

## ARTIGO ORIGINAL

### As estratégias de enfermeiros para a integralidade da atenção ao usuário na Atenção Domiciliar

### Nurses' strategies for comprehensive care to users in Home Care

### Estrategias de enfermería para la atención integral a los usuarios en la Atención Domiciliar

Gabriéla Saidel Spezzia<sup>1</sup> , Carmen Liliam Brum Marques Baptista<sup>1</sup> 

Informações do Artigo:  
Recebido em: 11/10/2024  
Aceito em: 26/11/2024

**Autor correspondente:**  
Gabriéla Saidel Spezzia.  
E-mail: [gspezzia@furb.br](mailto:gspezzia@furb.br)

#### RESUMO

**Objetivo:** Verificar quais as estratégias dos enfermeiros para alcançar a integralidade de atenção ao usuário em Atenção Domiciliar. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, descritiva com análise qualitativa. Utilizou-se um instrumento de pesquisa semiestruturado para a entrevista, conduzida com oito enfermeiros. A análise das informações se deu por intermédio do método de análise de conteúdo proposto por Minayo. **Resultados:** A análise das entrevistas resultou na categoria denominada “estratégia de integralidade no processo de trabalho”. **Considerações Finais:** A integralidade de atenção à saúde, na Atenção Domiciliar, se efetiva através da execução de diversas ações e estratégias, em que a enfermagem se destaca amplamente no processo de trabalho, embora a maioria delas sejam desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, que age de modo interprofissional.

#### DESCRITORES:

Integralidade em Saúde; Assistência de Enfermagem Domiciliar; Atenção Domiciliar à Saúde.

#### ABSTRACT

**Objective:** To verify the strategies of nurses to achieve comprehensive care for users in Home Care. **Methodology:** This is an exploratory, descriptive field research with qualitative analysis. A semi-structured research instrument was used for the interview, conducted with eight nurses. The information was analyzed using the content analysis

<sup>1</sup>Universidade Regional de Blumenau. Blumenau, Santa Catarina, Brasil.

method proposed by Minayo. **Results:** The analysis of the interviews resulted in the category called "strategy of integrality in the work process". **Final Considerations:** Comprehensive health care, in Home Care, is effective through the execution of several actions and strategies, in which nursing largely stands out in the work process, although the majority are developed by a multidisciplinary team, which acts in an interprofessional way.

**DESCRIPTORS:**

Integrality in Health; Home Nursing Care; Home Health Care.

**RESUMEN**

**Objetivo:** Verificar las estrategias de las enfermeras para lograr el cuidado integral de los usuarios en la Atención Domiciliaria. **Metodología:** Se trata de una investigación de campo básica, exploratoria, descriptiva y con análisis cualitativo. Para la entrevista se utilizó un instrumento de investigación semiestructurado, realizado con ocho enfermeros. La información fue analizada mediante el método de análisis de contenido propuesto por Minayo. **Resultados:** El análisis de las entrevistas dio como resultado la categoría denominada "estrategia de integralidad en el proceso de trabajo". **Consideraciones Finales:** La atención integral de la salud, en la Atención Domiciliaria, es efectiva a través de la ejecución de diversas acciones y estrategias, en las que la enfermería destaca ampliamente en el proceso de trabajo, aunque la mayoría de ellas son desarrolladas por un equipo multidisciplinario, que actúa de manera interprofesional.

**DESCRIPTORES:**

Integralidad en Salud; Cuidado de Enfermería en el Hogar; Cuidado de la Salud en el Hogar.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), pautado no princípio da integralidade, compreende o indivíduo em sua totalidade, atendendo a todas as suas necessidades de saúde<sup>(1)</sup>. É nesse sentido que o setor da saúde criou políticas públicas que se articulam, abordando o indivíduo de forma integral e garantindo resultados positivos na sua qualidade de vida<sup>(1)</sup>. Ou seja, "o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender suas demandas e necessidades<sup>(2)</sup>".

Visto isso, indivíduos restritos ao leito, ou ao lar, estão inseridos em um contexto social diferente, em virtude de suas limitações para chegar até um estabelecimento de saúde. Essas pessoas não conseguem efetuar o próprio cuidado e necessitam de terceiros para suas atividades diárias. Quando um indivíduo, nessa condição, adoece, o SUS prevê que os profissionais de saúde frequentem seu domicílio para avaliação, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação<sup>(3)</sup>. Essas ações fazem parte da Atenção Domiciliar (AD), que propicia atendimento conforme o nível de complexidade do paciente. Indivíduos acamados, estáveis e de complexidade I (AD1) são responsabilidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e, acamados instáveis, agudizados, ou com alguma complexidade nível II e III (AD2 e AD3), são de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), garantindo a esses usuários do sistema uma continuidade do cuidado<sup>(4)</sup>.

O SAD é um serviço complementar aos cuidados realizados na Atenção Básica (AB) e em serviços de urgência. Substitutivo ou complementar à internação hospitalar, ele é responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)<sup>(5)</sup>.

Nesse contexto, os serviços são realizados a partir de visitas domiciliares, quando o profissional de saúde se insere no núcleo familiar e passa a conhecer todo o processo de saúde e doença dos usuários, permitindo identificar as reais necessidades das famílias<sup>(6)</sup>. A avaliação completa e precisa das necessidades do paciente acamado é o primeiro passo para uma atenção domiciliar eficaz. Para esses cuidados, a participação do enfermeiro se torna essencial<sup>(7)</sup>, dado que a enfermagem possui, em seu corpo de conhecimentos, a habilidade de criar vínculos com os usuários e familiares, e possui a competência de elaborar planos de cuidados específicos para esses indivíduos, organizando e coordenando a assistência de cuidados necessários<sup>(8-9)</sup>.

A atenção domiciliar é um tema pouco abordado na atualidade, embora seja relevante para o profissional enfermeiro, tendo em vista a inversão da pirâmide populacional, onde percebemos o envelhecimento da população, associado aos avanços na área fazendo com que a população tenha uma sobrevida maior. Bem como um alto índice de agravos por causas externas, que deixam uma parcela desta população dependente de tecnologias nos domicílios, pelas complicações advindas da mesma. Assim envelhecemos e temos maior necessidade de cuidados com as condições crônicas que acompanham esta fase da vida, bem como necessitamos cada vez mais apoio para o cuidado diante da desospitalização de casos agudos que permanecem com sequelas. Assim, atuar junto a cuidadores familiares e profissionais, que cuidam do domicílio tornou-se primordial para garantir uma vida com qualidade e com bons resultados em saúde para a população. “A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador<sup>(6)</sup>”.

## **OBJETIVO**

Verificar quais as estratégias dos enfermeiros para alcançar a integralidade de atenção ao usuário em AD.

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de estudo e cenário do estudo**

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, descritiva, com análise qualitativa.

Desenvolvida no SAD, com enfermeiros atuantes na assistência domiciliar, e, na ESF, com enfermeiros que realizam a atenção domiciliar aos acamados não absorvidos pelo SAD.

O município, onde foi realizado o estudo é o 3º Município mais populoso do Estado, localizado na região sul do país, sua população total estimada, segundo IBGE, é de 361.261 habitantes<sup>(10)</sup>. Em 2019, a expectativa de vida no Estado de Santa Catarina alcançou 79,9 anos, superando a média nacional de 76,5 anos. Isso indica que os habitantes do estado vivem, em média, 3,4 anos a mais do que a média da população brasileira<sup>(11)</sup>.

Dentre os serviços ofertados na rede de assistência deste município inclui o SAD que se caracteriza por uma equipe multiprofissional que atua no domicílio do usuário e se caracteriza por “um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado<sup>(3)</sup>”. É considerado um serviço complementar aos cuidados realizados na Atenção Primária (AP) e em Serviços de Urgência podendo ser substitutivo ou complementar a hospitalização<sup>(6)</sup>. Além do município possuir 116 equipes de saúde da família que perfazem a cobertura de 100% do território<sup>(11)</sup>.

### **População ou amostra, critérios de inclusão e exclusão**

Os participantes da pesquisa foram selecionados por meio da técnica *Snowball Sampling*. Inicialmente, a indicação foi realizada pela coordenadora do SAD, a partir da qual foram contatados os enfermeiros atuantes nesse serviço. Para os enfermeiros vinculados à ESF, a mesma técnica foi aplicada, sendo que, após a entrevista inicial, cada participante indicava outro colega de profissão que também realizava atendimentos domiciliares. O contato com os participantes foi estabelecido por meio da plataforma WhatsApp, sendo agendados local e data convenientes para a realização das entrevistas. Os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa foram: enfermeiros que realizam atendimento domiciliar e que concordaram em participar do estudo. Como critérios de exclusão, adotou-se enfermeiros que não realizavam atendimento domiciliar na sua assistência.

Participaram da pesquisa oito enfermeiros, sendo quatro deles atuantes na assistência do SAD e outros quatro das ESF. Os enfermeiros selecionados para a pesquisa atuavam diretamente nesses serviços realizando atendimento domiciliar. Em ambos os contextos, esses profissionais desenvolvem uma assistência caracterizada por uma abordagem integral e sistêmica, abrangendo não apenas o cuidado ao paciente, mas também considerando o contexto sociocultural e familiar em que ele está inserido.

### **Coleta e organização dos dados**

A coleta de dados aconteceu no mês de agosto a setembro de 2022, a partir de entrevistas

conduzidas por meio de um roteiro semiestruturado, contendo as seguintes perguntas: 1) Como ocorre o atendimento do paciente acamado na sua unidade? 2) O que você leva em conta para fazer o atendimento ao acamado? 3) Quais instrumentos você usa para avaliação desses indivíduos? 4) Como é a organização do cuidado ao paciente acamado?.

Cada entrevista foi gravada em áudio e posteriormente transcrita de forma integral para análise do conteúdo coletado. Esse instrumento de pesquisa foi aplicado no próprio ambiente de trabalho do profissional enfermeiro, embora afastado do público, a fim de que ele pudesse se sentir mais confortável para participar do estudo. Com o propósito de preservar a identidade desses profissionais, foram utilizados pseudônimos como referência a eles ao longo do presente texto. Os enfermeiros foram identificados por nomes que representam personalidades importantes para a história da enfermagem, sendo os enfermeiros do SAD denominados: Calista, King, Florence e Ana Nery e os enfermeiros das ESFs: Orem, Wanda Horta, Maria Rosa e Betty Newmann.

### **Etapas do trabalho e análise dos dados**

A análise das informações se deu por intermédio do método de análise de conteúdo proposto por Minayo. Após a coleta de dados e a transcrição integral do conteúdo, realizou-se a análise em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados e implementação. A pré-análise foi baseada na leitura e releitura dos dados, associando-os com o objetivo geral da pesquisa<sup>(12)</sup>. Na segunda etapa, ocorreu o alinhamento de pensamento e agrupamento de conteúdo. Na última, houve a interpretação bruta e sensitiva dos dados.

### **Aspectos éticos**

Atendendo aos preceitos éticos, a pesquisa respeitou a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), garantindo, assim, os direitos bioéticos de cada indivíduo participante através da apresentação, explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPH) da Universidade Regional de Blumenau (FURB), sob o parecer de número 5.431.982 de 26/05/2022 (CAAE 58504922.0.0000.5370).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os enfermeiros atuantes no SAD e na ESF são enfermeiros efetivos do serviço público do município, a Enfermeira coordenadora do serviço foi uma das precursoras da atividade no município, embora a internação domiciliar já fizesse parte do arcabouço de ações da ESF desde a sua institucionalização no município em meados da década de 1990.

Apesar dos esforços empreendidos para a coleta de dados relacionados ao tema em estudo, não foi possível obter informações suficientes para a análise demográfica e caracterização dos participantes. Tal limitação pode ser atribuída a fatores como a dificuldade de acesso aos participantes, a indisponibilidade de registros consistentes e a ausência de respostas às tentativas de contato. Essa restrição não invalida o presente trabalho, mas destaca a necessidade de futuras investigações que possam preencher essa lacuna, ampliando o conhecimento sobre a temática abordada.

Os profissionais enfermeiros atuantes no SAD e ESF, que realizam o atendimento aos indivíduos acamados, apontaram algumas estratégias para alcançar a integralidade nesse serviço. Por isso, os resultados são apresentados na forma da categoria denominada: Estratégias de Integralidade no Processo de Trabalho.

### **Categoria: Estratégias de Integralidade no Processo de Trabalho**

A análise do processo de trabalho de enfermeiros, especialmente enfermeiros da ESF e AD, revelou subcategorias que detalham características da sua prática profissional, sendo elas: captando o paciente; característica do paciente; avaliando o paciente; incluindo a família; avaliando a família; avaliando o ambiente; equipe multiprofissional; profissional de referência; registro; permanência no serviço; frequência; alta do serviço, interações entre os serviços e alcance da integralidade.

Inicialmente, para que ocorra esse processo de captação do paciente, é necessário que exista uma demanda de indivíduos acamados necessitando de acolhimento. Os pacientes acessam o serviço através da indicação dos serviços da rede de atenção, ou da demanda espontânea, a partir de familiares e vizinhos<sup>(4)</sup>.

Durante as entrevistas, os enfermeiros participantes deste estudo relataram que existem algumas formas desses usuários chegarem aos serviços. Na ESF, por exemplo, familiares podem solicitar cuidadores para seus parentes acamados, usuários da unidade de saúde. Eles relatam os fatos ocorridos no seu núcleo familiar e solicitam um atendimento a domicílio.

Na maioria das vezes, são os familiares que assumem os cuidados com esses pacientes porque são motivados por laços afetivos, sentimento de dever e compaixão. Baixas condições financeiras e a dificuldade em encontrar apoio entre outros membros da família também contribuem para que assumam essa responsabilidade, especialmente quando desenvolvem certa empatia diante da situação e apresentam sentimentos de amor e dedicação ao paciente acamado<sup>(13)</sup>. Então, os familiares, orientados por alguém do seu ciclo de convívio, ou pelo próprio

hospital, comparecem à ESF e pedem auxílio para efetuar o cuidado, assim como reportam as enfermeiras, entre elas, Orem:

[...] familiar pode vir aqui avisar que tem um paciente acamado em casa [...] então a familiar avisa a gente, às vezes é alta do hospital, os familiares trazem a alta do hospital aqui [...] (Orem)

Ainda na ESF, a outra forma dos pacientes chegarem ao serviço é através das informações que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) traz até a unidade de saúde. O ACS é o profissional de saúde que frequenta o domicílio dos usuários e observa suas necessidades, ele é um elo entre a comunidade e a unidade de saúde. Esse profissional “tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe<sup>(14:01)</sup>”, como relatam as enfermeiras:

[...] às vezes o agente de saúde traz que é a maioria dos casos [...] (Orem)

Tem a Agente Comunitária de Saúde, tem situações que o ACS soube do evento [...] (Wanda Horta)

Outra forma é o agente comunitário de saúde quem traz para gente, que viu que tem um paciente acamado e que precisa né [...] (Betty Neumann)

Além dessas formas, há, ainda, uma outra maneira de captação desses pacientes para AD, através da solicitação dos hospitais. A desospitalização reduz intercorrências clínicas e diminui os riscos de infecções hospitalares nesses pacientes<sup>(4)</sup>. Com essa estratégia, a AD promove que os pacientes permaneçam em seu ambiente habitual e familiar para receberem atendimento, o que melhora as condições psicológicas e de saúde do usuário<sup>(15,16,17)</sup>, pois “um indivíduo inserido ao ambiente hospitalar, acaba por vivenciar cotidianamente um ambiente estranho ao seu convívio diário e habitual, podendo interferir nos bons resultados para a sua recuperação terapêutica<sup>(15:1131)</sup>”.

Desse modo, o hospital encaminha esses pacientes para um serviço especializado em AD ou para a ESF. O local destinado depende do estado clínico do paciente. Por exemplo, familiares de pacientes estáveis são orientados a buscar a unidade de saúde do seu bairro para continuar recebendo atendimento, enquanto que familiares de pacientes instáveis são orientados a buscar atendimento do SAD, através de um Sistema Nacional de Regulação (SISREG), para continuidade do tratamento. Nas suas diretrizes, a AD deve estar incorporada num sistema de regulação para articular-se com as outras redes de atenção<sup>(5)</sup>. Visto isso, o SISREG “é um sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos

recursos<sup>(18:10)</sup>". Portanto, os hospitais encaminham os pacientes para a AB e especializada, conforme relatam as entrevistadas:

Mas a gente já teve, em algumas situações, o hospital entrar em contato (Betty Neumann)

Vem uma solicitação do hospital [...] falando que o paciente vai precisar desse serviço domiciliar, vem através da regulação do SUS (Calista Roy)

Eles vêm encaminhados por uma referência, então saem do hospital e eles vêm com um pedido de avaliação do SAD [...] (King)

[...] então, quando ele recebe alta, o próprio hospital já orienta, né, que deve procurar a unidade de saúde, né (Wanda Horta)

Após a solicitação dos familiares na atenção primária, as enfermeiras das ESFs agendam uma visita domiciliar para avaliação desse paciente. No domicílio, elas verificam qual o estado de saúde e doença que esse paciente apresenta, determinando o seu grau de complexidade. Caso o paciente se encaixe nos critérios de AD2 ou AD3, essas enfermeiras, através do SISREG, solicitam a avaliação do SAD.

Nessas solicitações diretas para o SAD, obrigatoriamente, devem constar as informações do paciente, histórico clínico, situação de saúde e doença atual, exames e as intercorrências que ele teve<sup>(4)</sup>. Na equipe do SAD, há um profissional específico que recebe esses encaminhamentos, analisa, observa se é condizente com os critérios de inclusão do serviço e agenda uma visita domiciliar para finalizar o processo de admissão. Nesse sentido, esse profissional deve conhecer os critérios de elegibilidade para a inclusão no serviço e as características dos usuários que podem ser atendidos pelo SAD.

A AD é indicada para pessoas que necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva<sup>(5)</sup>. Em síntese, este artigo esclareceu, anteriormente, que os pacientes são classificados conforme o seu grau de complexidade, sendo, na sequência, destinados para seu respectivo serviço. Nesse sentido, a ESF enquadra pacientes com as seguintes características: dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a unidade de saúde, cuidados de menor complexidade com problemas de saúde controlados e compensados, menor frequência dos profissionais e menor necessidade de recursos de saúde<sup>(19)</sup>. Essas características formam a primeira modalidade de classificação da AD, ou seja, AD1.

Já os pacientes que necessitam de cuidados mais intensivos, com maior frequência de visitas, acompanhamento contínuo e recursos específicos, como o uso de equipamentos, são



acolhidos pelo SAD. Dessa maneira, pacientes em situações agudas, em condições crônicas agudizadas, em processo pós-cirúrgico imediato e tardio, em tratamento de grandes úlceras, em nutrição parenteral, em ventilação mecânica não invasiva, em cuidados paliativos ou necessitando de medicação domiciliar (endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido), apresentam as características de atendimento pelo SAD<sup>(4-20)</sup>.

No entanto, há situações especiais, em que o paciente está sendo acompanhado pela ESF, mas apresenta um estado clínico que indica a necessidade de atenção domiciliar na modalidade AD2 ou AD3. Então, o SAD poderá admiti-lo até que haja estabilização suficiente para, mais tarde, contra referenciá-lo à atenção primária<sup>(4)</sup>. As falas das enfermeiras expressam esse processo:

São condições crônicas que agudizam, ou pacientes que vão morrer em casa, ou que saem do hospital com uma situação [...] e eles precisam de uma breve reabilitação a domicílio [...] (King)

Esse paciente tem que estar acamado, acamado e com alguma doença que está agudizada” (Florence)

[...] o acamado crônico precisa estar na fase aguda para a gente poder atender naquele momento, se os pacientes crônicos que estão estáveis devem ser absorvidos pela atenção básica (Ana Nery)

Analisando a solicitação de encaminhamento e compreendendo se o paciente é apto para o atendimento no SAD, será agendada a primeira visita para avaliação do paciente e possível admissão, conforme relatam as enfermeiras:

Nós organizamos a nossa agenda para fazer a avaliação e a admissão do paciente (King)

[...] avaliação para a elegibilidade desse paciente para esse serviço (Florence)

No primeiro momento, é feita uma avaliação do paciente conforme o papel que veio. Nessa avaliação, a gente vê se ele cumpre os critérios para ficar no serviço ou não (Calista)

Então, o profissional do serviço que é responsável por essa avaliação comunica à família/cuidador que a EMAD fará uma visita prévia para conversar sobre a AD. Essa primeira visita domiciliar, preferencialmente, deverá ser realizada pela EMAD completa, visando à avaliação conjunta para elaboração do plano terapêutico<sup>(4)</sup>.

Sendo assim, a primeira visita tem como finalidade admitir o paciente na AD, verificando se o paciente cumpre os critérios para ser admitido no serviço e quais são as condições e a capacidade dos familiares em assumir os cuidados domiciliares<sup>(4)</sup>. Deve ser acordado entre profissional de saúde, paciente e familiares como funcionará esse atendimento e quais as

exigências para tê-lo. A EMAD coletará todas as informações do paciente, desde histórico clínico até a situação atual, por meio da anamnese e exame físico. Ambos possuem papel fundamental para a verificação e a identificação de problemas do paciente, bem como a realização de todo o levantamento do histórico de saúde e doença<sup>(5)</sup>, visto que esses métodos permitem a obtenção de informações sobre o paciente. De acordo com as enfermeiras entrevistadas, todas priorizam saber o que houve com seus pacientes e como estão até o momento da primeira visita. Para isso, elas conversam com os pacientes, com os familiares, olham o resumo de alta encaminhado do hospital ou da ESF e fazem o exame físico, como relatam a seguir:

A gente conversa com a família e depois todo o exame físico (Florence)

Quando é a visita de avaliação, é uma visita mais demorada, até porque a gente precisa coletar os dados do que aconteceu e de todo o histórico do paciente [...] (Ana Nery)

[...] resumo de alta porque, de maneira geral, o hospital detalha bem os eventos ocorridos e a situação que o paciente se encontra na alta e, com base naquilo ali, a gente faz uma orientação inicial [...] (Wanda Horta)

[...] e eu acho muito importante essa coleta de dados, então a gente deixa eles falarem bastante, e a família vai contando o que aconteceu até o momento que ele voltou para casa (Ana Nery)

Após a avaliação do paciente e da sua estrutura familiar, os profissionais da EMAD deliberam se o paciente deverá ser admitido e se ele cumpre todos os critérios para inclusão no serviço. Caso o usuário seja admitido, a EMAD deve disponibilizar o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual o paciente ou a família assinam, aceitando o atendimento domiciliar. Fora isso, explicam: como funcionará as visitas, dias e horários; quais os profissionais de referência; o que fazer caso o paciente apresente situações de urgência e emergência ou em caso de óbito domiciliar. Além disso, os profissionais da EMAD também disponibilizam todos os contatos com a equipe, para as orientações de intercorrências, e esclarecem que a presença de um cuidador é obrigatória para uso desse serviço, sendo responsabilidade da família assumir esse papel ou providenciar essa figura<sup>(4)</sup>. O cuidador é alguém que executa e se responsabiliza pelos cuidados diretos, contínuos ou regulares a outro indivíduo dependente. Esse cuidador pode ou não ser um membro da família e pode ou não ser remunerado<sup>(4,13,20)</sup>. Visto isso, no decorrer das entrevistas, as enfermeiras relataram essa condição, conforme as falas a seguir:

Um dos critérios para atender no SAD é que o paciente deve ter um cuidador 24 horas por dia, que fica lá com ele, pois se for sozinho a gente não admite (Calista Roy)

Um dos critérios para o paciente vir para o SAD, precisa ter um cuidador

habilitado física e psicologicamente, porque a gente não assume o papel do cuidador [...] (Ana Nery)

Se tem um cuidador, porque às vezes eles nos chamam e não tem um cuidado, e é uma prerrogativa do programa ter um cuidador (King)

Visto isso, e lembrando o conceito de integralidade, precisa-se abordar o indivíduo como um todo. Isso significa que o profissional de saúde não deve deixar de avaliar o núcleo no qual o paciente está inserido. A assistência domiciliar deve incluir a família, respeitando seus traços, particularidades e complexidades<sup>(4)</sup>. Nesse contexto, “a permanência de um indivíduo no ambiente domiciliar, sob condições de adoecimento com dependência, pode alterar a dinâmica familiar, implicando na necessidade de todo o grupo se reorganizar para atender às necessidades de cuidado<sup>(21:02)</sup>”. Por essa razão, os enfermeiros também avaliam as características do núcleo familiar em que esses pacientes estão inseridos, como retratam as falas abaixo:

Você tem que avaliar toda essa questão social dessa família e se ele está sendo autônomo para fazer todos esses cuidados [...] (Florence)

[...] vai procurando saber também da condição da família para cuidar desses pacientes (Orem)

Avalio quem cuida, como é a organização do cuidado e também se tem um cuidador (King)

Nesse contexto, a família é incluída no cuidado do paciente no domicílio, uma vez que é necessário que alguém assuma o papel de cuidador<sup>(14)</sup>. Além disso, “a família tem papel essencial no cuidado, pois sua participação ou não pode delinear a forma, a eficácia e a evolução do cuidado e a qualidade de vida do paciente em AD<sup>(4:43)</sup>”, já que a EMAD não permanece na casa desses pacientes, apenas realiza visitas regulares, conforme as suas necessidades. Isso também é observado na fala da enfermeira abaixo:

Incluimos a família também, porque a gente não está todos os dias na casa do paciente [...], mas a gente orienta a família, pois o cuidado não depende só da equipe (Calista Roy)

Desse modo, no conforto do seu lar, o paciente recebe o apoio constante da família, da EMAD e dos meios que o cerca. A família também deve receber apoio da EMAD perante o momento de mudanças, de novas rotinas que está vivenciando<sup>(4)</sup>. Nesse sentido, os cuidados diários do paciente são assumidos pelos familiares, em que comumente realizam a “trocas de curativos de feridas, aferição dos dados vitais, aspirações, estímulo de competências comunicativas, estímulo funcional da deglutição, higiene, apoio ao usuário nas atividades de vida diária<sup>(17:05)</sup>”. Para realizar alguns desses procedimentos, o enfermeiro do EMAD ensina a família, oferecendo todo suporte necessário para o desenvolvimento dos cuidados, como se observa nas

falas abaixo:

Orientamos eles, na verdade nós estruturamos eles porque não é todo mundo que já teve um paciente acamado em casa, né (Calista Roy)

[...] um dos fatores que deve trabalhar muito a educação em saúde com essa família (Florence)

[...] a gente orientar o cuidador para ele se sentir seguro para fazer o cuidado ao paciente (King)

A gente ensina de novo como faz, orienta, vai até lá ou ela vem até aqui na unidade, conversamos e ensino de novo (Betty Neumann)

O enfermeiro também, durante as suas visitas domiciliares, avalia constantemente qual o ambiente que esses pacientes estão inseridos. Esta é uma atribuição descrita no Caderno de Atenção Domiciliar<sup>(4)</sup>, que permite à equipe observar qual a condição e infraestrutura física do domicílio, a fim de promover ações que melhorem a qualidade de vida desses usuários. Durante as entrevistas, algumas enfermeiras descreveram essa ação:

Tem a questão a higiene que a gente vê [...] se a casa é úmida, se tem lixo [...] (Orem)

Avalio a questão do cuidado em relação a casa né [...]“Eu gosto bastante de conhecer o ambiente onde o paciente está inserido [...] (King)

[...] a gente faz uma avaliação maior, de tudo, desde colchão, de como é a situação da cama (alta ou baixa), se o colchão é adequado [...] (Maria Rosa)

Dessa maneira, após conhecer e compreender o estado de saúde de cada indivíduo, seus núcleos familiares e as características do local em que o usuário permanece, cabe à EMAD, junto com a família, elaborar um plano de cuidados condizentes com cada situação. A AD permite que as suas equipes adotem um olhar integral sobre esses indivíduos, visto que elas são compostas por diferentes profissões, ou seja, são equipes multiprofissionais. O SAD é composto por duas equipes, a primeira delas é a EMAD, formada por um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta e técnicos de enfermagem<sup>(6)</sup>. Já a segunda é a EMAP, que será acionada somente a partir da indicação clínica da EMAD, para dar suporte e complementar suas ações. Ela é composta pela assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional<sup>(6)</sup>. No decorrer das entrevistas, as enfermeiras relataram que, no SAD, há as seguintes equipes:

[...] aqui são três equipes multiprofissionais, a EMAD, todas tem um médico, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem e um fisioterapeuta, e tem uma EMAP que é assistente social, fonoaudióloga, nutricionista e psicóloga [...] é uma equipe bem grande (Calista Roy)

Além da nossa equipe (EMAD) e temos uma equipe de apoio a EMAP (King)

[...] a EMAD que é a equipe principal vai acionar a EMAP [...] (Ana Nery)

Já na ESF, o conjunto dos profissionais de saúde na atenção primária deve ser constituída por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e ACS<sup>(22)</sup>. Nesse sentido, a enfermeira Orem relata que:

Essa equipe multi, na verdade, é um enfermeiro, um técnico, o agente de saúde e o médico (Orem)

Dessa forma, os diferentes profissionais de saúde compartilham as informações de cada paciente, pois só assim é possível impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no seu processo saúde-doença<sup>(4)</sup>. Nesse sentido, “o ideal não é que cada profissional aja de maneira isolada, mas de forma integrada, com discussões de caso e um agir conjunto, pensando na totalidade de pacientes, familiares e cuidadores<sup>(23:171)</sup>”. Durante o compartilhamento das informações, a equipe partilha de vários conhecimentos a fim de contribuir para o plano de cuidado desses usuários, como relatam as enfermeiras:

Tem a comunicação entre a equipe [...] há trocas de informações entre os profissionais, falo para a médica, para a fisio e todos vão avaliar, e essa comunicação permite que todos trabalhem juntos, o que melhora para o paciente (Calista Roy)

[...] a gente faz bastante interconsulta (King)

Eu e a médica trocamos algumas informações [...] (Betty Neumann)

[...] a gente sempre acaba fazendo a discussão, né, normalmente, entre médico e enfermeira sempre (Maria Rosa)

Conforme a complexidade dos pacientes assistidos na AD, cada profissional contribui com o conhecimento da sua área de atuação. Apesar do serviço contar com uma equipe multiprofissional, o enfermeiro realiza o papel de articulador no SAD, no qual envolve as equipes de atenção domiciliar, os pacientes e suas famílias para o desenvolvimento do cuidado. O enfermeiro frequenta o domicílio desses pacientes antes mesmo de efetivar a admissão deles no serviço, e isso permite que ele os conheça, crie vínculos e desenvolva confiança nas suas relações. É ele quem se insere integralmente na vivência desses núcleos familiares, quem identifica as primeiras necessidades dos usuários, promove os primeiros cuidados e, também, é a ele que a família recorre quando há necessidades. Nesse sentido, diferente dos outros serviços de saúde, o enfermeiro, na AD, é visto como profissional de referência, conforme as falas a seguir:

[...] ainda tem esse modelo médico centrista, eles acham tudo é resolvido a partir do médico e aqui no SAD a gente tem isso bem definido, então o

enfermeiro é o profissional muito importante, né, e ele tem a capacidade de ir na casa do paciente e identificar todas as necessidades dele, e claro, ele não vai suprir o atendimento do médico porque cada um faz aquilo que lhe compete (Ana Nery)

[...] na verdade, acaba sendo o enfermeiro porque é o profissional que mais frequenta a casa (Ana Nery)

Faz-se necessário registrar todas as intervenções realizadas no paciente. Assim, através do registro, todos os profissionais envolvidos com o caso conseguem, não apenas ter acesso aos dados clínicos, mas também saber quais as intervenções já feitas e o que ainda falta fazer; o registro, portanto, é uma contraprova do que foi realizado.

Nesse sentido, para garantir que a equipe de AD acompanhe a evolução do paciente e da sua família, deve existir o prontuário único de AD, no qual constem todos os registros da equipe, desde a admissão do paciente até o momento atual. Esse prontuário deverá ter duas vias, uma permanece com a família e outra com EMAD. Caso o paciente seja atendido por outro serviço pertencente à Rede de Atenção à Saúde (RAS), esses profissionais devem realizar o registro nesse mesmo prontuário para que a EMAD tenha conhecimento das informações clínicas do usuário. Logo, mesmo que o paciente possua uma ESF de referência, esta deve utilizar o mesmo prontuário domiciliar<sup>(4)</sup>. É responsabilidade dos profissionais da ESF e do SAD o registro de todos os procedimentos executados e a evolução do paciente no prontuário de atendimento domiciliar, sem exceções. Nas falas apresentadas a seguir, as enfermeiras destacam como registram suas condutas:

Na casa do paciente, tem o prontuário físico[...] qual foi o atendimento, descreve [...] pede para o cuidador assinar, coloca data e assinatura e comprova que fomos até o paciente fazer a visita (Calista Roy)

[...] eu gosto de deixar escrito qual foi a minha conduta, se foi orientado à família, dados importantes, todas as orientações que foram feitas [...] (King)

[...] eu evoluo a parte que eu fiz da parte da enfermagem, faz só um processo da escrita, do objetivo, do subjetivo, da avaliação e do plano que foi feito, coisa normal, nada de muita coisa escrita (Maria Rosa)

Esses registros devem ser realizados após as visitas aos domicílios. Caso, por algum motivo, os profissionais de saúde deixem de registrar as condutas feitas, eles devem esperar até a próxima visita para escrever no prontuário, o que pode comprometer a veracidade das informações. Isso porque a frequência das visitas, na maioria dos casos, não é diária, nem igual para todos os usuários da AD. A periodicidade delas é definida pelo grau de complexidade do paciente, determinando a quantidade de visitas que serão necessárias para que o cuidado seja

prestado e efetivado<sup>(4)</sup>.

O tempo de permanência na atenção domiciliar pode variar entre semanas e anos<sup>(24)</sup>. As ESF são responsáveis pela modalidade AD1, que devem realizar visitas regulares ao domicílio, no mínimo, uma vez por mês<sup>(25)</sup>. Esse tempo pode ser reduzido, caso a família, o cuidador e até mesmo o ACS solicite uma avaliação da enfermeira ou do médico para o usuário.

Já a EMAD realizará atendimento, no mínimo, uma vez por semana a cada usuário<sup>(6)</sup>. No entanto, são as enfermeiras do SAD que estabelecem a frequência necessária de visitas para os indivíduos assistidos em AD, conforme as profissionais descrevem a seguir:

Eu faço um planejamento para essa assistência, [...] e daí eu mesmo faço essa prescrição ali de qual é a frequência que eu vou estar visitando essa família (Florence)

[...] fazemos visitas semanais [...] de acordo com a complexidade do cuidado e necessidade do paciente (King)

Se o enfermeiro não pode ir acompanhar todo dia [...] ele acompanha semanalmente (Ana Nery)

Nesse sentido, os pacientes classificados na modalidade AD2 tendem a possuir permanência temporária, visto que, quando estabilizam o quadro de saúde, são encaminhados para a atenção primária. Já para os usuários enquadrados no perfil AD3, a permanência é habitualmente contínua, decorrente das demandas clínicas e uso de equipamentos semipermanentes<sup>(4,26)</sup>.

Após assistir os pacientes em determinado período, a EMAD e a EMAP analisam e discutem a possibilidade de alta do serviço desses usuários para outros serviços. Normalmente, os casos de estabilidade e de melhora do quadro clínico são direcionados para a AB com o objetivo de que o cuidado seja continuado pelas equipes de ESF. Os usuários com agravos clínicos são destinados para as instituições hospitalares para receberem os cuidados necessários<sup>(4)</sup>, como as enfermeiras descrevem a seguir:

Deixamos de atender esse paciente quando ele está estável clinicamente [...] se ele receber alta, as unidades de saúde são responsáveis por ele (Callista Roy)

Um paciente acamado, crônico e estável já é o momento de alta do SAD (Florence)

É a equipe quem define [...] àquele paciente já foi feita toda orientação, está estável, começa o processo de alta desse paciente, a família já é informada que ele estará indo de alta [...] (Ana Nery)

Além das situações já mencionadas, há outras formas de desligamento do SAD, que

incluem: mudança de cidade, desistência do paciente e da família de receber AD, óbito e inadequação do plano de cuidados, mesmo após tentativas de reformulação para estabilidade e fortalecimento de vínculo<sup>(4)</sup>.

Para que o processo de alta ocorra de maneira assertiva, é importante que o SAD mantenha uma boa relação com as RAS, facilitando a articulação e transferência desses usuários. O SAD deve se relacionar com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, em especial, com a AB, hospitais e serviços de urgência, para evitar a demanda direta dos usuários<sup>(6)</sup>. Nesse sentido, quando questionadas sobre as interações entre serviços, as enfermeiras do SAD e da ESF relataram, respectivamente:

Às vezes entramos em contato com a unidade para falar sobre os materiais ou para passar o caso, às vezes a ESF liga para passar um caso, tem troca de informações se dá para encaminhar ou não, é um contato direto (Calista Roy)

Mas ficar indo todo dia em casa não tem como daí, se for o caso de uma forma aguda a gente faz o encaminhamento para o SAD, são eles que saem, vão todos os dias (Betty Neumann)

Essa articulação direta entre os serviços permite que as equipes troquem informações sobre os usuários e facilita o acesso deles nos demais serviços da rede.

Diante do exposto, observa-se que os enfermeiros ligados à AD utilizam estratégias a mais que o recomendado pelo Ministério da Saúde<sup>(27-28)</sup>, alcançando a integralidade de atenção para os indivíduos restritos ao domicílio e ao lar.

### **Limitações do Estudo**

Uma das principais limitações deste estudo foi o tamanho reduzido da amostra composta apenas de 8 enfermeiros que atuam na AD e que pode limitar e generalizar os resultados. Ademais, as diferentes formas de atuação dos profissionais enfermeiros na AD impedem uma análise detalhada de todas as estratégias utilizadas pelos enfermeiros no atendimento domiciliar.

### **Contribuições para a Área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública**

O estudo contribui para a área da enfermagem no sentido de ampliar o conhecimento e atuação dos profissionais enfermeiros na AD. Permite conhecer as várias estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros durante o processo de trabalho domiciliar, que possibilita abordar os usuários desse serviço de modo amplo, alcançando a integralidade.

Este estudo também possibilitou a visualização do trabalho interdisciplinar a partir do momento que é realizado em equipe, mas transcende a atuação dos núcleos profissionais e adentra a visão integral do usuário como campo de atuação dos profissionais. O processo de



trabalho exemplifica claramente a prática colaborativa e interprofissional na região em que a pesquisa foi desenvolvida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade de atenção à saúde, na AD, se efetiva através da execução de diversas ações e estratégias. A maioria delas são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, em que os usuários inseridos no serviço são assistidos por diferentes profissionais da área da saúde. Dessa maneira, cada profissão elabora cuidados específicos da sua área para integralizar a atenção a esses indivíduos. No entanto, este estudo demonstra que, na AD, os profissionais não atuam de forma isolada. Ao contrário, agem com um único propósito, interligando seus conhecimentos e habilidades para oferecer cuidados para um problema em comum, caracterizando a AD como uma equipe interprofissional, com traços multiprofissionais. A interprofissionalidade possibilita uma abordagem genérica, contribuindo para o alcance da integralidade dos indivíduos restritos ao leito ou ao lar. Mesmo o serviço dependendo de vários profissionais, a enfermagem, na AD se destaca como profissão de referência, pois desenvolve papéis fundamentais para o alcance da integralidade à saúde. Embora não reconheça todas as estratégias que implementa, o enfermeiro está presente na vida desses usuários do SAD desde antes do acolhimento até a alta do serviço, sendo ele o principal articulador entre usuário, família e demais profissões operantes. A enfermagem otimiza o cuidado ao domicílio, pois desempenha um olhar crítico no processo que esses usuários estão vivenciando.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde [Internet]. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>.
2. Integralidade - SUS: O que é? Leia mais no PenseSUS | Fiocruz [Internet]. pensesus.fiocruz.br. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/integralidade>.
3. Atenção Domiciliar [Internet]. Ministério da Saúde. [acesso em 2024 set. 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar Volume 1 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2024 set. 9]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad\\_vol1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf).
5. Fontana M, Pissaia LF. O uso do processo de enfermagem como ferramenta de apoio para o cuidado da criança na atenção domiciliar. Research, Society and Development [Internet]. 2018 Set 20;7(11). [acesso em 2024 set. 9]. Disponível em: <https://www.rsdev.org>.

6. Imprensa Nacional. Diário Oficial da União - Imprensa Nacional [Internet]. 2016 [acesso em 2024 set. 9]. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/doi-10.24035/2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/doi-10.24035/2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827).
7. Fernandes JM. O papel do cuidador frente ao paciente acamado e a responsabilização da equipe de saúde da família [Internet]. 2010. [acesso em 2024 set. 9]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2262.pdf>.
8. Vieira HF, Bezerra ALD, Sobreira MVS, Silva JBD, Feitosa ADNA. Assistência de enfermagem ao paciente acamado em domicílio: uma revisão sistemática. FIEP Bulletin - online [Internet]. 2015 [acesso em 2024 set. 9];85(II):478–86. Disponível em: <https://ojs.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/85.a2.60>.
9. Pinto EA, Silva MR, Cristina M. Necessidades de cuidados expressas pela família que possui um acamado no domicílio. Enferm Foco [Internet]. 2012 [acesso em 2024 set. 9]; 29;3(4):194–7. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2012.v3.n4.383>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades e Estados: Blumenau [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [citado 2024 nov 22]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/blumenau.html>.
11. Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau. Plano Municipal de Saúde 2022-2025 [Internet]. Blumenau; 2022 [citado 2024 nov 22]. Disponível em: [https://www.blumenau.sc.gov.br/downloads/semus/plano\\_municipal.pdf](https://www.blumenau.sc.gov.br/downloads/semus/plano_municipal.pdf).
12. Souza Júnior MBM de, Melo MST de, Santiago ME. A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em educação física escolar. Movimento (ESEFID/UFRGS) [Internet]. 2010 [acesso em 2024 set. 9];16(3):29–47. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.11546>.
13. Alves Cruz MÉ, Alves Silva DV, Rocha do Carmo J, Dias de Araújo G, Rodrigues Camisasca L, Afonso Fagundes Pereira F, et al. Sobrecarga do cuidador de pacientes atendidos na atenção domiciliar. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2020 [acesso em 2024 set. 9];14. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244235>.
14. Ribeiro BF, Oliveira SG, Tristão FS, Santos-Júnior JRG dos, Farias TA. Práticas de si de cuidadores familiares na atenção domiciliar. Rev Cuidarte [Internet]. 2017 [acesso em 2024 set. 9];8(3):1809. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.429>.
15. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde [Internet]. APS. [acesso em 2024 set. 9]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/esf/composicao>.
16. Marques J, Cecagno D, Tolfo FD, Scarton J, Baade G, Heckler C. Nursing care towards the

- home care user. Rev Pesq Cuid Fund Online [Internet]. 2018 [acesso em 2024 set. 9];10(4):1130–40. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1130-1140>.
17. Silva YC, Silva KL. Constituição do sujeito cuidador na atenção domiciliar: dimensões psicoafetiva, cognitiva e moral. Esc Anna Nery [Internet]. 2020 [acesso em 2024 set. 9];24(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0335>.
18. Regulação De Exames e Consultas — português (Brasil) [Internet]. www.gov.br. [acesso em 2024 set. 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/regulacao-de-exames-e-consultas-1>.
19. Ministério da Saúde [Internet]. bvsms.saude.gov.br. [acesso em 2024 set. 9]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html).
20. Ferreira SI de R, Teston EF, Andrade GKS de, Giacon-Arruda BCC, Sato DM, Almeida RG dos S. Desafios para o internamento domiciliar do idoso na perspectiva da família. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2021 [acesso em 2024 set. 9];35. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/42249>.
21. Neves ACDOJ, Seixas CT, Andrade AM, Castro EABD. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2019;29(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290214>.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 [Internet]. 2017. [acesso em 2024 set. 9]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).
23. Hermann AP, Lacerda MR, Nascimento JD do, Gomes IM, Zatoni DCP. Enhancing the process of teaching and learning homecare. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [acesso em 2024 set. 9];71(1):156–62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0541>.
24. Silva KL, Silva YC, Lage ÉG, Paiva PA, Dias OV. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. Cogitare Enferm [Internet]. 2017 [acesso em 2024 set. 9];22(4). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49660>.
25. Ministério da Saúde [Internet]. bvsms.saude.gov.br. [acesso em 2024 set. 9]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html).
26. Silva KL, Silva YC, Lage ÉG, Paiva PA, Dias OV. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. Cogitare Enferm [Internet]. 2017 [acesso em 2024 set. 9];22(4). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49660>.
27. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 [acesso em 2024 set. 9];70(1):210–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar Volume 2 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2024 set. 9]. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf).

---

**Agradecimentos:**

Não há.

**Financiamento:**

Não há.

**Contribuição dos autores:**

Concepção e desenho da pesquisa: Gabriela Saidel Spezzia; Obtenção de dados: Gabriela Saidel Spezzia; Análise e interpretação dos dados: Gabriela Saidel Spezzia e Carmen Liliam Brum Marques Baptista; Redação do manuscrito: Gabriela Saidel Spezzia e Carmen Liliam Brum Marques Baptista; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual: Carmen Liliam Brum Marques Baptista.

Editor-chefe: André Luiz Silva Alvim 