, a quem deverá recorrer se tiver dúvidas ou intercorrência, onde conseguir recursos, dos mais variados, de acordo com a necessidade de cada pessoa, ex: fraldas, seguridade (se a pessoa que se tornou incapacitada era a única fonte de renda e sustento da família), etc... .

Essas e outras dificuldades, que, em muitos casos poderiam ser resolvidas, se houvesse a preocupação com a continuidade e integralidade do cuidado, que de acordo com CECÍLIO (2001) que diz que:

---

<sup>1</sup> O Programa de Assistência Domiciliar (PAD), que iniciou em 2004, com o objetivo de prestar assistência domiciliar para os casos de pessoas internadas, mas que não necessitem do leito hospitalar para o tratamento.

pode haver algum grau de integralidade “focalizada” quando uma equipe, em um serviço de saúde, através de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível as necessidades de saúde trazida por cada um.

De acordo com MERHY (2003)... A integralidade do cuidado que cada pessoa real necessita, freqüentemente transversaliza todo o “sistema”, possibilitando assim a continuidade do cuidado no domicílio de forma mais segura, organizada, diminuindo sobrecargas e repetidas internações hospitalares.

A relevância desta pesquisa está em aprofundar o estudo sobre as dificuldades de comunicação, informação e formação da família cuidadora, na identificação de suas razões, origens e mecanismos que as reproduzem, buscando propor estratégias para qualificação da assistência prestada no domicílio.

## **PROBLEMA**

As pessoas portadoras de incapacidade que recebem alta hospitalar, não estão tendo os cuidados necessários no domicílio, em parte por deficiências/insuficiências nas informações fornecidas pelo hospital.

## **HIPÓTESES**

- O Hospital tem dificuldades em traduzir as informações necessárias à família cuidadora, revelando descomprometimento do cuidado pós-alta hospitalar, centralizando as informações, o conhecimento e gerando dependência para o cuidado.

- As informações e orientações são fornecidas sem planejamento, e habitualmente no dia da alta hospitalar, pouco levando em consideração o contexto do indivíduo, nem o suporte necessário para a continuidade do cuidado no domicílio.

- As famílias cuidadoras não entendem e/ou não conseguem implementar as informações e orientações recebidas no hospital.

## REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, segundo dados levantados pelo Plano Nacional de Saúde (PNS 2004-2007) as projeções estatísticas apresentadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS evidenciam que entre os anos 1950 a 2025, a população de idosos no Brasil crescerá dezesseis vezes contra cinco da população total. Deixando o País como a sexta maior população de idosos no mundo, com aproximadamente 32 milhões de pessoas acima de 60 anos.

Tendo em vista a preocupação já manifestada por alguns autores<sup>2</sup> com relação a transição demográfica, no que se refere ao envelhecimento da população, e a mudança do perfil epidemiológico, de doenças infecto-contagiosas para crônico-degenerativas. Os impactos destas mudanças no Sistema de Saúde são identificados por PEREIRA (1997, p.165) quando afirma:

que envelhecimento da população, pode ter efeitos marcantes sobre os serviços de saúde. As repercussões advêm das associações da velhice com maior prevalência de doenças degenerativas e de incapacidades diversas acarretando aumento da demanda de cuidados de pacientes crônicos: maior número de consultas, de exames de laboratório, de internações, assim como maior duração de cada internação, o que representa custos mais elevados.

---

<sup>2</sup> Ver in: Pereira M.G., Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2007, Karsch, Ursula M..

Acrescentando a essa realidade o fato o número de acidentes de trânsito e de vítimas de violência, geram pessoas com incapacidades diversas. E por conseqüência, um aumento na demanda de cuidados à pacientes crônicos. Conforme levantamento realizado pelo Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN), a faixa etária de 15 a 24 anos concentrou um maior número isolado de vítimas, confirmando o resultados obtidos em um estudo desenvolvido pelo Hospital Sarah, sobre o perfil dos pacientes internados por acidentes de trânsito, onde prevaleceram os neurotraumas (lesões medulares e cerebrais) foram responsáveis por 63,2% das internações hospitalares, deste universo 60.5% desenvolveram paraplegias e 39.5% tetraplegias.

Diante disto faz-se necessário construir mudanças urgentes no atual sistema de saúde, onde segundo a constatação da Política Nacional de Saúde-PNS (2004-2007), afirma que: "... com o desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde centrada no hospital, nas especialidades médicas e na utilização de alta tecnologia, esse modelo revelou-se caro e pouco eficaz para resolver os problemas de saúde da população".

Conforme estudo e avaliação, revela no livro Transformação de gestão dos hospitais da América Latina e Caribe:

Os serviços de saúde prestem, tanto como for possível, atenção ambulatorial, em centros de saúde próximos ao lar das pessoas e com capacidade para resolver o maior número de problemas de saúde possível, evitando, desta forma, tratamentos desnecessários e, especialmente, a hospitalização<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> pg. 72

O hospital é um componente fundamental da rede de serviços. Sua atenção isolada reduz sua contribuição à solução dos problemas de saúde e aumenta custos. Os sistemas de informação devem articular-se em pontos críticos com os do sistema de saúde. A capacidade de acrescentar informação e estabelecer perfis de problemas estratégicos em conjunto com unidades locais de saúde, seria uma das condições necessárias para inserir o hospital na rede de serviços e nos objetivos globais do sistema<sup>4</sup>.

Visando construir novas alternativas de assistência às pessoas portadoras de dependência,<sup>5</sup> no Sistema de Saúde que dê conta das necessidades desta crescente demanda. Nesse sentido, o envolvimento da família nos cuidados destes pacientes com dependência, tem-se mostrado bastante eficaz, e com menos custo ao Sistema de Saúde. A definição de família baseia-se no conceito utilizado por RICE (2001), “é um grupo de pessoas que vivem juntas ou em contato íntimo, cuidam umas das outras e proporcionam cuidado, apoio, criação e orientação para seus membros dependentes, uns aos outros”.

As alternativas na assistência foram abordadas em CALDAS, onde:

A dependência precisa ser reconhecida como uma importante questão de saúde pública, seu impacto sobre a família e a sociedade não pode ser subestimado. Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 1999) revelando a importância da parceria entre os profissionais de Saúde e as pessoas que cuidam... aponta que essa parceria deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio,... evitando-se assim, na medida do possível hospitalizações, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento.

Deve se considerar ainda que, atualmente fica a cargo das famílias/cuidadoras, a tarefa de dar continuidade ao cuidado às pessoas portadoras de dependência após a alta hospitalar. CHAPPELL (1993) aponta que: “... em todas

---

<sup>4</sup> pg 306

<sup>5</sup> Segundo Caldas, entende-se como pessoas portadoras de dependência, os indivíduos que necessitam de uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida. Que é o .resultando do somatório da incapacidade com a necessidade.

as abordagens, as contribuições e o papel do cuidado informal da família e dos amigos são uma pedra angular na nova retórica, apoiada pela pesquisa gerontológica sobre suporte e cuidados prestados no domicílio. "Constata também que a família e os amigos são a primeira fonte de cuidados.

Em contrapartida avaliando a situação de algumas famílias brasileiras, CALDAS (2002) afirma que:

um cuidado que se apresenta de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente, é observado em situações nas quais os membros da família não estão disponíveis, estão despreparados para o cuidado ou sobrecarregados por essa responsabilidade,

Diante dessa realidade, encontramos muitas vezes sinais de abusos e maus tratos como motivo de hospitalização e de intervenção também.

Como diria MOTTA:

Sujeitos tem modos de andar a vida que se modificam pela ocorrência de uma doença. É claro que o modo de andar a vida não são escolhas das pessoas, mas emergem do próprio modo como a vida se produz coletivamente. O modo de andar a vida de um sujeito não pode ser compreendido como dissociado do modo como a vida anda num certo lugar, aonde ele vive.

Segundo este, cada indivíduos tem o seu modo de viver, este que pode ser mudado quando tornam-se doentes, partindo assim de uma escolha não pessoal mas que efetivamente modifica o modo de vida das pessoas.

D acordo com estudo realizado pelo Ministério da Saúde 2003, sobre violência intrafamiliar, revela que:

os profissionais de saúde estão em uma posição estratégica para detectar riscos e identificar as possíveis vítimas de violência intrafamiliar, para enfrentar esse problema é necessária a construção de uma rede integrada de assistência envolvendo diferentes setores (governamentais e não governamentais) para atuação conjunta com a área da saúde. Destacando que, nem sempre os maus tratos são praticados de forma intencional, podendo ser resultado do despreparo para lidar com a situação ou das condições socioeconômicas da família ou comunidade.

O Ministério da Saúde, visando a Reforma do Sistema Hospitalar Brasileiro (2004), levantou como alternativa de assistência o Programa de Assistência Domiciliar Pós Hospitalar. Este Programa vem sendo implementado junto ao Grupo Hospitalar Conceição desde 2004. Revelando nessa experiência, de um lado, as dificuldades na mudança de um sistema centrado no Hospital, e de outro, uma boa aceitação por parte da população atendida pelo Programa.

Uma das dificuldades reveladas nesta experiência está no acesso à informação e a formação na área da saúde, às famílias cuidadoras. Comprometendo, a continuidade do cuidado no domicílio, após a alta hospitalar. A informação e a formação são ferramentas importantes na geração de conhecimento da realidade e na independência de ser, de pensar e de fazer consciente e com qualidade. Conforme (MOTA, p.505) “a informação é essencial para tomada de decisões. O conhecimento sobre a situação de saúde requer informações ...”, este princípio vale para qualquer situação, independente do nível em que ela se encontre.

São a partir das informações que recebemos, que tomamos conhecimento dos nossos direitos, deveres, conhecemos nossa real situação, e encontramos saídas para algumas dificuldades, e alternativas de cuidado de si e do outro.

Assim, a informação na implementação do cuidado a saúde é estratégica e, continua MOTA "... as informações só podem contribuir para o desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde se forem amplamente difundidas entre todos os profissionais e disponibilizadas à população".

O desafio está na construção dos caminhos da informação em saúde, eliminando os mecanismos de centralização da informação/conhecimento, identificando suas causas e conseqüências.

Em se tratando de informações à família/cuidadora, parte-se do pressuposto, de que os profissionais de saúde conhecem, de forma mais qualificada, as doenças e quais os cuidados e necessidades que as mesmas exigirão da pessoa doente e ou da família/cuidadora. Citando o exemplo de CECÍLIO e MERHY (2003),

...O momento de alta de cada paciente deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel de referência e contra-referência, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico. O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar maior autonomia e na reconstrução de seu modo de andar a vida.

Neste sentido cabe aos profissionais de saúde prestar informações, orientações e formação necessárias a família/cuidadora, sem esquecer de que todo ser doente ou não tem sua história e está inserido em um contexto, ajudando-a na reflexão sobre a melhor forma de assistir a pessoa dependente no domicílio, no que diz respeito aos cuidados prestados pela família/cuidadora.

Conforme acrescenta Mattos, sobre a questão da integralidade do cuidado:

Nós profissionais da saúde, detemos um vasto conhecimento sobre as doenças e os sofrimentos por elas causados, bem com um certo número de ações capazes de interferir em algum grau sobre o modo de andar a vida estreitado pela doença. Esse conhecimento que nos permite atuar diante de um sofrimento assistencial. Mas na perspectiva da integralidade, não devemos reduzir um sujeito à doença que lhe provoca sofrimento.

Em estudo qualitativo realizado por MEDEIROS et al.(1998), sobre a trajetória de vida dos cuidadores de uma população de baixa renda, perfil da maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que apontam resultados bastante fidedignos com a realidade de outras regiões metropolitanas do país, relata que:

Os cuidadores mencionaram que, quando da alta hospitalar, os familiares raramente receberam informações clara a respeito da doença, orientação ou apoio para os cuidados, nem a indicação de um serviço para prosseguir um tratamento. A maioria dos cuidadores foi orientada superficialmente, sobre medicação, alimentação e retornos.

Segue dizendo que “estabelece-se, então, um círculo vicioso: doença falta de tratamento, agravamento da doença e, como conseqüência, aumento dos gastos com a doença”.

Destaca-se então, a importância da informação sobre os cuidados, o envolvimento e compromisso dos profissionais de saúde na capacitação desta família/cuidadora, durante a internação hospitalar, de forma a sentir-se segura e capaz de ir em busca do que é necessário, na implementação do cuidado após a alta hospitalar. As dificuldades das famílias/cuidadoras em assimilar as informações “transmitidas” pelos profissionais de saúde, e por consequência em seguir as orientações, faz com que muitos retornem ao hospital. Compreender então os limites de comunicação e buscar a sua superação pode contribuir na superação deste problema.

De acordo com estudo realizado por PERLINI (2000):

As informações e ou orientações recebidas durante a internação hospitalar denotam o descompromisso dos profissionais de saúde com a continuidade de cuidado em casa reforçando a lacuna existente entre o cuidado hospitalar e o cuidado domiciliar,

Cita também a “desinformação e o medo de cuidar, como dificuldades apresentadas pela família/cuidadora”, gerando em muitos cuidadores, um sentimento de incapacidade de prestar os cuidados mais elementares no domicílio e como reflexo, um ciclo de dependência da assistência hospitalar como única fonte segura de prestação de cuidados.

O reconhecimento da importância dos cuidados de longo prazo na comunidade e afirmado por CHAPPELL (1993):

... que os países desenvolvidos têm reconhecido essa importância e a integração dos cuidados comunitários aos serviços de saúde, está acontecendo. Esses países também demonstram que ampliar a atenção à

saúde para uma maior valorização e inserção de cuidados na comunidade é concomitante aos estudos e preocupações com custo-eficácia.

## **METODOLOGIA**

O estudo se desenvolverá através de uma Pesquisa de natureza aplicada, com abordagem quanti-qualitativa, tipo exploratória, através de entrevista semi-estruturada, questionário e observação participante. Segundo manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas, LAVILLE & DIONNE (1999), possibilitam a verificação das hipóteses.

Para captar os aspectos qualitativos deste estudo, aplicar-se-á, mediante consentimento declarado, uma entrevista semi-estruturada e observação participante, às famílias que compõem a amostragem, sendo realizada através de visita domiciliar. A estas somam-se a aplicação de um questionário para captar os aspectos quantitativos, junto às famílias atendidas pelo Programa de Assistência Domiciliar (PAD/ GHC).

A amostragem sugerida para as entrevistas e questionários, deverá ser composta por famílias/cuidadoras de pessoas incapacitadas, que estiveram internadas nos hospitais Nossa Senhora da Conceição e Cristo Redentor e que estão sendo atendidas pelo Programa de Assistência Domiciliar (PAD) pós-alta hospitalar do Grupo Hospitalar Conceição.

A área de atuação do PAD/GHC, definida pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, compreende, a zona norte e adjacências, tendo em seu território 39 Postos de Saúde, com uma população em torno de 370 mil pessoas (Pref. POA-2003), de

classe média baixa, com áreas de ocupação irregulares, áreas de risco, zonas de tráfego. Anterior a implantação, o Programa foi discutido com todos os Postos de Saúde que compõem a área, e também com as unidades de internação que compõem os respectivos hospitais, no sentido de trocar idéias, fortalecer os vínculos e discutir a necessidade da implementação deste tipo de assistência e do papel de cada um na construção da Rede de Assistência à Saúde.

Os itens constituintes da entrevista, sugestão de roteiro em anexo, serão indicadores que auxiliarão para a prova das hipóteses, somadas com as informações contidas nos questionários, em fase de elaboração pela equipe do PAD, bem como a observação participante e a análise documental, onde a priori pretende-se analisar os relação de reinternações a partir da implantação do Programa, os receituários destes pacientes, as notas de alta hospitalar, bem como os registros resultantes das visitas domiciliares.

Estes indicadores, tabulados e organizados, serão analisados a luz dos referenciais teóricos existentes e constituirão a base de campo para a prova de hipóteses.

A análise elaborada, bem como a prova das hipóteses e a fundamentação serão sistematizados em um relatório preliminar, que será aprofundado pela equipe do Programa, e com as suas considerações, será elaborado o relatório final.

Este estudo, servirá como uma das referências teóricas do Programa, constituindo-se num documento importante para reflexão e construção de indicadores para a qualificação do trabalho da equipe. Para tanto, sugere-se a

defesa pública deste trabalho, envolvendo a direção do Hospital, e os responsáveis pelo Programa que deverão tecer as suas considerações, em um primeiro momento e após, este documento será apresentado para discussão junto a rede básica de saúde

Após os registros resultantes da discussão, recomenda-se a sua publicação, para que o mesmo estudo possa contribuir com a construção de propostas alternativas na qualificação do cuidado de pessoas portadoras de incapacidade.

### CRONOGRAMA DE TRABALHO PREVISTO

<b>ROTEIRO PREVISTO</b>	<b>MÊS 1</b>	<b>MÊS 2</b>	<b>MÊS 3</b>	<b>MÊS 4</b>	<b>MÊS 5</b>	<b>MÊS 6</b>	<b>MÊS 7</b>
Planejamento Trabalho							
Identificação e Contato com as famílias a serem entrevistadas							
Entrevistas							
Encaminhamento Questionários							
Análise Documental e Pesquisa Participante							
Sistematização das Entrevistas							
Tabulação dos Questionários							
Análise Teórica							
Elaboração Relatório Preliminar							
Elaboração do Relatório Final							
Apresentação e Publicação dos Resultados Identificados							

### BIBLIOGRAFIA

BOFF, L. **Saber Cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra 7a edição. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999. 200p.

**BRASIL**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília: Cadernos de Atenção Básica, n. 08, p. 27- 72, 2003.

**BRASIL**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Política Nacional de Saúde (PNS. 2004-2007) Diário Oficial da União, n.238 p.10, 2004.

CALDAS, C. P. **Envelhecimento com dependência**: responsabilidades e demandas da família. Cadernos de Saúde Pública, vol.19, n.03, RJ.- jun/2003. BVS, Scielo acessado em 02/09/05.

\_\_\_\_\_, **O idoso em processo demencial**: o impacto na família. In: Antropologia, Saúde e envelhecimento (M.C. Minayo & C. Coimbra Jr., org.) pp.51-71, RJ.: Editora Fiocruz, 2002.

CECILIO, L. C. & MERHY, E.E.. Integralidade **do cuidado com eixo da gestão hospitalar**. mar/ 2003, pg.03, Campinas: BVS-Bireme acessado em 08/2005.

CHAPPELL, N. L. **The future of health care in Canadá**. Journal of Social Policy., 1993.

FOUCAULT, M.; **Microfísica do Poder**. 19<sup>a</sup> ed.; Rio de Janeiro: Editora Graal, 1979. 295p.

LAVILLE, C. & DIONE, J. **A Construção do Saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Editoras: UFMG e ARTMED/POA, 340p. 1999.

MATOS, Rubens Araújo. Cad. **Saúde Pública**, vol. 20 nº 5 Rio de Janeiro: Set-out 2004.

OPAS, **A transformação da gestão dos hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/OMS, p.72-306, 2004.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Ed. Guanabara Transição Demográfica e Epidemiológica. Cap.08, pg.165. e Mota, E., Carvalho, D. M., 1997. Sistemas de Informação em Saúde. Cap. 22, p. 505, 1997.

PERLINI, N. M. O.G. **Cuidar de pessoa incapacitada por AVC no domicílio**: o fazer do familiar cuidador. SP. Acessado BVS base de dados LILACS em 23/06/05, 2000.

RICE, R., **Home care nursing**: practice and application, 3 ed. St. Louis: Morby, 2001.

THUMS, J. **Acesso à realidade**: técnicas de pesquisas e construção de conhecimento. 2 ed., Porto Alegre: Sulina, Ulbra, 2000. 248p.

## **ANEXOS**

## Questões para a entrevista semiestruturada:

### Dados de Identificação:

- Quem responde: pessoa incapacitada e/ou cuidador (ver grau de parentesco)
- Há quanto tempo cuida e porque? Idade? Sexo: M ( ) F ( )
- Grau de Instrução?
- Renda Familiar?

### Questões:

- 1) O que achas, sentes ou sabes sobre o ato de cuidar de alguém em casa?
- 2) Quais as dificuldades encontradas?
- 3) O que aprendeu durante a internação hospitalar, como aprendeu e com quem?
- 4) Quanto às informações e orientações sobre como cuidar, fornecidas durante a internação:
  - Quando foram dadas, em que momento?
  - Por quem?
    - O sr (a) entendeu-as? Como?
    - Ficaram dúvidas? Quais?
- 5) Que informações e orientações o sr (a) considera importantes para continuar o cuidado em casa e como deveriam ser dadas?
- 6) O que o sr (a) acha que poderia ou deveria se fazer para melhorar o cuidado em casa?
- 7) Como avalias o apoio necessário para o cuidado em casa?
- 8) Que outras considerações gostaria de fazer a este respeito?

## ORÇAMENTO

### Recursos Humanos:

Participação de no mínimo, três profissionais que compõem a equipe do Programa de Assistência Domiciliar (PAD/GHC)

Disponibilização de 02 turnos semanais para realização das entrevistas e outras atividades;

Um apoio para a tabulação do questionário;

Um apoio para a transcrição das fitas;

Um apoio para a formatação do relatório final.

### Recursos Materiais:

1- Gravador e 30 Fitas cassetes,

2- Microcomputador e impressora;

3- Linha telefônica,

4- Folhas A4, caneta, lápis, borrachas, 04 cartuchos de tinta para impressora

5- Transporte para as Visitas Domiciliares.

6- Uma máquina fotográfica e 3 filmes para documentação do trabalho.

7- Reprodução de 30 cópias do Relatório Final;

8- Publicação do Trabalho.

OBS: O Programa já dispõe de parte destes materiais, com exceção dos item 1,6 e 8.

**ADELAIDE LÚCIA KONZEN**

**ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E A CONTINUIDADE DO CUIDADO NO DOMICÍLIO:  
DIAGNÓSTICO E INFORMAÇÃO**

Projeto de Pesquisa Apresentado ao  
Curso de Especialização em Informação Científica &  
Tecnológica em Saúde-ICTS  
Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Informação Científica e Tecnológica  
Grupo Hospitalar Conceição  
como Requisito Parcial à Obtenção do Título de  
Especialista

Orientador: Doutor em Saúde Pública/FSP/USP Everton Soeiro

Porto Alegre

2005

