ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Amanda Oliveira Senna¹
Rosângela Lima de Teixeira¹
Mari Saho²

RESUMO

A Assistência Domiciliar é uma categoria de atenção à saúde, que complementam às já existentes, caracterizada por ações de prevenção, promoção, tratamento de doença e reabilitação prestada em domicílio, com precaução de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. O profissional de enfermagem atua exercendo papel assistencial, administrativo e educativo, estipulando o processo de relacionamento para que o cuidado seja executado adequadamente e prescrevendo a assistência com o paciente e familiares. O presente estudo é um levantamento bibliográfico de literatura com objetivo geral de caracterizar a prática assistencial do profissional enfermeiro no ambiente domiciliar, predominante na publicação a nível nacional de enfermagem. Analisaram-se quarenta publicações acessadas através das bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online, Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, redigidos em língua portuguesa, publicados no período de 2006 a 2016 e elaborado por autores da área de saúde. Este estudo evidencia que a implementação da Assistência Domiciliar no Sistema de Saúde no Brasil é algo recente, com menos de meio século de atuação, percebendo-se que hospitais e profissionais de saúde ainda se adaptam aos protocolos instituídos pelas agências internacional e nacional de saúde para a devida prestação do serviço de forma qualificada. A atuação da enfermagem no contexto da Assistência Domiciliar requer um olhar mais humanizado e holístico, visto que estes profissionais adentram em casas que vivem diferentes contextos e peculiaridades diversificadas, atuação do enfermeiro no cuidado domiciliar perpassa a assistência ao doente que recebe o cuidado, mas também à família envolvida, assim, ela é tida, também, como objeto de atenção, pois contribui no processo de co-responsabilidade de sucesso no tratamento.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar. Família. Cuidados. Enfermagem.

1. Graduada em Enfermagem pela UNIVERSO SSA.
2. Docente do Curso de Enfermagem da UNIVERSO, enfermeira, doutora em Educação.

1 INTRODUÇÃO

Os avanços conquistados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em função ao acesso as ações, serviços de saúde e da constante ampliação da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, vem se acentuando constantemente, porém o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital e no saber voltado ao médico (BRASIL, 2012).

O perfil epidemiológico marcado pelo envelhecimento populacional e crescente expectativa de vida, despertou na saúde, a necessidade por melhor qualidade da atenção, cuidado contínuo e integral, buscando estratégias que visam fortalecer práticas preponderantes para o cuidado em saúde, garantindo a qualidade da assistência (SILVA et al, 2010).

Atualmente, o cuidado à saúde no Brasil abrange dois modelos: hospitalar e domiciliar, sendo este último denominado de atenção domiciliar à saúde. Outro descritor na literatura médica recebe nomenclaturas como visita domiciliária programada, home care, internação domiciliária, assistência domiciliária e atenção domiciliária (KERBE; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008).

Assim, a Atenção Domiciliar (AD) desponta como uma norma ética, harmoniosa e governamental gerida pela Política Nacional de Humanização do SUS com a finalidade de auferir as modalidades de cuidado no ambiente domiciliar através da auscultação e oferta qualificada das necessidades do doente e família, lidar com a patologia de forma mais autônoma e proveitosa e tornar o processo saúde-doença mais humanizado (BRASIL, 2012).

O Atendimento Domiciliar à saúde é uma esfera referente à atividade laboral do profissional de enfermagem, que pode ser categorizada pela atenção ou assistência domiciliar, com vistas ao trabalho interdisciplinar que vão da educação e cuidado à recuperação e amparo da saúde do paciente e acolhimento familiar em seu local de vida, com o intuito de desenvolver ações de saúde de caráter ambulatorial, de forma a transpassar as práticas institucionalizadas da saúde (GIACOMOZZI; LACERDA, 2015).

O Atendimento Domiciliar configura-se numa gama de serviços realizados no domicílio e destinado ao suporte terapêutico do paciente. Os principais objetivos deste tipo de atendimento estão na reintegração do paciente em seu núcleo familiar; proporcionar assistência humanizada por meio de uma maior aproximação da equipe de saúde com a família, estimular maior participação do paciente e sua família no tratamento proposto, bem como promover educação em saúde (SILVA; MUSSE; NEMR, 2009).

A atuação do enfermeiro na AD se dá pelas modalidades de atenção em cuidado Home Care (HC), também chamada de Internação Domiciliar (ID) que é compreendida como o provimento de serviço de saúde à pessoa de qualquer idade, em seu lar com necessidade aguda de cuidado, substituindo a hospitalização, possibilitando o trabalho do profissional através de assistência terapêutica e ajustamento da vida cotidiana, com a utilização de aparato tecnológico e recursos materiais, assemelhando-se a um hospital (MELLO; BACKES; DAL BEM, 2016).

Já dentro da perspectiva da Unidade de Saúde da Família, a Atenção Domiciliar se caracteriza pela nova forma de relacionamento e atendimento do enfermeiro no domicílio do paciente, que pode ser operacionalizada por meio da visitação em ações ambulatorial, preventiva e/ou educativa em saúde e continuidade da assistência pelo conhecimento do espaço de vida do usuário. A equipe deve resguardar o espaço familiar, salvaguardando os laços afetivos dos envolvidos através da autoestima e construção de ambiente oportuno à recuperação da saúde (BRASIL, 2012).

O profissional de enfermagem atua na Assistência Domiciliar exercendo papel assistencial, administrativo e educativo, estipulando o processo de relacionamento para que o cuidado seja executado adequadamente, prescrevendo a assistência com o paciente e/ou família, atenuando irregularidades clínicas, realizando pareceres e ações integradas de correção de risco, organizando a assistência de enfermagem, bem como estabelecendo ações educativas que promovam a qualidade de vida do paciente, envolvendo família e cuidador, através do acompanhamento humanizado (KLAKONSKI et al , 2015).

Através da Portaria Ministerial SUS nº 963/2013 foi implantada a classificação da complexidade assistencial em três modalidades de AD, de acordo com o perfil clínico do paciente, regularidade de visitas domiciliares e definição da equipe responsável pela assistência: menor intensidade ou AD1; maior intensidade ou AD2 e usuários com critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, paracentese ou diálise peritoneal (VILLAS BÔAS; SHIMIZU; SANCHES, 2016).

Dentre os fatores mais relevantes que interferem na assistência à saúde no ambiente domiciliar pelo enfermeiro se dá pelo elevado índice de estresse que o trabalho exige frente à compreensão da patologia pela família, enfrentamento do paciente e entes, Ineficiência do tratamento para a recuperação do indivíduo, envolvimento em divergências familiares, desafio relacionado às crenças e valores dos indivíduos envolvidos e imprevisibilidade da vida (BRASIL, 2013).

Os estudos epidemiológicos observados na literatura científica explicitam a predominância do atendimento em pacientes do sexo feminino, com idade entre 60 a 80 anos, moradoras de bairros periféricos, baixa escolaridade, com prevalência de agravos como câncer, pneumonia, diabetes mellito, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial sistêmica e doença de Alzheimer (MARTELLI et al, 2011;ANDERLE et al, 2013).

Em virtude do exposto, sente-se a necessidade para a investigação acerca da prática assistencial do profissional de enfermagem no ambiente domiciliar, tomando-se como questão norteadora para a pesquisa:Como está sendo desenvolvida a prática da assistência por parte dos profissionais da saúde no ambiente domiciliar?

Este tipo de atendimento, além de garantir eficácia no tratamento e qualidade humanizada, assegura ao paciente maior atenção e cuidado, tendo a afetividade e sensibilidade como elementos indissociáveis ao processo de cuidar, buscando continuamente melhorar a assistência prestada ao paciente. Diante disto, esse projeto se justifica em caracterizar a prática assistencial dos profissionais no

ambiente domiciliar, tendo como objetivo geral do trabalho caracterizar a prática assistencial do profissional enfermeiro no ambiente domiciliar, predominante na publicação a nível nacional de enfermagem. Como objetivos específicos, listaram-se identificar os fatores que interferem no cuidado ao paciente em assistência domiciliar; levantar as condições necessárias no desenvolvimento da prática assistencial no ambiente domiciliar apontadas na literatura e investigar quais as categorias de complexidade assistenciais mais utilizadas na assistência pela enfermagem domiciliar.

2 METODOLOGIA

A metodologia é um processo sistemático, lógico e coerente dos métodos e técnicas, percorrido para coleta, organização, análise e interpretação, empregado na ciência, com o objetivo principal de aproximar-se dos fenômenos naturais e humanos por meio da compreensão, domínio dos mecanismos que os regem e aquisição de conhecimento, sendo utilizado para aplicação prática voltado para a solução de problemas concretos da vida moderna, com objetivo de investigar, comprovar ou rejeitar hipóteses sugeridas pelos modelos teóricos(CERVO; BERVIAN; SILVA, 2010; RODRIGUES, 2007).

Realizou-se um estudo revisional de literatura científica, do tipo pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa sobre o fenômeno do desenvolvimento da prática da assistência por parte dos profissionais da saúde no ambiente domiciliar através da literatura. O estudo bibliográfico busca a resolução de um problema por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas. Esta pesquisa de revisão bibliográfica busca, essencialmente, a enumeração e a ordenação de dados, sem o objetivo de comprovar ou refutar hipóteses (ALYRIO, 2008).

Utilizaram-se diferentes bases de dados para apresentar o conteúdo das informações científicas produzidas na área do conhecimento das Ciências da Saúde. Dentre elas, a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde

O levantamento bibliográfico foi coletado através de artigos científicos do tipo original, estudo de caso ou revisão de literatura, teses de mestrado ou doutorado e protocolos do Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Selecionaram-se, também, quatro livros impressos e acervo pessoal das pesquisadoras. A definição dos descritores indexados nesta pesquisa foram de acordo com a nomenclatura encontrada no site de dados Descritores em Ciências da Saúde, do Ministério da Saúde, por obedecerem a um rígido controle de sinônimos e organizados em estruturas hierárquicas pela literatura médica. Os descritores selecionados foram: Assistência Domiciliar; Família, Cuidados, Enfermagem.

Para a seleção da pesquisa bibliográfica, foram apontadas como critério de inclusão as bibliografias que versassem sobre a temática da assistência domiciliar, considerando publicações disponibilizadas na íntegra, veiculadas entre o período de

2006 a 2016 (excetuando-se apenas publicações com indisponibilidade de literatura mais atualizada), redigidas em língua portuguesa por profissional da área de saúde e que abranja os objetivos propostos nesta pesquisa. Excluiu-se qualquer material que não atendia aos critérios para inclusão deste estudo, pelo não atendimento ao seu objetivo primordial.

Nesta pesquisa de revisão bibliográfica que teve como tema a prática assistencial do enfermeiro na assistência domiciliar, o instrumento de pesquisa empregado foi através da criação de três categorias: - fatores que interferem na assistência domiciliar; - condições necessárias no desenvolvimento da prática assistencial no ambiente domiciliar; - categorias de complexidade assistenciais mais utilizadas na assistência pela enfermagem domiciliar; definidas numa tabela de sistematização dos dados, com o intuito de identificar as informações de maior relevância para a pesquisa.

A abordagem dos dados encontrados foi subdividida em três tópicos para delimitação dos fatos e melhor entendimento. Apoiado na análise dos dados apresentados, a interpretação da ideia de cada autor serviu como base para a produção de um novo documento, que contemplou os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos, preservando-se a autoria do que foi dissertado por cada um.

3 PRÁTICA ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO NO AMBIENTE DOMICILIAR

Por meio da literatura científica, buscou-se conhecer o que já foi produzido sob a perspectiva da Enfermagem na Assistência Domiciliar, a fim de compreender este estudo. Nessa perspectiva, inclui-se um breve estudo sobre os aspectos históricos e conceituação da Assistência Domiciliar.

Acrescentam-se, também, dados sobre os fatores de interferência nesta modalidade de atendimento e as condições necessárias para a prática assistencial em domicílio, incluindo as categorias de complexidade de assistência pelo enfermeiro, bem como as práticas assistenciais de enfermagem em ambiente domiciliar.

Aspecto Histórico da Assistência Domiciliar no mundo e no Brasil

O envelhecimento é descrito como um dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento das práticas de cuidado em domicílio. À medida que há incremento na taxa de longevidade pela sociedade, aumenta-se o nível de doenças crônico-degenerativas e de indivíduos que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos, com tendência a medicalização da vida, do sofrimento e da institucionalização, havendo hospitalizações muitas dispensáveis (BRASIL, 2012).

O modelo da Atenção Domiciliar surgiu como uma alternativa ao cuidado hospitalar, ocasionando a possibilidade de retomar o espaço familiar para a produção de cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde e inovação, proporcionando assistência humanizada e de qualidade. No Brasil, foi concebido com o propósito de limitar a quantidade de leitos tomados, através de

cuidados de baixa complexidade clínica realizados em casa (MEHRY; FEUERWERKER, 2008; FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011).

Os primeiros registros sobre a Atenção Domiciliar revelam a intencionalidade de desaglomerar os leitos hospitalares, inicialmente pelos médicos de família para as famílias abastadas e como ação beneficente às famílias desfavorecidas, através de instituições religiosas e posteriormente com a meta de reduzir surtos epidemiológicos, através de visitas domiciliares regulares e em situações de paciente crônicos que pudessem ter acompanhamento em seus lares; convalescentes que não necessitassem de cuidados intermitentes e dos convalescentes que precisassem apenas de repouso (MENDES, 2001; BRASIL, 2012).

A assistência à saúde já apresentava aspectos domiciliares desde os tempos longínquos. As primeiras citações no mundo relatam cuidados domiciliares e hospitalares no antigo Egito, no século XIII A.C., através do médico Imhotep, que realizava atendimento na dinastia dos antigos faraós, em suas dependências palaciais. No século V A.C. Hipócrates também mantinha anotações acerca do triunfo no cuidado realizado a pacientes em suas residências. No século XVII, Samuel Hanneman, criador da homeopatia, também discorreu acerca do cuidado com seus enfermos em ambientes domiciliares (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000 apud VALLE, 2013).

Anteriormente ao século XX, a assistência domiciliar era realizada pelos médicos em caráter individualizado, mediante a contratação deste serviço. Os primeiros relatos desta modalidade de atendimento nos Estados Unidos surgiram no estado da Carolina do Norte, no final do século XIX, por cuidadoras da Sociedade Beneficente de Charleston. Impulsionadas por Florence Nightingale, houve incremento na formação de enfermeiras para o atendimento home care a doentes de famílias ricas e apoio governamental para a assistência domiciliar à população carente (MENDES, 2001).

No contexto histórico brasileiro, a assistência domiciliar ganhou impulso no século XX, com ações voltadas à eliminação do surto de doenças infectocontagiosas, com caráter autoritário na verificação do cumprimento de diretrizes sanitárias perante as famílias. Posteriormente, na década de 90, com a instauração de projetos pela Estratégia de Saúde da Família a fim de propor novas dinâmicas de interação com a comunidade local em seus diversos níveis de complexidade e nas ações educativas em saúde (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008).

A iniciativa da Atenção Domiciliar foi desenvolvida no ano de 1949, pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), posteriormente, no século XX, instituiu-se esta modalidade de assistência pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Nos anos 90, com o crescimento dos planos de saúde privados no país, os mesmos começaram a oferecer o sistema de Home Care e internação domiciliar (SERAFIM; RIBEIRO, 2011).

Foi implementada pelo Ministério da Saúde através da Lei nº 10.424/2002, intitulada de Assistência Domiciliar. Nela, incluem-se os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêutico, psicológico e de assistência social, necessários ao

cuidado integral dos usuários em seu domicílio, passando a fazer parte da atenção das políticas públicas de saúde (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2011; BRASIL, 2002).

Logo após, houve a regulamentação da Atenção Domiciliar à saúde pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11/2006, que dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento de serviços, públicos ou privados de Atenção Domiciliar, nas modalidades de assistência e internação domiciliar e publicização da Portaria 2.527 de outubro de 2011, atualmente reformulada pela atual Portaria nº 963/ 2013 do Ministério da Saúde redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

A regulamentação da Enfermagem Domiciliária é relativamente recente no Brasil. A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 0464/2014 normatiza a atuação da equipe de enfermagem na Atenção Domiciliar e no seu Artigo 1º 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 (BRASIL, 2014).

Essa mesma Resolução também garante, em seu Inciso 4º que o Técnico de Enfermagem, em conformidade com o disposto na lei do exercício profissional, participe da execução da Atenção Domiciliar de Enfermagem naquilo que lhe couber, sob supervisão e orientação do enfermeiro. Requer-se da atuação do enfermeiro e do técnico em enfermagem uma visão integralizada, com foco assistencial na família e não somente no indivíduo doente, auxiliando essa família de maneira mais contextualizada e compreendida dentro das relações familiares, tanto em situação de doença como em situação de saúde (BRASIL, 2014; KERBER; KIRCHHÖF; CEZAR-VAZ, 2008).

As definições para a A.D. encontradas na literatura científicas são vastas. Aponta-se, aqui, a elucidação revelada na Portaria nº 963/2013, publicada pelo Ministério da Saúde, que a define como:

“Modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção, prevenção, tratamento de doença e reabilitação prestada em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde” (BRASIL, 2013, p. 01).

De acordo com os princípios do SUS, essa assistência possibilita acolhimento e humanização, desinstitucionalização de pacientes internados nos serviços hospitalares, evita a hospitalização desnecessária a partir de serviços de pronto atendimento e dá suporte as equipes de atenção básica no cuidado a pacientes que necessitam e se beneficiam de atenção à saúde prestada no domicílio (OMS; ANVISA, 2013; BRASIL, 2012).

Já a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) entende a assistência domiciliária como um conjunto de atividades que tem caráter ambulatorial, planejadas e proporcionadas continuamente, desenvolvidas em domicílio,

caracterizada pela atenção em tempo integral ao indivíduo no âmbito familiar (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Assistência Domiciliar como a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais, com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna, que são classificados nas categorias de preventivo, terapêutico e reabilitador, acompanhamento por longo tempo e com cuidados paliativos (OMS; ANVISA, 2013; BRASIL, 2012).

A Resolução COFEN nº 0464/2014 (Brasil, 2014) assim define a Atenção Domiciliar de Enfermagem:

“São 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, que compreende todas as ações, sejam elas educativas ou assistências, desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no domicílio, direcionadas ao paciente e seus familiares” (BRASIL, 2014, p. 01).

Estudo realizado na literatura médica por diferentes autores explicita o significado da Assistência Domiciliar. Eerdmann e Silva (2002 apud Carvalhais e Souza, 2013) as definiram como ações voltadas para a preservação, melhoria ou restabelecimento da saúde, potenciando o máximo possível de bem-estar físico e psíquico e independência nas tarefas cotidianas. A finalidade e peculiaridade desse cuidado é manter o doente em casa, seu espaço de identidade e segurança, promovendo o autocuidado e minimizando as hospitalizações.

Marrelli (1997 apud Figueiredo, 2010) descreve essa modalidade de atendimento como uma ação integrada em saúde, sistematizada, regular e articulada, desenvolvida pela equipe de profissionais no domicílio, com o objetivo de oferecer e/ou resgatar a saúde do paciente em situações socioeconômico, cultural e familiar, através do planejamento, metodologia e supervisão sistematizada à família.

Para Brunner e Suddarth (2014) a Enfermagem de cuidado domiciliar é um elemento único da enfermagem em que profissionais realizam visitas domiciliares para fornecer o cuidado de assistência e educação, proporcionar saúde e impedir complicações, oferecendo cuidado atenuante na casa do paciente e ocasionando conforto, equilíbrio e dignidade.

Os autores complementam que o cuidado holístico é prestado em casa pela colaboração do enfermeiro, que instrui o paciente e a família sobre as competências e procedimentos de autocuidado, bem como sobre as atividades de cuidado que incluem avaliação física, psicológica, social e ambiental do enfermo (BRUNNER; SUDDARTH, 2014).

Martins (2006) caracteriza a A.D. como a modalidade de atendimento que oferece cuidado direto à saúde ao paciente em casa e a sensibilização tanto do

paciente quanto da família para alcançar as metas de saúde e a independência dos serviços formais de assistência.

Revelam-se como itens que contribuem para um efetivo resultado no contexto da AD o domicílio, a família e a subjetividade destes no contexto domiciliar da relação estabelecida com o enfermeiro. Observa-se que o espaço residencial já organizado por preceitos éticos e morais deva ser considerado e respeitado para a produção da assistência em saúde (SILVA et al, 2008).

Ao enfermeiro que se insere na especificidade familiar cabe uma atitude de cumprimento e reconhecimento das características de funcionamento do convívio grupal familiar. Nesta modalidade de assistência, a aproximação integralizadora circunda diferentes aspectos no processo saúde–doença familiar, sugerindo as formas de cuidado (BRASIL, 2012).

A assistência interdisciplinar é uma atividade ininterrupta que pressupõe abertura a estratégias inovadoras no cuidado. Assim, o profissional de saúde busca meios para adequar a família as ações de cuidado, educação em saúde e coparticipação nas tarefas diárias que envolvem o paciente na terapêutica adotada, evitando ao máximo a falta de comunicação nesta tríade (SILVA et al, 2008).

Martins (2006) revelou que a ocorrência de um parente doente no domicílio pode afetar negativamente no fluxo natural da vivência familiar e consoante o papel que este indivíduo representa neste grupo, o adoecimento pode influenciar em maior ou menor relevância no processo saúde-doença, pois soma a isto a organização familiar, fator financeiro, cultural e emocional.

Corroboram, também, autores como Giacomozzi e Lacerda (2006) e Brondaniet al (2010) ao evidenciarem que a introdução no ambiente domiciliar exige a elaboração de estratégias por parte do enfermeiro e este deve realizar um trabalho interdisciplinar, com vista à integralidade da assistência e o contexto residencial entendido além do espaço estrutural, não entendendo apenas a doença do paciente, mas todos os fatores intrinsecamente ligados a estrutura familiar e residencial, sendo o ambiente percebido como um conjunto que se relaciona entre si.

Ressalta, ainda, a importância do contexto da família e do cuidador familiar para o atendimento ao doente, pois a família se torna coadjuvante na assistência, assumindo conjuntamente com a enfermagem o processo do cuidado, já que se todos se tornam elos participativos nas atividades pertinentes e na oferta de um ambiente lúdico que ratifica a empatia e criatividade entre os envolvidos (BRONDANI et al, 2010).

Consoante o Ministério da Saúde, a Assistência Domiciliar deve ser proporcionado ao paciente e familiar uma assistência com comprometimento, respeitando o movimento e a complexidade das relações familiares. Cabe ao profissional de saúde que se engaja na rotina da vida familiar uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele convívio doméstico, influenciando as formas de cuidado (BRASIL, 2012).

O desenvolvimento do cuidar no âmbito domiciliar impulsionou a instalação de um ambiente mais humanizado e converteu a visão tecnocrata anteriormente produzida pela enfermagem, redimensionando um serviço cada vez mais eficaz, tomando lugar de destaque no sistema de provisão de serviço de saúde e proeminente na humanização da assistência (ALBURQUEQUE et al, 2009).

Na Assistência Domiciliar, dentre as condições que levam o paciente a sentir-se mais seguro e confiante quanto à escolha terapêutica está a tríade família, cuidador e domicílio, além do acolhimento. No convívio de cuidado no lar, o paciente recebe apoio constante da família e do meio que o cerca, com a família recebendo apoio da equipe de Atenção Domiciliar perante as mudanças de rotinas, normas e contextos dentro da residência (BRASIL, 2012).

O cuidado domiciliar funciona como uma forma de tratar da saúde que anuncia favoráveis perspectivas, já que no domicílio é possível conhecer todo o contexto de vida do indivíduo, sua relação com a família, suas condições de habitação, de emprego, de saneamento básico e condições de vida em geral. Fica evidente que o diferencial é o aspecto humano, no sentido de zelar pela qualidade de vida do paciente quando este permanece em seu lar juntos aos familiares e amigos, bem como é atendido por profissionais capacitados e preparados para enfrentar as particularidades do domicílio e do cuidado realizado nesse local (PRZENYCZKA, 2011; FAVERO et al, 2009).

A família representa um papel essencial no cuidado, pois sua participação ou não pode delinear a forma, a eficácia e a evolução do cuidado e a qualidade de vida do paciente assistido; o domicílio designa o local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos (BRASIL, 2012).

O cuidado é definido por meio de vivência, interações, histórias e contextos e o cuidador é definido como alguém que cuida, com ou sem remuneração, inserindo-se na particularidade do lar, observando e conhecendo o funcionamento das normas, rotinas e regras da família, potencializando suas ações no cuidado, criando vínculos de apoio mútuo através do cenário da relação dos entes familiares, a fim de construir o processo de responsabilização familiar no cuidado (BRASIL, 2012).

Na Assistência Domiciliar, faz-se mister respeitar as tradições, hábitos, sentimentos e necessidades do paciente e família, a fim de enaltecer a humanização e a autonomia dos envolvidos no cuidar. O sucesso desta modalidade de cuidado está em olhar o indivíduo e sua família em seu contexto, visualizando e considerando seu meio social, suas inserções, seu local de moradia, seus hábitos e relações e qualquer outra coisa ou situação que façam parte de seu existir e estar no mundo (LACERDA, 2010).

Com base nos Artigos 20, 22 e 24 da Portaria nº 963/ 2013 no âmbito do SUS, a Assistência Domiciliar deverá ser organizada em três modalidades, definidas a partir da caracterização do paciente cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado dos mesmos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

De acordo com Protocolo médico, a Modalidade AD1 se encaixa para pacientes que possuam problemas de saúde controlados e/ou compensados e com

dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2013).

A Modalidade AD2 para pacientes que possuam problemas de saúde e dificuldade/ impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde (UBS), necessitem maior frequência de cuidado e acompanhamento contínuo, demanda por procedimentos de maior complexidade tais como curativos, complexos e drenagem de abscesso, entre outros (BRASIL, 2013).

Por último, a Modalidade AD3 atende pacientes que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma UBS, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Na literatura médica consultada sobre instrumentos de classificação de pacientes, verificou que não existe um instrumento que possibilite identificar a complexidade da assistência para a modalidade domiciliar, demonstrando que não há clareza para a correta avaliação. Atualmente alguns desses testes são realizados pelo Sistema de Classificação de Pacientes (SPC), que considera a avaliação do paciente em relação ao cuidado de enfermagem e suas atribuições de trabalho (VILLAS BÔAS; SHIMIZU; SANCHEZ, 2016).

Registros na literatura apontaram que a Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola é a que vem dando melhores resultados na quantificação do grau de dependência funcional na AD. Vem definida por graus de variam de 0 a 5, sendo que nos Graus Zero e Um, o paciente realiza atividades de vida diária normalmente. Os de Graus Dois e Três apresentam dificuldades na realização de atividades cotidianas e precisam de apoio ocasional ou em quase todas. Nos Graus Quatro e Cinco o paciente se vê impossibilitado de realizar as atividades diárias sem ajuda ou está imobilizado, precisando de cuidados ininterruptos (TURCOTTE, 2010).

Já para o serviço privado de saúde, observou-se na literatura outros critérios de elegibilidade. Muitas empresas de Home Care utilizam a Tabela de Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar, que executa avaliação e categorização da dificuldade assistencial através do resultado de pontos de acordo com o perfil do paciente e seu estado clínico (FOGAÇA; CARVALHO; MONTEFUSCO, 2015).

De acordo com as diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde, a categorização da complexidade na AD é diversificada, não havendo padronização, mas deve estar pautada no esforço de apresentar critérios que possibilitem a definição do foco de atenção, a fim de dar respaldo a uma assistência com qualidade e correto plano terapêutico (BRASIL, 2013).

Em relação às Práticas assistenciais de Enfermagem em ambiente domiciliar abrange as esferas técnica, assistencial e educacional para a saúde, envolvendo

enfermeiro, paciente e família e, sobretudo, entendendo o contexto socioeconômico e cultural que envolve a dinâmica familiar, esta alicerçada sob a ótica de um sistema global de saúde. Está associada com a competência do enfermeiro em exercer atividades gerenciais, de vigilância, percepção de situação de risco e conexão dialógica com a família (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006; SILVA et al, 2014).

A resolução COFEN nº 464/2014 que normatiza a atuação da enfermagem na Atenção Domiciliar estabelece como atribuições do enfermeiro determinar a equipe de enfermagem; projetar, metodizar, conferir e avaliar a prestação da assistência de enfermagem; garantir condições ambientais, equipamentos e materiais necessários à produção da assistência de forma segura e eficaz e seguir os protocolos no contexto da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (BRASIL, 2014).

O enfermeiro é aquele que estipula o processo de sistematização de acordo com a complexidade de assistência para que a prática do cuidado seja conveniente à realidade familiar do paciente, tendo em vista toda a essência do cuidado e humanização que o acompanha, adequada com vistas à promoção da saúde, acompanhamento e identificação das necessidades para maximizar as condições de saúde do paciente e minimizar perdas e limitações do espaço domiciliar (KLAKONSKI et al, 2015).

Algumas metodologias técnico-assistenciais frequentemente utilizadas no cuidado a pacientes internados em leitos hospitalares são os mesmos na modalidade de AD, tendo como diferencial a singularidade de cada indivíduo e a rotina familiar. Os cuidados se modificam de acordo com a categoria de complexidade, mas no geral compreendem procedimentos como troca de sonda, bolsa e/ou de curativo; higienização e controle de infecções; desbridamento de ferida; realizar punção; coleta de material biológico; administrar medicamentos e dietas enterais; controlar hemorragias; orientar cuidador/familiares; etc (BRASIL, 2012).

Estudo de caso realizado por Catafesta (2008) no cuidado domiciliar na rede pública de Curitiba observou-se que o papel do enfermeiro no cuidado domiciliar constituiu-se em avaliar a condição do paciente, família e situação da casa, pontuando seus dilemas e carências; dimensionar as necessidades de modificações no domicílio e identificar os equipamentos necessários para a assistência; sistematizar a assistência de enfermagem e reportá-la à família; oferecer educação em saúde aos envolvidos na dinâmica familiar e seu cuidador e por fim reavaliar a assistência prestada sempre que se fizesse necessário.

O processo de planejamento da assistência acontece pela padronização do perfil do paciente e perfil familiar, de forma a atender aos seus interesses, compreendendo sua autoridade e assimilando que a atuação da equipe se dá na residência alheia, por isso o plano de cuidado deve ser elaborado com vistas às especificidades desse grupo social. Entende-se que o enfermeiro torna-se elemento primordial por possuir uma visão que absorve todo o processo e consegue estabelecer um elo entre a equipe de saúde e o grupo familiar (DAL BEM, 2011; CUNHA et al, 2014).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constata-se, através da exposição dos dados coletados e aqui expostos, que a implementação da Assistência Domiciliar no Sistema de Saúde no Brasil é algo recente, com menos de meio século de atuação, percebendo-se que hospitais e profissionais de saúde ainda se adaptam aos protocolos instituídos pelas agências internacional e nacional de saúde para a devida prestação do serviço de forma qualificada e que atenda, principalmente, ao Programa instituído pelo Sistema Único de Saúde.

A despeito da implementação da Política Nacional de Atenção Domiciliar, percebe-se um objeto vasto de trabalho para os enfermeiros envolvidos, pois esta modalidade de atendimento desponta como uma possibilidade de redução da alta demanda de pacientes internados nos hospitais, diminuição de custos financeiros e operacionais e oferecimento de um melhor atendimento, com vistas à melhoria da qualidade de vida do paciente que não precisa sair do seu ambiente familiar e ainda contar com o suporte familiar na obtenção de um tratamento diferenciado.

Esta pesquisa também revelou que, com a incidência do acréscimo da população idosa e prevalência de doentes crônicos no Brasil, a Assistência Domiciliar em suas três modalidades de atendimento oportuniza estratégias mais audaciosas com melhor qualificação, pois mantém em domicílio pacientes que recebem atendimento com todo equiparato que receberia em um leito hospitalar, com vistas à promoção de seu conforto e bem estar, no conforto de seu lar.

Foi evidenciado que a Assistência Domiciliar promove uma maior humanização no atendimento, celeridade na recuperação do doente, potencialização do uso do leito hospitalar para pacientes que realmente tenham necessidade, minimização de quadros de infecção hospitalar, apazibilização do paciente na convivência familiar, possibilidade da participação familiar através das ações de educação em saúde elaboradas pelo enfermeiro a partir da realidade de cada domicílio através das atividades fundamentais de atenção ao paciente.

Neste estudo revisional de literatura, percebeu-se que a efetivação da assistência domiciliar se dá através da prontidão de atuação da equipe de enfermagem, seja através dos esclarecimentos dados à família acerca da sistematização do cuidado, a qualidade do atendimento, o devido amparo aos familiares e respeito às normas e formas de viver daquela família e o compartilhamento e responsabilidade do cuidado ao paciente, pois a internação domiciliar pode ser vista com certa desconforto pelos entes, falta de liberdade pela chegada de uma pessoa estranha ao ambiente familiar e processo de estresse frente à chegada da doença as pessoas envolvidas neste processo de doença.

Percebeu-se que a atuação da enfermagem no contexto da Assistência Domiciliar requer um olhar mais humanizado e holístico, visto que estes profissionais adentram em casas que vivem diferentes contextos e peculiaridades diversificadas, cada qual com sua dinâmica familiar e a inserção desse profissional acaba influenciando as relações existentes, por isso a interação entre o enfermeiro, família e cuidador se estabelece como um elo fundamental para que impere a postura ética

e profissionalismo, sem atitudes invasivas e sabendo respeitar os diferentes contextos e singularidades da parentela para que a terapêutica obtenha êxito.

Com isso, percebe-se que a atuação do enfermeiro no cuidado domiciliar perpassa a assistência ao doente que recebe o cuidado, mas também à família envolvida, assim, ela é tida, também, como objeto de atenção, pois contribui no processo de corresponsabilidade de sucesso no tratamento, entendendo então que os familiares se tornam uma unidade de atenção, com vistas ao fornecimento da melhoria da qualidade de vida destes e do paciente.

Com este estudo pretendeu-se apresentar as informações mais relevantes a respeito do panorama da Assistência Domiciliar no Brasil e a atuação do enfermeiro no cuidado paliativo domiciliar, possibilitando um maior entendimento acerca do tema, porém cabe a expansão de novas discussões, pois esse trabalho bibliográfico configura-se como contribuição para a continuidade de novas pesquisas sobre a temática na literatura científica.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE LEÃO, C. A. et al. A formação do enfermeiro para a assistência de portadores de necessidades especiais, com paralisia cerebral, submetidos à internação domiciliar. **Revista Enfermaria Global**, Espanha, v. 16, p. 1-15, 2009. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/pt_revision3.pdf> 02 de maio de 2017.

ALYRIO, R. D. **Metodologia Científica**. Seropédica: PPGEN: UFRRJ, 2008.

BRASIL. **Lei 10.424, de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm> Acesso: 01 abril de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1978e4804745973e9f9ddf3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA11-2006.pdf?MOD=AJPERES>> Acesso: 02 abril de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf> Acesso: 10 abril de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Volume 2. Secretaria de Atenção

à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_ca_sa.pdf> Acesso: 10 abril de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **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, maio 2013. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html> Acesso: 10 abril de 2017.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 464/2014**. Dispõe sobre a Normatização da Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Domiciliar. Brasília, 2014. Disponível em:
<http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html> Acesso: 02 abril de 2017.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada. **RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html> Acesso: 02 de maio de 2017.

BERVIAN, P. A; CERVO, A.L.; SILVA, R. **Metodologia Científica**. Editora Pearson Education Do Brasil, 6ª ed, 164pp, 2010.

BRONDANI, C. M. et al. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Revista Texto contexto – Enfermagem**, Santa Catarina, vol.19, n.3, pp.504-510, 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a12v19n3.pdf>.> Acesso: 02 de maio de 2017.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. Editora Guanabara Koogan, 12ª ed., vol. 1 e 2, 2012. Disponível em:<http://www.abennacional.org.br/home/Tratado_de_Enfermagem.pdf> Acesso: 02 de maio de 2017.

CARVALHAIS, M.; SOUSA, L. Qualidade dos Cuidados Domiciliares em Enfermagem a Idosos Dependentes. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 22, n.1, p.160-172, 2013. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/15.pdf>. Acesso: 02 de maio de 2017.

CATAFESTA, F. **Desenvolvendo competências para a prática do cuidado domiciliar: experiência da enfermeira**. 2008, 123 f. Tese: (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008. Disponível em:<<http://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/23510>> Acesso: 02 de maio de 2017.

CUNHA, J. J. et al. Gerenciando a assistência domiciliar. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 186-195, 2014. Disponível em:<<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/9864/8870>> Acesso: 02 de maio de 2017.

DAL BEN, L. W. **Gestão em cuidado domiciliar**. In: HARADA, Maria de Jesus C.S. (Org.). *Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura*. São Caetano do Sul: Yendis; 2011.

FAVERO, L. et al. Aspectos relevantes sobre o cuidado domiciliar na produção científica da enfermagem brasileira. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 585-591, out./dez, 2009.
Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/227>> Acesso: 02 de abril de 2017.

FERREIRA, C. G.; ALEXANDRE, T. da S.; LEMOS, N. D. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 398-409, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/12.pdf>> Acesso: 02 abril de 2017.

FIGUEIREDO, N. V. F. **Tecnologias para Assistência Domiciliar na Atenção Básica**: em busca de ferramentas que subsidiem o trabalho da equipe de saúde da família. 2010, 251 f. Tese: (Mestrado em Saúde e Enfermagem). Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-84CJXK>> Acesso: 02 de maio de 2017.

FOGAÇA, N. J.; CARVALHO, M. M.; MONTEFUSCO, S. R. A. Percepções e sentimentos do familiar/cuidador expressos diante do ente em internação domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 6, pp. 848-855, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324043261012>> Acesso: 02 de maio de 2017.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Revista Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>> Acesso: 02 abril de 2017.

KERBER, N. P. da C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 485-493, 2008.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/02.pdf>> Acesso: 06 abril de 2017.

KLAKONSKI, E. A. et al. Atuação do Enfermeiro no Atendimento Domiciliar ao Paciente Idoso: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Saúde e Pesquisa**, Paraná, v. 8 (2015): 161-171. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3797/2522>> Acesso: 06 abril de 2017.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família na perspectiva da área pública. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de

Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2.621-2.626, 2010. Acesso: 02 de maio de 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a36.pdf>>

MARTELLI, D. R. B. et al. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. **Revista Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 147-157, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a08.pdf>> Acesso: 06 de abril de 2017.

MARTINS, S. K. Diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde: contribuições da enfermeira. 2006, 138f. Tese: (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oSorianeMartins.pdf>> Acesso: 02 maio de 2017.

MELLO, A. de L.; BACKES, D. S.; DAL BEM, L. W. Protagonismo do enfermeiro em serviços de assistência domiciliar – Home Care. **Revista Enfermagem em Foco**, São Paulo, v. 7 (1): 66-70, 2016. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/670/288>> Acesso: 06 abril de 2017.

MENDES, W. **Home Care: Uma modalidade de assistência à Saúde**. Editora UNART, Rio de Janeiro, UnATI, 2001.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: Seminário Nacional de Divulgação dos Resultados da Pesquisa: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS, n. 1. **Anais eletrônicos**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf> Acesso: 02 abril de 2017.

PRZENYCZKA, R. A. **Conflitos éticos no cuidado domiciliar de Enfermagem**. Dissertação: (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 165 pp, 2011. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/DISSERTA%C3%87%C3%83ORAMONEAPARECIDAPRZENYCZKA.pdf>> Acesso: 02 maio de 2017.

SANTOS, E. M. dos; KIRSCHBAUM, D. I.R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **REE - Revista Eletrônica de Enfermagem**; v.10, n. 1: p. 220-227, 2008. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a20.pdf> Acesso: 02 abril de 2017.

SERAFIM, A. P.; RIBEIRO, R. A. B. Internação domiciliar no SUS: breve histórico e desafios sobre sua implementação no Distrito Federal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Distrito Federal, v. 22, n. 2, PP.163-168, 2011. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol%2022_2_8_Internacao.pdf> Acesso: 02 maio de 2017.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>>. Acesso: 08 abril de 2017.

SILVA, P. S. da et al. Fatores que interferem no cuidado domiciliar realizado pelo enfermeiro junto a equipe de saúde. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, vol. 1, n.1, 2008. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/viewFile/1933/911>>. Acesso: 02 maio de 2017.

SILVA, S. L. B. da; MUSSE; R. I. P.; NEMR, K. Assistência domiciliar na cidade de Salvador-BA: possibilidade de atuação fonoaudiológica em Motricidade Orofacial. **Revista CEFAC** v.11, n.1, pp.94-101, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v11n1/162-07.pdf>> Acesso: 08 abril de 2017.

TURCOTTE, S. Atenção domiciliar Caso Complexo 6: Dona Margarida. In: Seminário Universidade Aberta do SUS. Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, 11f, 2012. São Paulo. **Anais eletrônicos**. São Paulo, 2010, p. 1-11. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Dona_Margarida/Complexo_06_Margarida_Atencao.pdf> Acesso: 02 maio de 2017.

VALLE, A. R. M. da C. **Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção**. 2013, 262 f. Tese: (Doutorado em Enfermagem Fundamental). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ribeirão Preto, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-26092013-182224/pt-br.php>> Acesso: 02 maio de 2017.

VILLAS BOAS, M. L. de C.; SHIMIZU, H. E.; SANCHEZ, M. N. Elaboração de instrumento de classificação de complexidade assistencial de pacientes em atenção domiciliar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 434-441, maio/jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0434.pdf>