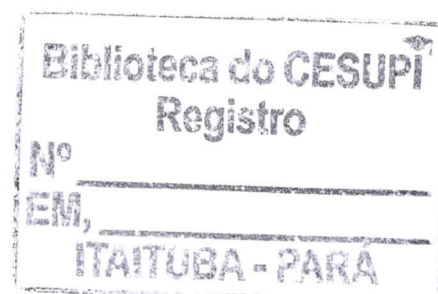




CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM
PORTARIA MEC Nº251/2011

CLÉCIA VIANA SILVA
TIAGO SILVA DE ALMEIDA

**ATENÇÃO DOMICILIAR: implementação na Zona Urbana do
Município de Itaituba, Estado do Pará, Brasil**



Itaituba, PA

2022

CLÉCIA VIANA SILVA
TIAGO SILVA DE ALMEIDA

**ATENÇÃO DOMICILIAR: implementação na Zona Urbana do
Município de Itaituba, Estado do Pará, Brasil**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Mestranda Bruna Santana de
Souza Soares.

Itaituba, PA

2022

CLÉCIA VIANA SILVA

TIAGO SILVA DE ALMEIDA

**ATENÇÃO DOMICILIAR: implementação na Zona Urbana do
Município de Itaituba, Estado do Pará, Brasil**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Esp. Bruna Santana de Souza Soares.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: 100

Profª Esp. Bruna Santana de Souza Soares

Avaliador: _____ Nota: 100

Prof. Esp. Raimisson Antônio Abreu dos Santos

Avaliador: _____ Nota: 100

Profª. Esp. Rosangela de Aguiar Rodrigues

Resultado: Aprovados Média: 100

Data: 13 de Abril de 2022.

Dedicamos este trabalho a nossos familiares por todo ensinamento, acompanhamento e força diária em busca deste sonho. Grato a Deus pelo dom da vida e por nos guiar e fortalecer na caminhada!

AGRADECIMENTOS

CLÉCIA VIANA SILVA

Primeiramente eu agradeço a Deus por me dar força coragem e sabedoria para que eu pudesse enfrentar as barreiras e dificuldades encontradas nesse curso.

A minha mãe Toinha que sem ela não teria conseguido chegar onde estou, pelos seus puxões de orelha, cuidado, parceria e acima de tudo amor. Ela que é a prova maior do cuidado de uma mãe por uma filha, com ela aprendi a ser um ser humano melhor e que busca vencer mesmo com as dificuldades as batalhas diárias, meu muito obrigada, querida Mãe!

Aos meus filhos Antonella e Levy que me deram motivação pra terminar, às vezes pensava em desistir, aguentava toda aquela rotina por vocês para que no futuro tenham orgulham de mim como mãe, mulher e profissional.

Ao meu esposo Leandro Pereira Caldas pela paciência e companheirismo todos esses anos, quando precisei está ausente de casa e ele assumia a responsabilidade do dia a dia.

Minha irmã Núbia Viana Silva pela ajuda grandiosa nesse percurso cuidando dos meus filhos. Minha sogra Rosemir que também cuidava das crianças quando era preciso. Aos meus irmãos Naldyvan Viana Silva, Ivo Viana, Alisson José Viana, é minha cunhada Daniela Souza.

A minha amiga de sala de aula Gerciane Alves, pela motivação e parceria sempre. Ao companheiro de dupla, Tiago por todo companheirismo nessa etapa.

A minha orientadora Bruna Santana pela parceria paciência e auxílio nessa caminhada final, obrigada por tudo que tens ensinado para assim ser uma excelente profissional.

TIAGO SILVA DE ALMEIDA

Ao meu Deus que tudo pode, que tudo vê e tudo sabe, pois assim como nem mesmo uma folha pode cair de uma árvore sem seu consentimento, sequer uma lauda poderia ter sido escrita sem sua permissão.

A minha família pela confiança e motivação. Aos meus pais, minha Mãe Neime Oliveria, meu Pai Sérgio Rufino, Esposa Misleia Maia, Meus Filhos Davi Lucas e Davilah. Aos meus irmãos Bruno Sérgio, Melkzedek, Tainara, Natielle,

Aquila, Heloísa. Não esquecendo também meus avós José Fernandes, Maria do Carmo (*in memoriam* - Mãe-Avó), e Luiza Cardoso.

A professora orientadora Bruna Santana, braço amigo de todas as etapas deste trabalho, que sempre nos incentivou a estudar mais.

Aos professores e colegas de curso, pois juntos trilhamos uma etapa importante em nossas vidas.

A todos que com boa intenção, colaboraram para a realização e finalização deste trabalho!

Enfermagem é a arte de cuidar incondicionalmente, é cuidar de alguém que você nunca viu na vida, mas mesmo assim, ajudar e fazer o melhor por ela. Não se pode fazer isso apenas por dinheiro... Isso se faz por e com amor!

Angélica Tavares

RESUMO

A atenção primária envolve os primeiros serviços de assistência à saúde, sendo porta de entrada para a manutenção da saúde da população em geral. Este Trabalho de Conclusão de Curso teve o objetivo de Investigar a implementação da atenção domiciliar no Município de Itaituba, PA, partindo das concepções da importância do Atendimento Domiciliar. Ainda com a sequência dos objetivos específicos que deram ênfase para a pesquisa como: Caracterizar o serviço de Atenção Primária do Município de Itaituba; descrever como é organizada a assistência à saúde do serviço no Município de Itaituba e pontuar as dificuldades que o serviço de Atenção Primária do Município de Itaituba enfrenta para realizar assistência integral a saúde dos pacientes domiciliados. E ainda levantando as seguintes questões norteadoras: Qual o cenário atual do serviço de Atenção Primária na Atenção Básica (AB) do Município de Itaituba? E para alcançar os resultados da pesquisa sobre o tema estudado usou- metodologia do tipo teórica empírica, com abordagem qualitativa, de levantamento, de natureza básica, quanto ao objetivo, descritiva. Os resultados desse estudo apontam a importância do Atendimento domiciliar para pacientes que não podem se locomover e a atuação do enfermeiro frente a essa linha de trabalho que busca de forma positiva melhorar as condições de vida do indivíduo. As participantes da pesquisa demonstraram estarem aptas para desenvolver seu trabalho diante da Atenção Domiciliar. Logo a pesquisa apresenta relevância significativa como suporte acadêmico e fortalecimento das ações de prevenção e promoção da saúde na atenção primária.

Palavras-Chaves: Atenção Domiciliar. Assistência. Enfermeiro.

ABSTRACT

Primary care involves the first health care services, being the gateway to maintaining the health of the population in general. This Course Conclusion Work aimed to investigate the implementation of home care in the Municipality of Itaituba, PA, starting from the conceptions of the importance of Home Care. Still with the sequence of specific objectives that gave emphasis to the research, such as: Characterizing the Primary Care service of the Municipality of Itaituba; to describe how the service's health care is organized in the Municipality of Itaituba and to point out the difficulties that the Primary Care service of the Municipality of Itaituba faces to provide comprehensive health care for domiciled patients. And still raising the following guiding questions: What is the current scenario of the Primary Care service in Primary Care (AB) in the Municipality of Itaituba? And to achieve the results of the research on the topic studied, it was used a theoretical-empirical methodology, with a qualitative approach, of a survey, of a basic nature, as to the objective, descriptive. The results of this study point out the importance of home care for patients who cannot get around and the role of nurses in this line of work that seeks to positively improve the individual's living conditions. The research participants demonstrated that they were able to develop their work in the context of Home Care. Therefore, the research has significant relevance as academic support and strengthening of prevention and health promotion actions in primary care.

Keywords: Home Care. Assistance. Nurse.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção domiciliar
AVC	Acidente vascular cerebral
AVE	Acidentes Vasculares Encefálico
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde (CNS)
CP	Cuidados Paliativos (CP)
DO	Diretoria Operacional (DO)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
EACS	Estratégia de Agente Comunitários de Saúde (EACS)
ESF	Estratégia Saúde da Família (ESF)
MS	Ministério da Saúde (MS),
ODP	Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP)
OMS	Organização Mundial de Saúde (OMS)
RAS	Rede de Atenção a Saúde (RAS)
SEMSA	Secretária Municipal de Saúde (SEMSA)
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
UBS	Unidade Básica de Saúde (UBS)
USF	Unidade de Saúde da Família (USF)
VAD	Violência na Atenção Domiciliar (VAD)
VMD	Ventilação Mecânica Domiciliar (VMD)
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação de atendimento e atenção domiciliar.....	21
Quadro 2	Modalidades de Atenção domiciliar.....	22
Quadro 3	Perfil dos Participantes.....	39
Quadro 4	UBS que trabalha, tempo de serviço e Pós-graduação.....	40
Quadro 5	O que é atenção domiciliar (AD), e como é realizado o acesso a este serviço em sua unidade de saúde.....	40
Quadro 6	Que tipo de paciente precisa receber atenção domiciliar, e qual seu objetivo.....	42
Quadro 7	Principais condições clínicas acompanhadas em domicílio por sua UBS.....	43
Quadro 8	Direitos do paciente acompanhado em domiciliar.....	44
Quadro 9	Procedimentos que podem ser realizados no atendimento domiciliar.....	45
Quadro 10	Conhecimento de critérios para implementação do atendimento domiciliar.....	47
Quadro 11	Características necessárias aos profissionais que realizam Assistência Domiciliar.....	48
Quadro 12	Princípios devem ser respeitados ao realizar a visita domiciliar.....	49
Quadro 13	Modalidades de atenção domiciliar no SUS.....	51
Quadro 14	A importância do enfermeiro no cuidado domiciliar.....	52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	16
2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	18
2.3 ATENÇÃO DOMICILIAR.....	20
2.3.1 Equipe Multiprofissional.....	24
2.3.2 Relevância do enfermeiro na implementação da assistência domiciliar.....	25
2.3.3 Acesso de primeiro contato, diagnóstico local da população e identificação da demanda de acamados/domiciliados.....	28
2.3.4 Inclusão da atenção domiciliar no processo de trabalho.....	29
2.3.5 Elementos de abordagem familiar na atenção domiciliar.....	31
2.3.6 Situações frequentes na atenção domiciliar.....	32
2.3.7 Cuidados paliativos.....	33
3 METODOLOGIA.....	35
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	35
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	35
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	35
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	36
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	36
3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	36
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
3.8 ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS.....	37
4 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	39
4.1 CONCEITO DE ATENÇÃO DOMICILIAR E ACESSO AO SERVIÇO.....	40
4.2 CLASSIFICAÇÃO DO USUÁRIO QUE RECEBE VISITA DOMICILIAR E FINALIDADE DO SERVIÇO.....	42
4.3 PRINCIPAIS CONDIÇÕES CLÍNICAS ACOMPANHADAS EM VISITA DOMICILIAR PELA UBS LOCAL.....	43
4.4 DIREITOS DO PACIENTE ACOMPANHADO EM DOMICILIAR.....	44
4.5 PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM ATENÇÃO DOMICILIAR.....	45

4.6 CRITÉRIOS DE IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	46
4.7 CARACTERÍSTICAS RELEVANTES AOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	48
4.8 PRINCÍPIOS INERENTES AO EXERCÍCIO NA ATENÇÃO DOMICILIAR	49
4.9 MODALIDADES DE ATENÇÃO DOMICILIAR PRECONIZADAS PELO SUS.....	50
4.10 RELEVÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE-A	
APÊNDICE-B	

1 INTRODUÇÃO

Conforme o Ministério da Saúde (MS), a Atenção Primária é definida como modalidade de atenção a saúde, interligada a Rede de Atenção a Saúde (RAS), oferecida em domicílio e delineada por um conjugado de ações de prevenção e tratamento de enfermidades, reabilitação, palição e promoção a saúde, assegurando o prosseguimento dos cuidados. É uma assistência edificada fora do ambiente hospitalar e dos ambulatorios de especialidades, realizada com um olhar mais humanizado e específico para cada situação, o que permite maior autonomia e agilidade na recuperação dos pacientes, bem como melhor otimização dos leitos hospitalares (BRASIL, 2017).

As intensas transformações ocorridas no perfil demográfico e epidemiológico, a nível nacional e internacional, fez surgir a necessidade de ajustes no modo de organizar a atenção em saúde, induzindo diversos países a refletir na Atenção Primária como uma estratégia de cuidado para a assistência em saúde. A inserção em diferentes nações segue, de forma paralela, ao interesse dos serviços de saúde no processo chamado de desospitalização, que busca de aperfeiçoar a ocupação dos leitos hospitalares, aumentar a eficiência e a coordenação do cuidado centralizado no paciente. A necessidade por serviços de atenção surge como um desafio para os serviços de saúde, suscitando mudanças na essência do cuidado e no ambiente onde a assistência é oferecida (BRAGA *et al.*, 2016).

Segundo Brasil (2020), embora esteja associada a outros tipos de atenção, a maior parte no SUS é efetivada na Atenção Primária em virtude de sua estratégia de arranjo e reorganização mais próxima dos usuários. É imprescindível para prover a assistência longitudinal e integral aos usuários crônicos do território adscrito quando essa assistência for o modelo de cuidado mais cabível.

De acordo com Castro *et al.*, (2019) a constituição da Atenção Primária não ocorreu juntamente com o projeto que deu origem ao SUS, adquirindo um caráter complementar na atenção à saúde. Assim, a sua execução continua além das necessidades do País, suscetível às alterações governamentais e econômicas. Não obstante esteja descrita em dispositivos legais desde a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, e consistir em responsabilidades das equipes de Assistência Primária ainda enfrenta uma série de barreiras a sua operacionalização (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva Barbosa; Monteiro (2020) realizaram um estudo acerca dos cuidados paliativos na AB do município de Itaituba, no qual identificaram que os

serviços de Atenção Domiciliar (AD) eram insuficientes para atender as demandas das famílias no que tange aos cuidados paliativos. Dentre as demandas, destacam-se os cuidados de enfermagem no domicílio, os cuidados médicos especializados e o apoio psicológico. Os autores também sugeriram a realização de mais estudos no município que buscassem investigar os desafios que impedem a Atenção Domiciliar (AD) de ofertar assistência às famílias. Dessa maneira, surge o seguinte questionamento: Qual o cenário atual do serviço de Atenção Primária na Atenção Básica (AB) do Município de Itaituba?

Nesse sentido, a pesquisa teve como objetivo geral: Investigar a implementação da atenção domiciliar no Município de Itaituba, PA e objetivos específicos: Caracterizar o serviço de Atenção Primária do Município de Itaituba; descrever como é organizado a assistência à saúde do serviço no município de Itaituba; pontuar as dificuldades que o serviço de Atenção Primária do município de Itaituba enfrenta para realizar assistência integral a saúde dos pacientes domiciliados.

Considerando o impacto socioeconômico que os serviços de AD têm gerado na vida dos usuários e na organização dos sistemas de saúde, faz-se indispensável aprofundar o conhecimento acerca da prestação do cuidado na AD, com o objetivo de compreender a realidade desse serviço no município de Itaituba, de modo a contemplar seus desafios e potencialidades. Ademais, considerando a escassez de estudos sobre o tema no município, os resultados produzidos irão contribuir como um importante acervo de conhecimento científico a ser utilizado no contexto acadêmico.

Trata-se de estudo de campo com abordagem qualitativa e quanto aos seus objetivos gerais é uma pesquisa exploratória e descritiva. A investigação foi realizada em 2021, mediante entrevista semiestrutura com enfermeiros da Atenção Básica vinculados que disponibilizaram informações, as quais foram analisadas conforme análise de conteúdo de Bardin (2016).

Este trabalho está dividido em cinco partes principais. São elas: Introdução; fundamentação teórica; metodologia; resultados e discussões e a conclusão. Além das referências, apêndices e anexos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA

A atenção primária à saúde caracteriza-se por um conjunto de ações relacionadas à saúde global e holística, incluindo promoção e proteção, prevenção de deterioração, diagnóstico e tratamento que visa proporcionar uma assistência humanizada. Essas ações foram apresentadas por meio da Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde realizada em Alma Ata no dia 12 de setembro de 1978, demonstrando a importância de uma ação rápida e efetiva de todos os governos que atuam nas áreas relacionadas à saúde (ROCHA, 2017).

Nesse sentido, a atenção primária se baseia nos primeiros serviços e é a porta de entrada para a manutenção da saúde da população em geral. No espírito da justiça social, a atenção primária à saúde é fundamental para alcançar isso como parte do desenvolvimento. É responsabilidade do governo realizá-lo adequadamente por meio de medidas sanitárias e sociais (TRINDADE; SILVA, 2016).

O processo de saúde e doença é um estado de completa saúde física, mental e social, não apenas a ausência de doença ou enfermidade, pois é um direito humano fundamental, e o setor garante que as pessoas devem agir de forma sistemática sobre as decisões mais importantes fatores relacionados a saúde, incluindo características e comportamentos sociais, econômicos, ambientais e das pessoas que levam à prevenção de problemas futuros, a atenção primária à saúde também inclui os principais elementos necessários para melhorar a segurança sanitária e prevenir ameaças à saúde (NOGUEIRA, *et al.*, 2018).

A educação popular possibilita ao enfermeiro incorporar aspectos da subjetividade individual, além de oportunizar a valorização da construção e vivência coletiva e inovadora dos modelos educacionais tradicionais. Na enfermagem, essa educação permite a singularidade do indivíduo como forma de oportunizar a valorização da forma de transmissão do conhecimento. A crescente utilização de materiais educativos como recursos na educação em saúde desempenha um papel importante no processo de ensino, principalmente no tratamento de doenças crônicas (SANTOS, 2017).

É nesse contexto que se destaca a utilização das rodas de diálogo como um método de discussão que pode aprofundar o diálogo com participação democrática a partir da experiência de todos sobre o tema. O início do processo de tratamento inicia-se com a passagem do conhecimento de geração em geração baseado

unicamente nas experiências de seus antecessores, possibilitando aos participantes expressarem suas impressões e concepções sobre o assunto proposto. Bem como reflexivamente as representações propostas pelo grupo de trabalho. Portanto, é compreensível que haja a necessidade de implementar estratégias educativas e informativas para a comunidade. Dentre as ferramentas que podem fortalecer essa relação e demonstrar sua relevância, as rodas de diálogo entre pacientes e enfermeiros e entre profissionais de saúde são uma estratégia para a educação em saúde em enfermagem (ROCHA, 2017).

Segundo Trindade; Silva (2016) a enfermagem, por sua vez, busca ações direcionadas aos indivíduos, famílias e comunidades para garantir o cuidado integrado na promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde em diferentes espaços e em todas as etapas. Ciclos de vida, que são:

a) Atenção à saúde de indivíduos e famílias inscritos em equipes em todas as fases do desenvolvimento humano, e em domicílios ou outros espaços comunitários (escolas, associações, etc.) conforme necessidade ou necessidade, como infância, adolescência, idade adulta e velhice;

b) realização de procedimentos;

c) realização de atividades em grupo;

d) realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever medicamentos, cumprir as normas legais profissionais, e de acordo com protocolos ou outras normas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais, municipais ou do Distrito Federal, e encaminhar, quando necessário, o usuário para outros serviços;

e) realizar atividades planejadas e com foco nas necessidades espontâneas;

f) planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) com os demais membros da equipe;

g) contribuir, participar e contribuir para a equipe assistencial e demais membros da equipe e realização de atividades de educação permanente;

h) participação na gestão dos insumos necessários ao bom funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) (TRINDADE; SILVA, 2016).

Para realizar ações tão diversas como comuns e específicas pelas quais são responsáveis, os enfermeiros precisam desenvolver diversas habilidades que nem sempre estão disponíveis na graduação e nas especializações da área, sendo

fundamentais os programas de educação continuada para o desenvolvimento dos serviços. Da gama de atividades que esse profissional desempenha na APS, o aconselhamento de enfermagem é considerado um dos mais relevantes, mas pesquisas mostram que nem sempre os enfermeiros conseguem fazê-lo de forma holística (SANTOS, 2017).

A Carta de Ottawa define a promoção da saúde como "o processo de capacitar as pessoas a agir para melhorar sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo". Para tanto, propõem-se cinco áreas de atuação: implementar políticas públicas saudáveis, criar ambientes propícios e saudáveis, fortalecer a ação comunitária, desenvolver competências individuais e reposicionar os serviços de saúde. Além das funções definidas na Carta de Ottawa acima, os enfermeiros têm funções de acompanhar os familiares, melhorar a qualidade de vida e a qualidade dos cuidados, prevenir lesões e danos futuros e monitorar, orientar e avaliar anualmente ou regularmente (ROCHA, 2017).

2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Originalmente concebido como um programa, a Saúde da Família foi posteriormente visto pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde para reposicionar padrões assistenciais e organizar novas dinâmicas de serviços e ações de saúde (NOGUEIRA, *et al.*, 2018).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é, portanto, um modelo que reposiciona o modelo de atenção para complementar todos os ciclos de vida do ser humano e ter características integrais. "Isso significa que o cuidado prestado pelos profissionais da ESF deve abranger não apenas os aspectos biológicos do ser humano, mas também os aspectos psicossociais, prestando um cuidado centrado na pessoa e não na doença" (MACIEL, 2008, p. 454; CLÓVIS, 2018).

Seu objetivo é substituir ou transformar o modelo tradicional de atenção à saúde, que historicamente se caracterizou por necessidades espontâneas, propriedades curativas significativas, hospitalocentrismo, alto custo, sem redes hierárquicas complexas, baixa resolução e onde as equipes de saúde não criam vínculos de cooperação e responsabilidade compartilhada com a comunidade (SANTOS, 2017).

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional cuja finalidade é apoiar práticas de ação integradas relevantes para a comunidade na atenção básica e não

permanecer no setor de saúde à espera de necessidades e demandas (CAMPOS, 2006; PEDROSO, 2019).

O desenvolvimento da ESF incorpora os princípios fundamentais do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação comunitária desenvolvidos a partir de uma equipe de saúde da família que trabalha com definição de área de abrangência, atribuição de clientes, cadastro e acompanhamento populacional na área. A Unidade de Saúde da Família (USF) é vista como porta de entrada e primeiro nível de atenção e deve estar integrada a uma rede de serviços de complexidade variável, estabelecendo um sistema de referência e contra referência para garantir a resolutividade e permitir o acompanhamento dos pacientes (BRASIL, 2003).

Cada equipe de saúde da família é recomendada para atender de 600 a 1.000 famílias, o equivalente a 2.400 a 4.500 moradores (limite máximo), e cada ACS da equipe acompanha cerca de 200 a 250 famílias, dependendo da densidade populacional e do acesso à USF, responsável por A micro área habitada por 440 a 750 pessoas (BRASIL, 2000).

Na execução de suas atividades, a ESF, de caráter multidisciplinar, deve conhecer os domicílios da área de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade e desenvolver um plano e cronograma de atividades para enfrentar os determinantes da o processo Saúde/doença, pela Educação e ação intersetorial sobre os problemas de saúde identificados e assistência integral aos familiares responsáveis na atenção básica. Em documento do Ministério da Saúde (2011), a atenção primária é definida como "uma série de ações de natureza individual ou coletiva, localizadas no nível primário de atenção em um sistema de saúde, destinadas a promover a saúde, prevenir doenças, tratar e recuperar".

O sistema de atenção é uma resposta social pensada às necessidades de saúde dos cidadãos e, portanto, deve estar totalmente alinhado com a saúde dos usuários. Um sistema de saúde que é completamente fragmentado, reativo, episódico e projetado principalmente para lidar com exacerbações agudas e crônicas não pode lidar adequadamente com essa condição de saúde. Portanto, há a necessidade de restabelecer a coerência entre as condições de saúde e o SUS, o que passará pela implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), uma nova forma de organizar os sistemas de saúde em sistemas integrados que possam responder

com eficácia e eficiência, segurança, qualidade e equidade para melhorar a saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

As estratégias de Saúde da Família permanecem inadequadas, seja pela baixa cobertura ou pela falta de soluções. Os municípios enfrentam inúmeras dificuldades em sua busca pelo aumento da cobertura, como escassez de profissionais; estruturas físicas instáveis; modelos aprimorados de gestão da saúde; leis de responsabilidade fiscal que restringem o percentual de gastos com pessoal no setor saúde; financiamento; entre outras coisas, falta de profissionais devidamente treinados (ROCHA, 2017).

2.3 ATENÇÃO DOMICILIAR

O trabalho em Atenção domiciliar (AD) é uma forma de reverter o modelo de hegemonia centrado na doença que divide o indivíduo e o separa de sua formação e valores socioculturais. Desta forma, o foco na família, através de orientações de antecipação dos principais riscos e doenças, e o acompanhamento prioritariamente em termos de prevenção e promoção, são medidas preventivas muito importantes que contribuem efetivamente para a redução da prevalência da população, e com isso à antecipação, o aumento da longevidade e o aumento da satisfação do usuário com o atendimento recebido são decorrentes das mudanças nas práticas da equipe de saúde domiciliar (NOGUEIRA *et al.*, 2018).

O modelo AD consiste em uma série de termos com diferentes significados diferente, muitas vezes usado como sinônimo, levando a confundir os profissionais de saúde, para esclarecer essas preocupações, o método de classificação tome diferentes medidas de cuidados de saúde em casa (SANTOS, 2017).

A definição ainda está em construção, possivelmente, com o acúmulo de reflexões teóricas e experiência prática de estratégias da AD, os conceitos se tornarão mais consistentes e mais específicos. Cada um, além disso, demonstrando quais são as definições usadas para gerenciar a linguagem, como Coelho e Savassi e outras linguagens de operação (PEDROSO, 2019).

De acordo com Clóvis (2018) um deles, criado por Coelho e Savassi, utiliza o termo "visita domiciliar", incluindo operações de ajuda e ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, em primeira denominada como "Visita Domiciliar Fim" e uma segunda "Visita Domiciliar meio". Outra classificação propõe uma forma

mais complexa que combina Cada componente é perfilado de acordo com suas capacidades:

Quadro 1: Classificação de atendimento e atenção domiciliar.

Atendimento domiciliar	Uma gama de ações de cuidado realizadas Em casa, sofisticação em nível ambulatorial.
Internação domiciliar	Semelhante ao item anterior, mas em Um nível mais alto de complexidade. Neste caso, inclua tecnologia, recursos humanos, produtos farmacêuticos e materiais similares os encontrados no hospital.
Visita Domiciliar (VD)	Contato oportuno entre o pessoal do serviço e a população, Procurar identificar riscos e necessidades, e desenvolver Educação em saúde e ação orientada, concebido para promover autonomia para cada paciente e família na gestão de seu próprio cuidado, estabelecendo metas negociadas por ambas as partes.
Atenção Domiciliar (AD)	É o mais abrangente termo, pois contém outras definições e inclui todas as metas anteriores são realizadas ao mesmo tempo.

Fonte: (Clóvis, 2018).

Atenção Domiciliar propõe reestruturação no contexto da Atenção Básica (AB) fluxo de trabalho da equipe de saúde e discussão de diferentes conceitos e possibilidades de abordagem da família. O princípio da localização inclui delimitação geográfico-institucional das áreas de atuação da equipe e considere dispositivos dinâmicos e sociais disponíveis dentro da área, a critério do residente neste espaço

e a possibilidade de conexão com outros serviços e dispositivos externos que prestam cuidados (NOGUEIRA *et al.*, 2018).

A AD é caracterizada por: ações sistemáticas, claras e regulares; abrangência das ações de promoção, recuperação e reabilitação da saúde; trabalho em equipe; utilizar tecnologias consideradas de alta complexidade por exigirem muito conhecimento e de baixa densidade por exigirem pouquíssimos equipamentos (TRINDADE; SILVA, 2016).

Para fins de instrução, definem-se modalidades de AD dependendo de seus objetivos, sejam terapêuticos ou preventivos e promoção da saúde. Nesse sentido, considerando esses segmentos da Assistência Domiciliar, cita-se a inferência, enquanto o atendimento domiciliar e a visita domiciliar para atingir metas terapêuticas e de reabilitação adicionais, A Visita Domiciliar está mais alinhada com os objetivos de prevenção e promoção da saúde. No entanto, como essas ações estão relacionadas se apoiam, e são complementares entre si e podem se sobrepuser na prática entre Visita Domiciliar e Atenção Domiciliar (SANTOS, 2017).

Quadro 2: Modalidades de Atenção domiciliar.

MODALIDADE	PERFIL DO USUÁRIO	EQUIPE PRESTADORA DO CUIDADO	PERMANÊNCIA
AD1	➤ Problemas de saúde controlados/ compensados; ➤ Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; ➤ Necessita de cuidados de menor complexidade, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde; ➤ Frequência das visitas, a partir da avaliação clínica de uma visita/mês;	Equipe de atenção básica	Habitualmente contínua

	> Dentro da capacidade de atendimento das Unidades > Básicas de Saúde (UBS)		
AD2	> Problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; > Necessita de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do quadro; > Necessidade de, pelo menos, uma visita/semana.	Equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar + Equipe Multiprofissional de Apoio	Habitualmente temporária, pode ser contínua se não houver estabilização suficiente para cuidados em AD1
AD3	Semelhante ao da AD2, mas que faça uso de equipamentos e procedimentos especiais.	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar + Equipe Multiprofissional de Apoio	Habitualmente contínua

Fonte: Nogueira *et al.*, (2018).

Essa composição potencializa a Assistência Domiciliar e expressa no sistema de rede a Assistência de classificação, proporcionando continuidade e integridade ao cuidado. Torna a AD um equipamento preferido a aplicação dos Princípios e Diretrizes Fundamentais do SUS de universalidade e equidade do cuidado (PEDROSO, 2019).

Assistência Domiciliar auxilia a reforçar princípios e diretrizes do SUS está associado à prestação de cuidados ampliados e integrados, voltado para as pessoas, e assim conceitua:

➤ Atitude geral em relação à família: Atitude em relação ao tema da família contexto socioeconômico e cultural dentro de uma perspectiva moral e comprometidos com o respeito às pessoas e privacidade, com autonomia e individualidade, levando em conta as complexidades das relações familiares e sociedade;

➤ Consentimento da família, participação e atenção do sujeito para o cuidador: recomenda-se que toda a família conheça os procedimentos da Atenção Domiciliar e a dinâmica familiar é respeitada em favor do efeito relacionado ao cuidado;

➤ Trabalho em equipe e ação interdisciplinar: permiti a abrangência e ampliação do atendimento e apoia a resolução, devem ser sempre privado de princípios morais, orientando qualquer processo de saúde e respeitar a dinâmica da vida social da família favorecida e a comunidade;

➤ Estímulo a redes de solidariedade: a Assistência Domiciliar é um Projeto social e político para a integração da saúde na sociedade. Como tal, identifica e articula parcerias comunitárias para alcançar e aprimorar os cuidados prestados.

A Assistência Domiciliar, portanto, vê o sujeito como um ser autônomo no seu espaço e chama a atenção para a identificação de complexidades do seu objeto de trabalho. Ao mesmo tempo, que voltado para a Saúde e ações relacionadas a outros setores o bem-estar geral das pessoas (CLÓVIS, 2018).

2.3.1 Equipe Multiprofissional

Diante de um contexto sociocultural e econômico extremamente complexo e cada vez mais dinâmico, a urgência do trabalho em equipe de saúde está na vanguarda das estratégias de transformação dos modelos de atenção à saúde. A literatura tende a reconhecer a interdependência e complementaridade das ações realizadas por diversos profissionais para melhorar a qualidade do cuidado, e que o grau de integração entre eles pode estar relacionado ao grau de cuidado da equipe (SANTOS, 2017).

O trabalho das equipes multiprofissionais na ESF tornou-se uma das principais ferramentas de intervenção, pois as ações e práticas são estruturadas por

equipes e, ao mesmo tempo, nesse tipo de trabalho em saúde, a ampliação das intervenções ocorre para além do individual e clínico. Essa particularidade exige mudanças de comportamento e organização do trabalho, além de exigir um alto grau de complexidade no conhecimento (SANTOS, 2017).

A expressão dos olhares dos diferentes membros da equipe da ESF, peculiar à existência dos agentes comunitários de saúde, permite uma atuação que extrapola a lógica do cuidado terapêutico e foca na solução imediata dos problemas de saúde pessoal, ação que não deve ser negligenciado, mas tem se mostrado insuficiente para mudar a saúde da população (NOGUEIRA *et al.*, 2018).

No modelo de trabalho grupal de equipes multidisciplinares, há uma tendência à manutenção da fragmentação das ações e relações que mantêm os trabalhadores distantes uns dos outros e do trabalho que realizam. No modo interativo, há uma tendência de integrar os trabalhos profissionais e os profissionais que os executam (PEDUZZI, 2001; CLÓVIS, 2018).

Neste estudo, o trabalho em equipe é considerado um trabalho coletivo que se constitui por uma relação recíproca entre as ações técnicas realizadas por diferentes profissionais e as interações desses participantes. No entanto, a comunicação é a ferramenta que possibilita essa conexão entre os profissionais.

Considerando todos os aspectos mencionados, o trabalho em equipe multiprofissional em saúde se dá na perspectiva da comunicação, entendendo o diálogo como uma realidade inerente a esse trabalho coletivo. Nesse sentido, assemelha-se ao estudo de Echeverria (1997), que trata o diálogo como parte integrante da interação linguística e é a unidade básica da linguagem (TRINDADE; SILVA, 2016).

Olhando para o processo de interação na perspectiva do diálogo, a equipe de saúde pode ser identificada como uma pequena rede de diálogo, na qual os trabalhadores envolvidos se comprometem por meio da linguagem entre os sujeitos e trabalham juntos para atingir o objetivo de interesse comum. Isso constitui mais um critério para examinar o processo de interação do trabalho em equipes multidisciplinares (SANTOS, 2017).

2.3.2 Relevância do enfermeiro na implementação da assistência domiciliar

Por meio da assistência domiciliar, o enfermeiro poderá realizar diversas atividades, as quais estão descritas na Resolução COFEN 267 publicada em 2001,

que regulamenta as atividades de assistência domiciliar que ocorrem em leve, moderada e alta complexidade (BRASIL, 2013).

Em menor complexidade, a validação do processo saúde/doença do paciente é diferenciada. Os pacientes requerem uma abordagem tecnocientífica do cuidado, incluindo a manutenção de um estilo de vida saudável e prevenção e promoção da saúde (SANTOS, 2017).

Na complexidade moderada, a distinção de doença persistente não foi estabelecida. No entanto, os pacientes requerem uma abordagem tecnocientífica do cuidado para identificar exemplos de cuidados que serão aplicados aos pacientes, apontando para uma consideração ponderada de lesão, incapacidade e recuperação, enquanto restaura suas condições de vida (BISCIONE, 2013).

Em situações de alta complexidade em que o paciente sofre de uma doença, o cuidado domiciliar requer uma equipe multiprofissional para realizar o atendimento domiciliar, garantindo a competência do enfermeiro especialista em atendimento domiciliar (BISCIONE, 2013).

De acordo com Klakonski *et al.*, (2015), a assistência domiciliar, em comparação com a hospitalização, tem custos significativamente menores tanto para hospitalização de curto quanto de longo prazo. Para os pacientes inseridos em ambiente domiciliar, além da redução do risco de infecção, também houve melhora clínica e qualidade de vida.

Cunha *et al.*, (2014) descreve que o Brasil implantou a ESF com o objetivo de reorganizar a atenção básica, ampliar o acesso da população à saúde e utilizar os espaços domésticos como ambiente terapêutico. Por meio do atendimento e assistência domiciliar, os custos hospitalares são reduzidos e as práticas de saúde são mais humanas.

Por meio do atendimento domiciliar, o enfermeiro deve proporcionar aos pacientes e seus familiares cuidados personalizados para promover o bem-estar, orientação, acompanhamento e apoio, identificando e avaliando suas necessidades para elevar ao máximo seu bem-estar e tornar mínimas perdas e limitações (CUNHA *et al.*, 2014).

Para Alves *et al.*, (2007), todo o processo de desenvolvimento específico do paciente é gerenciado por enfermeiros que atuam na atenção domiciliar. Deve-se estabelecer um vínculo entre profissionais e pacientes. Dessa forma, com o atendimento domiciliar, os pacientes acabam com uma atenção exclusiva que

melhora sua qualidade de vida, além do paciente, deve-se atentar para seus familiares ou cuidadores (ROCHA, 2017).

Conforme Silva (2013) Os enfermeiros nos cuidados domiciliários são uma parte importante do sucesso do tratamento dos doentes. Além de proporcionar conforto ao paciente, é muito importante que esse profissional proporcione saúde mental ao paciente.

Barros e Chiesa (2007), citam que a SAE é necessária na atenção domiciliar onde o enfermeiro pode compreender melhor os pacientes e seus familiares e começar a analisar suas necessidades. Por meio da sistematização, o enfermeiro presta assistência de qualidade por meio de estratégias que permitem a integralidade da assistência (NOGUEIRA *et al.*, 2018).

Ainda sobre a SAE, é importante que o enfermeiro na atenção domiciliar tenha autonomia na atuação junto ao paciente, além da responsabilidade, pois é um profissional e deve prestar um cuidado ético e responsável. Além de manter um bom relacionamento com os pacientes e seus familiares. Essa relação faz com que os pacientes se sintam seguros durante o tratamento (MENEZES, 2011).

Segundo Andrade *et al.*, (2017) afirmaram que, por meio do cuidado domiciliar, ocorrem intervenções em saúde nas quais são exigidas as qualificações e conhecimentos dos enfermeiros. Cabe ao profissional construir relações centradas no paciente e sua família.

O enfermeiro deve fornecer informações aos pacientes em momentos adequados, levando em consideração a capacidade de indicação do paciente, familiares/cuidadores, cultura, idade, idioma e preposições. Desta forma, os requisitos de qualidade para enfermeiros no processo de comunicação. A comunicação tornou-se necessária para melhorar a humanização e o atendimento aos pacientes (ANDRADE *et al.*, 2017).

Os fatores de comunicação entre pacientes e enfermeiros são importantes no cuidado prestado, tanto verbal quanto não verbal, assim como o bom relacionamento e comunicação com os familiares do paciente. Segundo esses autores, a comunicação está no centro do cuidado, nutrindo confiança e esperança em tempos difíceis. É um processo pessoal complexo que envolve a percepção, compreensão e transferência de informações verbais e não verbais entre pacientes e profissionais de saúde (CUNHA *et al.*, 2014).

A comunicação cria uma conexão que facilita o cuidado da equipe assistencial agora conhece melhor o paciente e a família, permitindo-lhes compreender os momentos muitas vezes inesperados. Assim, com a comunicação adequada com pacientes e familiares, o enfermeiro proporcionará ajuste psicológico à situação da doença, abrangência de informações complexas e redução da ansiedade (BRAGA *et al.*, 2016).

Segundo Silva *et al.*, (2013) Os enfermeiros que trabalham no atendimento domiciliar precisam ser qualificados e ter habilidades diferenciadas, pois o preparo inadequado e o desconhecimento podem impactar negativamente no cuidado domiciliar. Deve ter conhecimento científico e técnico, bem como conhecimento ético e sociocultural, teoria e prática relevantes, para buscar continuamente atualizações voltadas a assistência do paciente.

2.3.3 Acesso de primeiro contato, diagnóstico local da população e identificação da demanda de acamados/domiciliados

O acesso de primeiro contato refere-se a porta de entrada dos sistemas de saúde, no qual deve ser escolhido pelos usuários e pelas equipes de saúde como solução imediata para satisfação de suas necessidades. Portanto, estratégias específicas precisam ser construídas para possibilitar que a população acesse a AB de maneira apropriada, tais estratégias incluem realizar o acolhimento do usuário, prestar uma assistência multidisciplinar, programar ações, organizar o método de trabalho, etc. (STARFIELD, 2002; PEDROSO, 2019).

A AD representa um instrumento essencial para a execução de princípios como a ampliação do acesso, o acolhimento, a equidade, a humanização e a integralidade do cuidado, bem como na efetivados dos atributos essenciais da AB, entre eles longitudinalidade e a continuidade do cuidado (DIAS *et al.*, 2015). Quando ela é inserida nas linhas de cuidado, baseando-se nas necessidades do indivíduo e da família, eventualmente reduz-se a fragmentação da assistência. Para isso a AD deve responder as necessidades por meio da escuta qualificada e do acolhimento, proporcionando a resposta mais adequada para cada caso que se apresente na AB (GALLASSI *et al.*, 2014).

Para que a equipe de Saúde consiga esquematizar e preparar a AD no âmbito da AB, é preciso que se realize o diagnóstico da população local e que se identifique os pontos de interação e de convívio, e, de maneira particular, quem são os

indivíduos que habitam esse território (SANTOS, 2003). Nessa perspectiva, partindo-se dos princípios da Atenção Primária a Saúde, de que é imperativo a ampliação do vínculo e do comprometimento entre equipe e população local, um instrumento indispensável para um conhecimento mais profundo da comunidade e de suas necessidades é o cadastramento (individual e simplificado). É através deste cadastro que se determina a população adstrita a cada equipe e as características de cada grupo familiar, sendo assim, possível identificar os indivíduos ou famílias que precisam dos serviços da Atenção Domiciliar (BRASIL, 2020).

Outro componente importante nesse processo é o mapeamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), isto é, a configuração organizativa das atividades e serviços de saúde, de distintos níveis tecnológicos que, conectados através de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, objetivam assegurar a integralidade de assistência (BRASIL, 2010). É essencial, para se obter uma atenção integral e resolutive, o conhecimento das ações de saúde realizadas, assim como seus fluxos e objetivos (BRASIL, 2020).

O diagnóstico da rede intersetorial também é indispensável, haja visto que as condições de saúde, notadamente as ocasiões mais complexas, comumente abrangem outras questões além da assistência à saúde (BRASIL, 2018). Nesse sentido, ter ciência dos fluxos de atendimento ou acesso a serviços de referência da saúde e para além deste, são ações cruciais para a ampliação da efetividade no cuidado, principalmente aos usuários mais vulneráveis. São exemplos de serviços de referência o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), entre outros (BRASIL, 2020).

2.3.4 Inclusão da atenção domiciliar no processo de trabalho

Conforme mencionado anteriormente, inicialmente é necessário realizar o mapeamento das demandas dos usuários de modo a identificar quem necessita de AD, este trabalho pode ser realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) que estão em contato direto com a população em seus domicílios ou por outros membros da equipe de saúde, durante o acolhimento na UBS, quando a demanda é levada espontaneamente pelo paciente ou familiar. Posteriormente, é preciso fazer uma revisão de prontuário e outros dados existentes, com a finalidade de sistematizar a assistência, avaliar a adesão do usuário e os parâmetros de

elegibilidade, assim como a oferta de recursos, a necessidade da demanda, e o apoio social (BRASIL, 2020).

Posteriormente, a população que necessita de AD deve ser a pauta de discussões na agenda da equipe de modo a programar as ações específicas voltadas para esse público. Dessa forma, é possível mensurar os objetivos a serem alcançados, as atividades a serem realizadas e as atribuições que cada profissional irá exercer. Quando necessário, deve-se referenciar os usuários aos pontos de atenção, solicitar exames complementares, e organizar a coordenação de cuidados (SILVA *et al.*, 2013).

O atendimento em domicílio precisa ser sistematizado e fundamentado em critérios claros, dando preferência as prioridades. A escolha dos casos prioritários, da mesma forma, a definição do profissional habilitado para a sua realização, podem ser feitos em reunião com a equipe multiprofissional, que é o principal alicerce para a realização dessa modalidade de atenção (PERES *et al.*, 2006). De acordo Savassi e Cunha (2017).

“Realizar AD exige uma postura de respeito e humildade ao se adentrar o espaço mais íntimo do indivíduo. Trabalhar em equipe, da mesma maneira, implica entender o papel de cada membro, e em muitos casos abrir mão do protagonismo ou da coordenação do processo ao perceber que o trabalho do outro será, naquele momento, a melhor alternativa para a pessoa cuidada” (SAVASSI; CUNHA, 2017 p. 318).

Resumidamente, podemos destacar como atribuições da equipe, de acordo com o Grupo Hospitalar Conceição (BRASIL, 2003; BRASIL, 2018):

- Considerar os princípios da Assistência Domiciliar, procurando táticas para o seu aprimoramento.
- Enxergar o paciente como sujeito ativo do processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde e concebê-lo como corresponsável pelo equilíbrio entre a relação saúde-doença.
- Estar próximo às famílias para fornecer esclarecimentos e orientações quando solicitado.
- Observar o estado de saúde do paciente promovendo a comunicação entre família e equipe.
- Criar grupos de apoio com os familiares cuidadores.
- Realizar encontros com usuário e família para programação e avaliação da AD.

- Tornar mais eficiente a realização do plano terapêutico constituído para cada usuário
- Realizar abordagem familiar, respeitando a situação socioeconômico e cultural em que a família vive, e considerando o impacto da necessidade de cuidado na vida familiar.
- Assegurar o registro das informações concernentes aos cuidados prestados no prontuário domiciliar e no prontuário da família na UBS.
- Educar a família acerca dos sinais de agravamento e condutas a serem tomadas.
- Ofertar suporte à família após a quebra do vínculo com AD proveniente de alta médica e em caso de óbito.
- Analisar a situação do ambiente domiciliar e arquitetar estratégias de adaptação dentro da realidade familiar.
- Assistir o usuário de acordo com a linha de cuidado delineado pela equipe e pela família.
- Pactuar o assentimento da família para AD, dentro da sua capacidade de prestação de assistência.
- Procurar assegurar à atenção integral, resolutiva e livre de risco ao usuário da AD.
- Trabalhar as interações familiares na procura pela harmonia, desenvolvendo atividades para construir um ambiente familiar terapêutico, que resulte em bem-estar para o paciente, cuidador e família, de modo a criar uma rede de suporte dinâmica.
- Requerer avaliação da equipe especialista ou referenciar para ela, sempre que aconselhado.

2.3.5 Elementos de abordagem familiar na atenção domiciliar

A família é um sistema aberto, dinâmico e complexo, em que seus membros compartilham um mesmo contexto social, trata-se de um espaço de reconhecimento das diferenças e do aprender quanto a permanecer juntos ou separados, é palco dos primeiros compartimentos afetivos e da constituição da identidade do indivíduo (FERNANDES; CURRA, 2006; ROCHA, 2017).

É essencial que o profissional da Saúde procure compreender o grupo familiar que está sendo assistido, sua organização e funcionalidade para, assim, obter

sucesso na AD (BRASIL, 2011). Acolher as famílias é um dos componentes da gestão do cuidado em Atenção Domiciliar, ademais constitui-se em prática diagnóstica e terapêutica. Abordar a família em seu domicílio resulta em mais conhecimento sobre ela, bem como suas disfuncionalidades que depreciam a harmonia biopsicossocial de seus integrantes. Observar o ambiente interno, tornam alguns pontos sobre a família mais evidente; como exemplo, para uma familiar com diabetes descompensado, deve ser investigar os hábitos alimentares dos demais integrantes e a influência que isso ocasiona naquele indivíduo (WAGNER, 2001; SANTOS, 2017).

Em muitos casos, o profissional enfrenta barreiras ao abordar a família, ou o concretiza de maneira parcial, fazendo-o através de representantes de forma muito inespecífica, sem métodos claros, ou ainda avaliando exclusivamente pelos aspectos políticos sociais, por exemplo, no momento em que se realiza vistoria de cadastro de programas de transferência de renda, de planejamento familiar ou quando a unidade é demandada pelo Conselho Tutelar (RIBEIRO, 2004; PEDROSO, 2019).

A ligação entre saúde individual e familiar é explícita de modo que as discussões, interações e desintegrações são elementos do universo familiar, que interferem diretamente na saúde de seus componentes. No momento em que algum deles adquire uma enfermidade, as implicações são vivenciadas nos estágios do ciclo de vida familiar, exigindo que estes se organizem para assistir o familiar doente. As circunstâncias prolongadas da enfermidade podem induzir os familiares a procurarem apoio externo para lidar com a situação (BRASIL, 2003).

2.3.6 Situações frequentes na atenção domiciliar

Na Atenção Domiciliar, algumas ocorrências se sobressaem haja visto a sua importância na prática diária das equipes ou pelo seu nível de complexidade. Os casos mais relevantes diferenciam-se por serem comuns e, juntos, representarem a maior parte das situações que precisam ser abordadas pelos gestores e pelas equipes. Já as ocorrências mais complexas ajustam características que ocasionam obstáculos para sua resolução, por exemplo, usuários com quadros clínicos mais graves e residentes em contextos socioeconômicos e familiares vulneráveis (BRASIL, 2013).

As equipes de AD, assim como os coordenadores dos serviços de atenção domiciliar (SADs) precisam ter atenção e competência para lidar com as demandas diárias. Dentre essas, algumas destacam-se pela sua frequência e por suas peculiaridades, estas são denominadas de "Situações Especiais em Atenção Domiciliar". São elas: Violência na Atenção Domiciliar (VAD); Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) e Ventilação Mecânica Domiciliar (VMD); Intercorrências na atenção domiciliar e óbito no domicílio (BRASIL, 2013).

2.3.7 Cuidados paliativos

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Cuidados Paliativos (CP) como a assistência prestada aos pacientes e familiares que enfrentam enfermidades que ameaçam a continuidade da vida, o qual origina promoção do bem-estar, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da investigação precoce e do tratamento efetivo da dor, assim como de outras manifestações clínicas e problemas, psíquicos, sociais e espirituais. De acordo com a OMS, o Paliativismo deve acontecer de maneira ininterrupta desde o diagnóstico e, paralelamente, em todo o tratamento da doença (CARVALHO *et al.*, 2012).

Em 2005, foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica, através da Portaria MS/GM nº 2439, de 8 de dezembro de 2005, ela inclui a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e CP, a ser inserido em todos os estados, porém considerando as competências das três esferas de governo. Com isso, os serviços oncológicos de alta complexidade precisarão assegurar, ainda, a atenção integral aos pacientes sem probabilidades de cura, independentemente do tipo de assistência: ambulatorial, hospitalar ou domiciliar. Contudo, aproximadamente 50% dos pacientes que carecem de CP possuem doenças crônicas degenerativas não oncológicas, como exemplo, as sequelas de Acidentes Vasculares Encefálico (AVE), e doenças respiratórias, neurológicas, etc. (YAMAGUCHI *et al.*, 2010).

Preferencialmente, os Cuidados Paliativos necessitariam ser providos a partir do momento do diagnóstico da doença terminal, sendo ajustados à medida que aumentam as necessidades dos doentes e dos seus familiares nos estágios da doença. Os princípios do Paliativismo incluem o respeito à vida, reconhecendo a morte como um destino natural, sem a pretensão de abrevia-lo ou tarda-lo, proporcionando suporte para que os pacientes consigam viver com o mínimo de

bem-estar, com a redução da dor, do sofrimento psicológico e espiritual, até a sua morte (BRASIL, 2013).

Considera-se que a AD é uma ferramenta assistencial importantíssima para a prática de CP de forma integral e equitativa, sobretudo por, atualmente, vivermos em um cenário em que os países mais pobres possuem limitações de recursos na saúde e poucas opções de cuidados institucionais. Dessa maneira, tornou-se um costume espontâneo dos profissionais de saúde referenciar pacientes terminais para a Atenção Domiciliar (BRASIL, 2013).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo teórica empírica, com abordagem qualitativa, de levantamento, de natureza básica, quanto ao objetivo, descritiva.

A abordagem qualitativa se fundamenta na perspectiva de que não se procura estudar o fenômeno em si, mas entender o porquê das coisas e seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Ela busca interpretar comportamentos, as opiniões e as expectativas da população estudada (TURATO, 2005).

Segundo Leite (2008), a pesquisa descritiva possui conceito simples e é amplamente utilizada por pesquisadores. Ela é utilizada para descrever e explicar determinados fatos sociais, econômicos, políticos, administrativos, psicossociais, dentre outros. Geralmente é associada com a pesquisa de campo. Portanto a Pesquisa empírica dedica-se ao tratamento da "face empírica e fatual da realidade; produz e analisam dados, procedendo sempre pela via do controle empírico e fatual" (DEMO, 2000, p. 21).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em 10 UBS da zona urbana do município de Itaituba, estado do Pará. Caracterizado pela forte extração mineral, o município de Itaituba fica localizado na mesorregião do Tapajós, e possui uma população estimada de 101.395 habitantes (IBGE, 2020).

As UBS pesquisadas foram as seguintes: Bom Remédio, Edson Botelho e Jardim das Araras, que possuem 2 ESF; Floresta, que possui 1 ESF e 1 Estratégia de Agente Comunitários de Saúde (EACS); Carlos Furtado, Iza Climaco (Bela Vista), Piracaná, Jardim Aeroporto, Liberdade, São Tomé, as quais possuem 1 ESF cada uma.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa foi composta por dez (10) Enfermeiros coordenadores da Assistência Domiciliar. A amostra foi não probabilística, os participantes não foram selecionados aleatoriamente, pois a coleta foi baseada em critérios previamente definidos. Em relação a classificação, é definida como amostragem por conveniência (PRODANOV, 2013).

O critério de inclusão para escolha da amostra: Enfermeiros que sejam coordenadores de uma das 10 UBS mencionadas, e que aceitaram. Critério de exclusão na escolha da amostra: os Enfermeiros que estavam de licença, férias ou afastado de suas funções na época da coleta dos dados, impossibilitando-os de participarem da entrevista ou que se recusarem a participar da pesquisa.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na amostra os enfermeiros coordenadores da Estratégia Saúde da Família na zona urbana do município de Itaituba, que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E Como Critério de exclusão na escolha da amostra: os Enfermeiros que estavam de licença, férias ou afastado de suas funções na época da coleta dos dados, impossibilitando-os de participarem da entrevista ou que se recusarem a participar do estudo.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no mês de Janeiro de 2022, com o gestores das UBS anteriormente mencionadas, através de entrevista semiestruturada norteada por um questionário semiaberto. Segundo Boni e Quaresma (2005), a entrevista semiestruturada ajusta perguntas abertas e fechadas, antecipadamente definidas, no entanto ela é realiza num contexto análogo ao de uma entrevista. É relevante a medida que leva o pesquisador a obter os resultados pretendidos.

3.6 ANALISE DE DADOS

Segundo Gil (1999) a análise de dados leva o pesquisador à teorização sobre as informações coletadas, produzindo o confronto entre a abordagem teórica anterior e o que foi identificado em campo. Assim, após serem obtidos, os dados serão interpretados com a finalidade de se confirmar ou não a hipótese da pesquisa, e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado.

A análise de conteúdo será a técnica empregada para interpretação dos dados. Conforme Bardin (2016) esta técnica divide o material analisado em temas ou categorias e é composta por três períodos: pré-análise; exploração do material e interpretação dos resultados.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu os preceitos da legislação no que concerne a realização de pesquisas científicas envolvendo seres humanos conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466/2012.

Este estudo trouxe como benefícios aos participantes a oportunidade de se averiguar a atual situação da AD no município, no intuito de se identificar os principais desafios enfrentados pelos profissionais, o que deve colaborar para a construção de estratégias para otimização destes serviços.

Inicialmente, foi solicitado autorização da pesquisa à Diretoria Operacional (DO) da Secretária Municipal de Saúde (SEMSA) do Município de Itaituba, posteriormente a aprovação, solicitado aos coordenadores das respectivas unidades a participação no estudo, na ocasião serão apresentados os objetivos da pesquisa e a justificativa para sua realização e somente após a anuência expressa destes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) serão realizadas as entrevistas.

Esta pesquisa apresentou apenas riscos físicos irrisórios aos seus participantes, como cansaço de participar da entrevista e riscos psicológicos mínimos como o constrangimento dos mesmos ao responder parte do questionário. Sendo assim, com o objetivo de atenuar este risco serão realizadas orientações a respeito do conteúdo do questionamentos.

A participação na pesquisa será voluntária, tendo o participante o direito de a qualquer momento recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a sua participação no estudo, à recusa não implicará em qualquer prejuízo. Sendo garantida a manutenção da privacidade e confidencialidade.

Conforme a resolução, caso o participante sinta-se prejudicado o mesmo tem direito a indenização com cobertura material, em reparação a dano imediato ou tardio, causado pela pesquisa ao ser humano mediante a comprovação nexo causal.

3.8 ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS

Os riscos para o pesquisador estão relacionados a uma possível dificuldade de interpretação do objetivo da pesquisa, o que poderia assim dificultar a coleta de dados e recusa do pesquisado. Para o pesquisado inclui-se principalmente a invasão de privacidade. O risco para sociedade está atribuído à possibilidade de a pesquisa não se tornar um estudo representativo.

Os benefícios para os pesquisadores são a busca por conhecer opiniões, reações, sensações, hábitos e atitudes de enfermeiros no atendimento domiciliar, através de uma amostragem que represente e comprove a forma qualitativa, para isso utilizando uma pesquisa para o levantamento, de maneira ordenada, o que os engrandece cientificamente.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Na perspectiva de expor os resultados e discussão de maneira sistematizada, extraiu-se os seguintes núcleos temáticos: "Conceito de Atenção domiciliar e acesso ao serviço; Classificação do usuário que recebe visita domiciliar e finalidade do serviço; Direitos do paciente acompanhado em domicílio; Procedimentos realizados em atenção domiciliar; Critérios de implementação da atenção domiciliar; Características relevantes aos profissionais atuantes na atenção domiciliar; Princípios inerentes ao exercício na atenção domiciliar; Modalidades de atenção domiciliar preconizadas pelo SUS e Relevância do enfermeiro na atenção domiciliar. O quadro 3 a seguir mostra as unidades básicas de saúde investigadas e o perfil dos profissionais responsáveis pelo estabelecimento.

Quadro 3: Perfil dos Participantes.

UBS	Sexo	Est. Civil	Idade	Tempo de formação
Piracaná	Feminino	Divorciada	58 anos	22 anos
Carlos Furtado	Feminino	União estável	32 anos	11 anos
Floresta	Feminino	União estável	34 anos	12 anos
São Tomé	Feminino	União estável	42 anos	5 anos
Liberdade	Feminino	Solteira	32 anos	4 anos
Bela Vista	Feminino	Casada	31 anos	5 anos
Jardim Aeroporto	Feminino	Casada	35 anos	8 anos
Jardim das Araras	Masculino	Solteiro	32 anos	9 anos

Fonte: (Acadêmicos, 2022).

Diante da coleta de informações todas as participantes são do sexo feminino, o estado civil varia entre divorciada, união estável, solteira e casada. Já sobre a idade destacou entre 31 a 58 anos e sobre seu tempo de formação variou entre 4 a 22 anos de graduação em bacharelado em enfermagem. O quadro 4 em sequência demonstra além da unidade de atuação do enfermeiro, o tempo de serviço e a existência de pós graduação.

Quadro 4: Unidade de atuação, tempo de serviço e Pós-graduação.

UBS	Tempo de serviço na unidade	Pós-graduação
Piracaná	7 anos	Saúde da Família;
Carlos Furtado	7 anos	Saúde Pública; MBA Gestão Hospitalar e Acunpuntura;
Floresta	2 anos	Urgência e Emergência;
São Tomé	5 anos	Urgência e Emergência, Saúde Pública e Saúde Indígena;
Liberdade	4 anos	UTI neonatal;
Bela Vista	3 anos	Enfermagem do Trabalho;
Jardim Aeroporto	2 anos	Saúde Estética;
Jardim das Araras	5 anos	Estratégia saúde da Família.

Fonte: (Acadêmicos, 2022).

Quanto ao tempo de serviço na específica UBS, variou entre 2 a 7 anos. Observa-se que todas possuem pós-graduação, porém, apenas 2 em estratégia saúde da família os demais foram, 2 em urgência e emergência, 1 em UTI neonatal, 01 em enfermagem do trabalho, 1 estética e 2 informaram além de saúde pública mais outras especializações, sendo estas MBA Gestão hospitalar, acunpuntura e saúde indígena.

4.1 CONCEITO DE ATENÇÃO DOMICILIAR E ACESSO AO SERVIÇO

Quadro 5: O que é atenção domiciliar (AD), e como é realizado o acesso a este serviço em sua unidade de saúde.

01	É um conjunto de ações a saúde, prevenção e tratamento de doenças e habilitação. Na UBS realizamos atendimentos, visita domiciliar, prestando atendimento de assistência para evitar hospitalização;
E02	É a forma de atendimento de saúde oferecido na moradia do usuário podendo ser realizado pelo ACS, enfermeiro e o médico;
E03	É a atenção oferecida à saúde na moradia dos pacientes, é realizado na unidade uma vez por semana sendo consulta médica e fazemos acompanhamentos conforme a necessidade do paciente;
E04	É uma forma de atendimento oferecido sem domiciliar do paciente. O acesso

	é geralmente realizado pela equipe;
E05	Para atender o paciente quando não pode ir para a UBS e com isso garantir a continuidade do cuidado e integrada à rede;
E06	São atendimentos realizados em pacientes que não podem sair de casa, por condições físicas, patológicas e idosos. É realizado por todos os profissionais da unidade.....
E07	É a assistência prestada ao paciente da Atenção Domiciliar, impossibilitado de ir a unidade. Os profissionais acompanham o usuário em sua residência;
E08	É o serviço prestado para os pacientes em sua residência. O acesso através da população que nos procura ou via agente comunitário de saúde.

Fonte: (Acadêmicos, 2022).

Os entrevistados descreveram sobre a Atenção Domiciliar e como essa assistência é prestada para pacientes que não podem se deslocar até a UBS, para um atendimento de enfermagem ou consulta médica. Destacando que o acompanhamento dos mesmos se volta para seu domiciliar.

A Atenção domiciliar, também conhecido como Visita Domiciliar, é para indivíduos, famílias e comunidades. Seu principal objetivo é contribuir para a efetivação da premissa de promoção da saúde definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), seguida pelo SUS no Brasil (LACERDA, 2016).

É uma forma de atenção à saúde que substitui ou complementa as formas de atenção à saúde, existentes e se caracteriza por um conjunto de ações de promoção da saúde e integrando-o com outros serviços e unidades de saúde (SILVA, 2013).

O atendimento domiciliar é uma forma de assistência à saúde que oferece cuidados extensivos aos pacientes. As ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação ocorrem no domicílio, garantindo a continuidade do cuidado anteriormente realizado em ambiente hospitalar (CASTRO *et al.*, 2019).

Diante do exposto é visto que o AD é uma forma de acompanhar pacientes que não podem se locomover, e que por conta de seu estado pode continuar em casa recebendo os cuidados de enfermagem, sem que tenha que se deslocar até um hospital para tais procedimentos, e receberá constantemente visitas programadas da equipe UBS.

4.2 CLASSIFICAÇÃO DO USUÁRIO QUE RECEBE VISITA DOMICILIAR E FINALIDADE DO SERVIÇO

Quadro 6: Que tipo de paciente precisa receber atenção domiciliar, e qual seu objetivo.
Fonte: (Acadêmicos, 2022).

E01	Pacientes domiciliados e acamados com objetivo da equipe prestar cuidados com visitas a fim de reduzir a demanda por atendimento hospitalar;
E02	Todos os usuários cadastrados com vínculo na UBS de seu bairro recebem atendimento com orientações dos ACS's dando maior apoio;
E03	Pacientes que sofrem alguma lesão por algum fator de saúde e acamados, o objetivo dar assistência à saúde desses pacientes;
E04	Todos os pacientes que tem dificuldades em ir à unidade de saúde e pacientes acamados;
E05	É uma forma de cuidado á saúde com um paciente acamado que não pode andar e com tudo isso vem o cuidado com o paciente;
E06	Domiciliados e acamados, proporcionar um atendimento adequado, contribuição com a qualidade de vida;
E07	Acamados, deficientes, etc., cuidado assistencial;
E08	Pacientes acamados, domiciliados, puérpera e os que não como deslocar até a unidade de saúde, por algum motivo específico. Objetivo de levar assistência em saúde.

Ao serem perguntados quem se enquadra para receber o atendimento de Atenção domiciliar, os enfermeiros responderam todos aqueles que se encontram em casa sem possibilidade de se deslocar, como acamados, deficientes, puérpera, aqueles que sofreram alguma lesão como acidente de trânsito ou até mesmo domiciliar e de trabalho. E sobre o objetivo destacaram o objetivo de levar assistência em saúde, contribuir para a qualidade de vida desses pacientes.

Portanto, na atenção domiciliar, é importante que o enfermeiro preste assistência personalizada aos pacientes acamados e seus familiares, visando à promoção da saúde, orientação, acompanhamento e apoio, identificando e avaliando suas necessidades de forma a maximizar sua saúde, minimizando perdas e limitações (KLAKONSKI *et al.*, 2015).

Destina-se aos usuários com problemas de saúde controlados, compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de

saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde (SAVASSI; CUNHA, 2017).

Quando clinicamente estáveis, os pacientes continuam seu tratamento após a alta, sob a supervisão de um profissional ou equipe de saúde, desde as condições mais simples, como curativos e medicamentos, até as mais complexas. Por exemplo, um paciente que precisa respirar pelo dispositivo (CASTRO *et al.*, 2019).

Os pacientes acompanhados na AD, são aqueles que possuem dificuldades depois de terem algum problema relacionado a uma doença ou deficiência específica, com isso busca o melhor atendimento que venha atender as necessidades de cada um de forma individual.

4.3 PRINCIPAIS CONDIÇÕES CLÍNICAS ACOMPANHADAS EM VISITA DOMICILIAR PELA UBS LOCAL

Quadro 7: Principais condições clínicas acompanhadas em domicílio por sua UBS.

E01	Cadeirantes, acamados e domiciliados;
E02	Gestantes, doenças crônicas, acamados e deficiência física;
E03	Pacientes sequelados de AVC, portadores de necessidade especiais e pós-operatórios;
E04	Pacientes acamados;
E05	Fazer o cuidado com o paciente, verificar PA, orientar quanto a sua alimentação, higienização e também consulta com o médico da UBS para paciente;
E06	Idosos, pois AVC, Hipertensos, diabéticos, puérperas, pós cirúrgicos em geral;
E07	Câncer, diabético, cirurgia e etc.;
E08	Pacientes com doenças crônicas, acamados, alguma deficiência e deficientes visual.

Fonte: (Acadêmicos, 2022).

Sobre quais pacientes recebem a atenção domiciliar os profissionais entrevistados responderam que cadeirantes, acamados, gestantes em uma situação de repouso, doenças crônicas, aqueles que possuem alguma deficiência seja ela física ou visual, necessidades especiais, pós-operatórios, sequelados de AVC,

câncer, pacientes diabéticos e todos aqueles que possuam dificuldade de locomoção.

De acordo com Silva (2018) a Atenção Domiciliar é voltado para aquele indivíduo que de alguma forma não pode ir até um atendimento em um posto ou UBS próximo a sua residência. Com isso a equipe de enfermagem é responsável por prestar esse atendimento e buscar melhores condições para que esse paciente em seu domicílio receba todo processo de cuidados e principalmente de assistência para recuperação do seu bem estar e alcance a saúde.

Por fim, todos os pacientes que recebem o atendimento domiciliar passam por uma avaliação e com laudos médicos se enquadram no atendimento, as visitas são de acordo com a necessidade do paciente, conforme prescrito para cada procedimento que visa melhorar sua condição.

4.4 DIREITOS DO PACIENTE ACOMPANHADO EM DOMICILIAR

Quadro 8: Direitos do paciente acompanhado em domicílio.

E01	Portadores de Alzheimer, Parkinson e pacientes vítimas de acidentes;
E02	Não;
E03	Sim, atendimento digno, respeitoso, sem preconceito em geral e ser tratado pelo nome;
E04	Ser sempre tratado com dignidade e respeito, receber um atendimento humano e respeitoso sem preconceito e etc.;
E05	Sim, direito de assistência com qualidade.
E06	Acredito que sim e tratamento adequado, prescrições médicas, orientação sem distinção de raça/cor, avaliação e diagnóstico adequado;
E07	Sim, direito de assistência com qualidade, assiduidade na sua recuperação;
E08	Direito ao atendimento integral a saúde, direitos de exames e consultas.

Fonte: (Acadêmicos, 2022).

Sobre o conhecimento dos direitos que o paciente possui no atendimento domiciliar, os enfermeiros responderam que sabem sim o direitos, que estão ligados com melhores condições no tratamento e isso envolve a descrição sobre seu problema, respeito, dignidade, a cultura que cada família carrega ao longo da vida, uma assistência de qualidade e assiduidade na recuperação. E somente uma entrevistada não soube responder a questão.

Por meio da Atenção Domiciliar, além de reduzir o custo e o risco de complicações associadas ao ambiente hospitalar, o processo de internação dos pacientes também é reduzido. É particularmente considerado um espaço adequado para cuidados de saúde inovadores e únicos, com potencial para prestar cuidados centrados nas necessidades e desejos dos doentes (ANDRADE *et al.*, 2017).

Receber atendimento humanizado, atencioso e respeitoso, sem preconceito de origem, raça, credo, gênero, orientação sexual, cor, idade, diagnóstico e qualquer outra forma de preconceito por parte de todos os funcionários da unidade. A equipe deve prestar cuidados de forma que respeite a dignidade e o autorrespeito do paciente (SAVASSI; CUNHA, 2017).

Ter seu prontuário elaborado de forma legível, contendo o conjunto de documentos padronizados com informações a respeito de seu histórico médico, início e evolução de sua doença, raciocínio clínico, exames complementares, condutas terapêuticas, descrição dos procedimentos realizados e demais relatórios e anotações pertinentes, podendo consultá-lo a qualquer momento, mesmo após seu arquivamento, pelo prazo estipulado em lei (SILVA, 2013).

Conforme descritos acima destaca-se os direitos que o paciente possui em casos de atendimento domiciliar, pois por Lei os mesmos são amparados com direitos legais que determinam, respeito, atendimento necessário, cuidados e o que for necessário para uma adequação de sua enfermidade.

4.5 PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM ATENÇÃO DOMICILIAR

Quadro 9: Procedimentos que podem ser realizados no atendimento domiciliar.

E01	Curativos, coletas de exames, consulta médica e de enfermagem;
E02	Orientações, verificação de pressão arterial, glicemia capilar, curativo, medicação IM ou EV, troca ou retirada de sonda vesical;
E03	Cuidados operatórios, administrar medicamentos, fazer curativos;
E04	Medicações injetáveis em geral, curativos, retirada de pontos e etc.;
E05	Curativos, Verificação dos sinais vitais, administração de medicamentos;
E06	Verificação de pressão arterial, glicemia, vacinas, curativos, medicações, entre outros, PCCU, exames físicos e identificação de agravos;
E07	Troca de sonda, curativos, administração de medicamentos, entre outros;
E08	Todos que são realizados na UBS e coleta de exames.

Fonte: (Acadêmicos, 2022).

Os entrevistados responderam diante da questão voltado dos procedimentos realizados no atendimento domiciliar, e inclui curativos, coleta de exames, acompanhamento e consultas com o enfermeiro, acompanhamento dos ACS, consultas e visitas médicas, verificação de pressão, glicemia, vacinas, evolução do quadro do paciente e identificação de agravos no seu quadro.

O "Programa Melhor em Casa" estabeleceu diretrizes para organizações com a Atenção domiciliar, definindo-o como alternativa ou complemento à configuração assistencial já vivenciada por pacientes e profissionais de saúde. Como tal, caracteriza-se por ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de diversas doenças e prestação de serviços de reabilitação no domicílio, garantindo a continuidade do cuidado e estando conectado à rede de saúde (OLIVEIRA; KRUSE, 2017).

O modelo de atenção domiciliar deve contemplar os procedimentos para os profissionais de saúde e o fornecimento de materiais médico-hospitalares, medicamentos, insumos e outros que sejam necessários ao cuidado integral do paciente no domicílio. Portanto, para realizar o trabalho adequadamente, é necessário ter uma lista de materiais e medicamentos que devem ser incluídos na unidade, durante as visitas domiciliares e durante a realização de determinados procedimentos (CASTRO *et al.*, 2019).

Delimitar o perfil de procedimentos realizados na atenção domiciliar possibilita a construção de protocolos, criação de estratégias de cuidados no domicílio e de prevenção de eventos adversos, além de orientações para pacientes, familiares e cuidadores (SILVA, 2013).

No entanto, vários são os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem no atendimento domiciliar, todos ligados ao amparo e cuidado de seus pacientes encaixados conforme a área de cada UBS, que são de responsabilidade dessa equipe.

4.6 CRITÉRIOS DE IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Cinco dos entrevistados responderam que não conhecem os critérios para implementação do atendimento domiciliar. Já os demais descreveram que são pacientes em situação de emergência que não possui condições para ser transportado para uma instituição hospitalar como crônicos, para aqueles que possuem deficiências e todos aqueles que se enquadrem nessas condições.

Quadro 10: Conhecimento de critérios para implementação do atendimento domiciliar.

E01	Em situação de emergência em que o paciente não pode ser transportado rapidamente para o hospital. Pacientes crônicos terminais ou em internação domiciliar.
E02	Não;
E03	Não;
E04	Não;
E05	Não;
E06	Acredito que no mínimo uma equipe de saúde composta pela ACS/ACE, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico;
E07	Sim, paciente que necessita de acompanhamento no seu domicílio em decorrência de alguma deficiência;
E08	Não existe critério específico paciente necessitando de atendimento em domicílio e que se enquadre nas condições clínicas.

Fonte: (Acadêmicos, 2022).

As visitas domiciliares de enfermeiros ou outros profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) são registrados pelo Ministério da Saúde de acordo com a regulamentação e são fornecidas aos pacientes pelos profissionais. Esses pacientes possuem direito de atendimento domiciliar, uma vez que apresentam necessidades de traslado ou até mesmo sérios problemas para a locomoção, evidenciando assim o asseguramento de seu tratamento para melhores condições de vida (BRASIL, 2011b).

De acordo com Ribeiro (2019) a atenção domiciliar mostra-se como uma modalidade em expansão na assistência à saúde brasileira pública, que apresenta alternativa para o enfrentamento dos desafios propostos associados, especialmente, ao processo de envelhecimento populacional, à prevalência das doenças crônicas e às necessidades de institucionalização prolongada. Nesse sentido, tem permitido a reorganização da atenção à saúde, uma vez que permite reduzir hospitalizações, otimizando a utilização dos recursos com potencial inovador para promover a saúde por meio da humanização do cuidado (OLIVEIRA; KRUSE, 2017).

A importância do atendimento domiciliar se destaca pela necessidade que esses pacientes enfermos, sejam agregados nos atendimentos de acordo com a programação desenvolvimento pelo profissional de enfermagem, que tende a

desenvolver melhorias e assim alcançar os pontos positivos do atendimento prestado.

4.7 CARACTERÍSTICAS RELEVANTES AOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Quadro 11: Características necessárias aos profissionais que realizam Assistência Domiciliar.

E01	O Profissional deve ter habilidade no relacionamento interpessoal e conhecimento científico-tecnológico;
E02	Ter conhecimento técnico e científico;
E03	Conhecimento, autonomia, responsabilidade, relacionamento interpessoal com o paciente e a família;
E04	Conhecimento, treinamento, prática;
E05	Conhecimento e treinamento;
E06	Comprometimento, responsabilidade, disponibilidade e conhecimento;
E07	Médico clínico geral, enfermeiro assistencial de saúde pública, técnico de enfermagem e ACS;
E08	Habilidade, paciência e empatia.

Fonte: (Acadêmicos, 2022).

Diante do questionamento sobre as características o profissional precisa ter durante a assistência domiciliar, os profissionais da enfermagem destacaram sobre o comprometimento, responsabilidade, organização de sua agenda diária em atendimentos, habilidade, paciência e empatia com o aquele que vai receber a assistência como forma de melhorar a saúde do mesmo. E principalmente seu conhecimento científico e tecnológico como forma de melhorar o trabalho de poder desenvolver com segurança.

A atenção domiciliar (AD) é considerada uma estratégia de intervenção em saúde que requer atenção profissional especial, pois se reconhece que esse tipo de cuidado dita a mobilização de habilidades especiais, como o atendimento individualizado ao paciente. Também é importante desenvolver boas relações com pacientes e familiares por meio de equipes multidisciplinares, das quais os profissionais de enfermagem são parte importante do processo de enfermagem. Portanto, o enfermeiro tem responsabilidade, autonomia, conhecimento técnico e científico para lidar com a Atenção Domiciliar (RIBEIRO, 2019).

A figura do cuidador está presente na assistência à maioria dos pacientes assistidos no domicílio, conforme os artigos estudados, destacando-se o cuidador informal, familiar, do sexo feminino e não vinculado ao mercado de trabalho. Na percepção dos cuidadores, a atenção domiciliar contribui para o apoio no cuidado ao paciente em condições incapacitantes e na troca de informações sobre a maneira de cuidado adequado (SILVA, 2013).

Nessa perspectiva, a atenção domiciliar tem favorecido uma abordagem integral da família e usuário atuando, também, sobre a perspectiva da clínica ampliada e compartilhada. As ações interdisciplinares e a individualização do cuidado, presente na prática assistencial dispensada no domicílio, favorecem o cuidado integral, resolutivo e centrado no usuário (CASTRO *et al.*, 2019).

Dessa forma é de total importância à presença do enfermeiro, que é responsável pelo atendimento, acompanhamento e orientação a esses pacientes que fazem parte do quadro integrativo da AD, e receberá assistência conforme a necessidade apresentada depois de cada visita.

4.8 PRINCÍPIOS INERENTES AO EXERCÍCIO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Quadro 12: Princípios devem ser respeitados ao realizar a visita domiciliar.

E01	Abordagem integral a família, consentimento da família e participação de cuidados;
E02	Gestão do tempo, respeito do espaço, atenção do cuidado;
E03	Consentimento da família, trabalho em equipe interdisciplinar, abordagem em geral da família, participação da unidade
E04	A cultura de cada família;
E05	A cultura de cada família;
E06	Ética, integralidade, universalidade e equidade;
E07	Garantir que o atendimento seja humanizado suprimindo a carência do paciente;
E08	Integridade, equidade, entre outros.

Fonte: (Acadêmicos, 2022).

As entrevistadas responderam que diante dos princípios respeitados durante a visita domiciliar está a garantia do atendimento humanizado respeitando o espaço e tempo de cada paciente, o consentimento da família é necessário e essencial para

que esse profissional possa desenvolver seu trabalho. A cultura que cada família carrega também é necessária respeitar durante a visita.

Como resultado, a assistência em Atenção Domiciliar são caracterizados pela variedade e complexidade, exigindo experiência profissional e qualificação para desenvolver seu trabalho fora do ambiente de trabalho. A relação de enfermagem entre os sujeitos envolvidos no cuidado domiciliar tem se mostrado um importante desafio para os profissionais por se tratar de um ambiente não regulamentado socialmente como campo de prática de saúde, diferentemente dos hospitais e demais unidades de saúde, a equipe prática se sente familiar e protegida pelas instituições (BRASIL, 2018).

O processo de desinstitucionalização é intimamente relacionado com o atendimento domiciliário, esta é uma das principais fontes de acesso do usuário que usa este tipo de serviço, implementando assim um dos objetivos principais: evitar ou encurtar o atendimento hospitalar, AD como estratégia de enfermagem com impacto positivo no uso recursos de saúde, pois permite otimizar leitos hospitalares (CASTRO *et al.*, 2019).

Para prestar o cuidado domiciliar, não se podem esquecer os princípios que orientam a Atenção Domiciliar: abordagem integral à família; consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador; trabalho em equipe e interdisciplinaridade; estímulos a redes de solidariedade (SILVA, 2013).

Todo o atendimento possui restrições e acima de tudo respeito a cada paciente, familiar e ao tratamento. Esse por sua vez é de responsabilidade do enfermeiro que sabe como deve ser feito e seguindo os padrões que respeitem a necessidade de cada paciente no momento da enfermidade.

4.9 MODALIDADES DE ATENÇÃO DOMICILIAR PRECONIZADAS PELO SUS

Diante das modalidades de atenção domiciliar existente no SUS, duas entrevistadas responderam que não lembram sobre o mesmo, as demais relataram sobre os atendimentos de complexidade e cuidados a serem prestados. Para que se tenha melhor entendimento a seguir uma demonstração do atendimento realizado pelo AD1, AD2 e AD3.

Quadro 13: Modalidades de atenção domiciliar no SUS.

E01	AD1, AD2 e AD3;
E02	AD1, AD2, AD3. Cada um verifica o tipo de dificuldade e a frequência e o apoio de visitas a serem realizadas;
E03	AD1, AD2 e AD3;
E04	AD1, AD2 e AD3;
E05	Não lembro;
E06	AD1, AD2 e AD3. Baixa, alta, media complexidade.
E07	Grau de complexidade, assiduidade nas visitas e cuidado a ser prestado;
E08	Não lembro.

Fonte: (Acadêmicos, 2022).

De acordo com Teixeira (2018) o processo de construção e pactuação de fluxos podem ser estabelecidos de diversas formas e seu maior enfoque é garantir a continuidade do cuidado e a qualidade da assistência prestada. Alguns caminhos e fluxos que podem ser desenhados, de acordo as condições específicas, são:

A equipe de atenção básica pode identificar, através das visitas domiciliares, a necessidade de acompanhamento no domicílio para um idoso acamado em decorrência de sequela de AVC, com quadro clínico controlado e compensado. E este cuidado será prestado pela própria equipe, na modalidade AD1;

Pacientes já acompanhados em seus lares pelas equipes de atenção básica, que necessitem cuidados de maior intensidade e frequência, não passíveis de serem efetuados pela equipe na modalidade AD1. A equipe de atenção básica pode acionar a EMAD do seu território de abrangência para avaliação e discussão do caso e, se necessário, haver migração para as modalidades modalidade AD2 ou AD3 (SILVA, 2013).

O cuidado no domicílio pode ser demandado pela família do paciente, que recebeu alta hospitalar e tem indicação de concluir ou continuar o plano de cuidados em casa, inserido na modalidade AD1, sob os cuidados da equipe de Atenção Básica do seu território. Esta é uma situação comum, mas o ideal seria que a equipe do hospital faça o contato com a equipe de atenção básica, discuta o quadro e a conduta sugerida, garantindo um retorno seguro para o domicílio;

Outra forma seria um politraumatizado que dá entrada numa UPA, mas que tem condições de ter os cuidados necessários realizados no domicílio, podendo ser

inserido na modalidade AD2 ou AD3 e passar a ser cuidado por uma EMAD com apoio de uma EMAP, se necessário. Este mesmo paciente, uma vez com quadro clínico estável, poderá ter a continuação do seu cuidado realizado pela atenção básica, migrando assim para modalidade AD1.

4.10 RELEVÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Quadro 14: a importância do enfermeiro no cuidado domiciliar.

E01	Auxiliamos na diminuição do risco de contaminação e agravamento do quadro do paciente, buscamos recuperação e reabilitação, além de auxiliar na prevenção de doenças;
E02	Orientações, prescrição de cuidados, olhar humanizado e segurança para o domiciliado;
E03	Dar assistência a esse paciente e família, dar orientações educativas, promover humanização entre pacientes e família;
E04	É de extrema importância para melhorar o cuidado e organização do atendimento do paciente;
E05	Orientações, prescrição de cuidados, olhar humanizado e segurança para o domiciliado;
E06	Além de gerenciar todos os processos administrativos, se faz presente nas visitas orientando, avaliando sinais vitais, curativos e coleta citológico;
E07	Não respondeu;
E08	Todas, em conjunto com a equipe para levar conforto e um tratamento adequado, para aliviar o sofrimento do mesmo.

Fonte: (Acadêmicos, 2022).

As profissionais de enfermagem destacaram sobre a importância do enfermeiro no atendimento na atenção domiciliar, sobre suas reponsabilidades e os efeitos positivos que essa assistência traz para o paciente e sua família. Destacam a importância para melhorar o cuidado e principalmente organizar o atendimento correto, realizar todos os procedimentos como exames, acompanhamentos e assistência a pacientes enquadrados no programa.

Por meio desse programa, mostra-se a importância do cuidado de enfermagem em Atenção Domiciliar pelos enfermeiros. Tem como foco o

acolhimento, o que é importante, pois por meio dele se estabelece uma aproximação entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares (CASTRO *et al.*, 2019).

O acolhimento deve apresentar conteúdo ético conforme exigido pela Política Nacional de Humanização do SUS. Por meio do acolhimento, o enfermeiro orientará os pacientes e familiares como parte do processo de enfermagem. A orientação e o acolhimento devem, portanto, ser respeitosos e proporcionar segurança aos pacientes e seus familiares, permitindo que continuem seu tratamento com segurança e confiança (BRASIL, 2013).

Teixeira (2018) destaca que o enfermeiro torna-se indispensável e necessário na recuperação de pacientes atendidos pela Atenção Domiciliar, uma vez que trata direto do paciente com auxílio de sua equipe e a parceria com a família. Isso torna um ponto positivo diante do quadro de evolução de cada paciente.

Nesses questionamento destaca-se a relevância do profissional que é o enfermeiro, pois é o conhecedor através da assistência, acompanhamentos em todos os âmbitos que seja necessidade do paciente que é atendido pela assistência domiciliar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que a assistência domiciliar, além de ser um recurso para redução de custos hospitalares, permite um atendimento direcionado e individualizado, e contribui para uma melhor compreensão do ambiente em que os pacientes são atendidos. Dessa forma, é importante não só o paciente, mas também a família e seus cuidadores para que o cuidado possa ser planejado e executado adequadamente.

Portanto, não basta prestar cuidados para a manutenção ou recuperação da saúde do paciente, portanto, o enfermeiro precisa avaliar o ambiente para realizar as mudanças necessárias e, se necessário, beneficiar o tratamento do paciente, além de ao cuidado dos familiares e cuidadores, cuidado e orientação, pois eles ficarão mais tempo com esses pacientes e prestarão os cuidados de que necessitam.

Evidenciou-se também que no domicílio, as práticas e a autonomia dos enfermeiros eram um pouco mais pronunciadas. No entanto, para que as equipes interdisciplinares recebam cuidados domiciliares adequados, principalmente no caso dos enfermeiros, são necessários conhecimentos teórico-científicos, competências, habilidades na realização de procedimentos e na comunicação e interação com os demais e, por isso, as intervenções serão direcionadas e adequadas necessidades e dependências de todos.

O trabalho em si além de demonstrar como é realizado a Atenção Domiciliar, destaca a importância do enfermeiro nesse papel, pois é o principal responsável pelas ações de melhorias e recuperação do paciente, levando o mesmo a ter um suporte diante de consultas, exames e acompanhamentos diários, semanais, quinzenal conforme necessidade e quadro de cada um.

Finda-se neste estudo que, além de ensinar e orientar o familiar ou responsável pelo cuidado, o enfermeiro também deve elaborar orientações para diagnosticar o serviço, prescrever, administrar e avaliar de acordo com o grau de dependência.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Angélica Mônica, ROCHA, Pedro Augusto; RODRIGUES, Ana Paula; SOUZA. Atuação do Enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm** 2017 jan-fev;70(1):210-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0210.pdf>> Acesso em: 02 abr. 2022.

ALVES, Marília; CERQUEIRA, Joana; Ferreira, Carlos; SILVA, Raimundo. Trabalho do Enfermeiro em uma empresa de Home Care de Belo Horizonte, Brasil. Universidad de Antioquia / Facultad de Enfermería / **Investigación y Educación en Enfermería** / Medellín, Vol. XXV N.º 2, septiembre de 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v25n2/v25n2a09.pdf>> Acesso em: 25 FEV. 2022.

BARBOSA, Hemmily Loyane Gama; MONTEIRO, Maynara Camila Sousa. **A percepção dos familiares dos pacientes em estado terminal do município de Itaituba acerca dos cuidados paliativos**. Itaituba: FAI, 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**: edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, Débora Gomes; CHIESA, Anna Maria. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde pública. **Rev Esc Enferm USP**. 2007;41(n.esp):793-98. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea08.pdf>> Acesso em: 29 mar. 2021.

BISCIONE, Valdete. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. v. 2 nº 1 (3), 2013, p. 68-80. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br>>. Acesso em 25 de Nov. de 2020.

BRAGA PP, SENA RR, SEIXAS CT, CASTRO EAB, ANDRADE AM, SILVA YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Cien Saude Colet** 2016; 21(3):903-912. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0903.pdf>>. Acesso em 14 Nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Manual de assistência domiciliar na Atenção Primária à Saúde**: experiência do serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro 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). Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011>. Acesso em: 14 Nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida----o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf>. Acesso em: 14 Nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, DF: MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CAMPOS, S. **Famílias y terapia familiar**. 2. ed. Barcelona: Gedisa, 2006.

CARVALHO, L. G. P. et al. **A construção de um Projeto Terapêutico Singular com Usuário e família: potencialidades e limitações**. O mundo da Saúde, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 521-525, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/construcao_projeto_therapeutic_o_singular_usuario.pdf>. Acesso em: 08 Jan. 2021.

CASTRO, E.A.B; LEONE, D.R.R; SANTOS, C.M; SOUSA, O.P. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Rev. Gaúcha Enferm** [internet]. 2019; 39:e2016-0002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-01-e2016-0002.pdf>>. Acesso em 14 Nov. 2021.

CLÓVIS, Francisco Tarcisio. **Atendimento Domiciliar: métodos e técnicas.** – Aparecida – SP: Ideias & Letras, 2018.

CUNHA, Luiza Watanabe Dal; GAIDZINSKI, Raquel Rapone; ALVES, Rosa Maria; Montes, Ronei Silva. Proposta de modelo para dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária. **Rev Esc Enferm USP** 2014; 41(1):97-103. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a12.pdf>> Acesso em: 29 mar. 2021.

DEMO, E.P. **Iniciação à pesquisa científica.** Campinas, SP: Editora Alínea, 2000.

DIAS, M. B. *et al.* A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios e a valorização necessária da atenção primária a saúde. **Journal of Management & Primary Health Care**, Brasil, v. 6, n. 1, p. 1-7, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.14295/jmphc.v6i1.239>>. Acesso em: 10 Jan. 2021.

FERNANDES, C. L. C; CURRA, L. C. D. **Ferramentas de abordagem familiar.** Porto Alegre: Artmed/Pan americana, 2006.

GALLASSI, C. V. *et al.* Atenção domiciliar na atenção primária a saúde: uma síntese operacional. **ABCS Health Sciences**, [s. l.], v. 39, n. 3, p. 177-185, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/abcs.hs.v39i3.653>. Acesso em: 28 nov. 2020.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Itaituba/ IBGE Cidades.**2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/itaituba/panorama>>. Acesso em 20 Nov. 2020.

KLAKONSKI, Elizandra Aparecida; TANCREDO, Paulo Sousa; NEVES, Marinei; GOMES, Oswaldo. Atuação do Enfermeiro no atendimento domiciliar ao paciente idoso: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Pesquisa**, v. 8, Edição Especial, p. 161-171, 2015 - ISSN 2176-9206 (on-line). Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/download/3797/252>> Acesso em: 30 jan. 2021.

MACIEL, FLG. **Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares.** Rev Bras Med Fam Comunidade. 2008;1(2):19-26.

MENDES A. O. **Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado do profissional.** Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011;2(8):253-60. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc2\(8\)](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc2(8))

NOGUEIRA, S. O, Vendrúsculo C. T, Kostulski C. A, Gonçalves CS. **Interdisciplinaridade, multidisciplinariadade ou transdisciplinaridade. 5o Interfaces no fazer psicológico: direitos humanos, diversidade e diferença.** Santa Maria: Centro Universitário São Francisco (UNIFRA); 2018. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/interfacespsicologia/Trabalhos/3062.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2021.

PEDROSO, Gabriella Ribeiro de. **"Qualidade de vida para avaliação de grupos de promoção da saúde."** Revista Brasileira de Enfermagem. 2016;69:242-249.

PEDROSO, Marina Shinzato. **"Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros."** Acta Paulista de Enfermagem. 2019;29:463-468.

PERES, E. M. et al. A prática de médicos e enfermeiros no Programa Saúde da Família: evidências de mudanças no modelo de atenção ao parto. **Recursos Humanos para Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 25, p. 25-33, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-4-25>>. Acesso em: 28 Nov. 2020.

PEDUZZI, Ellen Christiane Corrêa. **"Acesso e acessibilidade na atenção primária à saúde no Brasil."** Enfermagem em Foco. 2001;11(2).

PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho.** Livro digital. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <<https://www.feevale.br/institucional/editora-feevale/metodologia-do-trabalho-cientifico---2-edicao>>. Acesso em: 28 Nov. 2020.

RIBEIRO, Edilza Maria. As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia Saúde da Família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 658-664, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000400012>>. Acesso em 10 Jan. 2021.

ROCHA, João Álvaro, **Atendimento Domiciliar e Enfermeiro**, 6 Ed, São Paulo; Atlas 2017.

SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 309-314, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100024>>. Acesso em: 11 Jan. 2021.

SANTOS, Ricardo de Andrade. Atuação dos Enfermeiros de Home Care a prevenção por úlceras por pressão. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Facipe | Recife | v. 1 | n.1 | p. 21-35 | agosto 2013.** Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/facipesaude/article/download/1057/466>> Acesso em: 28 jan. 2021.

SAVASSI, L. C. M.; CUNHA, C. L. F. **Atenção Domiciliária como estratégia do cuidado na Atenção Primária a Saúde.** In: CUNHA, C. L. F.; SOUZA, I. L. de (org.). Guia de trabalho para o enfermeiro na atenção primária a saúde. Curitiba: Ed. CRV Ltda., 2017.

SILVA, K. L.; RIBEIRO; O.L.; RUMEIRO; A.K.; LAGO, A.R. **Atenção domiciliar na rede básica de saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TRINDADE C. M, SILVA M. R. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família.** Texto Contexto Enferm. 2016;15(4):645-53.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.3, p. 507-514, abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em 28 Nov 2020.

WAGNER, H. L. Trabalhando com famílias em Saúde da Família. **Revista de APS**, Juiz de Fora, n. 8, p. 10-14, jun./nov. 2001.

YAMAGUCHI, A. M. et al. (Ed.) **Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar.** Barueri, SP: Manole, 2010.



APÊNDICE-A
CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO

**ATENÇÃO DOMICILIAR: implementação na Zona Urbana do
Município de Itaituba, Estado do Pará, Brasil**

OBS: *Este questionário destina-se apenas a fins acadêmicos, portanto, o seu preenchimento não acarretará quaisquer danos ao entrevistado.*

Perfil dos Participantes

Sexo: Feminino () Masculino ()

Estado civil: _____

Idade: _____ anos

Tempo de formação: _____

UBS que atua no momento: _____

Tempo de serviço na UBS _____

Cursos de pós-graduação: Sim () Não ()

Se sim, qual: _____

1- O que é atenção domiciliar (AD), e como é realizado o acesso a este serviço em sua unidade de saúde?

2- Que tipo de paciente precisa receber atenção domiciliar, e qual seu objetivo?

3- Quais são as principais condições clínicas acompanhadas em domicílio por sua UBS?

4- Você conhece quais são os direitos do paciente acompanhado em domiciliar? Caso sim, especifique-os.

5 - Quais procedimentos podem ser realizados no atendimento domiciliar?

6 – Você conhece os critérios para implementação do atendimento domiciliar? Caso sim, especifique-os.

7 - Quais características são necessárias aos profissionais que realizam Assistência Domiciliar?

8 - Quais princípios devem ser respeitados ao realizar a visita domiciliar?

09 - Quais são as três modalidades de atenção domiciliar no SUS?

10- Qual a importância do enfermeiro no cuidado domiciliar?

OBRIGADA POR COLABORAR COM NOSSA TRABALHO ACADÊMICO!

APÊNDICE-B



Prefeitura Municipal de Itaituba
Secretaria Municipal de Saúde

Memo. SEMSA/DVS Nº 117/2021

Itaituba-PA, 27 de dezembro de 2021.

Do: Diretor de Vigilância em Saúde (DVS)

Para: Secretário Municipal de Saúde de Itaituba-PA

Senhor Iamax Prado Custódio

Assunto: Autorização de pesquisa de TCC nas UBSs Saúde Família

Senhor Secretário,

Considerando o Ofício nº 105/2021, datado de 08 de dezembro de 2021, do Centro de Estudo Superiores de Itaituba LTDA, que solicita pesquisa de campo de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Acadêmica CLÉCIA VIANA SILVA e Acadêmico TIAGO SILVA DE ALMEIDA, os documentos, estando de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, a conclusão da Diretoria de Vigilância em Saúde é que os Acadêmicos da Instituição de Ensino atendeu os requisitos e está **APTA** para desenvolver a PESQUISA DE TCC. Intitulada: **ATENÇÃO DOMILIAR**, nas Unidades de Saúde da Família: Edson Botelho, Jardim das Araras, Floresta, Carlos Furtado, Bela Vista, Piracanã, Jardim Aeroporto, Liberdade e São Tomé, **no período de janeiro de 2022**, o TCC tem como orientadora a Professora Mestranda Enfª. Bruna Santana de Souza Soares. Quaisquer ocorrências ou sinistros na ocasião das atividades de pesquisa na UBSs é de responsabilidade dos Acadêmicos, e co-responsabilidade do orientador e do Centro de Estudo Superiores de Itaituba LTDA.

Atenciosamente,

Cleudson Colares Batista
Diretor de Vigilância em Saúde
Decreto Municipal nº 071/2018

Cleudson Colares Batista
Diretor de Vigilância em Saúde
Decreto Nº 071/2018.

SEMSA - Itaituba/PA
Secretaria Municipal de Saúde
Recebido
Data: 27/12/21
Hora: 13h
Assinatura: [Assinatura]