



**FACULDADE
PAN AMAZÔNICA**

LEIDE ARAÚJO PANTOJA
MARIA ALDENIRA RODRIGUES
SILVIA DOS ANJOS

**OS CUIDADOS PRESTADOS DE ENFERMAGEM COMO EXTENSÃO
HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA**

Belém
2016

PANTOJA, Leide Araújo

Os cuidados prestados de enfermagem como extensão hospitalar: revisão integrativa. Leide Araújo Pantoja, Maria Aldenira Rodrigues, Silvia dos Anjos. Profª. Msc Margareth Feio Boulhosa — Belém, 2016.

55f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade Pan Amazônica, Belém, 2016.

1. Enfermagem. I. Atendimento domiciliar.

CDU: 616-083

LEIDE ARAÚJO PANTOJA
MARIA ALDENIRA RODRIGUES
SILVIA DOS ANJOS

**OS CUIDADOS PRESTADOS DE ENFERMAGEM COMO EXTENSÃO
HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Pan Amazônica, como requisito para
obtenção de graduação em Enfermagem.
Orientadora: Profª. Msc Margarete Feio Boulhosa.

Belém
2016

LEIDE ARAÚJO PANTOJA
MARIA ALDENIRA RODRIGUES
SILVIA DOS ANJOS

**OS CUIDADOS PRESTADOS DE ENFERMAGEM COMO EXTENSÃO
HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Pan Amazônica, como requisito para
obtenção de graduação em Enfermagem.
Orientadora: Profª. Msc Margarete Feio Boulhosa.

Avaliado em: _____ / _____ / _____

Banca Examinadora

Profª. Msc Margarete Feio Boulhosa - Orientadora

Prof.º

Prof.º

Este trabalho é dedicado primeiramente a Deus, força sem a qual não teríamos chegado até o fim.

Também dedicamos este trabalho aos nossos familiares, que acreditaram em nossos sonhos e sempre estiveram nos apoiando e incentivando a superar os obstáculos encontrados para que chegássemos até aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por nos dar saúde e muita força para superar as dificuldade;

A Faculdade Pan Amazônica e todo seu corpo docente. Além da direção e administração a que nos proporcionaram as condições necessárias para que nos alcançasse nossos objetivos.

A orientadora: Prof.^a MSC Margarete Boulhosa por todo o tempo que dedicou a nos ajudar durante o processo de realização deste estudo,

Aos nossos pais. Por todo o amor que nos deram, e que em nós acreditaram.

E enfim, a todos que contribuíram durante esse percurso de formação, seja de forma direta ou indireta. Fica registrado aqui o nosso muito Obrigada!

Viver é ser capaz de extrair de cada fato uma lição, de cada ato um ensinamento, de cada acontecimento um aprendizado.

Hemus

RESUMO

Este estudo tem o objetivo geral de analisar as produções científicas no período de 2010 a 2015 sobre o atendimento domiciliar pela equipe multiprofissional. Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura, abordagem qualitativa de estudos teóricos e metodológicos, que enfatizou temas relativos a visita domiciliar do enfermeiro. Das publicações foram selecionadas as produções científicas no período de 2010 a 2015, sobre o atendimento domiciliar realizado pela equipe multiprofissional. A assistência de Enfermagem exige familiarização com as técnicas e procedimentos de enfermagem, além de qualificação e conhecimento específico para o desenvolvimento da atividade de assistência domiciliar; que deve o profissional de Enfermagem ter conhecimento das estratégias empregadas para melhorar o cumprimento do tratamento ministrado na assistência domiciliar por parte do paciente e sua família. A assistência domiciliar é uma ferramenta redutora de custos para as unidades hospitalares, que permite o resgate do vínculo familiar do paciente possibilitando o resgate de sua autoestima. Toda a estrutura da assistência domiciliar é direcionada à preocupação com a vulnerabilidade do paciente, atestando-se o desenvolvimento de planos de cuidados humanizados, considerando-se que humanizar é promover e proteger a saúde, e que os cuidados da Enfermagem nos procedimentos relativos à assistência domiciliar exigem familiarização com as técnicas e procedimentos de enfermagem, bem como a contínua e constante atualização dos conhecimentos e aperfeiçoamento profissional quanto aos procedimentos de cuidado e relacionamento com os pacientes e seus familiares e, principalmente, a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-Chave: Enfermagem, Atendimento domiciliar.

ABSTRACT

This study has the general objective of analyzing the scientific production in the period from 2010 to 2015 on home care by the multidisciplinary team. This is an Integrative Review of Literature, a qualitative approach to theoretical and methodological studies, which emphasized topics related to home visits by nurses. From the publications were selected the scientific productions in the period from 2010 to 2015, on the home care performed by the multiprofessional team. Nursing care requires familiarization with nursing techniques and procedures, as well as qualification and specific knowledge for the development of the home care activity; That the nursing professional should be aware of the strategies employed to improve compliance with the home care provided by the patient and his / her family. Home care is a cost-reducing tool for hospital units, which allows the recovery of the patient's family bond, allowing the recovery of their self-esteem. The whole structure of home care is directed to the concern with the vulnerability of the patient, attesting to the development of humanized care plans, considering that humanizing is promoting and protecting health, and that nursing care in procedures related to care Domicile require familiarization with nursing techniques and procedures, as well as the continuous and constant updating of knowledge and professional improvement regarding the procedures of care and relationship with patients and their families and, mainly, the improvement of patients' quality of life.

Keywords: Nursing, Home care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Atribuições do enfermeiro na assistência domiciliar.....	30
Quadro 2 – Dados bibliométricos das publicações para a revisão integrativa.....	35
Quadro 3 - Categorias de análise.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Exemplo de diagnóstico de enfermagem na taxonomia (NANDA)..... 45

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
AD	Atenção Domiciliar
ADT	Atenção Domiciliar Terapêutica
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CORENS	Conselhos Regionais de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CGHOSP	Coordenação-Geral de Gestão Hospitalar
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRAC	Departamento de Atenção Básica; Departamento de Regulação, Avaliação e Controle
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar
MS	Ministério da Saúde
NANDA	Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem
NIC	<i>Nursing Intervention Classification</i>
PROENF	Programa de Atualização de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Problematização e objeto de estudo.....	14
1.2	Justificativa.....	16
1.3	Relevância.....	16
1.4	Questões norteadoras.....	16
1.5	Objetivos.....	16
1.5.1	Objetivo Geral.....	16
1.5.2	Objetivos Específicos.....	17
2	REFERÊNCIAL TEÓRICO: REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1	Sobre a atenção domiciliar no Brasil.....	18
2.2	Da organização da assistência domiciliar.....	20
2.3	Das modalidades de atenção domiciliar.....	21
2.4	Atenção domiciliar e a desinstitucionalização, o papel do enfermeiro na busca de novos espaços para fazer saúde.....	22
2.5	O papel da enfermagem na atenção domiciliar.....	23
3	METODÓLOGIA.....	32
3.1	Tipo de estudo.....	32
3.2	Riscos e benefícios do estudo.....	33
3.3	Critérios de inclusão e exclusão.....	33
3.4	Análise e discussão dos dados.....	33
3.5	Aspectos éticos.....	34
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO: REVISÃO INTEGRATIVA.....	35
4.1	Das publicações pesquisadas.....	35
4.2	O cuidado domiciliar.....	38
4.3	Sobre o papel da família.....	39
4.4	O papel do enfermeiro na assistência domiciliar.....	41
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
	REFERÊNCIAS.....	50
	APÊNDICES	54

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problematização e objeto de estudo

Este estudo evidencia como a atenção domiciliar vem sendo organizada e discutida no território nacional e como é utilizada como estratégia para os cuidados de tratamento aos usuários do sistema de saúde e quais as publicações científicas realizadas e publicadas.

O cuidar em domicílio é uma prática que vem sendo desenvolvida desde a Antiguidade. Porém, em detrimento do desenvolvimento da medicina científica a partir do século XIX, a referência em cuidados mudou, o hospital se tornou o local mais apropriado para pessoas com problemas de saúde. Isso alcunhou essas pessoas como pacientes, determinou-lhes a identidade de doentes e segregou-as no ambiente hospitalar (GALLASSI et al. 2014).

As primeiras atividades domiciliares desenvolvidas no Brasil aconteceram no século XX, mais precisamente em 1919, quando houve a criação do serviço de enfermeiras visitadoras no Rio de Janeiro. No ano de 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), onde os médicos de plantão saíam em ambulâncias para o atendimento. Nessa época, a demanda era feita via telefone diretamente aos postos de urgência (FABRÍCIO, 2010).

A assistência domiciliar é uma especialidade no âmbito da saúde pública em que os profissionais de saúde trabalham em equipe multiprofissional e desenvolvem ações de atendimento terapêutico às pessoas em seu domicílio (ARAÚJO, 2015).

No decorrer dos últimos anos, os sistemas de assistência em saúde tem pleiteado outros meios para estruturar o cuidar com qualidade, utilizando o meio doméstico como uma alternativa de extensão hospitalar. Nota-se que há um avanço na assistência e se tem buscado oferecer à população um atendimento incentivador da qualificação do cuidado, através de inovações que potencializem a atenção integral, a diversificação dos recursos financeiros e humanos, transporte, medicamentos etc. e a articulação e comunicação multidisciplinar em diferentes esferas da assistência (GOMES *et al*, 2013; FEUERWERKER, 2010).

Segundo Gomes (2013), dentre as alternativas na assistência, a atenção domiciliar é uma estratégia de articulação do sistema de serviços em seus diferentes níveis. Esta estratégia é vista de forma positiva tanto para os gestores e trabalhadores de saúde, assim como para a população, pois existem vantagens, compreendendo todas as ações de atendimento no domicílio a serem realizadas. A instrumentalização por diferentes modalidades da atenção à

saúde na internação, sendo a visita domiciliar uma prestação de assistência à saúde voltada ao cuidado da população pela equipe multiprofissional, entre eles o enfermeiro.

Nesse sentido, em 2011, o Governo Federal se comprometeu com a atenção domiciliar através do programa “Melhor em Casa”, com o lema “a segurança do hospital no conforto do seu lar”, o qual tem sido executado em parceria com os Estados e Municípios. Assim, as equipes que atuam nesse programa são acionadas por uma central de regulação controlada pelas Secretarias de Saúde, estendendo a assistência oferecida pela atenção básica ao lar dos pacientes beneficiáveis pela atenção domiciliar (BRASIL, 2012).

De acordo com Lacerda (2010), a visita domiciliar é uma forma de atendimento à saúde e é através dela que há a possibilidade de captação da realidade dos indivíduos assistidos, assim pode-se reconhecer seus problemas e necessidades de saúde, sendo, portanto, esse o real benefício da internação domiciliar. No que tange ao atendimento no domicílio, tem-se a possibilidade de trabalhar a educação em saúde, orientações, assim como demonstrações de procedimentos técnicos a serem delegados ao paciente ou ao seu cuidador e a realização desses procedimentos pela equipe multiprofissional a nível domiciliar.

No que compete à internação domiciliar são oferecidos, além dos serviços prestados na visita domiciliar, a presença contínua de profissionais no domicílio do paciente, bem como a utilização de equipamentos e materiais de uso hospitalar. Todas essas modalidades - visita domiciliar, atendimento domiciliar e internação domiciliar - compõem a atenção domiciliar (LACERDA et al., 2010).

A partir da contextualização acima, com o crescimento da população brasileira e as mudanças epidemiológicas com ocorrência de várias doenças sejam elas de caráter infeccioso ou mesmo crônicas não transmissíveis, observou-se a necessidade de se repensar o modelo de atenção à saúde e isso vem ocorrendo com expansão das necessidades dos serviços de saúde com ações desenvolvidas na atuação domiciliar, sendo que essa modalidade vem oportunizando uma assistência terapêutica contínua, porém ainda há insuficiência da oferta desses serviços de atenção domiciliar em relação à demanda dos usuários e as reais necessidades apresentadas pela população (BRAGA et al., 2015).

Assim, a problematização deste estudo refere-se à busca de resposta à seguinte pergunta norteadora: Quais os cuidados prestados de enfermagem como extensão hospitalar?

A importância dos cuidados prestados de enfermagem na visita domiciliar e como extensão hospitalar, haja vista que se vislumbrou o atendimento domiciliar como uma forma de estender os cuidados hospitalares para o domicílio do paciente; a partir da práxis notou-se que os problemas relatados na literatura são condizentes com a realidade e nos inquietou o

fato de que enquanto os serviços ofertados não responderem às necessidades da população, enquanto existirem dificuldades relacionadas ao atendimento, indisponibilidade de leitos para os usuários que dependem do sistema público de saúde e enquanto houver a inobservância dos princípios de universalidade e integralidade, o povo continuará a padecer, enquanto que o atendimento no âmbito domiciliar seria uma alternativa estratégica aos problemas supracitados.

1.2 Justificativa

Este estudo se justifica no pressuposto de que o atendimento domiciliar é utilizado como uma das ferramentas para a promoção da saúde e abrange todos os serviços de saúde prestados aos pacientes em sua residência. Com os avanços no crescimento dessa modalidade de cuidados há também uma expectativa de evidências científicas sobre o assunto. Portanto, este estudo é importante, pois buscou, através da revisão bibliográfica integrativa, a importância da enfermagem na visita domiciliar.

1.3 Relevância

A realização deste estudo é relevante, pois contribuiu no campo acadêmico na medida em que possibilitará ampliar o conhecimento dos estudantes de enfermagem e de áreas afins,. Sua importância no âmbito social, é para que se entenda que vivemos em sociedade, se faz necessário que esta tome conhecimento por meio de informações através de pesquisas como esta. No campo da saúde pública, a pesquisa é também relevante, no que concerne a temática o cuidado de enfermagem no Atendimento Domiciliar proporcionara novas formas de verificar como uma Rede de Atenção à Saúde pode estar organizada.

1.4 Questões norteadoras

- Como os estudos vêm abordando a organização dos serviços de saúde relacionada ao atendimento domiciliar pela equipe multiprofissional?
- Qual o papel da enfermagem frente a essa nova perspectiva de prestação de cuidados?

1.5 Objetivos

1.5.1 O objetivo geral

- Analisar as produções científicas no período de 2010 a 2015 sobre o atendimento domiciliar pela equipe multiprofissional.

1.5.2 Os objetivos específicos

- Verificar a importância da visita domiciliar do enfermeiro no acompanhamento da internação domiciliar;
- Identificar quais são as ações de enfermagem prestadas no domicílio;
- Referenciar os critérios profissionais no atendimento do enfermeiro na assistência domiciliar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO: REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Sobre a atenção domiciliar no brasil

Desde a própria existência das famílias que o cuidado domiciliar na saúde é uma prática realizada como unidade de organização social. Diversas situações inerentes à dependência crônica que são assumidos pela família não foram incluídas nas iniciativas da Atenção Domiciliar organizadas pelo sistema de saúde. Quando se aborda o objeto “atenção domiciliar”, portanto, diz respeito apenas a uma parte da práxis de cuidado domiciliar, em particular as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde cuidadores e familiares (MEHRY; FEUERWERKER, 2010).

Para Yuaso (2010), a atenção domiciliar representa uma estratégia de atenção à saúde projetada para atender o paciente do ponto de vista médico, psicológico, social e funcional, em seu próprio meio, procurando manter e restaurar a sua funcionalidade, a sua autonomia, a sua saúde e seu conforto. O trabalho interprofissional na atenção domiciliar é de extrema importância, tendo em vista que a qualidade de vida implica diferentes dimensões, envolvendo conhecimento e habilidades em múltiplas áreas.

Segundo Floriani e Schramm (2011) a difusão do atendimento domiciliar como modalidade de atenção em saúde, tanto no serviço público como nos serviços privados, amplia a discussão de políticas de saúde que garantam melhor utilização de recursos financeiros devido aos altos custos de internações hospitalares.

Nesse sentido, observa-se que a atenção domiciliar como extensão do hospital surgiu, propriamente dito, em 1947 para “descongestionar” os hospitais. A partir de então, as experiências desse tipo se multiplicaram na América do Norte e Europa. Quando se fala em Brasil, a atenção no domicílio contou primeiramente com os médicos de Família, os profissionais legais de medicina atendiam seus clientes mais ricos em casa, o que proporcionava assistência humanizada e de qualidade. Aos menos favorecidos cabia a filantropia, o curandeirismo e a medicina caseira (SAVASSI; DIAS, 2010).

A primeira experiência de atendimento domiciliar brasileira organizada como um serviço foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar (SAMDU), que foi fundado em 1949 e vinculado ao Ministério do Trabalho. Contudo, a atenção domiciliar foi iniciada como uma atividade planejada pelo setor público com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), que funciona desde a década de 60 (REHEM; TRAD, 2010).

Em meados do ano 2000, existiam experiências diversificadas e projetos que eram direcionados para a atenção no âmbito do domicílio no Brasil, com uma variabilidade de características e modelos de atenção. Neste âmbito destacaram-se, sob o aspecto normativo, o programa de Atenção Domiciliar Terapêutica para Aids (ADT-Aids) e o programa direcionado à atenção aos idosos, que contam com portarias específicas (CARVALHO, 2010).

Contudo, a atenção domiciliar, nessa época, partiu das iniciativas das secretarias municipais de saúde ou de hospitais, nos três níveis de governo, porém não contava com políticas de incentivo ou regulamentação de financiamento. Essas experiências possuíam lógicas diversas que iam desde a substituição aos cuidados hospitalares, até a humanização da atenção com a racionalização de recursos assistenciais (CARVALHO, 2010).

Segundo Brasil (2012), no ano de 2006, foi lançada a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC-ANVISA) nº 11, datada de 26 de janeiro de 2006, que fala sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar. Segundo essa Resolução, a estruturação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) deve se dar com base nas orientações dessa Resolução.

O Ministério da Saúde (MS), em outubro de 2006, tornou pública a Portaria nº 2.529, que instituiu no SUS a internação domiciliar como uma atividade prestada no domicílio a pacientes clinicamente estáveis, mas que necessitem de uma intensidade de cuidados acima dos oferecidos em nível ambulatorial e que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim (BRASIL, 2011).

Porém o Ministério da Saúde, juntamente um grupo de trabalho constituído pelo conjunto das áreas técnicas do MS (Coordenação-Geral de Gestão Hospitalar – CGHOSP/DAE; Departamento de Atenção Básica; Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC; e a Área Técnica de Saúde do Idoso/DAPES), verificaram que existia uma lacuna na regulamentação do atendimento domiciliar em nível Federal, assim foi feita uma reflexão crítica acerca da Portaria nº 2.529, objetivando a publicação de uma nova portaria que mais se aproximasse das realidades e necessidades locais. Dessa forma, foi publicada a Portaria nº 2.029, em agosto de 2011, que institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS e revoga a Portaria nº 2.529, de 2006 (BRASIL, 2012).

Segundo Brasil (2012), essa Portaria, que está vigente, avança em relação à anterior (Portaria nº 2.529), na medida em que:

- Reconhece os cuidados domiciliares realizados pelas equipes de atenção básica (ESF), instituindo a modalidade AD1 em atenção domiciliar, que é aquela realizada pelas ESF e pelo NASF. Apesar de a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, já tivesse

feito referência à AD como ações da Saúde da Família essa questão passa a ser normatizada em portaria do MS;

- Retira o foco da internação domiciliar, característica da Portaria nº 2.529;
- Estabelece que a organização dos SAD deve ser realizada a partir de uma base territorial com uma população adstrita de 100 mil pessoas. Assim, qualquer usuário que venha a se beneficiar de atenção domiciliar terá uma equipe de atenção domiciliar de referência, não precisando estar, necessariamente, internado num hospital que possua serviço de internação de municípios elegíveis à proposta na medida em que propõe o recorte popular domiciliar para se beneficiar dessa modalidade de cuidado;
- Amplia o número nacional para aqueles que tenham população acima de 40.000 habitantes;
- Fortalece o conceito de que a AD integra uma Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção.

2.2 Da organização da assistência domiciliar

Segundo o artigo 6º da Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para que os municípios tenham Serviços de Assistência Domiciliar (SAD) devem apresentar população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); devem estar cobertos por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); e possuir hospital de referência no Município ou região a qual integra.

De acordo com o parágrafo único, nos Municípios com população superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes a atenção às urgências do SAMU 192 será, também, considerada requisito para a implantação de um SAD.

Institui o art. 7º que as equipes de atenção domiciliar que compõem o SAD são: Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar (EMAD) Tipo 1; EMAD Tipo 2; II - EMAP.

Segundo o § 1º As EMAD e EMAP precisam ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), de acordo com as regras operacionais de cadastramento previstas em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Segundo César (2014, p. 38):

A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) é composta por profissionais com a função de oferecer assistência clínico-terapêutica e psicossocial aos usuários no domicílio. A equipe atua de modo interdisciplinar e, atualmente, é composta por: uma Assistente Social, um Auxiliar administrativo, duas Enfermeiras assistentes, uma Enfermeira gerente, duas Fisioterapeutas, dois Médicos, dois Motoristas, uma Nutricionista, uma Fonoaudióloga, um Psicólogo, duas Técnicas de enfermagem, uma Terapeuta Ocupacional.

2.3 Das modalidades de atenção domiciliar

Segundo o art. 18 da Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, a Atenção Domiciliar será organizada em três modalidades: I- Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1); II- Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2); III - Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3).

De acordo com Pereira (2014), a modalidade (AD1) é correspondente aos cuidados domiciliares que são realizados no âmbito da atenção básica pelas equipes das Estratégias Saúde da Família, (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em consonância com serviços ambulatoriais de especialidades e de reabilitação, quando houver necessidade.

A segunda modalidade de AD (AD2) é compreendida pelos usuários que precisam de um atendimento de maior complexidade e frequência de cuidado e de recursos de saúde, bem como de continuidade de acompanhamento, podendo vir de serviços diversificados da rede de atenção; e devem se incluir em um dos critérios estabelecidos pela Portaria, “como cuidados paliativos, necessidade de supervisão e reabilitação motora e funcional intensa, quadro cardiorrespiratório que exija monitoramento e outros procedimentos” (BRASIL, 2013).

No que tange à terceira modalidade, a AD3 é a que exige maior complexidade do cuidado. Seguindo os mesmos critérios da AD2, mas fazendo-se necessário incluir o uso de algum dispositivo respiratório complementar como oxigenoterapia e suporte ventilatório não invasivo, diálise peritoneal ou paracentese (BRASIL, 2013).

De acordo com o art. 19 da Portaria nº 963/2013, nas três modalidades de Atenção Domiciliar, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

- I - trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde;
- II - identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades;
- III - abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;
- IV - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar;
- V - elaborar reuniões para cuidadores e familiares;
- VI - utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento;
- VII - promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários;
- VIII - participar da educação permanente promovida pelos gestores;
- IX - assegurar, em caso de óbito, que o médico da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD1, emita o atestado e óbito;
- X - apoiar na alta programada de usuários internados em hospitais inseridos no município no qual atuam, através do estabelecimento de fluxos e protocolos com estes estabelecimentos de saúde.

Segundo Pereira (2014), os documentos mais recentes no sentido de ampliar a adoção da atenção domiciliar são portarias vigentes, que são vistas como alternativa assistencial representando um avanço principalmente no que concerne ao estabelecimento de

cofinanciamento federal para a atenção domiciliar, o que poderá levar ao incentivo para a construção de novos serviços e o incremento dos já existentes.

Portanto, o atendimento domiciliar se mostra como uma estratégia de atenção à saúde, estratégia que abrange várias ações de saúde, tanto na promoção quanto na prevenção de agravos e tratamento o que é mais do que o fornecimento de um tratamento padrão. É um método que objetiva enfatizar a autonomia do usuário e dos serviços e realçar suas habilidades em seu próprio ambiente – o domicílio (DUARTE; DIOGO, 2010).

Esse atendimento envolve ações de menor complexidade, podendo ou não se trabalhar com a equipe multiprofissional e que podem ser comparadas a um “consultório casa”. Assim, este tipo de assistência pode propiciar um estreitamento entre a relação dos profissionais de saúde, paciente e seus familiares em seu próprio meio, “podendo este momento ser útil para uma avaliação das condições que o cercam, por vezes, de grande importância para o sucesso do acompanhamento” (TAVOLARI E COL., 2000; PASKULIN; DIAS, 2010).

Nesse sentido, se há a certeza de que os clientes e seus familiares serão os maiores detentores dos benefícios provenientes da atenção domiciliar à saúde porque não há uma iniciativa para que esse tipo de cuidado seja instituído com mais veemência no que tange em especial a atenção básica à saúde e a estratégia saúde da família, já que o cuidado passa a ser visto de forma individualizada e humanizada, estando longe dos riscos iatrogênicos, que são inerentes ao contexto hospitalar e, acima de tudo, conta com a participação do principal cuidador: o familiar ou alguém mais próximo que exerce esse papel.

2.4 Atenção domiciliar e a desinstitucionalização, o papel do enfermeiro na busca de novos espaços para fazer saúde.

De acordo com os estudos de Feuerwerker e Mehry, (2010), a substitutividade e a desinstitucionalização são elementos fundamentais para a produção de práticas inovadoras do processo de cuidar, pautar o cuidado no compromisso com a defesa da vida o que norteia o pacto de trabalho das equipes. Ou seja, configurar o modelo de atenção domiciliar como modalidade substitutiva ao modelo hospitalocêntrico sendo utilizada como dispositivo para a produção de cuidados que efetivamente não são produzidos a nível hospitalar, ambulatorial ou de qualquer outra instituição de saúde, configurando o domicílio como um terreno do trabalho vivo em ato, possibilitando a produção e a invenção de práticas cuidadoras.

Segundo as autoras, quando essa configuração ocorre os equipamentos e arranjos de atenção tornam-se concomitantemente dispositivos efetivos de tensão entre as novas práticas e

o modelo hegemônicos, hábitos assistenciais antigos e lugares que produzem melhorias reais na construção de formas sociais de tratar e cuidar do sofrimento.

2.5 O papel da enfermagem na atenção domiciliar

Tannure e Gonçalves (2011) expõem que, historicamente, a preocupação da enfermagem com a questão teórica nasce com Florence Nightingale, esta afirmando que a enfermagem necessitava de conhecimentos distintos dos da medicina e, evolutivamente, percebeu-se a necessidade de desenvolvimento de um corpo específico e organizado de conhecimentos sobre a enfermagem, surgindo, dessa forma, as teorias de enfermagem, cujo processo de evolução indica que, nos anos 1940, o cuidado de enfermagem começou a ser enfatizado como um processo interpessoal.

No Brasil, a Enfermagem se firmou como profissão com a institucionalização dos seus cursos de graduação que datam cerca de dez décadas e de pós-graduação da década de 70, segundo Marziale (2009), a Enfermagem do século XX buscou a sua profissionalização, e para tal, construiu um corpo de conhecimentos específicos, sendo introduzidas as teorias de enfermagem e o processo de enfermagem, como métodos de trabalho, com a finalidade de transformar o trabalho do enfermeiro, tornando-o científico.

A primeira das referidas teorias é a Teoria Ambientalista, de Florence Nightingale, que influenciou os outros teóricos de enfermagem e enfoca a importância da organização do ambiente físico, social e psicológico dentro de uma unidade de internação, estabelecendo um equilíbrio entre o paciente e o meio em que este está para seu melhor desenvolvimento.

A segunda é a Teoria do Autocuidado, de Dorothea Orem, que relaciona o papel do enfermeiro no processo do cuidar, quando o paciente é incapaz de proporcionar o seu próprio cuidado, dando assim ao enfermeiro a providência da assistência necessária.

A terceira é a Teoria Transcultural, de autoria de Madeleine Leininger, que se refere ao oferecimento de cuidados de enfermagem no contexto de diferentes culturas, ou seja, das particularidades do paciente como crenças, costumes e valores e para isso precisa-se de uma assistência individualizada.

Por fim, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta, na qual se trabalha com dois tipos de situações, para quem serve a enfermagem e com o que ela se ocupa. Suas respostas são dadas respectivamente, onde a enfermagem é um serviço prestado ao ser humano e que se ocupa em manter o equilíbrio dinâmico, prevenindo e revertendo desequilíbrios do ser humano, levando suas necessidades psicobiológicas e psicossociais.

A escolha de uma teoria de enfermagem visa fundamentar a prática do enfermeiro, que requer que o mesmo conheça a realidade do setor em que trabalha; o perfil dos outros enfermeiros e as características da clientela atendida, assim se coadunando com sua prática profissional e com a articulação dos conceitos de saúde, pessoa, ambiente e enfermagem, já que em cada ambiente em que o enfermeiro exerce sua profissão requer a aplicação de procedimentos diferenciados visando à assistência a ser prestada.

Nesse sentido, o processo de cuidar é a fundamental função do enfermeiro e exige-se que o enfermeiro possua a sensibilidade e o profissionalismo de cumprimento de sua função, de acordo com a colocação que ocupa, observando-se que as teorias de enfermagem podem ser utilizadas para orientar e melhorar a prática profissional dos enfermeiros.

A Lei que regulamenta o exercício da profissão de Enfermeiro, segundo Marziale (2013), é a Lei nº 7.498/86, que foi regulamentada pelo Decreto nº 95.406/87 e, em relação ao comportamento profissional existe a Resolução nº 240/2000 (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem), do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que rege o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. A primeira associação civil de caráter cultural foi a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, de 1929, que se transformou na Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), além de a profissão possuir os sindicatos, o Conselho Federal de Enfermagem (DOFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENS).

De acordo com o que afirma LIMA (2012, p. 11), o cuidar é a principal função do enfermeiro:

A enfermagem é a arte do fazer imediato, a arte de pessoas que convivem entre si e que se ocupam a cuidar de outras pessoas. É uma profissão dinâmica que se pauta por uma comunicação ativa entre as partes envolvidas e que é baseada na cooperação mútua de todos, assim definida como uma ciência humana que visa o cuidado dos seres humanos.

Verifica-se que a autora indica que no processo de cuidar como a fundamental função do enfermeiro tem-se o processo de comunicação ativa entre as partes envolvidas, o que exige que o enfermeiro possua a sensibilidade e o profissionalismo de cumprimento de sua função, de acordo com a colocação que ocupa, ou seja, esta podendo ser em uma Unidade de Saúde, Hospital, em instituição de ensino ou em empresas, ou ainda exercendo a profissão na assistência domiciliar ao paciente.

Para Mendes *et al* (2010, p. 20):

As funções de enfermagem são bastante diversificadas e compreendem atividades tanto de natureza simples, para a execução das quais pode-se contar com pessoal que recebeu apenas treinamento em serviço; quanto de natureza complexa, cujo

desempenho requer a utilização de pessoal profissional com conhecimento científico, capacidade de análise, julgamento e decisão.

Portanto, a profissionalização e o caráter científico conquistado pelo trabalho de Enfermagem, conforme expõe Gomes (2011), permitem a realização de técnicas resultantes do conhecimento científico em relação ao procedimento a ser realizado, já que se trata de procedimentos realizados em outros seres humanos, portanto demandando consciência da responsabilidade pelos procedimentos e encaminhamentos.

Nesse contexto, segundo Garcia e Nóbrega (2010), a Enfermagem também possui um campo de conhecimento específico, onde se incluem as Teorias de Enfermagem e que foram evolutivamente construídas com o avanço da profissão notadamente a partir da década de 1950, quando nos Estados Unidos a Enfermagem foi incluída entre as carreiras de nível superior, dessa forma passando-se a refletir, “de modo sistemático e deliberado” sobre sua natureza e propósitos.

Para as autoras, buscou-se construir as bases teóricas da prática de Enfermagem, pois toda profissão deve ter o conhecimento comunicado, testado e expandido e, assim, o marco inicial ocorreu em 1952, com a publicação do livro de Hildegard Peplau, surgindo, portanto, novas teorias de enfermagem, assim classificadas:

- a partir da identificação do foco primário: 1) as centradas no cliente; 2) as centradas no relacionamento entre o cliente e o ambiente; 3) centradas nas interações enfermeiro/cliente; e 4) centradas na terapêutica de enfermagem.

- tendo como base a prática profissional e a escola de pensamento: 1) orientadas para as necessidades dos clientes – *Teacher's College* da Universidade de Columbia; 2) orientadas ao processo de interação enfermeiro/cliente – Escola de Enfermagem da Universidade de Yale; e 3) orientadas aos resultados das ações de enfermagem – escola de pensamento de Nova York/Los Angeles.

A partir do final da década de 1970, segundo Garcia e Nóbrega (2010), as teorias da enfermagem passam a incorporar dimensões qualitativas sobre o papel social da profissão, tendo como base concepções filosóficas humanistas, resultando nas *teorias do cuidado*, de Barbara Carper (1978), que extrapolou para o âmbito internacional. No Brasil, em 1974, Wanda de Aguiar Horta publica a “*Teoria das Necessidades Humanas Básicas*”, obra pioneira no país, destacando-se, mais atualmente, a pesquisa convergente-assistencial, de Mercedes Trentini e Lygia Paim, útil para “aprender a pensar o fazer”.

Para as autoras, as teorias da enfermagem contribuem para organizar o *mundo fenomenal da enfermagem* em quatro conceitos centrais ou domínios temáticos –

enfermagem, ser humano, ambiente e saúde – considerados a matriz disciplinar e que permitem a construção da linguagem especial da enfermagem, isto é, a cultura da enfermagem.

As teorias da enfermagem possibilitam, segundo o que expõem Garcia e Nóbrega (2010, p. 38), a reflexão criativa e o domínio do processo de trabalho, na medida em que as diferentes teorias são organizadas a partir de diferentes visões de mundo, havendo de se levar em conta que “Enfermagem é o que se cria usando esse conhecimento e esses instrumentos”.

Do mesmo modo, Tannure e Gonçalves (2011) afirmam que teorias possibilitam a sistematização dos cuidados de enfermagem a partir dos denominados metaparadigmas da enfermagem:

- 1 – Pessoa: aquele que recebe o cuidado;
- 2 – Saúde: finalidade da assistência de enfermagem;
- 3 – Ambiente: arredores imediatos nos quais se encontra a pessoa que recebe a assistência;
- 4 – Enfermagem: ciência do cuidado executado por meio de uma metodologia de trabalho.

Dessa forma, a escolha de uma teoria de enfermagem para fundamentar a prática do enfermeiro requer que o mesmo conheça a realidade do setor em que trabalha; o perfil dos outros enfermeiros e as características da clientela atendida, assim se coadunando com sua prática profissional e com a articulação dos conceitos de saúde, pessoa, ambiente e enfermagem, já que em cada ambiente em que o enfermeiro exerce sua profissão requer a aplicação de procedimentos diferenciados para a sistematização da assistência a ser prestada.

Para Garcia e Nóbrega (2010), a realização de algumas técnicas de enfermagem requer, por parte desse profissional, um conhecimento científico em relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com os diagnósticos, planejamento e prescrições de enfermagem, mas é em um ambiente de pacientes graves ou críticos que o enfermeiro deve sempre ter em mente que o SAE é aplicado a seres humanos, acrescentando-se às teorias escolhidas para a implantação do SAE, conceitos relativos a uma visão holística do ser humano e à humanização do tratamento, já que o cumprimento do que determina a prescrição médica para o cuidado e assistência dos enfermeiros para pacientes graves é estreitamente ligado à frieza dos protocolos e do tratamento da doença.

No entanto, Mendes *et al* (2010) afirmam que não somente de técnicas de enfermagem é feita a profissão do enfermeiro, haja vista que a realização de algumas técnicas de enfermagem requer, por parte desse profissional, não somente o conhecimento científico em

relação à técnica a ser realizada, mas que em se tratando de procedimentos realizados em outros seres humanos, a atuação na profissão de Enfermagem demanda, além de um bom relacionamento entre todos os profissionais de saúde quando o enfermeiro faz parte de uma equipe multidisciplinar, estratégias de atuação utilizados como instrumentos de atuação na assistência ou atenção domiciliar:

1 - Consciência da responsabilidade pela minimização do sofrimento físico e psicológico dos pacientes, considerando-se o aspecto humanitário e de humanização do atendimento e, nesse sentido, o grande desafio é o desenvolvimento de atitudes humanizadoras na assistência.

Segundo Capra (2012), observa-se que, ao valorizar a humanização das relações interpessoais necessárias ao desenvolvimento da profissão de enfermeiro, devem ser acionadas habilidades e competências para o estabelecimento de relações construtivas, no sentido de se obter a compreensão e a aquiescência de quem precisa de ajuda, fundamentalmente em situações onde é possível perceber-se enquanto pessoa e mostrar-se não somente como profissional, mas também como um ser humano que entende a doença e o doente.

No entanto, existem dificuldades a serem transpostas quando se fala em trabalhar essas questões na atuação dos profissionais de saúde, haja vista que, segundo Capra (2012), vários estudos apontam elementos concretos dessas dificuldades, mostrando que esse movimento é carregado de resistências internas, tais como o medo de lidar com as emoções e sentimentos que, geralmente, é deixado de lado, em função do atendimento dos aspectos técnicos a serem considerados, prioritariamente, no atendimento em saúde.

Machado *et al* (2013) expõem que o conhecimento do outro - as expressões dos sujeitos, valorizar a inter-relação e a compreensão do ser humano a partir da visão holística de homem: na relação com o paciente, no modo de ver a pessoa e o indivíduo como um todo; deve-se entender o ser humano como pessoa e não como doença, haja vista que em todas as ocasiões está-se lidando com a saúde mental das pessoas, o que influencia na saúde do corpo como um todo.

2 - Aprendizado em relação aos conceitos de humanização na área da saúde, já que, para Campos (2012), humanizar é aceitar a necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos dos pacientes. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que os profissionais da equipe, dentre os quais o enfermeiro, considerem o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o

atendimento à saúde. Humanizar refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento e de reconhecimento da necessidade do paciente;

3 - Imprimir ao paciente a confiança no tratamento, pois, de acordo com Capra (2012, p. 14) "atualmente os profissionais enfatizam mais a tecnologia e a competência científica do que o contato com o paciente". Para o autor, a relação paciente-equipe de saúde deve ser estreita, a fim de que o paciente adquira confiança no tratamento e naqueles que lhe dão atendimento, pois o ser humano é um ser sensível por natureza não só quando está doente e, ao sentir-se doente, a pessoa torna-se ainda mais fragilizada, negativista, superemotiva e temporariamente, receptiva às ordens dos profissionais de saúde e das recomendações da equipe que lhe vai prestar cuidados e atenções até a sua recuperação;

Mittempergher (2008, citado por CAPRA, 2012, p. 17) afirma que:

É importante uma transformação nas posturas profissional e pessoal de cada um dos envolvidos neste processo e exige no mais amplo sentido, não se deixar cristalizar no seu saber exclusivo, permitindo uma visão global do paciente enquanto indivíduo, visão essa constituída por conhecimentos que não devem ser colocados lado a lado, mas sim, permeando-se mutuamente.

Em uma equipe multidisciplinar de saúde, vários são, portanto, os membros e especialistas que lutam pela manutenção da vida: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais, que devem trabalhar em sintonia para a recuperação total do paciente. É preciso que seus componentes não se percebam isolados, que decisões sejam tomadas em conjunto. Assim, CAPRA (2012, p. 101) ressalta que "a equipe de saúde assume uma característica de individualidade, seus componentes fundem-se num só e não se percebem isolados e formam uma imagem em comum".

A equipe multiprofissional deve ser especial para o paciente e vice-versa e, segundo Capra (2012, p. 143), a equipe de saúde é o protagonista das cenas da prestação de cuidados, demonstrando sensibilidade e solicitude no processo de cuidar e a atender com eficiência e qualidade e para que isso aconteça é necessário, portanto, pensar em um conjunto de ações capaz de atender três dimensões: humanização do atendimento ao paciente e a humanização das condições de trabalho do profissional de saúde.

Para Mezomo (2015), tudo deve contribuir para o estabelecimento de uma cultura de respeito à vida humana e de valorização desta no atendimento à saúde, considerando-se que o desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido, sem dúvida, uma série de benefícios, ainda que não assegure atendimento humanizado, pois as pessoas, muitas vezes, são tratadas como objetos de intervenção.

Assim, a Enfermagem (como ciência e arte) se faz presente em todas as modalidades da atenção domiciliar, seja nas visitas ou no gerenciamento de condições crônicas. É o enfermeiro que faz a avaliação do paciente e sua família sempre com o olhar holístico, é ele também quem faz as orientações educativas e oferece suporte à equipe interdisciplinar (BEN, 2009).

Com o envelhecimento da população e o aumento da qualidade de vida foi possível o surgimento de uma abertura de mercado para este segmento e um futuro promissor para a atividade, Com o aumento na expectativa de vida, o serviço de Home Care cresceu muito no Brasil, tanto no que concerne ao Sistema Único de Saúde, tanto no que tange à rede suplementar de assistência à saúde.

A partir desse pressuposto, a enfermagem tem um papel importantíssimo nessa nova forma de prestação de cuidados e, como comentado anteriormente, experenciar o Atendimento Domiciliar traz ao enfermeiro e à equipe interdisciplinar apostas interessantes, principalmente quando se toca na quebra de um paradigma sobre o morrer em casa, a mútua-afetação quando se cria um espaço intercessor no cuidado domiciliar entre a equipe de Atenção Domiciliar e o usuário/cuidador e na construção de rede entre os serviços de saúde (PEREIRA, 2014).

A partir da Resolução COFEN nº 267/2001 houve a regulamentação das atividades de enfermagem em domicílio. Esta modalidade assistencial revela significativamente a autonomia e o caráter liberal do exercício profissional do(a) enfermeiro(a). As atividades concernentes à enfermagem abrangem os níveis de menor, média e alta complexidade e contemplam as funções: assistencial, administrativa, educativa e de pesquisa (BEN, 2009):

A Resolução COFEN nº 0464/2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. RESOLVE:

Art. 1º Para os efeitos desta norma, entende-se por atenção domiciliar de enfermagem as ações desenvolvidas no domicílio da pessoa, que visem à promoção de sua saúde, à prevenção de agravos e tratamento de doenças, bem como à sua reabilitação e nos cuidados paliativos”

Segundo o Programa de Atualização de Enfermagem (PROENF, 2014), as atribuições do enfermeiro no nível domiciliar são descritos conforme o quadro 1 abaixo:

Quadro 1 – Atribuições do enfermeiro na assistência domiciliar

- Avaliar inicial e continuadamente o ambiente do lar e as condições do cuidador quanto à demanda terapêutica do paciente, de modo a garantir seu conforto e a segurança do sistema (admissão do paciente na assistência domiciliar).
- Estimar o número de visitas ou episódios de cuidado domiciliar necessários para a consecução do tratamento.
- Explicar ao paciente e à família, a assistência domiciliar e seus respectivos papéis nesse sistema.
- Estabelecer relação de ajuda com o paciente e a família.
- Treinar e supervisionar o cuidador, por meios de instruções detalhadas e estratégias de ensino-aprendizagem pertinentes ao seu nível de compreensão e habilidades.
- Coletar e revisar o histórico de enfermagem (entrevista e exame físico), assim como a anamnese médica a cada visita domiciliar agendada ou episódio de cuidado domiciliar.
- Estabelecer e revisar os diagnósticos de enfermagem, a cada visita domiciliar, destacando as necessidades educacionais, financeira e psicossociais.
- Assegurar o máximo de cobertura clínica para o paciente, coordenando os encaminhamentos e serviços especiais necessários ou solicitando pareceres especializados.
- Prescrever e revisar o plano de cuidados para as respostas do paciente e família ao problema de saúde ou doença, destacando as atividades de preparação para a alta, a cada visita domiciliar, conforme indicado pelo histórico ou resposta ao tratamento.
- Assistir a demanda de cuidado especializado e profissional que não possa ser prestado pelo cuidador (familiar), caso necessário.
- Identificar as barreiras ou dificuldades quanto à alta, estabelecendo um plano de seguimento.
- Avaliar os resultados do cuidado implementado em conjunto com o cuidador, visando ao progresso do paciente em relação à alta.
- Manter o paciente e família informados sobre o(s) diagnóstico(s), o tratamento e a evolução.
- Avaliar a satisfação do paciente e família.]
- Identificar para o paciente e a família o contato (call center) da unidade básica de saúde (UBS) ao qual o serviço de saúde domiciliar está vinculado.
- Manter atualizados os registros de prontuário (preferencialmente eletrônico) e a documentação para fins de reembolso.

Fonte: PROENF (2014).

Nesse sentido, a partir do conhecimento da regulamentação da assistência de enfermagem no âmbito do atendimento domiciliar, vê-se como emergente a necessidade de complexificar a formação dos profissionais de saúde principalmente os enfermeiros que são

treinados para uma atuação baseada em manuais e regras de procedimentos, como objetivos curativistas, além de apresentarem a ideia enganosa de que o profissional não sofre transferência afetiva ao lidar e intervir diante de um caso clínico (CÉSAR, 2014).

Portanto, no que tange à desinstitucionalização do cuidado, é importante trazer o interesse pela compreensão acerca das competências e habilidades que os profissionais precisam para lidar com a complexidade da existência-sofrimento dos usuários, o que essa problemática representa para o processo saúde-doença, para os familiares e cuidadores, assim como o posicionamento ético-ideológico em equipes multiprofissionais e ação interdisciplinar na atenção domiciliar (CÉSAR, 2014).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Este trabalho foi desenvolvido nos pressupostos da abordagem qualitativa, no modo de revisão integrativa que, segundo Hoga *et al* (2014, p. 15) é “desenvolvida para encontrar respostas fidedignas para um questionamento que, na maioria das vezes, origina-se da prática profissional”. Nesse sentido, o pesquisador deve ter acesso aos resultados e/ou conclusões dos estudos empíricos, além de textos e outras produções científicas que tratem da temática estudada e que sirvam para a elaboração de respostas ao questionamento proposto.

Para Tavares (2010), a revisão integrativa é realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico e, para tanto, as pesquisas publicadas devem ser sintetizadas e possibilitar conclusões gerais sobre o tema de estudo.

Roman e Friedlander (2010) explicam que a revisão integrativa apresenta o critério de pesquisa e estudo da literatura especializada, abrangendo os principais tópicos sobre a questão delimitada.

O método da revisão integrativa segue os seguintes passos: formulação da questão norteadora; busca na literatura para estudo; avaliação dos estudos incluídos na revisão de literatura; discussão, interpretação e apresentação dos resultados; e síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados (MENDES *et al.*, 2010):

- 1^a Fase: Elaboração da pergunta norteadora: tratou da elaboração da pergunta norteadora, em que a problematização deste estudo refere-se à busca de resposta à seguinte questão: Quais os cuidados prestados de enfermagem como extensão hospitalar?

- 2^a Fase: Busca ou amostragem na literatura: fase em que foram coletados os trabalhos e pesquisas relacionados à temática deste estudo, ou seja, pesquisas relacionadas à construção da pesquisa bibliográfica, assim como para a elaboração da revisão integrativa.

- 3^a Fase: Coleta dos Dados: este estudo foi realizado através de artigos publicados no período entre os anos de 2010 a 2015, nas bases de dados de pesquisa em saúde como Scielo, Lilacs, Bvs, além de Manuais do Ministério da Saúde, monografias, teses e websites, utilizando-se os descritores Enfermagem domiciliar, Assistência domiciliar.

- 4^a Fase: Análise crítica dos estudos incluídos: fase em que foram organizados os estudos e pesquisas relacionadas especificamente à temática deste estudo, especialmente em relação aos autores que serviram de base para a elaboração da revisão integrativa.

- 5^a Fase: Discussão dos Resultados: a produção e interpretação dos dados coletados por meio de levantamento bibliográfico realizado em artigos que atenderam à proposta da

temática deste estudo foram orientadas pela perspectiva da Análise de Conteúdo, segundo as fundamentações de Bardin (2010).

- 6^a Fase: Apresentação da revisão integrativa: as publicações utilizadas para a revisão integrativa deste estudo obedeceram aos critérios de inclusão pré-estabelecidos, haja vista que foram selecionadas produções científicas do período de 2010 a 2015 e as que apresentaram referência direta com a temática do atendimento domiciliar pela equipe multiprofissional, bem como para verificar a importância da visita domiciliar do enfermeiro no acompanhamento da internação domiciliar; identificar quais são as ações de enfermagem prestadas no domicílio; e pesquisar quais critérios profissionais devem ser atendidos pelo profissional de enfermagem quanto à assistência domiciliar.

3.2 Riscos e benefícios do estudo

A pesquisa não oferece riscos, haja vista que os dados foram coletados por meio de levantamento bibliográfico e revisão integrativa da literatura existente sobre os cuidados de enfermagem no modelo de atendimento domiciliar.

Quanto aos benefícios, o estudo pode ser utilizado como instrumento para atividades de sensibilização com grupos que tenham relação com a problemática abordada, além de possibilitar o desenvolvimento de competências e habilidades para os profissionais enfermeiros.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa os dados coletados por meio de levantamento bibliográfico realizado em artigos que atendam a proposta da temática, com textos completos, em língua portuguesa, publicados no período entre os anos de 2010 a 2016.

Os critérios de exclusão abrangeram a eliminação de literatura e estudos que não atenderam ao objetivo e temática deste estudo, bem como os estudos que se duplicaram.

3.4 Análise e discussão dos dados

A produção e interpretação dos dados coletados por meio de levantamento bibliográfico realizado em artigos que atenderam à proposta da temática deste estudo, sendo orientadas pela perspectiva da Análise de Conteúdo, segundo as fundamentações de Bardin (2010).

Para Bardin (2010, p. 42), a Análise de Conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição e o conteúdo das mensagens:

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise de conteúdo tem como objetivo conhecer e desvendar na pesquisa qualitativa as significações encontradas para o tema estudado. Nesse sentido, segundo Bardin (2010), o tratamento dos dados para análise a organiza nas seguintes fases: a pró-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pró-análise objetiva a sistematização e o desenvolvimento da temática, desde a seleção da literatura para o referencial teórico, as informações obtidas até a composição dos dados sobre os quais se pretende conceituar. A exploração e a organização implicam a administração dos referenciais e das informações selecionadas à temática com vistas à análise que, gradativamente, perfaz a significação do objeto pesquisado a partir da inferência e da interpretação do pesquisador.

3.5 Aspectos éticos

Há o comprometimento de citar os autores utilizados, respeitando a Norma Brasileira Regulamentadora nº 6063, que dispõe sobre os elementos a serem incluídos e orienta a compilação e produção de referências. Os dados coletados foram utilizados exclusivamente com finalidade científica e para a composição deste estudo.

Ressalta-se que a pesquisa foi tracejada de acordo com a Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 12 de dezembro de 2012, que zela pelas pesquisas envolvendo seres humanos, não se aplicando a este estudo, pois se trata de revisão integrativa da literatura sobre o tema.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO: REVISÃO INTEGRATIVA

4.1 Das publicações pesquisadas

Das publicações utilizadas para a revisão integrativa deste estudo, em vista dos critérios de inclusão pré-estabelecidos, foram selecionadas as que têm referências ao objeto do estudo, importantes para a análise das produções científicas do período de 2010 a 2015 sobre o atendimento domiciliar pela equipe multiprofissional, bem como para verificar a importância da visita domiciliar do enfermeiro no acompanhamento da internação domiciliar; identificar quais são as ações de enfermagem prestadas no domicílio; e pesquisar quais critérios profissionais devem ser atendidos pelo profissional de enfermagem quanto à assistência domiciliar.

As principais orientações encontradas para a realização do estudo abrangeram a coleta de 70 publicações, sendo descartados os estudos que não atenderam ao objetivo e temática desta pesquisa e os estudos que se duplicaram, dessa forma sendo utilizadas as publicações específicas sobre assistência domiciliar, cujos dados bibliométricos estão dispostos no quadro 2.

Quadro 2 - Dados bibliométricos das publicações selecionadas para a revisão integrativa

Ano	Título	Autor	Base de Dados	Principais achados
2015	Assistência Domiciliar de Saúde: Desafios no atendimento aos usuários do SUS que residem em área de violência urbana	ARAÚJO, CM	Scielo	Apontou que a assistência domiciliar é uma especialidade no âmbito da saúde pública em que os profissionais de saúde trabalham em equipe multiprofissional e desenvolvem ações de atendimento terapêutico às pessoas em seu domicílio.
2016	Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde	BRAGA, PP	Revista & Saúde Coletiva	Afirma que a atuação domiciliar oportuniza uma assistência terapêutica contínua, porém ainda há insuficiência da oferta desses serviços em relação à demanda dos usuários e as reais necessidades apresentadas pela população.
2012	Caderno de atenção domiciliar	BRASIL	MS	Apresenta o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar.
2011	Desafios e implicações para o cuidador na	BRUM, Dyan Jamilles	Lilacs	Pontua que a assistência domiciliar representa um desafio para os trabalhadores de saúde, já

	assistência domiciliar: uma breve reflexão.	Teixeira et al.		que exige a aplicação de novos modelos de saber e fazer, pois devem ser respeitados os cuidados individualizados presentes em cada domicílio a partir da integração de estratégias integradoras entre o doente, a família e o profissional de saúde.
2009	A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar.	CARVALHO, LC	Bvs	Apresenta histórico sobre a assistência domiciliar terapêutica.
2014	Relações de cuidado entre usuários e profissionais de saúde: avaliação qualitativa do serviço de atenção domiciliar.	CÉSAR. VGA	Scielo	Discorre sobre as competências e habilidades que os profissionais precisam para atuar em equipes multiprofissionais de ação interdisciplinar na atenção domiciliar
2000	Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.	DUARTE, Yeda Alves Osório; DIOGO, Maria Joana Ernesto	Editora Atheneu	Mostra que o atendimento domiciliar é uma estratégia de atenção à saúde que objetiva enfatizar a autonomia do usuário e dos serviços e realçar suas habilidades em seu próprio ambiente – o domicílio
2004	Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista.	FABRÍCIO, SCC et al.	Bvs	Expõe o histórico sobre as primeiras atividades domiciliares de saúde desenvolvidas no Brasil.
2008	A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas.	FEUERWERKER, Laura C. M; MERHY Emerson Elias	Lilacs	Configura o modelo de atenção domiciliar como substitutiva ao modelo hospitalocêntrico ; apresenta o domicílio como um terreno de práticas cuidadoras.
2006	Atenção à saúde no domicílio: modalidades fundamentam sua prática.	LACERDA, Maria Ribeiro et al.	Saúde e Sociedad e	Apresenta as modalidades que compõem a atenção domiciliar.
2008	Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade.	MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura C. M.	UFRJ	Aborda a atenção domiciliar como apenas uma parte da práxis de cuidado domiciliar.
2014	Atenção domiciliar e produção do cuidado:	PEREIRA, PBA	USP	Os resultados obtidos mostram que a atenção domiciliar é

	apostas e desafios atuais.			incentivo para a construção de novos serviços e o incremento dos já existentes.
2005	Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira	REHEM, TCMS; TRAD, LA.	Scielo	Mostra pesquisa que prova que a atenção domiciliar descongestionar os hospitais e reduz os custos hospitalares.
2012	Atendimento domiciliar ou Home Care: a modalidade de atenção à saúde no domicílio.	SENNE, Adilson Alves	O mundo da saúde.	Revisão de literatura que apresenta como vantagens da assistência domiciliar o aumento da rotatividade nos leitos hospitalares, o aumento da capacidade de atendimento hospitalar pela maior oferta de leitos, o que torna a assistência domiciliar uma estratégia de redução de custo hospitalar e de racionalização dos recursos humanos.
2014	As atribuições do enfermeiro na assistência domiciliar.	SILVA, Anna Karla Gomes da et al.	Lilacs	Indica que o principal papel do enfermeiro na assistência domiciliar é a prática da sistematização da assistência de enfermagem, além do desenvolvimento de ações de educação, prevenção, recuperação e manutenção da saúde.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Visando dar à pesquisa um suporte maior e maior exatidão no tratamento dos dados e conteúdos, foi utilizada a técnica da “análise categorial” ou categorização e, nesse sentido, o quadro 3, revela o entendimento de cada categoria.

Quadro 3 - Categorias de Análise

Categoria	Autor	Comentário
Cuidado Domiciliar	Brum <i>et al</i> (2011)	O cuidado domiciliar deve ter como objetivo o bem estar do paciente que recebe a assistência em seu domicílio, o que implica em outra postura dos profissionais da saúde, em vista da aplicação de novos métodos de trabalho, assim como da implementação de estratégias integradoras entre

		o doente, a família e o profissional de saúde.
Importância da Família	RODRIGUES, Ione Gaspar.	É fundamental o papel da família no processo de cuidar de pacientes no domicílio, sendo a comunicação um instrumento relevante no contato com a equipe de saúde o conhecimento e o aprendizado necessário para lidar com os agravos da doença e os cuidados com o paciente.
O Enfermeiro na Assistência Domiciliar	SILVA, Anna Karla Gomes da et al.	O papel do enfermeiro na assistência domiciliar abrange ações de educação, prevenção, recuperação e manutenção da saúde do paciente, orientando o cuidador em relação aos cuidados necessários com o paciente.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

4.2 O cuidado domiciliar

Nos estudos apresentados por Brum *et al* (2011) aponta que a busca de alternativas assistenciais, como o cuidado domiciliar, tem colaborado para o bem estar dos pacientes, sendo caracterizada pela atenção ao paciente com quadro clínico que demanda cuidados e necessidade de tecnologia especializada, mas que não necessita de internação hospitalar, mas que exijam cuidados profissionais que podem ser desenvolvidos no domicílio do paciente, sob a supervisão de um membro da equipe multidisciplinar de saúde, especialmente o profissional enfermeiro.

Os estudos de Brum *et al* (2011) pontuam que a assistência domiciliar representa um desafio para os trabalhadores de saúde, já que exige a aplicação de novos modelos de saber e fazer, pois devem ser respeitados os cuidados individualizados presentes em cada domicílio a partir da integração de estratégias integradoras entre o doente, a família e o profissional de saúde, devendo o enfermeiro buscar a ampliação da autonomia dos cuidadores em relação à equipe multiprofissional de oferecer dispositivos de educação permanente aos cuidadores, visando também maior autonomia do paciente.

4.3 Sobre o papel da família

Brum *et al* (2011) citam o estudo Minuchin (2011), no qual se concluiu que a família é uma unidade social que enfrenta uma série de tarefas de desenvolvimento, constituindo-se em uma teia de vínculos e de emoções que se expressa simultaneamente por meio de seus membros; coloca que o sistema familiar é constituído por diferentes subsistemas, agrupado por funções e quando esses subsistemas mostram-se bem definidos propiciam a diferenciação entre os indivíduos..

Para Minuchin (2011), a família é a única entidade que possui completa influência no desenvolvimento do bem-estar físico, na afetividade e na sociabilidade de seus membros, haja vista que não se pode desvincular os indivíduos do meio em que vivem e, por ser imprescindível, a família deve ser compreendida como uma aliada nos casos de doenças graves, atuando como recurso na promoção do conforto para o paciente adquirir confiança e investir na sua recuperação e, portanto, deve ser considerada como primordial na estratégia de atendimento da assistência domiciliar.

Do mesmo modo, Rodrigues (2013) aponta que o processo de cuidar ameniza e alivia a dor. Aspectos como a comunicação entre a família, o paciente e principalmente a equipe de saúde são muito importantes. É, pois, fundamental manter o controle de sintomas, como a dor, os aspectos bioéticos, principalmente a autonomia, a veracidade, a beneficência e o acolhimento, o que implica em conhecer não só sobre a doença do paciente, mas saber lidar com os sentimentos dos outros, como com as próprias emoções perante a doença com ou sem possibilidade de cura.

O estudo de Serra (2012) indica que a assistência domiciliar em saúde é destinada a pacientes que necessitam de cuidados especiais de saúde, considerando-se a indispensabilidade do apoio familiar para a recuperação do paciente e, nesse sentido, são incluídos os com patologias crônicas, tais como hipertensos e diabéticos descompensados com entradas frequentes nas unidades de emergências, assim como pacientes com diabetes *mellitus*, insuficiência renal crônica, senilidade, sequelados de acidentes vasculares cerebrais (AVC), pacientes portadores de neoplasias em fase terminal e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), além de pacientes com dificuldade de locomoção. Desse modo, a assistência domiciliar em saúde possibilita a redução do risco de infecções hospitalares ou multirresistentes, redução no prazo de recuperação (cirúrgicos), promovendo alta hospitalar precoce, com segurança e a prevenção de doenças agudas.

A revisão de literatura apresentada Senne (2012) apresenta como vantagens da assistência domiciliar o aumento da rotatividade nos leitos hospitalares, o aumento da

capacidade de atendimento hospitalar pela maior oferta de leitos, sem necessidade de obras de ampliação, tornando-se, portanto, um redutor de custo hospitalar, além de possibilitar a redução do custo fixo do hospital, pela racionalização dos recursos humanos.

Relativamente à redução dos custos, a pesquisa de Senne (2012) apurou que as internações hospitalares representam elevados custos médios mensais; ao passo que a assistência domiciliar possui custo médio diário relativamente baixo, afora a economia com medicamentos.

Senne (2012) reporta para a busca de maior qualidade no atendimento domiciliar inclui a assistência de equipe multidisciplinar com médicos, enfermeiros, assistente social, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, abrangendo o seguinte planejamento: Visita de avaliação do ambiente e do cuidador quatro dias antes do início efetivo das visitas domiciliares; Treinamento para o Cuidador (Manual do Cuidador); Adequação e desinfecção do ambiente (véspera); Abertura de prontuário na véspera das internações; Planejamento de visitas domiciliares; Planejamento assistencial individualizado; e Orientação e educação do paciente e seus familiares.

No estudo de Cohn *et al* (2014) foi observado que a operacionalização da assistência domiciliar inclui o deslocamento de equipamentos e material médico, além do transporte hospital/domicílio. De acordo com os convênios médicos pesquisados, os familiares possuem determinadas responsabilidades pelos equipamentos, materiais e medicamentos que forem locados e utilizados no atendimento, fundamentalmente em relação aos custos e manutenção/preservação, com condições adequadas de higiene, conforme orientação da equipe multidisciplinar de saúde; as medicações e materiais são obtidos pela própria família e devem seguir as orientações médicas e de enfermagem.

Os resultados dos estudos de Cohn *et al* (2014) também apontam que a administração da dieta ministrada ao paciente deve seguir as orientações da equipe de saúde, observando-se que as adaptações mínimas necessárias para um atendimento adequado devem ser também providenciadas pela família. No entanto, estruturas mais complexas são objeto de estudo pelas empresas de saúde conveniadas, desde que a família não disponha de recursos financeiros. Do mesmo modo, o transporte do paciente, assim como a marcação de consultas, quando encaminhado para exames ou interconsultas com especialistas, são de responsabilidade da família, visitas com especialistas para interconsultas no domicílio, quando necessário e a pedido da equipe de saúde.

Para Silva *et al* (2014), a assistência domiciliar é dividida em três modalidades: visita domiciliar, acompanhamento domiciliar e internação domiciliar, modalidades que são

indicadas conforme o grau de dependência do paciente em cada um desses níveis, independentemente da idade, podendo ser idosos, crianças ou indivíduos que apresentem sequelas de patologias ou acidentes traumáticos, em que a capacidade funcional foi reduzida, destinando-se ao atendimento humanizado do paciente, maior conforto e privacidade, diminuição do índice de infecção hospitalar, maior disponibilidade de leitos hospitalares e a tranquilidade do paciente em estar em ambiente familiar.

Para Silva *et al* (2014), a importância do enfermeiro envolve desenvolver ações de educação, prevenção, recuperação e manutenção da saúde quando em atividade de assistência domiciliar, possui atuação no primeiro nível, que é classificado como baixa complexidade na promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e agravos, realizando as visitas domiciliares com objetivo de verificar as condições em que a família reside e orientá-los conforme se fizer necessário a respeitos dos cuidados a serem tomados.

4.4 O papel do enfermeiro na assistência domiciliar

Dessa forma, observa-se que o papel do enfermeiro na assistência domiciliar é a prestação de ações de enfermagem no domicílio voltadas para o suporte para um estilo de vida saudável, orientando a família quanto a alimentação, higienização, prevenção de gravidez indesejada, prevenção de doenças contagiosas como a dengue entre outros, além de teste de glicemia, aferimento de pressão arterial e outros.

Na assistência domiciliar de enfermagem de média complexidade, o enfermeiro é responsável, segundo os estudos de Silva *et al* (2014), pela realização de curativos, coleta de materiais para a realização de exames, administração de medicamentos injetáveis, entre outros. Por sua vez, a assistência domiciliar de alta complexidade exige que o paciente esteja sob o acompanhamento não só do enfermeiro como também da equipe multiprofissional, em que o enfermeiro administra a utilização de equipamentos hospitalares, tais como balão de oxigênio, ventilador mecânico, oxímetro e outros.

A pesquisa de Silva *et al* (2014) indicou, também, que o principal papel do enfermeiro que atua na assistência domiciliar é a prática da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), que tem como primeiro passo a seleção de uma teoria de enfermagem que direciona as demais etapas da sistematização da assistência, o que precisa ser feito de maneira refletida e cuidadosa, haja vista que uma escolha equivocada pode resultar em danos para as demais etapas do processo.

Dessa forma, a escolha de uma teoria de enfermagem para fundamentar a prática do enfermeiro requer que o mesmo conheça a realidade do setor em que trabalha; o perfil dos

outros enfermeiros e as características da clientela atendida, assim se coadunando com sua prática profissional e com a articulação dos conceitos de saúde, pessoa, ambiente e enfermagem, já que em cada ambiente em que o enfermeiro exerce sua profissão requer a aplicação de procedimentos diferenciados para a sistematização da assistência a ser prestada.

Corrêa *et al* (2014) afirmam que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) também focaliza o cuidado do ser humano pela articulação de conceitos que envolvem os modelos teóricos de enfermagem, porém deve o enfermeiro perceber em sua prática profissional de utilização do método científico para compreender e resolver problemas do paciente, de forma individualizada e contextualizada, representa um atividade predominantemente de cunho intelectual (inteligência, raciocínio lógico e pensamento crítico), mas que também exige a aplicação de técnicas interpessoais (comunicação, interação), éticas (crenças e julgamentos) e, ainda, capacidade de tomada de decisão.

Entende-se que a realização de algumas técnicas de enfermagem requer, por parte desse profissional, um conhecimento científico em relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com os diagnósticos, planejamento e prescrições de enfermagem, observando-se que o enfermeiro deve sempre ter em mente que o SAE é aplicado a seres humanos, acrescentando-se às teorias escolhidas para a implantação do SAE, conceitos relativos a uma visão holística do ser humano e à humanização do tratamento, já que o cumprimento do que determina a prescrição médica para o cuidado e assistência dos enfermeiros para os pacientes é estreitamente ligado à frieza dos protocolos e do tratamento da doença.

As vantagens e a propriedade de se estabelecer uma sistematização da assistência de enfermagem são incontestáveis. Além disso, a Resolução do COFEN-272/2002 determinou que a SAE é uma incumbência privativa do enfermeiro e ressalta a importância e a obrigatoriedade da implantação da mesma:

Art. 1º - a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem é privativa do profissional enfermeiro.

Art. 2º - a Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada.

Artigo 3º - a Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ser registrada formalmente no prontuário do cliente (CORRÊA *et al*, 2014, p. 13).

Portanto, é no Prontuário do paciente que deve constar a forma da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Segundo Malmann (2012), as principais finalidades do Prontuário Médico são:

- Para o médico: acompanhamento da evolução do estado clínico do paciente; maior segurança aos laudos médicos; demonstra a competência profissional dos componentes do corpo clínico; auxílio em pesquisas; serve de ferramenta para a eficiência de tratamentos e diagnósticos; documento de defesa de procedimentos profissionais.

- Para o hospital: maior rotatividade de pacientes, com diminuição do período de internação; evita a repetição de exames, já que reduz o uso indevido de equipamentos; serve de defesa em acusações contra a instituição hospitalar; apoio à inspeção pela Comissão de Credenciamento de Hospitais; apoio à auditoria para verificação da qualidade dos serviços prestados.

- Para a Equipe de Saúde: instrumento de comunicação entre os profissionais; para informações dentro da própria especialidade; evita condutas repetitivas entre os profissionais.

- Para o Paciente: possibilita diagnóstico e tratamento mais rápido, eficiente e econômico; evita a repetição de procedimentos de diagnóstico; serve de instrumento de defesa perante o médico, as instituições hospitalares e o poder judiciário.

Para as instituições de ensino da área de saúde: viabiliza o conhecimento de vários casos, com todas as variáveis antecedentes; possibilita o estudo de diagnósticos e avaliação terapêutica; serve de campo para pesquisa e fonte de dados estatísticos.

De acordo com o Programa de Atualização de Enfermagem (2014), o enfermeiro possui uma série de tarefas, além do fornecimento da assistência necessária ao paciente em seu domicílio, sendo que é na primeira visita que o enfermeiro avalia quais as necessidades do paciente podem ser atendidas em casa, bem como a necessidade de materiais e de profissionais da equipe multidisciplinar e a qualidade do suporte familiar. Do mesmo modo, a determinação da frequência de visitas é determinada de acordo com o estado do paciente, suas limitações funcionais, bem como de necessidade de atividades ou restrições; a gravidade da doença; a capacidade do paciente e de sua família de realizar os cuidados e de aprender novos conceitos e cuidados; itens apresentados na prescrição médica e aprazamentos de medicações e procedimentos; julgamento do enfermeiro a respeito das necessidades do paciente e do ambiente domiciliar; exigências e parâmetros colocados pelas agências financeiras do cuidado.

As orientações do Programa de Atualização de Enfermagem (2014) indicam, ainda, as seguintes funções, que são consideradas de responsabilidade do enfermeiro de assistência domiciliar:

- completar a avaliação inicial de enfermagem, em geral nas primeiras 24 horas após o início da assistência domiciliar;

- desenvolver o plano de atenção após consultar o plano de atenção médica, ou realizá-los em conjunto;

- estimar, para o paciente e seus familiares, a periodicidade das visitas;

- avaliar, a cada retorno, a necessidade de alterar o plano de atenção ou a frequência das visitas domiciliares;
- relatar ao médico as alterações no quadro do paciente;
- supervisionar os auxiliares/técnicos de enfermagem na primeira visita e também semanalmente;
- solicitar equipamentos e sua liberação.

Observa-se, pois, que a Sistematização da Assistência de Enfermagem para pacientes deve estar contida no prontuário do paciente, haja vista conter as etapas previamente estabelecidas para a SAE que, de acordo com o que expõem Tannure e Gonçalves (2011) são:

- Etapa 1 – Investigação: é a primeira fase do processo de enfermagem, na qual se determina o estado de saúde do paciente e que consiste na coleta de informações do estado de saúde do cliente, da família e da comunidade (conforme a teoria utilizada como marco conceitual), visando identificar as necessidades, problemas, preocupações e as reações humanas do cliente.

Essa investigação deve ser sistemática e ordenada, contendo, de início, a coleta de dados, a validação dos dados, o agrupamento dos dados, a identificação de padrões e a comunicação e registro dos dados, sendo que, na prática, mediante a situação específica investigada, o enfermeiro deve relacionar o modelo que apresentar maior congruência com a situação investigada, ou seja, escolher a teoria de enfermagem adequada ao perfil do cliente e ao tipo de ambiente em que a teoria será aplicada, com estratégias de trabalho que viabilizam a aplicação da teoria.

- Etapa 2 – Os Diagnósticos de Enfermagem: esta etapa representa a análise e interpretação criteriosa dos dados coletados e que exige que o enfermeiro tenha capacidade de análise, de julgamento, de síntese e de percepção para a realização dos diagnósticos, que devem ser identificados e listados em ordem de prioridade e com base no grau de ameaça que representam para o bem-estar do paciente.

Tannure e Gonçalves (2011) citam que foram realizadas várias conferências para a organização dos diagnósticos de enfermagem, denominados taxonomia, mas somente na 14^a conferência da NANDA (*North American Nursing Association* – Associação Norteamericana de Diagnósticos de Enfermagem), realizada em abril de 2000 e atualmente o mais utilizado em todo o mundo, a Taxonomia II, contendo sete eixos ou dimensões de resposta humana que devem ser levados em conta no processo diagnóstico:

- Eixo 1 – o conceito diagnóstico;
- Eixo 2 – o tempo (de agudo a crônico, curta duração, longa duração);
- Eixo 3 – a unidade de cuidado (indivíduo, família, comunidade, grupo-alvo);

Eixo 4 – a idade (de feto a idoso);
 Eixo 5 – a potencialidade (real, risco para, oportunidade ou potencial de crescimento/aumento);
 Eixo 6 – o descritor (limita ou especifica o significado do conceito diagnóstico);
 Eixo 7 – a topologia (partes/regiões do corpo) (TANNURE; GONÇALVES, 2011, p. 44).

Os autores também afirmam que os componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem, segundo a NANDA, são:

- Título: estabelece um nome para o diagnóstico. É um termo ou frase concisa que representa um padrão de sugestões. *Diz o que é*.

- Fatores relacionados: são os fatores que aparecem para mostrar algum tipo de relacionamento padronizado com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como *relacionados a* ou *associados a*.

- Características definidoras: sugestões/inferências que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de bem-estar. São os sinais e os sintomas, são as manifestações clínicas, as evidências que levaram o profissional a concluir que o problema existe. Podem ser descritas como “evidenciadas por” ou “caracterizadas por”.

- Fatores de risco: fatores ambientais ou elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, de uma família ou de uma comunidade a um evento insalubre.

- Definição: estabelece uma descrição clara e precisa; delinea o significado do problema e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos parecidos (TANNURE, GONÇALVES, 2011).

As autoras apresentam como exemplo e modelo, segundo a NANDA, o seguinte diagnóstico de enfermagem:

Tabela 1 - Exemplo de diagnóstico de enfermagem na taxonomia (NANDA)

Título diagnóstico: eliminação urinária prejudicada	
Definição: <i>distúrbio na eliminação da urina</i>	
Características definidoras: <ul style="list-style-type: none"> • Incontinência • Urgência • Nictúria • Hesitação • Frequência • Disúria • Retenção 	Fatores relacionados: <ul style="list-style-type: none"> • Infecção no trato urinário • Obstrução anatômica • Múltiplas causas • Dano sensorimotor

Fonte: Tannure; Gonçalves (2011).

- Etapa 3 – Planejamento: consiste nos seguintes passos: estabelecimento de prioridades para os problemas diagnósticos; a fixação de resultados com o cliente, se possível, a fim de corrigir, minimizar ou evitar problemas; o registro escrito de diagnóstico de enfermagem, dos resultados esperados e das prescrições de enfermagem de modo organizado.

- Etapa 4 – Implementação da Assistência de Enfermagem: refere-se às ações prescritas e necessárias à obtenção dos resultados esperados e planejadas na etapa do planejamento, considerando-se que os enfermeiros não prescrevem nem tratam as condições médicas e sim prescrevem cuidados para as reações das condições clínicas que correspondem a complicações fisiológicas, isto é, os enfermeiros devem centrar sua atenção na prescrição dos cuidados, de acordo com os seguintes tipos:

- Prescrição dependente: é a ação concluída segundo solicitação médica, mas que requer julgamento ou tomada de decisão da enfermagem;
- Prescrição independente: podem resolver os problemas do paciente sem consulta ou colaboração médica; e
- Prescrição interdependente: ações realizadas com participação mútua e com a colaboração de outros membros da equipe de saúde.

Assim, deve a enfermagem priorizar a ordem de execução das prescrições de enfermagem, no entanto constantemente investigando e reinvestigando as respostas do paciente e também de seu próprio desempenho, não devendo o enfermeiro prescrever um cuidado para um problema ou necessidade que não tiver sido descrito, pois deve haver uma prescrição prévia.

Os estudos de Tannure e Gonçalves (2011) afirmam que para uma diretriz do que deve ser prescrito, visando que os resultados esperados sejam alcançados, o enfermeiro pode consultar a *Nursing Intervention Classification* (NIC), uma taxonomia de intervenções em enfermagem e que foi criada para padronizar a linguagem usada pelos enfermeiros na descrição dos cuidados realizados com os pacientes. Dessa forma, o foco das intervenções da NIC é o comportamento da equipe de enfermagem, o que os enfermeiros fazem, tanto as ações individuais quanto as ações colaborativas, para que o cliente alcance os resultados esperados.

Na taxonomia NIC encontram-se apresentadas as ligações com a NANDA. Para cada título diagnóstico estão listadas as intervenções apropriadas, e cabe ao enfermeiro analisar qual(is) delas é(são) apropriada(s) ao cliente que está sob seus cuidados (TANNURE; GONÇALVES, 2011, p. 85).

Essas ligações, segundo as autoras, facilitam a identificação das intervenções de enfermagem que constituem opções de tratamento para a proposição de um diagnóstico de enfermagem.

- Etapa 5 – Avaliação da Assistência de Enfermagem: também denominada de evolução do processo de enfermagem, a avaliação está relacionada com a adequação dos recursos físicos e materiais, bem como com os modelos de organização e, também, centraliza o foco nas atividades do enfermeiro, que são observadas e julgadas e, nesse sentido, a evolução é baseada em mudanças comportamentais, sendo assim denominada de avaliação de resultados que envolvem o acompanhamento das respostas do cliente aos cuidados prescritos, por meio de anotações nos prontuários ou locais próprios, da observação direta da resposta do cliente à terapia proposta, bem como do relato do cliente.

Ao avaliar o progresso do cliente, o enfermeiro, se necessário, propõe medidas corretivas e revê o plano de cuidados, ou seja, a prescrição de enfermagem.

Os estudos de Inaba e Silva (2015) apontam que também a comunicação faz parte de qualquer cuidado e é essencial para a Enfermagem. É pela comunicação estabelecida com o cliente que se pode compreendê-lo em seu todo, em seu modo de pensar, sentir e agir. É com essa compreensão que se podem identificar os problemas por ele sentidos com base no significado que ele próprio atribui aos fatos que lhe ocorrem e tentar ajudá-lo a encontrar meios para manter ou recuperar sua saúde.

Do mesmo modo, Brêtas e Machado (2014) dizem que o principal objetivo do enfermeiro é manter a interação com o paciente. Para que isso ocorra são necessários três elementos básicos: a empatia, a confiança e o respeito mútuo, que promovem uma comunicação efetiva, terapêutica e adequada na resolução dos problemas.

Estabelecer relacionamento significativo com o paciente é uma das principais funções da comunicação na assistência de enfermagem. É por meio desse relacionamento que o enfermeiro acolhe o paciente, colhe dados fidedignos sobre ele, sua doença, suas necessidades, sentimentos e pensamentos, e oferece elementos para que desenvolva capacidades para sua recuperação e posteriormente realização de atividades de vida diária.

Todos esses conceitos estão envolvidos dentro de um processo mais amplo que é o Cuidado de Enfermagem, que se caracteriza como um encontro repetido durante espaços de tempo, sendo que neste encontro, seres humanos, dentro de uma unidade de saúde, de um ambiente hospitalar ou na assistência domiciliar se defrontam, interagem, se comunicam e se influenciam mutuamente. Isso se caracteriza como um processo, um trajeto, que leva a uma convergência entre o cuidador e o ser cuidado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos através desta pesquisa permitem as seguintes conclusões:

- A assistência de Enfermagem exige familiarização com as técnicas e procedimentos de enfermagem, além de qualificação e conhecimento específico para o desenvolvimento da atividade de assistência domiciliar;
- Deve o profissional de Enfermagem ter conhecimento das estratégias empregadas para melhorar o cumprimento do tratamento ministrado na assistência domiciliar por parte do paciente e sua família

Outros resultados apontados por este estudo indicam como vantagens da assistência domiciliar:

- É uma ferramenta redutora de custos para as unidades hospitalares;
- Permite o resgate do vínculo familiar do paciente, possibilitando o resgate de sua autoestima.
- Toda a estrutura da assistência domiciliar é direcionada à preocupação com a vulnerabilidade do paciente, atestando-se o desenvolvimento de planos de cuidados humanizados, considerando-se que humanizar é promover e proteger a saúde. É um novo paradigma de uma medicina holística, que considera o estado do organismo completo, corpo e mente, personalizando-se a assistência a partir do cuidado aos aspectos psíquicos, espirituais, histórico-biográficos e sociais do paciente, considerando-se que o fundamento da qualidade do atendimento prestado pelos serviços de assistência domiciliar deve envolver o princípio da humanização e da dignidade humana, melhoria da qualidade de vida do paciente assistido por essa modalidade de atendimento.

Entende-se que os serviços de assistência domiciliar possuem como principal atributo de qualidade fazer com que a realidade de um paciente crônico seja digna da condição humana, um ser de direitos inalienáveis e, nesse sentido, a humanização da vida ou a dignificação da vida comporta um compromisso ativo: todo indivíduo tem direito à dignidade; reconhecimento da importância do princípio da responsabilidade e o reconhecimento do sagrado respeito que merecem todos os seres humanos em seu tratamento médico.

Também se observa que o tema deste estudo revela a importância da assistência domiciliar de enfermagem, ressaltando-se que o enfermeiro é o profissional da equipe multidisciplinar que avalia os resultados da terapêutica, tanto imediatos, com o alívio dos sintomas, como tardios, levando a uma melhor recuperação dos pacientes, a partir do conhecimento científico que deve sempre nortear os passos da assistência, o mecanismo de

ação medicamentosa, os efeitos esperados a serem observados, assim como as complicações que também possam ocorrer, considerando que a enfermagem, parafraseando Lima (2012), é a arte do fazer imediato, a arte de pessoas que convivem entre si e que se ocupam a cuidar de outras pessoas, sendo uma profissão dinâmica, com comunicação ativa entre as partes envolvidas e baseada na cooperação mútua de todos, tendo em seu campo de conhecimento fundamentações teóricas e práticas voltadas para o estado de saúde e para os estados de doença.

Dessa forma, pode-se concluir que os cuidados da Enfermagem nos procedimentos relativos à assistência domiciliar exigem familiarização com as técnicas e procedimentos de enfermagem, bem como o contínuo e constante conhecimento, ou seja, aperfeiçoamento profissional quanto aos procedimentos de cuidado e relacionamento com os pacientes e seus familiares e, principalmente, a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, CM. **Assistência Domiciliar de Saúde:** desafios no atendimento aos usuários do SUS que residem em área de violência urbana. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Gestão em Saúde, Ciência, Tecnologia & Inovação. Rio de Janeiro, junho de 2015.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2010.
- BEN, D.L. **Enfermeira, presidente da Dal Ben Home Care.** Entrevista. Portal da Enfermagem. Disponível em <www.portaldaenfermagem.com.br>. Acessado em 05 abr.2016.
- BRAGA, PP. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Revista & Saúde Coletiva**, 21(3):903-912, 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis:** DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Brasília, 2010.
- _____. **Portaria nº 963**, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 mai. 2013.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Coordenação-geral de Atenção Domiciliar. **Melhor em casa:** a segurança do Hospital no conforto do seu lar. Caderno de atenção domiciliar, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução Diretoria Colegiada RDC 11**, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar. Brasília-DF, Diário Oficial da união, 27 jan. 20010. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources>>.
- BRÊTAS, Ana Cristina Passarella; MACHADO, Ana Carolina Araújo. Comunicação não-verbal de idosos frente ao processo de dor. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.2. São Paulo, mar/abril. 2014.
- BRUM, Dyan Jamilles Teixeira; et al. Desafios e implicações para o cuidador na assistência domiciliar: uma breve reflexão. **Anais... XV Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão**, 2011.
- CAMPOS, Roberta Osório de. **Reflexões sobre o conceito de humanização.** São Paulo: Gente, 2012.
- CAPRA, Fritjof. **Saúde:** o ponto de mutação. São Paulo: Cultrix, 2012.
- CARVALHO, LC. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2010.
- CÉSAR. VGA. **Relações de cuidado entre usuários e profissionais de saúde:** avaliação qualitativa do serviço de atenção domiciliar. Universidade Federal de Pernambuco, Centro de

Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (monografia). Recife, 2014.

COHN, Amélia; MARSÍGLIA, Regina Giffoni; BARATA, Rita Barbosa. **O setor privado e as políticas de saúde na atual conjuntura brasileira (1978-1990)**. São Paulo: Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2014.

CORRÊA, Consuelo Garcia; GENJO E SILVA, Rita de Cássia; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. **Sistematização da Assistência de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2014.

DUARTE, Yeda Alves Osório; DIOGO, Maria Joana Ernesto. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 20010

FABRÍCIO, SCC; WEHBE, G; NASSUR, FB; ANDRADE, J.I. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 12, n.5, p.721-726, set.-out. 2010.

FEUERWERKER, Laura C. M; MERHY Emerson Elias. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev. Panam. Salud Pública**. 2010 set; 24(3):180–8.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. **Teorias de Enfermagem (CAPÍTULO 1)**. IN Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, Belém/PA, 2010.

GOMES, Alice. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2011.

GOMES, I.M; et al. cuidado transpessoal no cuidado domiciliar à criança. **Escola Anna Nery** (impr.)2013 jul - set ; 17 (3):555-561.

HOGA, L.A.K; et al. **Enfermagem baseada em evidências**. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Bresciani HR, Martini JG, Mai LD, organizadores. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto: Ciclo 9. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2014. p. 9-34. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2).

INABA, Luciana C.; SILVA, Maria Júlia P. A Percepção da Comunicação da Enfermagem pelos Deficientes Físicos. **Revista Nursing**, v. 88, n. 8, ed. bras., setembro 2015.

LACERDA, Maria Ribeiro; GIACOMOZZI, Clélia Mozara; OLINISKI, Samantha Reikdal; TRUPPEL, Thiago Christe. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, maio/ago.2010.

LIMA, Maria José de. **O que é enfermagem**. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 2012.

MACHADO, J. L. M; CALDAS, A; BERTONCELLO, N. M. F. **Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde**. Interface: comunicação, saúde, educação 2013.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. **Estudo da fadiga mental de enfermeiras atuantes em instituição hospitalar com esquema de turnos alternantes**. Dissertação de mestrado

apresentada ao programa de Pós-Graduação de Filosofia Ciência e Letras de Ribeirão Preto - Área de Psicobiologia, 2013.

MALMANN, Egídio *et al.* Prontuário do paciente: componentes e sua utilização pela equipe multidisciplinar. **Revista Gaúcha Hospitalar**, v. 10, junho 2012.

MENDES, KDS; SILVEIRA, RCCP, GALVÃO, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, 2010.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura C. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: Seminário Nacional de Divulgação dos Resultados da Pesquisa: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes, n. 1, 2008, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:<http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2016..

MEZZOMO, Augusto A. **Organização hospitalar**: organização e técnica. 3^a ed. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração e Saúde, II., 2010.

MINUCHIN, Sânia Oliveira. **Família, funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

PASKULIN, L.M; DIAS, V.R. Como é ser cuidado em casa: as percepções os clientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 2, p. 140-145, mar./abr. 2010..

PEREIRA, PBA. **Atenção domiciliar e produção do cuidado**: apostas e desafios atuais. Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública (Dissertação). São Paulo; 2014. Disponível em www.profissional/acesso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/rdc_anvisa.pdf. Acesso em: 05 abr.2016.

REHEM, TCMS; TRAD, LA. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, [s.n.], p. 231-242, 2010. Suplemento.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 0464/2014. **Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar**. Disponível em <www.cofen.gov.br>. Acesso em: 05 abr. 2016.

RODRIGUES, Ione Gaspar. **Cuidados paliativos**: análise de conceito. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2013.

ROMAN, Arlete Regina; FRIEDLANDER Maria Regina. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm**. Jul-Dez; 3(2):109-12, 2010.

SAVASSI, L.C.M; DIAS, M.F. **Grupos de estudo em Saúde da Família** - Módulo Visita Domiciliar. 2010. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm>>. Acesso em: 7 abr. 2016.

SENNE, Adilson Alves. Atendimento domicilia ou Home Care: A modalidade de atenção à saúde no domicílio. **O mundo da saúde**. São Paulo, v. 26, n. 2, p. 295 – 8, abr/jun. 2012.

SILVA, Anna Karla Gomes da; et al. **As atribuições do enfermeiro na assistência domiciliar**. Faculdade do Norte Goiano-FNG de Porangatu-GO, 2014.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **SAE**, Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TAVOLARI, CEL; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do ‘Home Health Care’ no Brasil. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v. 3, n. 9, p.15-18, out./dez. 2010.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (Validado por Ursi, 2005)

IDENTIFICAÇÃO

Título do artigo	
Titulo do trabalho	
Autores	Nome Local de trabalho Graduação
País	
Idioma	
Ano de publicação	

Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identificar o local	

Publicação de enfermagem	
Publicação medica	
Publicação de outras áreas de saúde	
qual	

CARACTERISTICAS METODOLOGICAS DO ESTUDO

Tipo de publicação	1.1 Pesquisa
	<input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa <input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não-experimental <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa
	1.2 Não pesquisa
	<input type="checkbox"/> Revisão de literatura <input type="checkbox"/> Relato de experiência <input type="checkbox"/> Outras
Amostra	
Análise dos artigos	
Resultados	

APÊNDICE B – CARTA DE ACEITE DO ORIENTADOR



BACHARELADO DO CURSO DE ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

De acordo com a resolução CCP 002/2007, que regulamenta a elaboração e defesa de monografia de graduação (versão curricular 2009).

NOME DAS ALUNAS: LEIDE ARAÚJO PANTOJA

MARIA ALDENIRA RODRIGUES

SILVIA DOS ANJOS

Eu, professora e MSC Margarete feio Boulhosa, responsável principal pelo projeto de Graduação das participantes Leide Araújo Pantoja, Maria Aldenira Rodrigues e Silvia dos Anjos, o qual pertence ao curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Pan Amazônica (FAPAN) venho, por meio deste, comprometer-me a utilizar a metodologia e orientar com responsabilidade e ética o trabalho intitulado: OS CUIDADOS PRESTADOS DE ENFERMAGEM COMO EXTENSÃO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA. Respeitando assim, os preceitos éticos e legais relativo ao respeito à autoria.

Atenciosamente,

Prof.^a MSC Margarete Feio Boulhosa

Belém/Pará, 16 de outubro de 2016.