

**Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**  
**Coordenadoria de Recursos Humanos**  
**Instituto de Saúde**  
**Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**Atenção Domiciliar: Os desafios das práticas  
profissionais de Enfermagem em Unidade de Saúde da  
Família na cidade de Itatiba – SP.**

**Fernanda Batista Pereira**

**SÃO PAULO**

**2023.**

**Atenção Domiciliar: Os desafios das práticas  
profissionais de Enfermagem em Unidade de Saúde da  
Família na cidade de Itatiba – SP.**

**Fernanda Batista Pereira**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção de Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Umberto Catarino Pessoto

SÃO PAULO

2023

## FICHA CATALOGRÁFICA

É permitida total ou parcial para fins pessoais, científicos ou acadêmicos, autorizada pelo autor, mediante citação completa da fonte.

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

P436a Pereira, Fernanda Batista

Atenção domiciliar: os desafios das práticas profissionais de enfermagem em Unidade de Saúde da Família na cidade de Itatiba – São Paulo, 2023.

59 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Área de concentração: Gestão e Prática de Saúde

Orientador (a): Dr. Umberto Catarino Pessoto

1. Assistência domiciliar 2. Pessoas acamadas 3. Planejamento de saúde I. Pessoto, Umberto Catarino.

CDD: 362. 1068

## **Dedicatória**

Dedico esta tese a toda população usuária do Sistema Único de Saúde, acamados e restrito, que por vezes em minha trajetória como Enfermeira, permitiram minha entrada em suas residências para exercer o cuidado e ter a percepção de suas necessidades, foi a partir destes encontros que me despertou a consciência da necessidade de olhares específicos e cuidadoso para esta população.

## AGRADECIMENTOS

Primeiro, agradeço à minha mãe que incentiva sempre meus estudos, ao meu pai (in memória) que me ensinou a nunca desistir de nada e juntos me deram força para nunca desistir dos meus sonhos e por todo exemplo de vida, principalmente minha mãe que fez da profissão o ofício de cuidar como técnica de enfermagem e imobilização ortopédica onde sempre deixou em seus pacientes a marca do respeito à dignidade da vida e humanização no cuidado.

Aos meus filhos e neta, por todo momento que estive ausente, que sempre souberam compreender o meu trabalho.

Aos meus irmãos e cunhado, por toda ajuda e pelo incentivo durante esses anos, muito mais que irmãos, são meus amigos que em toda jornada estavam na plateia me incentivando a não desistir jamais.

Ao meu parceiro, amigo e cúmplice, Jose de Souza que esteve ao meu lado, entendendo minhas ausências e minhas angústias neste processo e sempre me incentivando

Ao Prof. Dr Umberto por toda paciência, dedicação e por compartilhar todo seu conhecimento e sua experiência, acreditando em meu potencial o tempo todo e me encorajando a seguir em frente em cada parágrafo ou em cada capítulo, mesmo em meio a duras realidades não largou minha mão em nenhum momento, não tenho palavras para agradecer toda a oportunidade e disposição para me orientar. Obrigada! À todas as professoras do Instituto de Saúde, por disponibilizar o tempo para ensinar e compartilhar suas expertises, contribuindo para a realização deste estudo. Ao Prof. Dr. Jose da Rocha Carvalheiro, Prof.<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Ana Lucia de Jesus Almeida, e a Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosana Teresa Onocko Campos e o Dr. e Enfermeiro Carlos Alberto dos Santos Treichel, por terem aceitado o convite para participar da Banca de Qualificação e pelos pertinentes apontamentos que engrandeceram este estudo.

A Flavia Mendes e ao Caio Vieira de Barros Arato, gerentes da Fundação ABC em Itatiba durante todo o processo deste estudo, que autorizaram a pesquisa e auxiliaram para que todas as entrevistas fossem possíveis. À Equipe de Enfermeiras da Unidade de Saúde da Família, que prontamente aceitou participar do estudo, bem como me recebeu, disponibilizando seu tempo e contribuindo com o estudo proposto.

Por fim, agradeço ao meu Mestre da vida, Dr Daisaku Ikeda. Por intermédio dos incentivos diários e do seu exemplo de luta despertou a inspiração de ser um ser humano melhor, jamais desistir de meus sonhos e contribuir com meu crescimento espiritual e profissional.

“Não faz mal que seja pouco,  
O que importa é que o avanço de hoje  
Seja maior que o de ontem  
Que nossos passos de amanhã  
Sejam mais largos que os de hoje  
Atuem agora e vivam o presente  
Com a certeza de que neste exato instante  
Está se erguendo o futuro  
Deixem seus méritos gravados  
Na história de suas contínuas vitórias!”

Dr. Daisaku Ikeda.

Pereira FB **Atenção Domiciliar: Os desafios das práticas profissionais de Enfermagem em Unidade de Saúde da Família na cidade de Itatiba-SP.** [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos, São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2023.

## RESUMO

**Introdução:** O crescente aumento da população idosa no Brasil e em todo o mundo, juntamente com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis e dos acidentes de trânsito, que resultam em incapacidade motora temporária ou permanente, torna evidente a necessidade de reexaminar a metodologia de trabalho e desenvolver novos conhecimentos no modelo de atenção à saúde. Com este olhar dentro da Atenção Primária, temos a Atenção Domiciliar como um instrumento de cuidado motivado por vários olhares no bem-estar, como: desospitalização, organização do cuidado domiciliar, planejamento para a assistência principalmente para pacientes acamados e restritos, utilizando a organização e os princípios do SUS – universalidade, equidade, integralidade, descentralização, planejamento e sistematização para esta população. **Objetivo:** Descrever como os Enfermeiros da cidade de Itatiba, um município de médio porte, que trabalham na Unidade de Saúde da Família realizam a sistematização para a elegibilidade e frequência na Atenção Domiciliar para acamados e restritos. **Metodologia:** Foram aplicados questionários para conhecer como as unidades selecionam e definem a atenção domiciliar, as práticas realizadas pelas unidades de saúde, o conhecimento dos Enfermeiros em escalas e protocolos, se já aplicados ou não para este fim. **Resultados:** A Atenção Domiciliar é realizada em todas as Unidades de Saúde da Família de Itatiba. No município, há o total de 19 equipes, mas apenas 16 enfermeiros participaram do estudo. Observou-se que a Atenção Domiciliar é realizada em 100% das unidades, mas a maneira com que cada uma define seus critérios é divergente e, apesar de muitas conhecerem os protocolos já existentes para este fim, não os utilizam na sua prática diária alegando falta de orientação ou educação permanente para assegurar a utilização dos protocolos. O uso de recursos como o matriciamento, o acesso ao SISAB e os dados coletados pelos Agentes Comunitários de Saúde, também costuma ser ignorado para definir quando ou quem irá realizar esta assistência. **Conclusão:** Por fim, observa-se que mesmo não existindo um protocolo linear as enfermeiras se esforçam com as ferramentas que possuem para a atenção domiciliar, porém tendo dificuldades em garantir a equidade desta assistência. Ao final do estudo, apresentamos duas escalas, como sugestão, na elaboração dos protocolos sugeridos para classificação deste público específico tratado na investigação e a reflexão de utilizar a ciência da implementação para reorganizar o trabalho.

Palavras-chave: Serviço de Assistência Domiciliar; Pessoas Acamadas; Planejamento em Saúde.

PEREIRA, F. B. **Home Care: Nursery Professional Practice Challenges in a Family Health Unit in the city of Itatiba.** [Master's Dissertation]. Professional Master's Program in Public Health Institute, Human Resources Coordination, São Paulo State Health Department; 2023.

## ABSTRACT

**Introduction:** The increasing expansion of elderly population in Brazil and internationally, along with the increasing of non-transmissible chronic diseases and traffic accidents resulting in temporary or permanent motor disability, evidence the need to review the work methodology and develop new knowledges in the healthcare model. In that regard, within the Primary Care, the Home Care Services are a tool of care driven by various views on well-being, as dehospitalization, home care arrangements, care planning – specially for home-restricted or bedridden patients, based on the SUS' (the Brazilian Public Healthcare System) principles: universality, equity, integrality, decentralization, planning and systematization for that population. **Objective:** To describe how the nurses working in a Family Health Unit from a medium-size municipality, Itatiba, do the systematization of eligibility and frequency of Home Care for bedridden and home-restricted people. **Methodology:** Questionnaires were applied to understand how the healthcare units select and define Home Care, as well as their practices and the nurses' knowledge of the scales and protocols, whether being applied or not for that purpose. **Results:** Home Care is offered in all the Family Health Units in Itatiba. The municipality counts with a total of 19 teams, but only 16 nurses accepted to take part in the study. It was observed that Home Care is performed in 100% of the units, but the manner of defining criteria is divergent among them, and, despite many of them do know the existing specific protocols, they do not use them in their daily practice, allegedly due to lack of guidance or continued education that assure to use the protocols. The use of resources as data matrixing, SISAB (a Healthcare Information System for Primary Care) and the data collected by the Community Health Workers are equally ignored when defining when or who will provide such care. **Conclusion:** It was observed that, even in the absence of a linear protocol, the nurses make their best efforts with the available tools for providing home care, yet facing difficulties to ensure the equity in that service. At the end of this study, we introduce two scales to be considered in the design of the suggested protocols for the classification of the specific audience assessed here, and a proposal that implementation science be used to reorganize such work.

*Keywords:* Home Care Service; bedridden people; healthcare planning.



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	29
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>1.1 População Acamada e Restrita</b> .....	15
1.1.1 População Idosa.....	15
1.1.2 Doenças não Transmissíveis .....	16
1.1.3 Acidentes de Trânsito .....	16
<b>1.2 Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde</b> .....	17
<b>1.3 O papel do Enfermeiro na APS na Atenção Domiciliar</b> .....	20
<b>1.4 Planejamento da Atenção Domiciliar para o Enfermeiro</b> .....	22
<b>1.5 Ferramentas para Atenção Domiciliar</b> .....	25
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	30
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	30
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	30
<b>3 METODOLOGIA DE PESQUISA</b> .....	31
3.1 Tipo de pesquisa .....	31
3.2 Estratégia de pesquisa .....	31
3.3 Local de Estudo .....	32
3.4 Participantes do Estudo .....	33
3.5 Critério de Inclusão e exclusão .....	33
3.6 Autorização para Pesquisa .....	33
3.7 Coleta de dados .....	34
3.8 Análise dos Dados .....	35
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	36
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	47
<b>6 REFERÊNCIAS</b> .....	50
<b>ANEXOS</b> .....	55
<b>ANEXO 1 -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	56
<b>ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO PARA APLICAÇÃO AOS ENFERMEIROS, APÓS ASSINATURA DO TCLE</b>	58

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Itens a serem avaliados na escala de Fugulin <i>et al.</i> .....	27
<b>Tabela 2</b> – Pontuação correspondente aos cuidados definidos por Fugulin <i>et al.</i> .....	28

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Elementos da ficha A para avaliação e o escore de risco .....	25
<b>Quadro 2</b> – Escore total na avaliação de Risco familiar.....	26
<b>Quadro 3</b> – Características gerais das participantes da pesquisa.....	36
<b>Quadro 4</b> – Maneira com que o Enfermeiro fica sabendo dos pacientes acamados e restritos.....	38
<b>Quadro 5</b> – Descrição de como é realizado a agenda para Atenção Domiciliar de acamados e restritos.....	43
<b>Quadro 6</b> – Declaração sobre o entendimento da escala de Coelho.....	44
<b>Quadro 7</b> – Justificativa de não adesão a protocolos.....	45

## TABELA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Conhecimento sobre Atenção Domiciliar e Visita Domiciliar.....	38
<b>Gráfico 2</b> – Profissionais que definem a Atenção Domiciliar.....	39

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AB – Atenção Básica  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AD – Atenção Domiciliar  
APS – Atenção Primária à Saúde  
CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
COFEN – Conselho Regional de Enfermagem  
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DeCS – Descritores em Ciência da Saúde  
EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PSE – Programa de Saúde na Escola  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
SAD – Serviço de Atenção Domiciliar  
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento  
USF – Unidade de Saúde da Família  
VD – Visita Domiciliar

## APRESENTAÇÃO

Fernanda Batista Pereira é Enfermeira desde 2003, pesquisadora. Ela é filha de Zelia Batista e Jose Natal Batista (in memória). Tem 2 irmãos chamados Carlos e Paula. É casada com um grande companheiro, amigo e parceiro José, mãe de Vinicius e Bruna, que a fazem superar as questões da vida a todo instante. Avó da linda Lorena que alegre e encanta com tanta simpatia e inteligência. Vive por 39 anos na cidade de Itatiba, mas veio da capital, São Paulo, onde nasceu e viveu até os 7 anos. Retornou depois de muitos anos para realizar a formação do Bacharelado em Enfermagem, diversas pós graduações e hoje para conclusão do Mestrado.

A inspiração pela temática Atenção Domiciliar (AD) já era uma inquietude da pesquisadora durante sua trajetória profissional no município de Itatiba- SP, situado a 80 km da capital, na Serra da Jurema. Sua localização estratégica, próximo à capital e a grandes regiões de desenvolvimento - RMC (Região Metropolitana de Campinas) e Região Administrativa de Jundiaí e com 123.000 habitante segundo estimativa do IBGE, 2021, faz dela uma cidade de médio porte.

Formada há 20 anos, fez parte do Sistema de Saúde do município de Itatiba por 18 anos. Neste período, 13 anos atuando na rede hospitalar como Enfermeira Assistencial em hospital público, 3 anos na Gestão Hospitalar da rede Privada e 2 anos na Atenção Primária à Saúde como Coordenadora da Unidade de Saúde da Família (USF).

Durante sua atuação profissional, sempre manteve o interesse de identificar fatores que poderiam diminuir a ponte entre a Atenção Primária e o Hospital, mas havia o processo de gestão entre os setores públicos e privado que impedia a realização de grandes avanços, porém somente quando atuou como coordenadora do USF, foi possível observar que para diminuir esta ponte era necessário iniciar com a forma de seleção da Atenção Domiciliar (AD) entre as unidades, pois não eram padronizadas, causando uma queda importante na qualidade da Assistência prestada fazendo com que o paciente diminuísse o vínculo com a equipe e procurasse o serviço de urgência e emergência com demandas que poderiam ser resolvidas na Atenção Domiciliar.

O interesse de desenvolver este estudo iniciou quando ocorreu a necessidade de realizar a prática da Atenção Domiciliar (AD) com as Enfermeiras. Observava uma alta demanda de pacientes que retornavam para a instituição hospitalar com frequência, em um período curto de tempo, relatando a não presença das USF na Assistência Domiciliar.

Ao se indagar para as Enfermeiras, os critérios de inclusão que elegiam os pacientes na AD e sua periodicidade de acesso à equipe, foi observado que cada unidade realizava seus próprios critérios sem um protocolo definido. Com isso, iniciando um levantamento das dificuldades apresentadas pelos enfermeiros, foi reconhecido que eram necessários mais conhecimentos e recursos para abordar e organizar o problema. O Mestrado profissional do Instituto de Saúde foi a forma encontrada para abordar e sugerir a organização do problema.

Mesmo com as barreiras, permaneceu a necessidade de investigar o problema e buscar soluções que pudessem auxiliar na prática dos profissionais da Atenção Domiciliar do município, realizando um recorte de todos os problemas que impedem a sistematização da Atenção Domiciliar, sendo uma estratégia de organização, que servirá de base para esta e outras cidades com as mesmas características.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 População acamada e restrita

### 1.1.1 População Idosa

A Organização Mundial da Saúde, por meio de Assembleia Geral em 1982, tratou pela primeira vez do envelhecimento e da criação de políticas públicas com a preocupação do envelhecimento, adoecimento e incapacidade das pessoas com recomendações referentes às áreas como saúde, nutrição, moradia, bem-estar social entre outros, na tentativa de encontrar de forma justa e equânime novas tecnologias que possam melhorar sua qualidade de vida (VERAS; OLIVEIRA, 2016).

A OMS alerta para a mudança demográfica mundial. Com aumento da população idosa, a incidência de morte e incapacidade que também figuram como aspectos que aumentaram significativamente nesta população (OMS, 2017).

Segundo dados do IBGE, em 2021 o número de idosos no Brasil chegou a 37,7 milhões. Isso mostra que a tendência de envelhecimento da população vem se mantendo e o número de pessoas com mais de 60 anos no país já é superior ao de crianças com até 9 anos de idade (IBGE, 2021).

O aumento crescente da população idosa no Brasil e no campo internacional já é observado há décadas (DIAS JÚNIOR *et al.*, 2006). O envelhecimento populacional, doenças e agravos de saúde exigem um olhar atento da atenção à saúde, por cuidados integrais e contínuos, fortalecendo práticas assertivas e na formulação de novas estratégias e mecanismos para o cuidado em saúde (SILVA *et al.*, 2010). Com este fenômeno, surgiu a necessidade de novos saberes no modelo de Atenção à Saúde com olhar dentro da Atenção Primária para a prática de Atenção Domiciliar destinada aos acamados e restritos.

A Portaria Ministerial nº 1.395/99 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde despertem para o principal problema que pode afetar o idoso, que é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária, tornando-se um paciente acamado ou restrito. Com isso, deve-se realizar ações buscando minimizar tais consequências. Em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso. O Capítulo IV do Estatuto trata especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006).



Na portaria, também cita o documento redigido no pacto pela vida onde a saúde do idoso aparece como prioridade e apresenta diversas ações que visam a melhora e o olhar mais acentuado a população idosa, principalmente dentro da USF, quando contempla a família, o idoso e a comunidade (BRASIL, 2006).

A população idosa acamada e restrita enfrenta desafios únicos que exigem cuidados e atenção especial. Essas pessoas, muitas vezes, sofrem com limitações físicas e dependem de cuidadores para realizar atividades básicas do dia a dia. Além disso, a restrição de mobilidade pode levar ao isolamento social e à deterioração da saúde mental. É fundamental que sejam disponibilizados serviços de saúde e suporte adequados, incluindo a Atenção Domiciliar com a presença regular de profissionais de saúde, terapias e programas de interação social, a fim de garantir o bem-estar e a qualidade de vida dessa população vulnerável.

### **1.1.2 Doenças Crônicas não Transmissíveis**

As Doenças Crônicas não transmissíveis podem levar a incapacidade e restringir as atividades de uma pessoa, inclusive deixando-as acamadas. As DCNTs, são condições de longa duração e geralmente progridem lentamente ao longo do tempo, como as doenças cardíacas, pulmonares, diabetes, câncer, doenças renais, neurológicas como o Alzheimer e Parkinson e doenças osteoarticulares, que responderam pela grande maioria dos processos de incapacidade, complicações, internações e óbitos na população (DUNCAN *et al.*, 2012).

O alerta também ao advento da COVID-19, que mostrou a necessidade de se estruturar melhor a Atenção Domiciliar, para que os leitos hospitalares pudessem ter mais rotatividade, não ocasionando o estrangulamento do sistema de saúde.

A Atenção Domiciliar oferece uma abordagem personalizada, promovendo autonomia dos pacientes e ajudando a reduzir a carga sobre o sistema de saúde, minimizando internações hospitalares desnecessárias. Além disso permite o monitoramento mais próximo dos pacientes, facilitando a detecção precoce de complicações e a adoção de medidas preventivas.

Esses dados reforçam a necessidade de planejamento nas ações em saúde, pois cada vez mais teremos uma maior expectativa de vida e, por consequência disso, as doenças crônicas degenerativas terão maior probabilidade de aumento por atingirem principalmente a população mais idosa.

### **1.1.3 Acidentes de trânsito**

Além do problema do envelhecimento da população e o aparecimento das doenças crônicas derivadas desse processo, conforme Sobral *et al.* (2019), o grande número de acidente de trânsito no Brasil, em população de 15 a 29 anos, vem constituindo um grave

problema de saúde pública, com a ocorrência de traumas com caráter incapacitante aumentando a demanda de pacientes acamados e restritos para Atenção Domiciliar.

Em consulta ao IBGE, 2023, os dados mostram que, o estado de São Paulo está em 1º lugar no ranking dos estados que ocorre incapacidade nos acidentes de trânsito com pessoas acima de 18 anos, desta maneira se consolida o problema de saúde pública que recai na atenção básica com ações na atenção domiciliar na população acamada e ou restrita temporária e permanente.

## **1.2 Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**

Em 1994, surgem os primeiros modelos de Unidade de Saúde da Família (USF), com o objetivo de reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS), seguindo diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a descentralização e a resolutividade dentro do território, sendo considerada uma oportunidade de expansão da Atenção Básica (AB) causando, assim, mais impacto na saúde da pessoa e da coletividade, já que este modelo olha para o indivíduo e seu território provocando um aumento nas coberturas vacinais, nas consultas de pré-natal e agora com a visita domiciliar dos profissionais da unidade (NEVES *et al.*, 2018).

A Atenção Primária em Saúde tem como característica ações de saúde que abrangem o indivíduo em sua proteção, promoção da saúde e prevenção dos agravos, bem como se preocupa com seu tratamento e reabilitação, sendo a principal porta de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A Atenção Básica (AB) apresenta-se como um modelo de assistência mais descentralizada e, por estar próximo da vida das pessoas, exerce um papel fundamental na aplicação de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, humanização e equidade (PNAB, 2012)

Ressalta-se que dentro da AB existem diversos níveis de assistência para o atendimento à população, pois são necessárias ações objetivando um olhar não apenas para o indivíduo, mas também para a sua família e seu território.

A Atenção domiciliar está presente no contexto histórico brasileiro assumindo características diferentes de acordo com os cenários sociais, políticos e ideológicos pelos quais perpassou. Pode ser definida como "um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento tanto educativo quanto assistencial" (MATTOS, 1995).

A Atenção domiciliar, apesar de estar inserida nas práticas em saúde, ainda não é explorada com a necessidade que se deveria ter nas produções intelectuais, principalmente no que se refere aos acamados e restritos.

A preocupação com um modelo de cuidado de maior qualidade, mais resolutivo e com melhor relação custo efetividade, não é uma preocupação somente brasileira (VERAS, 2016). Outros países também estão debatendo o tema, reconhecendo a necessidade de mudanças e propondo melhorias em seus sistemas de saúde para que a Assistência Domiciliar em acamados e restritos possa provocar uma diminuição das internações recorrentes com este perfil de paciente (OMS, 2017).

A Atenção Domiciliar se constitui em um instrumento importante para prática de enfermagem na saúde coletiva, especialmente na Unidade de Saúde da Família (USF).

Observa-se muitas vezes que a AD é orientada pela demanda da unidade e pouco planejada dentro do contexto de médio e longo prazo, visto que se observa o prejuízo na continuidade do cuidado (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Gerir o cuidado na atenção domiciliar é prover ou disponibilizar tecnologias de Saúde de acordo com as necessidades de cada pessoa ao longo da vida, com o objetivo de promover o bem-estar, segurança e autonomia do indivíduo e sua família. A gestão do cuidado em saúde apresenta diversas dimensões interdependentes, que operam com lógicas diferentes e dependentes da ação ou do protagonismo de múltiplos atores (CECILIO, 2009).

Na USF, a AD é uma ação em que os profissionais devem ter o foco na promoção e prevenção, ao realizar suas visitas envolvendo a família e o território como parte do processo de recuperação do indivíduo na promoção da saúde.

O Caderno de Atenção Domiciliar mostra a diferença das características da Atenção Domiciliar (AD) para outras práticas que envolvem o atendimento na casa do paciente. Esta prática não acontece com todos os membros da equipe, visto que são membros de nível superior que irão desenvolver atividades a partir das necessidades de cada usuário em seu domicílio (BRASIL, 2013).

A Atenção Domiciliar é uma prática realizada com o indivíduo em domicílio por estar incapaz de acessar a unidade de saúde, sendo atendido exclusivamente por profissionais de Nível Superior da equipe (SAVASSI, 2016).

Pode-se descrever a Atenção Domiciliar como “uma estratégia de intervenção em saúde que requer atenção profissional qualificada [...] quando as ações devem ser desenvolvidas com “autonomia, responsabilidade e conhecimento técnico e científico próprios do campo” [...] (ANDRADE *et al.*, 2014).

A constituição de equipe para atuar na USF vem sofrendo alterações nos últimos anos pelo Ministério da Saúde (MS), pois as equipes eram compostas por profissionais médicos, dentista, enfermeiros, técnicos ou auxiliar de enfermagem e saúde bucal e finalizando com o agente comunitário em saúde (ACS) (BRASIL, 2012). Houve a entrada também de outros profissionais de nível Superior que complementavam esta equipe, o chamado Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas em 2017, com a nova versão da Pnab, um novo formato foi apresentado, incluído a presença do gerente entre os membros da equipe, a mudança de financiamento para a equipe NASF modificando sua composição, excluindo membros ou até extinguindo as equipes do núcleo e a diminuição de ACS dentro do território (MOROSINI *et al.*, 2018).

Vale frisar que as alterações sofridas na composição das USF vão além do número de profissionais nas equipes. Elas passam pelo número de habitantes também atendidos dentro do território, pois antes eram 4.000 pessoas por meio das quais seriam avaliados os riscos de vulnerabilidade. Hoje, temos uma variante entre 2.000 a 3.500 pessoas para serem atendidas dentro deste território. A diminuição no tamanho do território pode trazer prejuízo ao usuário que perde sua referência podendo ocasionar uma maior vulnerabilidade no indivíduo, com diminuição do acesso à equipe descumprindo a universalidade e a equidade de acesso ao serviço, visto que a diminuição do tamanho do território não é garantia de aumento de acesso à população, nem implementação de novas equipes. Com isso, muitos locais perdem o que se chama de área de cobertura (FRANCON, 2019).

O papel de mapear a área de cobertura e descrever o território dentro da USF fica com o Agente Comunitário de Saúde.

O agente comunitário de saúde (ACS) foi inserido no ano de 1991 na atenção básica tendo como uma de suas funções a visita no domicílio da população. A Unidade de Saúde da Família, implementada em 1994 pelo Ministério da Saúde como uma modalidade de assistência, foi fortalecida como programa somente a partir de 2006 e exige por parte de os profissionais novas formas de pensar, organizar a ABS e, inclusive, a Atenção Domiciliar. (MAHMUD, 2012 apud BRASIL, 2013).

O Programa Nacional da Atenção Básica de 2012 (Pnab) descreve a seguir uma das funções do ACS na Assistência Domiciliar, com um papel relevante para a triagem e classificação de pacientes acamados e restritos:

#### 4.3.2.4 Agente Comunitário de Saúde,

V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês.

A presença dos ACS em números adequados que consigam abranger uma população possível de ser monitorada é de extrema relevância.

### **1.3 O papel do Enfermeiro da APS na Atenção domiciliar**

O Programa Nacional da Atenção Básica de 2012 (Pnab) apresenta as ações dos profissionais de nível superior dentro da Unidade de Saúde da Família. Com a nomenclatura Atenção Domiciliar, destacamos apenas o Enfermeiro para apresentar suas atribuições, por ele ser nosso objeto de estudo e entender o que lhe compete dentro do programa:

No item 4.3.2 Das atribuições específicas:

#### 4.3.2.1 Do Enfermeiro no que tange à Atenção domiciliar:

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.

VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco.

A Atenção Domiciliar é uma das assistências ao indivíduo no momento em que ele se encontra em maior vulnerabilidade, precisando de profissionais em seu domicílio que possam realizar um atendimento não apenas ocasional, mas que sejam capazes de definir a real prioridade do tempo de retorno e das necessidades que o indivíduo apresenta no momento.

O Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP), Órgão que fiscaliza a profissão do enfermeiro e técnicos de enfermagem que fazem parte da equipe da Atenção Básica, descreve em parecer para Atenção Domiciliar a competência de cada membro, na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), nº 464/2014. Ele normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar e explicita sua ação nos

domicílios com a finalidade de assegurar a promoção, prevenção de agravos, tratamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos (art. 1º). Descreve-se abaixo esta assistência:

[...]

I – Atendimento Domiciliar: compreende todas as ações, sejam elas educativas ou assistenciais, desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no domicílio, direcionadas ao paciente e seus familiares.

II – Internação Domiciliar – é a prestação de cuidados sistematizados de forma integral e contínuo e até mesmo ininterrupto, no domicílio, com oferta de tecnologia e de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, para pacientes que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar.

III – Visita Domiciliar: considera um contato pontual da equipe de enfermagem para avaliação das demandas exigidas pelo usuário e/ou familiar, bem como o ambiente onde vivem, visando estabelecer um plano assistencial, programado com objetivo definido [...] (COFEN, 2014).

Essa resolução estabelece ainda que:

[...]

§2º A atenção domiciliar de enfermagem abrange um conjunto de atividades desenvolvidas por membros da equipe de enfermagem, caracterizadas pela atenção no domicílio do usuário do sistema de saúde que necessita de cuidados técnicos.

§ 3º A atenção domiciliar de Enfermagem pode ser executada no âmbito da Atenção Primária e Secundária, por Enfermeiros que atuam de forma autônoma ou em equipe multidisciplinar por instituições públicas, privadas ou filantrópicas que ofereçam serviços de atendimento domiciliar.

§ 4º O Técnico de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei do Exercício Profissional e no Decreto que a regulamenta, participa da execução da atenção domiciliar de enfermagem, naquilo que lhe couber, sob supervisão e orientação do Enfermeiro.

[...] Art. 3º A atenção domiciliar de enfermagem deve ser executada no contexto da Sistematização da Assistência de Enfermagem, sendo pautada por normas, rotinas, protocolos validados e frequentemente revisados, com a operacionalização do Processo de Enfermagem, de acordo com as etapas previstas na Resolução COFEN nº 358/2009, a saber:

I – Coleta de dados de (Histórico de Enfermagem);

II – Diagnóstico de Enfermagem;  
III – Planejamento de Enfermagem;  
IV – Implementação; e  
V – Avaliação de Enfermagem [...] (COFEN, 2014).

O processo de seleção e periodicidade da Atenção Domiciliar para acamados e restritos, a organização nos registros das informações coletadas no ambiente domiciliar, como dados do paciente e também de seus cuidadores, familiares e do território onde vivem, são ações necessárias que qualificam a assistência domiciliar prestada (OMS, 2017).

Diante das resoluções e normativas apresentadas, torna-se relevante este estudo, ao se deparar com uma assistência que necessita de organização, planejamento e equidade no atendimento e especial atenção para com a frequência das visitas, os profissionais envolvidos e a comunicação entre o setor primário e secundário, favorecendo o vínculo da família e o paciente com a equipe e na melhoria da organização da assistência.

#### **1.4 Planejamento da Atenção Domiciliar para o Enfermeiro**

O planejamento da Atenção Domiciliar para a Enfermagem deve ser uma prática, dentro das ferramentas de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), ferramenta esta que traz ao enfermeiro respaldo e gerencia para seu fazer diário. Esta sistematização não é apenas uma maneira de organização do trabalho do enfermeiro. Ela é praticada em todos os âmbitos da assistência conforme é estabelecido e determinado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009, que diz: “deve ser executado em todas as esferas públicas ou privada em que a enfermagem preste assistência em todo território nacional” (COFEN, 2009).

A execução da sistematização na atenção primária, para o Enfermeiro apresenta-se como um saber com uma lacuna desde a formação do enfermeiro, as faculdades em sua grande maioria, preparam este profissional para o processo de enfermagem hospitalar, deixando a atenção básica com pouco ou nenhum saber sobre o assunto, ocasionando dificuldades no cotidiano para o cuidado com o paciente (RIBEIRO, 2018).

A deficiência da prática para o planejamento na atenção básica já foi detectada pelos órgãos superiores e para auxiliar na construção do saber, o Ministério da Saúde lançou um Caderno de Atenção Domiciliar, que aponta passos para realização da prática da Assistência

Domiciliar, em conjunto com a PNAB de 2012 que traz descrita a Atenção domiciliar como prática da USF e dos profissionais de nível superior.

O Ministério da Saúde reforça a importância da organização da assistência domiciliar, publicando o Caderno de Atenção Domiciliar em 2020, em que apresenta todas as etapas necessárias para sua realização com sucesso e efetividade.

A Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, descreve que as ações devem ter a garantia de continuidade do cuidado, na prevenção, tratamento e reabilitação prestada no domicílio sendo integradas a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

A AD é uma assistência que faz parte dos componentes da Rede de Atenção a Saúde (RAS) e deverá ser estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à RAS, a partir dos Planos de Ação, conforme estabelecido na Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011. (BRASIL, 2011).

A AD deve seguir as seguintes diretrizes:

I - Ser estruturada na perspectiva das RAS, tendo a AB como ordenadora do cuidado e da ação territorial;

II - Estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda;

III - Ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;

IV - Estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência;

V - Adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e

VI - Estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

Com todos os documentos para orientação na prática da atenção domiciliar, redigidos pelo Ministério da saúde, reforça o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais estão expostas e neles intervindo de forma apropriada. Acredita-se que a assistência vai ganhando corpo e a necessidade de se colocar na prática as orientações fica mais evidente. (SOUZA, 2000).

Neste estudo, abordamos a Atenção Domiciliar citada no Art. 5º da Portaria nº 963 do Ministério da Saúde que ressalta a Atenção Básica como ordenadora do cuidado e da ação



territorial, sendo capaz de realizar articulação com outros pontos de atenção à saúde, ser estruturada para ampliação de acesso, estar inserida na linha de cuidado, por meio de práticas clínicas baseadas na necessidade do usuário, usar o modelo multidisciplinar e estimular a participação do usuário, família e cuidador (BRASIL, 2013).

A participação do profissional Enfermeiro Assistencial para este estudo se dá pelo papel exercido por ele na AD, que é baseado em consultas que avaliam o estado clínico, psicológico e psicossocial do paciente, dentro da realidade de seu domicílio, proporcionando um cuidado com segurança, como também se adaptar ao perfil dos familiares e cuidadores que irão exercer o cuidado aos acamados e restritos.

Dando especial atenção ao princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) que diz respeito à equidade, o enfermeiro deve pensar em utilizar métodos para identificar os pacientes que necessitem desta assistência e elaborar protocolos ou linha de cuidado unificando sua prática, tendo o apoio da equipe e dos gestores, tornando uma prática possível de se fazer com a equipe e que está dentro das orientações que constam no Caderno de Atenção Domiciliar que é a identificação do território e o conhecimento dos seus atores. Isso facilita a tomada de decisão na escolha das melhores e efetivas práticas em saúde (BACKES *et al.*, 2012).

A maneira que pode obter e alimentar as informações da característica do território, da família e do paciente é através do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica, (SISAB). Este Sistema foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, com a finalidade de agrupar as informações do território e a adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Temos também o sistema e-SUS APS que agrega informações coletadas no momento do atendimento e inseridas posteriormente no programa do SISAB. São eles:

- 1) Coleta de Dados Simplificado (CDS);
- 2) Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e
- 3) Aplicativos (App) para dispositivos móveis, como o e-SUS Território, que é alimentado pelo ACS, sendo possível a gestão do cuidado em saúde, podendo ser utilizado por profissionais de todas as equipes e unidades da APS, Atenção Domiciliar (AD), além dos profissionais que realizam ações no âmbito de programas como o Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde.

Com a referida ferramenta, será possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe.

É de extrema importância que os profissionais na APS saibam alimentar e acessar o registro neste sistema para posterior consulta e aplicabilidade de seus resultados na assistência ao indivíduo no território.

Para organizar esta assistência fazendo com que ela seja eficaz e resolutiva. Cabe ao profissional Enfermeiro: avaliar os riscos de aumento da vulnerabilidade do indivíduo, a necessidade da periodicidade das visitas e os profissionais envolvidos. É necessário saber realizar esta avaliação, pautada em protocolos, pois assim garante a organização e equidade na assistência (CAMARGOS, 2020).

### **1.5 Ferramentas para Atenção Domiciliar**

O trabalho da enfermagem é orientado pelo órgão regulamentador COFEN que na sua resolução 358/2009 trata a SAE como uma etapa no cuidar que contempla o processo de Enfermagem como norteador do cuidado. Para tanto, é necessário que o profissional Enfermeiro dentro das instituições baseie-se em protocolos como instrumentos de trabalho para facilitar e dar equidade na sua assistência prestada ao indivíduo (COFEN, 2014).

A utilização das ferramentas que auxilia no planejamento e na tomada de decisão no dia a dia do enfermeiro, auxilia na gestão de conflitos e demandas políticas dando legitimidade nas práticas realizadas e só vem a facilitar o trabalho do enfermeiro e beneficiar o usuário (ARAUJO, 2020).

O olhar para os adoecidos, como primeira etapa do processo de trabalho na USF, qualifica e amplia o acesso ao cuidado fornecendo medidas de promoção e prevenção mais criteriosas (NORMAN; TESSER 2020).

Como exemplo de aplicação de instrumentos de trabalho que realiza a estratificação de risco para as famílias e, em consequência, fornece dados para a classificação de Atenção Domiciliar, temos a Escala de Coelho diferindo de outros instrumentos que são aplicados majoritariamente pelo enfermeiro. Este instrumento vai necessitar da utilização do SISAB para o preenchimento da escala e, com isso, um importante membro da equipe o ACS torna-se participativo na classificação, pois o SISAB é preenchido também pelo agente comunitário em suas visitas no domicílio e pode ser acessada pelo enfermeiro a qualquer momento.

Este instrumento é de fácil aplicação e não exige nenhum outro tipo de novas fichas para fazer a avaliação e, assim, realizar a classificação da Atenção Domiciliar. A seguir, tem-se a escala elaborado por Coelho e Savassi, em 2004, ele é um instrumento de estratificação de risco familiar, baseado na ficha A do antigo SIAB, que utiliza sentinela de risco avaliadas na visita domiciliar do ACS, por essa razão deve ser aplicada na APS.

**Quadro 1** - Elementos da ficha A para avaliação e o escore de risco

Dados da ficha A SISAB (Sentinela de risco)	Escore de risco
Acamado	3
Deficiência física	3
Deficiência Mental	3
Baixa condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de 6 meses de idade	1
Indivíduo maior de 70 anos	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Diabetes Mellitus	1
Relação morador / cômodo maior que 1	3
Relação morador / cômodo igual a 1	2
Relação morador / cômodo menor que 1	0

A soma dos escores de risco trará uma classificação de mínimo e máximo em sua numeração que após poderá ser confrontada com o Quadro 2 e definir em menor, médio e máximo risco de vulnerabilidade as condições não somente clínicas, mas também familiares e sociais do indivíduo.

**Quadro 2** - Escore total na avaliação de risco familiar.

Escore Total	Risco Familiar
--------------	----------------

5 e 6	R1 – risco menor
7 e 8	R2 – risco médio
Acima de 9	R3 – risco máximo

Quando se aplica a escala com um olhar holístico e centrado na família, ajuda a diminuir os agravos. É possível de forma clara definir prioridades na AD, sem deixar de realizar as outras atividades e visitas do território, sensibilizando a gestão e a equipe para atender as famílias em maior risco (SAVASSI; LEGE; COELHO, 2012).

Outro instrumento que apresentamos na pesquisa é a escala de FUGULIM, que avalia o grau de dependência do paciente para o profissional da enfermagem, familiares e apresenta um olhar especial aos pacientes acamados, restritos e portadores de feridas, que possuem cuidados específicos, onde em outras escalas estes critérios deixam de ser avaliados e tornando o instrumento de FUGULIM um avaliador dessa peculiaridade.

Neste instrumento, optou-se por eleger: o estado mental, a dependência de locomoção, o uso de oxigênio, o comprometimento tecidual, a frequência das trocas e o tempo demandado para a realização do curativo no período de 24 horas.

Este instrumento requer um pouco mais de conhecimento e tempo para a avaliação de todo o processo de cuidado que a equipe irá desprender em cada indivíduo, auxiliando no tempo de realização da Atenção domiciliar em clientes que tenham feridas ou outras comorbidades que necessitam de mais atenção.

A seguir, é apresentada a Tabela 1 de modo sucinto com os itens a serem avaliados pela escala de FUGULIN e seus escores, adaptados para a atenção domiciliar.

**Tabela 1** - Itens a serem avaliados na escala de FUGULIN

Itens a serem avaliados	Score de classificação			
	04	03	02	01
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Período de desorientação	Orientação
Oxigenação	Uso de ventilador a	Uso contínuo de máscara ou	Uso intermitente de máscara	Não depende de oxigênio

	pressão ou a volume	cateter de oxigênio	ou cateter de oxigênio	
Motilidade	Incapaz de movimentar	Dificuldade para movimentar	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais.
Deambulação	Restrito ao leito.	Locomoção por meio de cadeira de rodas.	Necessita de auxílio para deambular.	Ambulante.
Integridade cutâneo mucosa/ comprometimento tecidual	Destruição da derme, epiderme, músculos	Incisão cirúrgica, ostomias. Drenos.	Presença de alteração da cor da Pele	Pele íntegra.
Curativo	Curativo realizado 3 vezes ao dia Ou mais	Curativo realizado 2 vezes ao dia,	Curativo realizado 1 vez ao dia	Curativo ou limpeza da ferida/incisão cirúrgica
Tempo de realização de curativo	Superior a 30minutos.	Entre 15 e 30minutos.	Entre 5 e 15minutos	Sem curativo ou limpeza da ferida

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Ter conhecimento de todos os procedimentos que irão ser realizados e avaliados na Atenção domiciliar auxilia na otimização de recursos humanos, equipamentos e materiais para a assistência. Na Tabela 2, apresentamos a pontuação correspondente às categorias de cuidado definidas por Fugulin *et al.* para a avaliação dos pacientes.

**Tabela 2** - Pontuação correspondente aos cuidados definidos por Fugulin *et al.*

Categoria de cuidado	Pontuação
Cuidado intensivo	Acima de 25
Cuidado semi-intensivo	21 -24
Cuidado alta dependência	16 – 20
Cuidado intermediário	11 – 15
Cuidados mínimos	07– 10

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

A implementação na APS é um desafio em todo país que apresenta grandes diferenças socioeconômicas e disparate de desigualdade de acesso entre os estados, fazendo com que o desafio de realizar intervenções efetivas em áreas que são pouco visibilizadas e extremamente sensíveis, pois o maior desafio é o envelhecimento crescente da população brasileira. É necessário um fortalecimento por meio de iniciativas de melhorias e mudanças para garantir os princípios do SUS de acesso universal, atenção integral e equidade na atenção (STEIN, 2017).

Pautada nestes itens, reforça-se a necessidade, como pesquisador, de continuar a investigar, qualificar e organizar a prática da inclusão de pacientes acamados e restritos na Atenção Domiciliar em municípios de pequeno e médio porte. Sabendo que já existem critérios descritos em literatura, porém não conhecendo sua aplicabilidade no Sistema de Saúde do Município em especial na USF que se busca a investigação deste tema.

Contudo, é preciso entender como a seleção e estratégias para o cuidado são desenhadas no acompanhamento dos pacientes restritos e acamados para que a saúde e recuperação de suas atividades sejam efetivas no âmbito da atenção primária e assim também facilitar a atuação dos gestores de cada unidade na definição clara de seus pacientes que necessitam desta assistência, para que possam realizar um atendimento igualitário e sistemático em todas as unidades com rapidez e efetividade.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Compreender como se dá a priorização da inclusão e exclusão de pacientes acamados e restritos na assistência da Atenção Domiciliar na Unidade de Saúde da Família.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Conhecer como é realizada a classificação de acamado e restrito e a escolha da frequência das visitas do profissional de saúde Enfermeiro
- Descrever se a unidade faz o levantamento sociodemográfico e o utiliza para determinar as ações e ou frequência da Atenção Domiciliar para esta população;
- Conhecer onde são inseridas as informações referentes a esta população e a assistência prestada a ela;
- Descrever se os Enfermeiros acessam o Sistema de Informação da Atenção Básica para direcionar sua Assistência;
- Conhecer se o Enfermeiro tem conhecimento das metodologias de trabalho, já existentes, como ferramenta de seleção para esses pacientes;
- Conhecer a formação ou capacitação dos profissionais de enfermagem para a realização da AD nas USFs.

## **3 METODOLOGIA DE PESQUISA**

### **3.1 Tipo de pesquisa**

Esta pesquisa configura-se como pesquisa descritiva, com levantamento bibliográfico objetivando colher informações a respeito do tema e qualitativa com a elaboração e aplicação de questionário, objetivando trazer a realidade descritiva das unidades no fazer da Atenção domiciliar, os resultados foram apresentados e sendo percorrido o conteúdo teórico para materializar a questão da Atenção domiciliar encontrado nas unidades

Os autores desenvolveram uma sequência de pesquisa, que fez sentido na contextualização dos temas descritos durante a introdução.

### **3.2 Estratégia de pesquisa**

No primeiro momento do levantamento bibliográfico foi sobre a população de acamado e restrito, definição de Atenção Primária, caracterizando a definição e práticas de Atenção Domiciliar, em paciente acamado e restrito, olhando para as atribuições do profissional enfermeiro nesta prática, trazendo o contexto da COVID fortalecendo a necessidade de conhecimento nesta área, uma vez que o número de pessoas incapacitadas aumentou depois da pandemia, a aplicação do planejamento da assistência na estruturação da Atenção Domiciliar, o conhecimento de protocolos para a prática e por fim, estratégias de implementação como modelo estruturante da transformação da assistência. Este levantamento se fez necessário para que os assuntos envolvidos tenham base e sustentação na pesquisa.

Buscou-se artigos nos bancos de dados SciELO, Bireme, Lilacs, PubMed, PsychInfo, também pesquisamos bancos de dados de literatura cinzenta, nas primeiras 10 páginas de uma pesquisa no Google, utilizamos também teses, dissertações e livros e publicações do Ministério da Saúde como pareceres e portarias através das palavras – chave Atenção Domiciliar, Ciência da implementação, Programa de Saúde da Família, Planejamento Estratégico. Foram selecionados os artigos por temas, após a leitura, os assuntos de interesse foram imergindo dentro do texto, contemplando não apenas a introdução, mas também a discussão.

Todo material incluso, foi considerado importante para descrever as grandes mudanças na configuração da Unidade de Saúde da Família, dentro da esfera governamental, tendo algumas portarias deste período alterada, como a carga horária dos profissionais, número de famílias atendidas, mudança no financiamento do programa, que impactam na realização das ações ao indivíduo, comunidade e inclusive em 2023 durante a produção da dissertação ocorre



a mudança na sua nomenclatura deixando de ser Estratégia de Saúde da Família para adotar o termo Unidade de Saúde da Família (USF).

Utilizamos a Pnab publicada em 2012 e o Caderno de Atenção Domiciliar publicado em 2020, ambos instrumentos do Ministério da Saúde que traz a descrição dos profissionais e as práticas da Atenção Domiciliar na USF como referencial para a conceituação de APS e AD.

Em outro momento utilizou-se o método qualitativo, com a elaboração de questionário sendo aplicado através de pesquisa presencial.

O instrumento para a coleta de dados quantitativos e qualitativos das unidades de estudo foi a aplicação de questionário de pesquisa, apresentado pela pesquisadora presencialmente, com 26 perguntas abertas e fechadas sendo; 5 perguntas referentes ao perfil do Enfermeiro que trabalha na USF, 15 perguntas referentes a prática na Atenção Domiciliar e 6 questões que aborda sobre os protocolos e métodos que são realizados para definir a prioridade da pesquisa dentre estas; 3 são abertas onde pode descrever suas dificuldades ou práticas assertivas para esta assistência.

### **3.3 Local de Estudo**

O local de estudo foi o município de Itatiba – SP, nas USFs, administradas pela Organização Social de Saúde, Fundação do ABC.

O município de Itatiba- SP é situado a 80 km da capital, na Serra da Jurema, sua localização estratégica, próximo à capital e a grandes regiões de desenvolvimento - RMC (Região Metropolitana de Campinas) e Região Administrativa de Jundiaí e com 122.424 habitante segundo IBGE, 2022, fazendo dela uma cidade de médio porte.

Tendo como estrutura na Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde:

- 01 (uma) Santa Casa de Misericórdia de médio porte, que oferta os leitos de internação, Unidade de Terapia Intensiva – Adulto e Neo natal; Urgência e Emergência, Centro de Quimioterapia e Hemodiálise;
- 01 (uma) Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h com atendimento adulto e infantil,
- 25 (vinte e cinco) Unidades de Atenção Básica a Saúde, sendo 19 (dezenove) Unidade de Saúde da Família (USF) e 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS) Tradicional;

01 (um) Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) e Centro de Atenção Especializada.

### **3.4 Participantes do Estudo**

A atenção domiciliar é um instrumento da prática do enfermeiro na Atenção Básica, essa foi a população de escolha para participar da aplicação do questionário.

Para preservar o sigilo e a confidencialidade das participantes, cada uma delas foi identificada com a letra “E” seguida por um número de 1 a 16 aleatoriamente. Essa abordagem garantiu que as participantes não fossem identificadas individualmente, especialmente porque a coordenação possuía um cronograma prévio com os locais de pesquisa, sendo possível a identificação. Dessa forma, a privacidade das participantes foi mantida ao longo do estudo.

### **3.5 Critérios de inclusão e exclusão**

A pesquisa foi realizada no campo das Unidades de Saúde da Família administradas pela Organização Social de Saúde Fundação do ABC, no município e por se tratar da empresa que administra 100% das USF, tendo a Atenção Domiciliar em 100% das unidades, como prática assistencial tendo no mínimo 1 Enfermeira Assistencial, foi nosso local de escolha.

Os critérios de inclusão, portanto, foram ser enfermeiras que ocupavam o cargo assistencial e contratadas pela OSS Fundação do ABC no município, que estivessem exercendo a função no momento da pesquisa

O critério de exclusão, foi Enfermeiras Assistenciais do município que não tenham vínculo com a fundação do ABC, portanto, não trabalham em Unidade de Saúde da Família ou que no momento da pesquisa estivessem exercendo cargo de chefia, gestão, ou gozando de férias ou atestado indeterminado.

Para fins desta pesquisa, duas enfermeiros foram excluídos da amostra: um enfermeiro que ocupava um cargo de gestão ou coordenação, outro que estava de licença médica sem previsão de retorno e duas recusas em responder a pesquisa. Portanto, a amostra final consistiu em 16 enfermeiras que aceitaram participar e responder as perguntas propostas.

### **3.6 Autorização para a pesquisa**

Para a realização das coletas de dados, houve apresentação e deliberação pelo comitê de ética do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo e pela plataforma Brasil com o número CAAE: 62630022.0.0000.5469.

### 3.7 Coleta de dados

Os gestores entraram em contato prévio com todos os Enfermeiros, apresentando o cronograma e comunicando a presença e autorização da pesquisadora para a realização da coleta de dados.

A busca dos participantes aconteceu em seu ambiente de trabalho no horário em que os mesmos executavam suas atividades, sem prejuízo direto na assistência prestada à população, com aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e explicação dos objetivos da pesquisa antes do início das perguntas.

Durante o período de coleta vários desafios foram aparecendo, desde a longa espera na recepção para este momento, a solicitação que o questionário fosse deixado e para em outro momento ser retirado até a recusa na participação. Em cada um deles a pesquisadora reforçou a importância e relevância da pesquisa e com isso tivemos apenas 2 desistências de participação.

A chegada na unidade a pesquisadora foi anunciada por membros da equipe e solicitado o guarda pela enfermeira na recepção, em alguns casos essa espera foi de 15 min e em outros momentos se fez por mais de 60 min, o que muitas vezes impossibilitou o cumprimento do cronograma com o horário e datas pré-estabelecido. Contudo, através do diálogo e explicações sobre os atrasos todos compreenderam e aceitaram iniciar a conversa.

A prática de diálogo antes da coleta de dados é proposital e necessária para que, através da entrevista e análise dos dados, possamos trazer significado aos questionamentos que temos até o momento e associar ou complementar com a literatura já existente. (Arreaza e Moraes, 2010).

Antes da apresentação do questionário aos enfermeiros, foi realizado um teste piloto a uma enfermeira que já havia trabalhado dentro do mesmo sistema de saúde no município e que no momento estava desligada, não houve a necessidade de correção das perguntas e o tempo médio de resposta se deu em 30 minutos.

No momento de dialogar e aplicar o questionário aos enfermeiros, foi feita a apresentação da pesquisadora, pois em algumas unidades os profissionais não a conheciam, em seguida passado a proposta de pesquisa juntamente com o termo de consentimento, neste momento dúvidas como o acesso das respostas aos gestores foram questionadas e sanadas rapidamente, explicando os termos de sigilo contidos no termo, que impede o acesso a repostas por qualquer outra pessoa que não o orientador e a pesquisadora.

Em seguida foi ofertado o questionário e juntas o pesquisador e enfermeiro iniciaram a leitura das questões e o enfermeiro respondendo em questionário de igual teor com letra própria. Em vários momentos a pesquisa foi interrompida por outros profissionais da unidade, trazendo demandas do momento, mas logo em seguida era retomada as questões, em uma única unidade as Enfermeiras decidiram responder as questões juntas, alegando que naquele momento não havia atendimento na unidade.

### **3.8 Análise dos dados**

Para a análise dos dados a pesquisadora tabulou todos os dados no Excel para desenvolvimento das tabelas e gráficos a partir dos resultados, os temas de análise foram definidos de quando a elaboração do questionário. Para apresentar o resultado das respostas encontradas, utilizamos a inserção de alguns trechos das respostas por achar relevante no contexto da análise, mas para identificação dos entrevistados usamos a letra “E” enumeramos de 1 a 16 aleatórios sem uma sequência no cronograma de pesquisa para não ser possível a identificação do profissional.

A análise das questões foi feita de forma quantitativa, um banco de dados foi construído e analisado utilizando o Microsoft Excel@2007, construído por meio de distribuição de frequência absoluta e relativas das respostas relacionadas às variáveis estudadas. Após a aplicação dos questionários, e a participação dos enfermeiros, foi possível fazer a descrição do perfil dos mesmos.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo traz os resultados obtidos nesta pesquisa que, com a discussão, potencializam seus achados e podem ampliar o olhar sobre a atenção domiciliar como um dispositivo para a estruturação e organização da rede de atenção.

Através dos resultados, espera-se que a equipe perceba a necessidade de novas implementações quando olha para dentro de seu território e consegue identificar que ações ou a organização de seu cuidado não está sendo efetiva.

Considerando o roteiro para as entrevistas e o trabalho de campo empreendido, apresentaremos os resultados e a base teórica de cada um deles sequencialmente.

Conforme apresentado no Quadro 3, a média de idade entre os pesquisados é de 41 anos, o tempo médio de formação é de 12 anos, já o tempo de atuação na USF é de 4 anos e meio, porém o tempo atuante na unidade de saúde está em média de 1 ano e meio. Nota-se que 100% dos enfermeiros são do sexo feminino. Observa-se ainda o nível alto de pós-graduação entre os participantes, que é de 100%. No caso da pós-graduação na área de atuação considerando a Saúde Coletiva ou Estratégia de Saúde da Família, como especialização, 62,5% dos profissionais apresentam tal formação, como mostrado a seguir por meio das características gerais das participantes da pesquisa.

**Quadro 3** - Características gerais das participantes da pesquisa

<b>Variável</b>	<b>Atributos</b>	<b>Totalidade</b>
Profissional	Enfermeiros	16
Sexo	Feminino	16
Idade	18 – 29 anos	03
	30 – 40 anos	04
	41 – 50 anos	03
	Acima de 51	01
Tempo de formação	01 – 10 anos	08
	11- 20 anos	06

	Acima de 20 anos	02
Pós-graduação	Especialização em outras áreas	16
	Especialização em Saúde Coletiva ou USF	10
Tempo de trabalho na função	até 5 anos	10
	06 – 10 anos	05
	Acima de 10 anos	01

*Fonte:* Elaborado pela autora (2023).

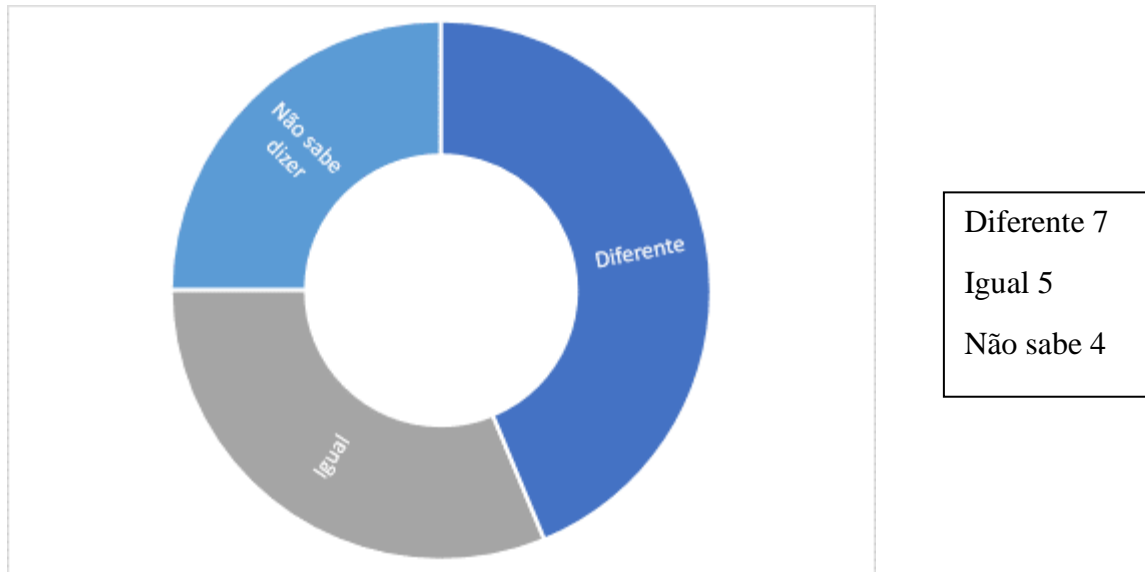
A Atenção Domiciliar é uma ação desenvolvida por profissionais de nível superior, que deve ser articulada e organizada em rede. É necessário reconhecer esta ação e diferenciá-la do atendimento realizado principalmente pelo ACS, trazendo clareza ao trabalho.

A construção coletiva para proposta integrada de atenção à saúde aumenta a resolutividade dos serviços e melhora a qualidade de vida das pessoas e seus familiares.

As decisões no campo da saúde e políticas públicas são reformuladas constantemente decorrente de evidências científicas sólidas e consistentes. Os serviços e os profissionais podem responder de diferentes maneiras em cada serviço de acordo com sua clientela, usando de estratégia que beneficiam a comunidade, seguindo preceitos científicos, éticos, evidências sólidas, apoiado em modelos teóricos apropriados, usando os dados do processo, podemos dizer que estamos praticando a ciência da implementação (BOMFIM, 2021).

O Gráfico 1 mostra que os enfermeiros têm dificuldade em definir a diferença entre a Atenção Domiciliar e visita domiciliar, sendo que 56% das enfermeiras não sabem ou consideram a Atenção domiciliar como uma ação igual em relação à visita domiciliar, mesmo que 100% delas realizem esta prática, o que mostra a dificuldade de se reconhecer como prática executada por profissionais de nível superior.

**Gráfico1** - Conhecimento sobre Atenção Domiciliar e Visita Domiciliar.



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

A Atenção Domiciliar vai além do encontro entre equipe e paciente com alguma dificuldade de locomoção ou de oferecer orientações sobre higiene e alimentação. Os profissionais que executam esta assistência precisam compreender os contextos socioeconômicos e culturais que envolvem o indivíduo/família em seu ambiente mais particular (ANDRADE, 2014).

Este entendimento reduzido da diferença da Atenção Domiciliar com outras práticas domiciliares pode reduzir ou comprometer o atendimento pressuposto na PNAB ou no Caderno de Atenção Domiciliar, preconizados para o modelo USF.

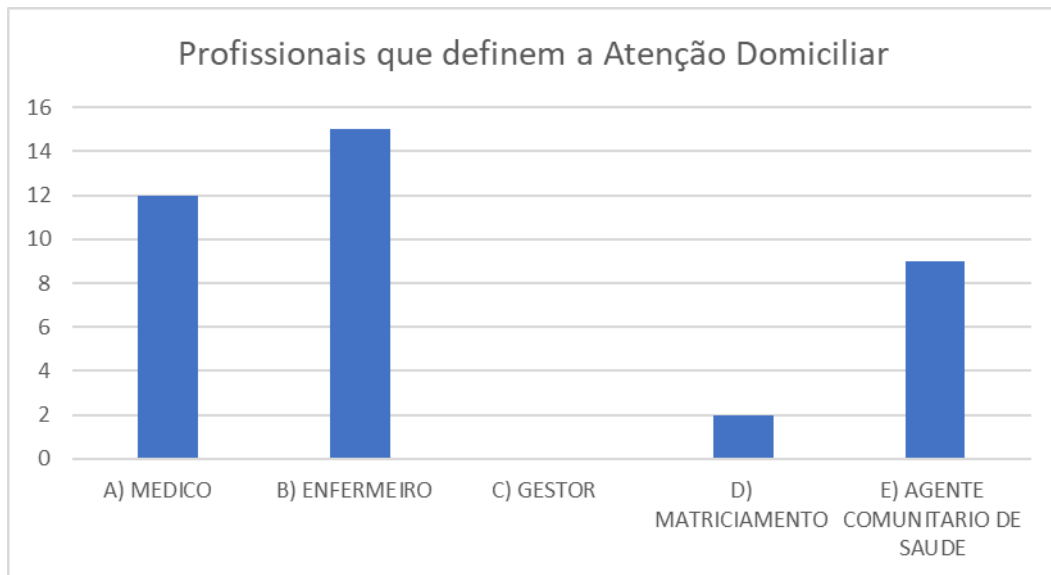
O enfermeiro é o profissional que mais se articula com todos os membros da equipe, possibilitando o apoio, coordenação e planejamento das atividades com as intervenções necessárias na saúde do usuário, sendo um referencial na unidade e exigido dele a orientação, vigilância à saúde, o cadastramento e controle de casos clínicos.

A descrição feita para organizar ou implementar novas ações se descreve na PNAB 2012, por meio da Portaria nº 4.279/2010, as diretrizes para organizar a Rede de Atenção à Saúde do SUS (RAS), “como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência”.

Planejar é uma atividade própria do ser humano. Pensar em objetivos futuros e definir estratégias para alcançá-los orienta a atuação do enfermeiro em todos os espaços. Por isso, planejar esta assistência em equipe enriquece e possibilita um olhar mais criterioso em relação ao indivíduo e seus familiares. O referido espaço de compartilhamento do saber acontece no matriciamento, pois todos podem participar e contribuir com seu conhecimento.

No Gráfico 2, observa-se que o matriciamento é o último recurso a ser utilizado pelas equipes para definir a AD, já que a intervenção do gestor não foi citada por nenhuma entrevistadora.

**Gráfico 2** - Profissionais que definem a Atenção Domiciliar



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

A maneira como chegam as informações acerca da necessidade das visitas poderia claramente ser discutida em equipe, já que o agente comunitário é o que mais traz esta informação, seguida de carta entregue pela atenção secundária, como apresentado no Quadro 4. O reconhecimento do ACS como referência do território auxilia no exercício do apoio matricial e possibilita melhores resultados, já que ele faz parte da rede de apoio do paciente e conhece perfeitamente a comunidade.

**Quadro 4** - Maneira com que o Enfermeiro fica sabendo dos pacientes acamados e restritos

Variáveis	Total
Agente comunitário	16



Família na unidade	15
Carta hospitalar	12
Ligação do gestor	9

Fonte: elaborado pela autora (2023).

As reuniões de matriciamento são primordiais para a pactuação das ações a serem realizadas pelos membros da equipe, assim como para o gerenciamento das agendas dos profissionais na realização da Atenção Domiciliar (BRASIL, 2014).

A maneira como as equipes entram em contato com a necessidade do paciente e comunidade é chamada de classificação de risco. Esta prática auxilia a organização, o planejamento e o vínculo da comunidade com a equipe. Este caminho é importante para que as informações cheguem ao matriciamento (espaço para apresentação de casos da comunidade e troca de saberes), o espaço em que todos podem apresentar seus achados em relação aos pacientes e o território.

O sucesso de uma equipe se dá pelo cumprimento de suas metas e objetivos. São elas que norteiam, orientam e conduzem as ações de todos os seus membros e o gestor é responsável pela condução do processo administrativo, dos recursos e das pessoas em sua direção. Sendo o enfermeiro gestor da equipe, a administração da AD vai exigir dele um conjunto de tarefas e atividades realizadas sequencialmente e de modo contínuo, sistemático, cujo papel do planejamento é fundamental.

A utilização da classificação de risco para definir o planejamento da AD é uma estratégia de organização. O Plano Nacional de Humanização descreve a Classificação de Risco como “um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento” (BRASIL, 2004).

As enfermeiras no estudo relataram levar em consideração os fatores de risco familiar, social e pessoal para definir sua assistência domiciliar, mas não conseguiram relatar como esta classificação é colocada ou registrada na prática, pois os registros são feitos individualmente no prontuário de cada paciente e não há uma compilação dos dados em um sistema específico.

O processo de Avaliação/ Classificação de Risco deve ser por observação (a equipe identifica a necessidade pela observação do usuário, sendo aqui necessário capacitação mínima para tanto) e o registro destas informações é de suma importância para que possa ser acessado facilmente por todos os profissionais da equipe (BRASIL, 2014).

Entre as profissionais entrevistadas, a expressiva maioria afirmou registrar a AD em um ou mais instrumentos, com ênfase nos prontuários físicos, seguidos do prontuário eletrônico e em outros recursos como (planilhas, mapa de AD, agenda etc.), porém 13 enfermeiras não conhecem ou não acessam a ficha A de sentinela de risco para sua prática na Atenção Domiciliar.

A padronização de um instrumento para registro das visitas e o acompanhamento dos registros feitos pelos ACS na ficha A do SISAB são de fundamental importância, pois permitem a obtenção das informações sobre o usuário visitado por qualquer membro da equipe e possibilitam a realização de uma análise periódica de sua condição de saúde, além de servir como ferramentas de planejamento, programação, monitoramento e avaliação da AD (ANDRADE, 2014).

Nos instrumentos de registro é possível a identificação do usuário mediante as variáveis nome, sexo, idade, endereço e os fatores de risco que motivaram a AD e levaram à condição atual. O preenchimento destas variáveis é necessário na utilização de formulário específico para o registro, anotar o atendimento no prontuário e informar a equipe sobre a situação do usuário e o atendimento realizado (ANDRADE, 2014).

As entrevistadas relataram que nem sempre identificam o sexo, idade, raça, religião, escolaridade, nome do cuidador e número de pessoas da família, pois no momento da presença na casa do paciente não está com o documento original e, posteriormente, ocorre o esquecimento de tais dados. Em uma das entrevistas realizadas, uma dentre as respostas evidenciou: *E 5 “Não faço este registro oficialmente, mas minha memória permite lembrar quem é a família que vou visitar naquele dia”*.

Os registros sobre a característica do indivíduo são de extrema importância para que possamos conhecê-lo, seus familiares, a comunidade que o cerca, e entender suas limitações ou possibilidades de adesão aos cuidados orientados e prescritos, assim como poder classificar a maior prevalência de uma determinada patologia ou característica de indivíduos dentro da comunidade pensando em estratégias de promoção, prevenção e recuperação a saúde.

A maneira como os profissionais chegam até o domicílio também pode impactar na realização da AD, uma vez que muitos lugares são de difícil acesso ou de alta vulnerabilidade e risco à segurança da equipe. Por isso, possuir carros oficiais para a prática da atenção domiciliar traz segurança e agilidade nesta assistência.

As enfermeiras relataram que já houve a necessidade de se realizar as visitas com o próprio carro ou até mesmo a pé, evitando o cancelamento da AD e provocando descontinuidade no cuidado e desorganização de agenda. Das entrevistadas, 13 relataram

apoio do município com a utilização do carro oficial como forma transporte para executar a prática domiciliar, mas estas já foram canceladas de última hora por quebra ou ausência de recursos humanos para a AD.

Na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta acerca da maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica, o Ministério da Saúde, a partir de experiências municipais e de debates nacionais, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. Na PNAB de 2017, ocorre a mudança do financiamento para a equipe NASF e fica a critério dos municípios a manutenção ou caracterização das equipes, ocorrendo em 2021 a demissão da totalidade dos seus profissionais dentro do município pesquisado. Contudo, 10 enfermeiras consideram a prática compartilhada com o Nasf importante para a realização da AD e relatam que hoje apenas o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) as acompanha na prática, principalmente envolvendo pacientes com doenças mentais (BRASIL, 2008).

Identificou-se na pesquisa que 12 profissionais declaram que existem limitadores para a realização da assistência, sendo algumas delas expostas abaixo como:

O primeiro e mais comentado foi a presença do cuidador de referência para a AD.:

E1 diz: “Meu maior limitador é a família entender a importância da Atenção Domiciliar e legitimar um cuidador para que a equipe possa fazer suas orientações e acompanhamento adequadamente”.

Outro limitador apresentado foi a falta de profissionais para a realização da AD:

E7 diz: “Falta equipe de apoio, nem sempre sei tirar todas as dúvidas em relação a dieta ou aos exercícios que possam ser realizados, com aquele paciente”

E 5 diz: “Muitas vezes deixo de ir ao domicilio, pois nem médico na unidade tenho, que dirá equipe de apoio, acham que o enfermeiro é faz tudo”

E10 diz: “Às vezes deixo de ir pois sei que ele precisa de materiais para curativo ou até mesmo fralda e não tenho no momento para oferecer, evito ir assim não fico me expondo para a família”.

Duas participantes olharam para a pesquisadora e verbalizaram E 6 e E 11 “*Prefiro não falar!*”, deixando a questão em branco. Mesmo lembrando da confidencialidade da pesquisa, elas permaneceram sem responder à questão.

Na consolidação das informações referentes ao uso de protocolo para a classificação desta população de acamados e restritos, identificou-se que 12 enfermeiras não realizam nenhum protocolo, 2 citaram utilizar a escala de Coelho para sua prática e 2 mencionaram não lembrar se utilizavam algum tipo de protocolo.

Entretanto, existem algumas trabalhadoras que verbalizaram existir uma rede estruturada sistematicamente em todas as unidades para a realização da Atenção Domiciliar. Foi possível notar que cada uma utiliza estratégias próprias para a realização e classificação de acamados e restritos na USF.

Na descrição de como elas organizam esta agenda, encontramos respostas como o que é descrito no Quadro 5:

**Quadro 5** - Descrição de como é organizado a agenda para Atenção Domiciliar de Acamados e restritos

<b>Cód. da Entrevista</b>	<b>Descrição</b>
E1	Por meio de reserva na agenda, dia definido para a AD
E2	Pergunta aos ACS e organizo dia de curativo
E3	Pergunto aos ACS e faço contato com hospital
E4	Pergunto aos ACS e os familiares vêm procurar a unidade
E5	Define complexidade e os dias com conversa com médico
E6	Faz planilha de todos os pacientes da unidade
E7	De acordo com a necessidade do paciente e família
E8	Planilha interna e definição com a equipe
E9	Utilizo a escala de Coelho depois de conversa com ACS
E10	O médico determina
E11	Lista interna e vou revezando as visitas
E12	Lista interna e coloco em ordem de idade
E13	Lista interna e converso com médico e ACS
E14	Vou em 5 pacientes em cada AD independente da gravidade
E15	Vou no mais grave e por último no menos grave
E16	Lista interna e definida com o médico

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Citamos durante a pesquisa a escala de Coelho e Fugulim que podem ser utilizadas dentro dos protocolos como um facilitador para a classificação de acamados e restritos na USF, porém entre as entrevistadas, 50% delas declaram não conhecer sobre a escala de Coelho e Fugulim, ou qualquer outra escala que possa estar utilizando na prática assistencial.

A falta de conhecimento sobre essa escala citada ou outras escalas similares pode indicar uma lacuna na capacitação e atualização das enfermeiras em relação às ferramentas disponíveis para a classificação e manejo de pacientes acamados e restritos na USF, podendo

ter implicações na qualidade e efetividade dos cuidados prestados aos pacientes nessa condição.

As Normas Operacionais da Atenção Domiciliar passam a ser definidas pela PNAB como 1 visita domiciliar ao menos por enfermeiro e médico ao ano e do ACS mensalmente realizando, assim, a prevenção e a busca ativa da população. No entanto, a realidade dos territórios impediu que ocorresse o devido sucesso, ocasionando a sobrecarga do sistema, já que muitos pacientes necessitavam de um acompanhamento médico com mais frequência devido ao quadro crônico e agudizado estabelecido (COELHO; SAVASSI, 2005).

Identificando lacunas nesta normativa, Coelho iniciou uma série de indagações sobre a reflexão da assistência no sentido de definir a elaboração de um protocolo que venha a colaborar com equidade na Atenção Domiciliar. A pesquisadora compartilha deste questionamento entendendo que são necessárias respostas para diminuir a inequidade do cuidado à Atenção Domiciliar e entende que a escala elaborada por ele se apresenta com simplicidade de aplicação no dia a dia.

No Quadro 6, as enfermeiras que conhecem esta escala fazem suas declarações quanto a utilização na classificação de acamado e restrito para AD, lembrando que aquelas que não opinaram é pelo motivo de desconhecimento desta escala.

**Quadro 6** - Declaração sobre o entendimento da escala de Coelho

<b>Cód. da Entrevista</b>	<b>Descrição</b>
E3	Traz visão ambiental, social, de risco
E4	Ajuda na classificação e acompanhamento
E6	Direciona e identifica os mais complexos
E9	Norteia as ações e frequência
E10	Traz respaldo para dialogar com a equipe
E13	Prática e de fácil manuseio
E15	Não uso, pois não é protocolo do município, mas gosto dele

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Questionado também sobre a escala de FUGULIM, (esta escala traz a classificação do paciente frente a sua dependência da equipe de enfermagem e a família), decidimos associar as escalas por entender que a classificação de risco de FUGULIN também aponta para o grau de dependência do paciente. Esta escala ajuda os profissionais, na definição de pacientes que devem ser prioridade na Atenção Domiciliar, apesar de ser normalmente aplicada em âmbito

hospitalar para dimensionamento de pessoal, ela pode ser adaptada para o âmbito da Atenção Básica com tranquilidade.

Dentre as entrevistadas, apenas 4 mencionaram conhecer a escala, mas não a aplicam também em sua prática domiciliar ou em qualquer outro momento dentro da unidade de saúde.

Diante dos resultados apresentados sobre a utilização das escalas, chamou atenção a justificativa de quem conhece os instrumentos, de não os aplicar na assistência diária, colocando empecilhos como o tempo, falta de treinamento e a falta de definição dos protocolos pela instituição, as enfermeiras até os reconhecem como ótimos dispositivos de validação para a classificação de acamados e restritos, mas não os aplicam, tal como evidenciado no Quadro 7. Palavras de justificativa para não adesão de escalas:

**Quadro 7** - Justificativas de não adesão as escalas

Justificativa	Quantitativo citado
Tempo	10
Treinamento	8
Definição pela gestão como protocolo da instituição	8
Planejamento	5
Conhecimento	3
Organização da Assistência	3
Apoio da equipe	1

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Identificamos com estas respostas que, embora não constem apenas estes dois instrumentos, mas diversos outros que poderiam facilitar e legitimar a classificação de pacientes na AP existentes na literatura, na prática o enfermeiro ainda não se fixou em métodos para a real aplicabilidade e os gestores necessitam organizar a assistência realizando treinamentos, elaborando em conjunto com quem está na assistência protocolos que possam embasar suas práticas, organizar o serviço e proporcionar ao paciente uma real equidade no cuidado.

Dessa forma, é importante considerar a necessidade de promover capacitação e treinamentos para as enfermeiras, a fim de fornecer conhecimento e familiaridade com as

escalas existentes, como a Escala de Coelho e Fugulin, isso pode contribuir para a melhora da prática assistencial, a padronização dos cuidados e a qualidade dos serviços prestados na AD.

## 5 CONCLUSÃO

A atenção domiciliar e visita domiciliar são termos frequentemente usados na área da saúde para demonstrar a abordagem de cuidados prestados no ambiente residencial do paciente. Embora possam ser semelhantes em alguns aspectos, existem diferenças importante entre esses conceitos que as enfermeiras que participaram da pesquisa não conseguiram diferenciar, justificando o desconhecimento de práticas específicas para este cuidado.

O enfermeiro deve olhar para a Atenção Domiciliar como uma prática específica dentro do seu cuidado, que vai exigir dele conhecimento, habilidades e tempo para uma assistência mais específica para esta população. Cabe ao enfermeiro fazer o gerenciamento da unidade, olhando para os modelos assistenciais presentes, se está havendo alcance para a população, efetividade de atendimento, recursos adequados, adaptados aos sistemas conforme a necessidade, observando se os recursos para uma implementação e manutenção do cuidado estão sendo efetivos e proporcionando, assim, avanço e qualidade de vida para a população.

Observa-se que não ocorre a distinção dos pacientes acamados e restritos de outros no momento da classificação para definir a frequência das visitas, separar os pacientes acamados e restritos de todos os demais pacientes da Atenção domiciliar seria o início de um processo de equidade na assistência.

Este estudo mostrou que os enfermeiros da USF não realizam uma classificação sistemática da atenção domiciliar no que tange exclusivamente aos pacientes acamados e restritos. A ausência de um documento norteador definido pelo município que possibilite a identificação do paciente em seu histórico sociodemográfico, fisiológico e familiar faz com que estas informações fiquem perdidas entre as anotações do indivíduo e nem sempre o acesso a elas é feito pelos demais membros da equipe.

O levantamento sociodemográfico, fisiológicos são ferramentas cruciais para entender questões de saúde em uma população e traçar estratégias de intervenção com base no seu público alvo.

Existe um sistema de informação já aberto e funcionando nas plataformas do SUS, mas as enfermeiras não os alimentam e nem acessam, utilizando-se apenas de anotações informais que dificultam o acesso coletivo das informações relevantes sobre o paciente.

Observou-se, por meio desta pesquisa, a fragilidade no planejamento da Atenção Domiciliar, sem a utilização de escalas ou protocolo para definição desta assistência em acamados e restritos, seu conhecimento não é unanime entre as pesquisadas, mostrando que



há necessidade de reformulação do conhecimento e dos métodos utilizados hoje para que se possa pensar em mudanças.

Apresentamos durante o questionário as escalas de Coelho e Fugulin que permitem ser aplicados no atendimento de todos os pacientes, conforme implementado e orientado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): “Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde” (PNAB, 2012, 2021).

Para que haja uma política de promoção ou intervenção na atenção domiciliar, estratégias para sanar as lacunas apresentadas acima são necessárias para garantir o sucesso e a efetividade desse modelo de cuidado.

No entanto, antes mesmo da elaboração ou definição de protocolos, é necessário reorganizar o sistema, com capacitação e treinamento referentes a atenção domiciliar, com o envolvimento dos gestores, profissionais de saúde, pacientes e familiares, adaptação ao contexto local para aumentar a adesão e aceitação dos envolvidos, monitoramento e avaliação contínua, comunicação e divulgação clara e eficaz dos resultados.

Utilizando esta estratégia, é possível apoiar a implementação de forma efetiva beneficiando a todos, sendo possível definir instrumentos de registro para ser implementados e de fácil acesso a todos os profissionais, uma organização na agenda das unidades separando a Atenção Domiciliar de acamados e restritos de outras práticas no domicílio dos pacientes.

É importante reestruturar a equipe multidisciplinar, pois, ao fim desta pesquisa, surge uma nova portaria refinanciando as equipes multidisciplinares GM/MS Nº 635 22/05/2023, que pode trazer novamente os profissionais que foram desligados, melhorando o apoio nas necessidades dos usuários fazendo a diferença no cuidado e qualificando o serviço (BRASIL, 2023).

O aprimoramento, fortalecimento e estabelecimento do matriciamento como ponto de apoio nas decisões, conhecimento e classificação de todos os usuários do serviço proporciona uma avaliação em equipe que enriquece sempre o saber de todos e privilegia o usuário.

Mas de nada adianta ter material para desenvolver novas práticas se a gestão, educação permanente e equipe não tiverem alinhados e dispostos a organizar o serviço. Para isso, a ciência da implementação mostra o quão importante é a participação de todos no processo de início, meio e fim das mudanças.

Ao realizar o estudo, desejou-se descrever a aplicação dos procedimentos oriundos da ciência social para fazer a descrição do programa de assistência domiciliar para acamados e

restritos prestado no município e contribuir com um levantamento das deficiências e vivências desta prática, além de apresentar escalas a serem utilizados pelo município para a classificação de acamados e restritos a Atenção Domiciliar. Com os dados da pesquisa, a população que necessita de acompanhamento domiciliar de todas as comorbidades existentes será beneficiada com um fluxo eficiente, equânime, individual e a equipe terá um formato claro de seleção para o atendimento a esta população.

Fica aqui a sugestão da pesquisadora de, com a equipe gestora, realizar a implementação de novos fazeres para o atendimento de acamados e restritos, finalizando um ciclo de inequidade desta assistência.

## 5 REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. M. *et al.* Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 165–175, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100016>.

ARAÚJO, M. C. C. *et al.* Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: Instrumento para Qualidade do Cuidado. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.71281>.

BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223–230, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100024>.

BARRETO, M. S.; CARREIRA L.; MARCON, S.S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o sistema de saúde pública. **Rev. Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 1, pp. 325-339. jan-mar. 2015. São Paulo. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/view>. Acesso em: 3 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**: sessão 1, Brasília, DF, n. 78, p. 33, 26 abr. 2016. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 20 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114723-20141104105056portaria-n-963-de-27-de-maio-de-2013-legislacao-federal.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_domiciliar\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf).

CECILIO, L. C. de O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 13(suppl 1), p. 545–555, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500007>.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19–26, 2004. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(2\)104](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104)

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN, 2008. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html).

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), nº 464/2014.** Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014\\_27457.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html). Acesso em: 12 jun. 2022.

CONSELHO REGIONAL ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Câmara Técnica, Parecer COREN-SP n. 017/2020.** Ementa: Passagem de PICC por Enfermeiro em Atenção Domiciliar. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Parecer-Coren-SP-017.2020-Passagem-de-PICC-por-enfermeiro-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-Domiciliar.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2022.

DAL BEM, L.; GAIDIZNSKI, R. R. Sistematização de Classificação de pacientes em assistência domiciliar. Artigos de Revisão. **Acta paul. Enferm.**, v. 19, n. 1 mar. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000100016>. Acesso em: 13 jun. 2022.

DE MACEDO, C. A. *et al.* Programa Melhor em Casa: processo de trabalho da equipe multiprofissional. **Itinerarius Reflectionis**, v. 14, n. 4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/rir.v14i4.53988>.

DIAS, C. S.; COSTA, C. S.; LACERDA, M. A. O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [on-line], v. 9, n. 2, pp. 7-24, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2006.09022>. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2006.09022>.

DUCAN, B. B. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública** **46 (suppl 1)**, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>. Acesso em: 10 jun. 2022.

FALLANTE, B.S.C.; BARREIRA, I.A. Significados da visita domiciliar realizada pelas enfermeiras de saúde pública nas décadas de 20 e 30. Escola Anna Nery. Rev Enferm. v. 2, n. 3, p. 72-86, 1998. In: SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUM, D.I.R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 220-227, 2008. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/8014/5797>. Acesso em: 10 jun. 2022.

FRACON, B. R. R. Percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto à classificação das famílias: vantagens e desafio. 2019. 104p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Saúde Pública. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. Disponível em: [https://sites.usp.br/dms/wp-content/uploads/sites/575/2019/12/DEFESA2019\\_BELKISS-ROLIM-RODRIGUES-FRACON.pdf](https://sites.usp.br/dms/wp-content/uploads/sites/575/2019/12/DEFESA2019_BELKISS-ROLIM-RODRIGUES-FRACON.pdf).

LEITE, B. M. B. **Visita domiciliária na atenção à saúde: revisão integrativa da literatura.** 2011. 59 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/3990>. Acesso em: 13 maio 2022.

LIONELLO, C. D. L. *et al.* O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 103–110, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400013>.

MATTOS, T. M. Visita domiciliária. In: KAWAMOTO, E.E.; SANTOS, M.C.H.; MATTOS, T.M. Enfermagem comunitária. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1995.

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

MENEZES, L. P. **Atenção Domiciliar: Validação de Critérios de Inclusão na Atenção Básica de Saúde.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, 2014. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/114545/000955093.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 13 maio 2022.

NEVES, R. G. *et al.* Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [on-line], v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300008>.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 165–179, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados integrados para idosos**: diretrizes sobre intervenções em nível comunitário para gerenciar declínios na capacidade intrínseca. Brasília (DF) 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>. Acesso em: 3 jun. 2022.

RIBEIRO, G. C.; PADOVEZE, M. C. Nursing Care Systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017028803375>.

SANTOS, J. L. G. dos. *et al.* (2017). Integração entre Dados Quantitativos e Qualitativos em uma Pesquisa de Métodos Mistos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 3. Acesso em: 22 mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>

SAVASSI, L. C. M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1–12, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259)

SAVASSI, L. C. M.; DIAS, M. F. **Visita Domiciliar**. Grupos de estudo em saúde da família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/265043476>. Acesso em: 12 jun. 2022.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 187–192, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100016>.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 166–176, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100018>.

SOBRAL, F. M. *et al.* Análise da Incidência de Acidentes no trânsito envolvendo a população masculina. **Ver. Bras. Temas em Saúde**, João Pessoa artigo ISSN 2447-2131, Ed. especial, 2019. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2019/07/FSM01.pdf>. Acesso em: 26 maio 2022.

SOUSA, M. F. de. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, p. 25–30, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000700004>.

STEIN, A. T.; FERRI, C. P. Inovação e avanços em atenção primária no Brasil: novos desafios. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1–4, 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1586](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1586).

VERAS, R.; OLIVEIRA, M. Care pathway for the elderly: detailing the model. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 887–905, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva** [on-line], v. 23, n. 6, pp. 1929-1936, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.

ZEPEDA, K. G. M. *et al.* Fundamentals of Implementation Science: an intensive course on an emerging field of research. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0323>.

## **Resumo Executivo**

A Atenção Domiciliar é uma das práticas assistenciais feita na atenção básica e por profissionais de nível superior, que também oferece cuidados de saúde e uma série de benefícios tanto para o paciente quanto para os sistemas de saúde. Esta prática visa proporcionar cuidados humanizados e personalizados no conforto do lar ao lado dos familiares e cuidadores, promovendo a continuidade do tratamento e a melhoria da qualidade de vida.

Ao personalizar o cuidado podemos oferecer ao usuário adaptações únicas, permitindo um atendimento mais próximo e individualizado, promovendo uma experiência centrada no paciente. A economia de custos e readmissões hospitalares, também são pontos positivos da atenção domiciliar, reduzindo custos associados ao cuidado de saúde e prevenindo complicações como infecções ocasionadas por conta das hospitalizações, além da organização familiar que facilita no ambiente domiciliar.

Neste estudo fizemos o levantamento de como a Atenção primária realiza o monitoramento e a classificação do público acamado e restrito, verificamos que pouco recurso tecnológico é disponibilizado, dificultando uma abordagem colaborativa de resposta rápida na comunicação entre profissionais.

Contudo apresentamos instrumentos que podem ser estabelecidos como material que auxilia a prática de classificação para as visitas e agilidade nas tomadas de decisões pautadas em achados clínicos e sociodemográfico do paciente, proporcionando um atendimento holístico e fortalecendo a rede de apoio.

Este estudo mostra a necessidade de evoluir na aplicação do instrumento para ter indicadores concretos demonstrando a eficácia do serviço na promoção da saúde e na prevenção de complicações.

Desejamos futuramente expandir os saberes na atenção domiciliar, colaborando ativamente com os sistemas de saúde. Acreditamos que a atenção domiciliar é uma peça importante na transformação do cuidado, proporcionando um modelo de atenção centrado no paciente, família e território.

Com este resumo executivo desejamos que você leitor possa entender nossos diferenciais na organização desta assistência assim como o nosso compromisso com a qualidade e inovação nos cuidados de saúde.



## ANEXOS

### ANEXO 1 -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Este termo de consentimento é um convite que eu, Fernanda Batista Pereira, pesquisadora do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo, com a orientação do Prof. Umberto Catarino Pessoto, faço a você para participar voluntariamente da pesquisa que avalia as definições de prioridades para realizar a Atenção Domiciliar (A D) em Acamados e Restritos, que tem como finalidade, qualificar a metodologia de inclusão ou exclusão praticada pelo profissional Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Itatiba.

Com seu aceite, será aplicado um questionário com 23 questões de múltipla escolha e opção descritivas, para exclusivamente 25 Enfermeiros Assistenciais que atuam na Estratégia de Saúde da Família do município de Itatiba, sendo excluídos do estudo Enfermeiros que estejam atuando no momento da pesquisa na gestão, coordenação, ou aqueles que estiverem em licença médica por qualquer motivo e profissional Enfermeiro que atue em outros municípios.

Participando deste estudo, você possibilitará que a pesquisadora conheça os métodos e protocolos empregados para definição de prioridades e o acesso ao sistema de informação que auxiliam na Atenção Domiciliar, para acamados e restritos.

A entrevista ocorrerá em seu ambiente de trabalho em horário acordado anteriormente com você e com anuência do seu Gestor direto. A entrevista terá tempo máximo de 90 min, sem causar prejuízo a assistência prestada por você, a população local. Sua participação na pesquisa tem o risco de causar desconforto ao apresentar suas fragilidades na assistência prestada, mas tal situação será acolhida pelo pesquisador com apresentação futura de modelos e protocolos a serem incorporados na assistência.

Você tem total liberdade em desistir de responder o questionário a qualquer momento, sem que esse ato venha a promover qualquer prejuízo para você ou sua unidade de saúde. Durante o desenvolvimento da pesquisa ou a qualquer momento que entender necessário, você poderá solicitar mais informações sobre a pesquisa por meio do e-mail da pesquisadora [feenfbatista@yahoo.com.br](mailto:feenfbatista@yahoo.com.br) ou telefone (11) 969005496 de segunda a sexta feira das 8 às 17h e nos canais de atendimento do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde [cepis@isaude.sp.gov.br](mailto:cepis@isaude.sp.gov.br) fone: (11) 31168507 que acompanha, avalia e valida todos os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e garante a proteção aos participantes.

Esta pesquisa cumpre todos os requisitos contidos no Conselho Nacional de Saúde. Todas as respostas apresentadas por você no questionário serão estritamente confidenciais, tendo acesso apenas a pesquisadora e seu orientador. Ao colaborar com esta pesquisa você não terá nenhum benefício imediato, porém esperamos que este estudo traga informações que ajudarão o Enfermeiro de ESF a promover ações assertivas na elaboração de sua atividade de Atenção Domiciliar, pautada em protocolos de atendimento.

A pesquisadora compromete-se a apresentar os dados do estudo a todos os Gestores e Enfermeiros da ESF na finalização da pesquisa. A pesquisa não trará nenhum tipo de despesa ao participante e este não receberá nenhum valor pela sua participação durante todo o percurso da pesquisa ou ao final dela. Sua participação será puramente voluntária.

Solicito que após todos os esclarecimentos você possa assinar o consentimento de maneira livre para participar da pesquisa, preenchendo os itens que se segue abaixo, recebendo uma via com a assinatura da Pesquisadora.

#### **Consentimento Livre Esclarecido**

Após a leitura do texto acima apresentado, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento na participação da pesquisa. Afirmando também que recebi uma via de igual teor. Assim, autorizo a realização da pesquisa e divulgação dos dados obtidos após este estudo.

ITATIBA, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2022.

---

Nome do Participante da Pesquisa

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

---

Assinatura do Pesquisador

**ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO PARA APLICAÇÃO AOS ENFERMEIROS, APÓS  
ASSINATURA DO TCLE**

**Questionário para aplicação aos Enfermeiros, após assinatura do TCLE**

**Título: Atenção Domiciliar: Avaliação da definição de prioridades para atendimento dos acamados e restritos em Estratégia de Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado de São Paulo**

1. Qual o nome da sua Unidade de Saúde que você trabalha?  
R: \_\_\_\_\_
2. Qual sua idade?  
R: \_\_\_\_\_
3. Quanto tempo você tem de formada?  
R: \_\_\_\_\_
4. Você Tem Especialização? Se sim em qual área ? \_\_\_\_\_
5. Quanto tempo atua na ESF do município de Itatiba?  
R: \_\_\_\_\_
6. Assinale com (X): Você sabe dizer se a terminologia Atenção Domiciliar em Saúde e Visita Domiciliar em Saúde são:
  - a.  Diferentes ,
  - b.  Iguais
  - c.  Não sabe dizer

A partir deste momento iremos chamar a sua presença no domicílio do paciente de “Atenção Domicilia”.
7. Você realiza a Atenção Domiciliar em sua Unidade?
  - a.  Sim       não
8. Quem define os pacientes a ser visitados e a periodicidade das visitas em sua unidade?
  - a.  Medico
  - b.  Enfermeiro Assistencial
  - c.  Gestor
  - d.  Matriciamento
  - e.  Agente Comunitário em Saúde
9. Como você recebe informação da necessidade de Assistência Domiciliar em seu território?
  - a.  Carta do hospital (Contra Referencia)
  - b.  Gente comunitário de Saúde
  - c.  Ligação do Gestor
  - d.  Familiar vem ate a unidade para informar a necessidade da visita
10. Você avalia os fatores de risco abaixo para determinar a Assistência Domiciliar?
  - a. Riscos Pessoais     sim       não
  - b. Risco Familiar       sim       não
  - c. Risco Social         sim       não
11. Onde você realiza os registros de atendimento dos pacientes que realiza Atenção domiciliar?
  - a.  Prontuário físico

- b.  Prontuário eletrônico  
 c.  Sistema de Informação do Município  
 d.  Outro \_\_\_\_\_
12. Assinale com (X) as alternativas abaixo. Com relação ao preenchimento do prontuário do paciente você coloca:
- a.  Nome Completo  
 b.  Data de Nascimento  
 c.  Idade  
 d.  Sexo  
 e.  Religião  
 f.  Raça  
 g.  Escolaridade  
 h.  Número de pessoas da família  
 i.  Nome do cuidador principal
13. Como você classifica a Atenção Domiciliar em sua prática como Enfermeira, para pacientes acamados e restritos?
- a.  Complementar  
 b.  Importante  
 c.  Essencial  
 d.  Outros \_\_\_\_\_
14. Você conhece a ficha A (sentinela de risco)?
- a.  sim  
 b.  não
15. Você acessa a ficha A do SIAB para determinar a Assistência Domiciliar?
- a.  Sim, quantas vezes \_\_\_\_\_  
 b.  Não
16. Assinale a frequência e com qual transporte você realiza a Atenção Domiciliar,
- a. Caminhando com o Agente Comunitário de saúde  
 as vezes  sempre  nunca
- b. Veículo próprio  as vezes  sempre  nunca
- c. Carro oficial da prefeitura  as vezes  sempre  nunca
17. A atenção Domiciliar na sua unidade já foi cancela de última hora? Se sim qual motivo \_\_\_\_\_,
18. Para a realização da Atenção Domiciliar você tem o apoio do NASF ou algum outro profissional de fora da unidade?
- a. Sim, quais \_\_\_\_\_  
 b. Não, mas acha importante
19. Você acredita que existe limitadores em sua prática na Atenção Domiciliar
- a.  Sim, quais \_\_\_\_\_  
 b.  Não
20. Você utiliza protocolos já estabelecidos para a classificação de elegibilidade e periodicidade da Atenção Domiciliar para acamados e restritos
- a.  sim, qual \_\_\_\_\_  
 b.  não
21. Com qual periodicidade estes profissionais te acompanham a Atenção Domiciliar:

- a. Nutricionista; nunca ( ) as vezes ( ) sempre ( )
- b. Medico; nunca ( ) as vezes ( ) sempre ( )
- c. Assistente Social; nunca ( ) as vezes ( ) sempre ( )
- d. Dentista; nunca ( ) as vezes ( ) sempre ( )
- e. Psicólogo; nunca ( ) as vezes ( ) sempre ( )

22. Você utiliza alguma escala para classificar a prioridade na realização do atendimento domiciliar, para acamados e restritos?

- a. ( ) Sim
- b. ( ) Não

23. Descreve como você organiza a agenda para Atenção Domiciliar de Acamados e restritos de sua unidade.

---



---



---



---



---



---

24. Você já ouviu falar na Escala de Coelho?

- a. ( ) Sim
- b. ( ) Não

25. Se sim, você acredita que ela pode ajudar na sua assistência para Definição de prioridade da Assistência de Acamados e Restritos e Por que?

a. 

---

---



---



---



---



---

26. O que você acha que é necessário para que você possa organizar sua assistência de forma sistemática?

---



---



---



---



---