

21. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)

Neiva Fernanda Chinvelski Duarte¹

Ana Cláudia Nascimento de Sousa²

Danielle Jaques Modesto³

Laidilce Teles Zatta⁴

Sebastiana Maria de Paulo Nunes⁵

Thays Angélica de Pinho Santos⁶

Vanessa da Silva Carvalho Vila⁷

Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem que se vincula a matéria:

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 270/2002. Aprova a Regulamentação das empresas que prestam Serviços de Enfermagem Domiciliar – HOME CARE.

Resolução COFEN 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.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 450/2013. Normatiza o procedimento de Sondagem Vesical no âmbito do Sistema Cofen / Conselhos Regionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 464/2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar.

Resolução COFEN nº 509/2016.

Dispõe sobre a Anotação de Responsabilidade Técnica, pelo Serviço de Enfermagem, bem como, as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente.

Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN 567/2018. Aprova o Regulamento da atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos PACIENTE com feridas na conformidade do anexo a esta Resolução.

Resolução COFEN nº 619/2019. Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica.

¹ Enfermeira. Especialista, Mestre, Secretaria Estadual de Saúde (SES - GO).

² Enfermeira. Especialista, Mestre, Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia (SMS-Ap. Goiânia), Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

³ Enfermeira. Especialista, Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES - GO).

⁴ Enfermeira. Doutora, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) e Secretaria de Saúde de Goiânia (SMS/ Goiânia).

⁵ Enfermeira. Especialista, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SMS- Goiânia/SES - GO)

⁶ Enfermeira. Doutora, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás, campus Goiânia Oeste (IFG).

⁷ Enfermeira. Doutora, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás).

Resolução COFEN nº 625/2020. Altera a Resolução Cofen nº 581, de 11 de julho de 2018, que atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades.

Resolução COFEN nº 689/2022. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, ao longo do século XX, houve um aumento da expectativa de vida da população (BRUSSE, 2021). Nesse contexto, a Atenção Domiciliar vem adquirindo um notório protagonismo, pois, promove o cuidado em seu próprio domicílio e não expõe o paciente aos riscos presentes nos hospitais, especialmente aqueles fatores relacionados ao tempo de permanência nos hospitais, estando a assistência de Enfermagem, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), evidenciada como extremamente relevante, no que tange ao cuidado desenvolvido no domicílio (SANTOS, 2019).

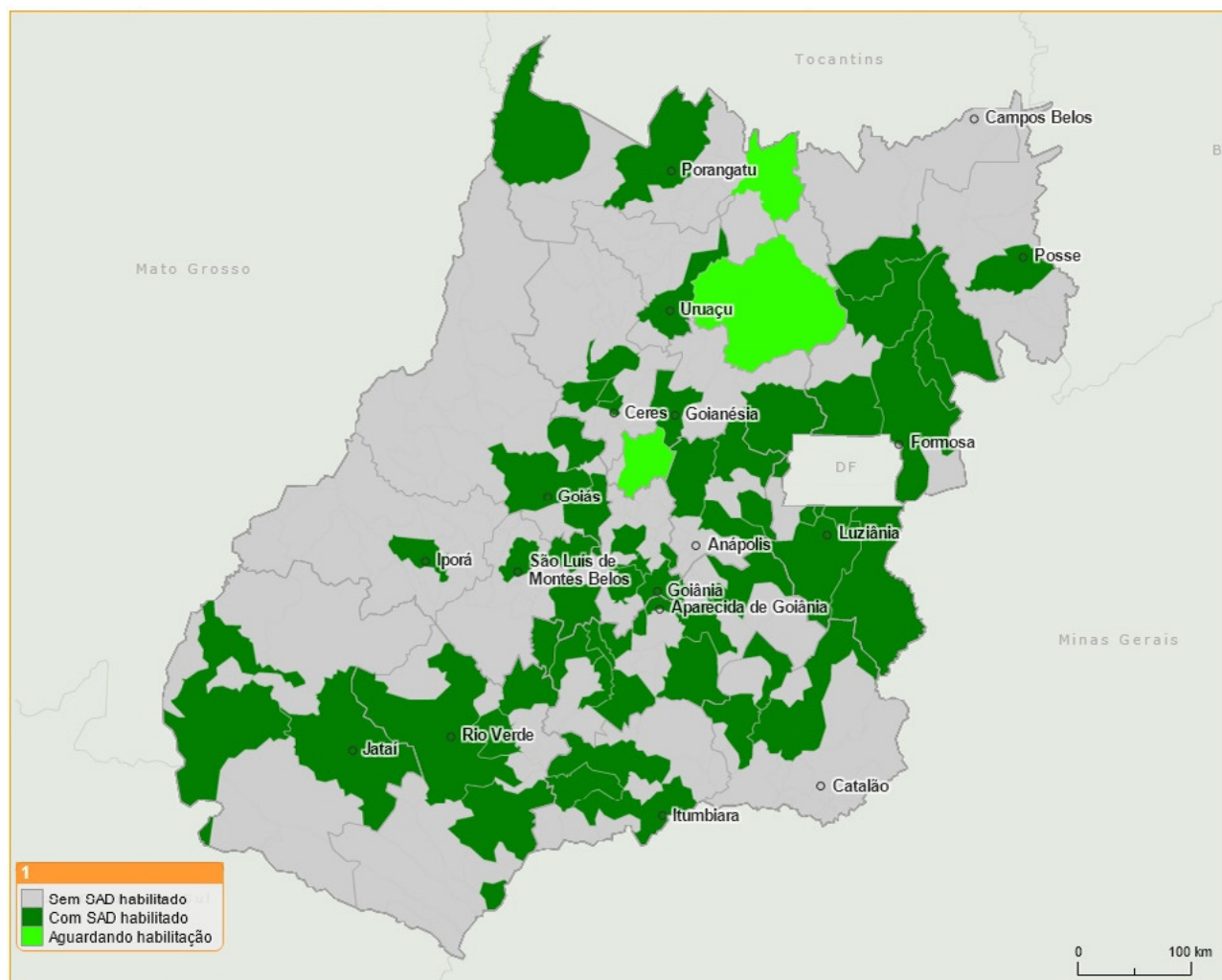
A modalidade de saúde, baseada na Atenção Domiciliar (AD), tendência mundial, encontra-se em processo de consolidação no contexto de saúde no Brasil (OLIVEIRA, 2017). Esta modalidade contempla ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição em domicílio. Essa modalidade demonstra, cada vez mais, potencial para atender às necessidades de usuários, ao mesmo tempo que oferece bem-estar e sustentabilidade econômica para os sistemas de saúde nos diferentes níveis de atenção à Saúde, com um custo favorável no sistema de saúde, evidenciando as necessidades do usuário e das famílias como centrais (GARBIN *et al.*, 2020).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), com o Programa Melhor em Casa (PMC), apresentam seu arcabouço legal sustentado na Portaria Ministerial nº 825/2016 (atualmente está sendo revisada por um grupo técnico definido pelo Ministério da Saúde). Este serviço é definido como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, que possui, em sua estrutura organizacional, Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)” (BRASIL, 2016).

A Portaria MS 825/2016 também traz a definição de Atenção Domiciliar (AD), como sendo uma modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à saúde (RAS), prestadas em domicílio (BRASIL, 2016).

Os Serviços de Atenção Domiciliar (SADs), vinculados ao Programa Federal “Melhor em Casa”, estão presentes em um total de 806 municípios brasileiros, com 1863 equipes habilitadas pelo Ministério da Saúde, e 1833 equipes implantadas (em funcionamento). Em Goiás, por sua vez, 63 municípios possuem o serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Habilitados no Programa Federal Melhor em Casa, perfazendo um total de 119 equipes, conforme distribuição apresentada no mapa abaixo:

FIGURA 1. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILAR HABILITADO NO PROGRAMA MELHOR EM CASA, 2022.



©SFS-GO - Goiás por Município

Fonte: MS(2022).

A assistência domiciliar é capaz de gerar significativos benefícios, como a diminuição de custos, rotatividade de vagas nos hospitais, benefícios para as famílias, como por exemplo, a humanização do cuidado por proporcionar o contato permanente com seus entes queridos, e benefícios, especialmente, para os pacientes, pois possibilita o contato direto com a família e diminuição do risco de infecções hospitalares (SANTOS, 2019).

2. PERFIL DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Brasil (2016), esclarece nos artigos 8, 9 e 10 os principais perfis de pacientes atendidos na Atenção Domiciliar:

Art.8: Considera -se elegível, na modalidade AD1, o usuário que, tendo indicação de AD1, requeira cuidados com menor frequência e com necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

Art.9: Considera - se elegível na modalidade AD2, o usuário que, tendo indicação de AD, e com a finalidade de abreviar ou evitar hospitalização, apresente;

I - Afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;

II - Afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;

III - Necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico, no mínimo semanal, com a finalidade de controlar a dor e o sofrimento do usuário;

IV - Prematuridade e baixo peso em bebês, com necessidade de ganho ponderal.

Art.10: Considera-se elegível, na modalidade AD3, usuários com qualquer das situações listadas na modalidade AD2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

Assim, o cuidado continuado é responsabilidade de todos os pontos de atenção à saúde, por meio da referência e contrarreferência (THIEME *et al.*, 2014). Para que seja efetivo, a Rede de Atenção à Saúde precisa, de fato, estar articulada e essa condição potencializa a integralidade e continuidade do cuidado para o usuário e mais segurança para os familiares (SILVA; SENA; CASTRO, 2017).

3. PORTA DE ENTRADA

Uma das maiores prerrogativas do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecidas ao paciente é a garantia de acesso aos serviços, insumos e equipamentos de saúde necessários ao seu cuidado. Na Atenção Domiciliar, não deve ser diferente. A efetiva comunicação com os serviços de saúde da rede é essencial para o sucesso da Atenção Domiciliar, por isso, há necessidade de que os protocolos e fluxos sejam previamente pactuados, incluindo a definição clara dos critérios de elegibilidade dos pacientes para a Atenção Domiciliar (AD), e sua classificação em uma das três modalidades – AD1, AD2 e AD3. Por isso, é essencial o fortalecimento dos meios de comunicação de referência e contrarreferência.

A solicitação que dispara a inclusão dos pacientes na Atenção Domiciliar (AD1, AD2 e AD3), pode ter por origem: hospitais (unidades de urgência e emergência; de internação; de terapia intensiva; intermediárias), Unidades Básicas de Saúde (UBS), unidades de pronto-atendimento, especialidades e referências (ambulatórios, consultórios), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), requerimentos (ex. demandas judiciais), ou por iniciativa e necessidade do paciente, familiares e vizinhos (demanda espontânea), conforme Fluxograma I (ver no final deste capítulo).

Ainda, é possível fazer o levantamento da demanda de determinada localidade mediante levantamento da área adstrita, quando a equipe da AD atua em conjunto com a equipe de Atenção Primária do município, especialmente a Estratégia Saúde da Família (ESF).

4. DESOSPITALIZAÇÃO

Um dos eixos centrais da Atenção Domiciliar (AD) é a desospitalização, que proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio, por meio das equipes de AD (BRASIL, 2012).

A relação da AD com a rede hospitalar é estratégica e fundamental para viabilizar a desospitalização, permitindo que usuários internados continuem o tratamento em casa, de forma abrangente e responsável, abreviando o tempo de internação (BRASIL, 2012).

O processo de transição de cuidados do hospital para o domicílio é uma tendência mundial, sendo cada vez mais importante o processo de desospitalização (VASCONCELOS *et al.*, 2015). Os custos

com assistência em saúde são muito altos, o que torna uma realidade entre os países a dar prioridade aos leitos hospitalares para patologias agudas ou descompensadas (SIMÃO; MIOTO, 2016).

Compreende-se a desospitalização como estratégia de cuidado, em que o paciente está no centro da atenção, variando apenas os níveis e o cenário da intervenção. Nesse sentido, desospitalização é o tempo todo, em todos os espaços, áreas de atuação e processos de trabalho. O conceito e a prática da desospitalização têm de estar presentes no processo do cuidar, na gestão, na educação em saúde, envolvendo o cuidado integral, a gestão de leitos, o planejamento para a alta, a humanização e o protagonismo do paciente (BRASIL, 2020).

No Estado de Goiás, por meio do projeto Desospitaliza-GO, estratégias que viabilizem a desospitalização estão sendo implementadas, e possuem como um de seus objetivos principais o fortalecimento e a expansão dos SADs municipais e estaduais.

5. IMPORTÂNCIA DO CUIDADOR

A admissão de pacientes dependentes funcionalmente, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), será condicionada à presença de cuidador(es) identificado(s). Sendo esse cuidador pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar (BRASIL, 2016). A prática do cuidado domiciliar pressupõe a interação de três atores: o paciente (usuário), o cuidador e o profissional de saúde (RAJÃO; MARTINS, 2020).

O cuidador deve ser o elo de comunicação entre os familiares do usuário ou até mesmo entre o usuário e a equipe. Ele deve ser capaz de realizar os seguintes cuidados rotineiros com o usuário: banho no leito/higiene; aspiração de via aérea superior; curativo; cuidado com dieta enteral; mudança de decúbito; administração de medicação por via oral, ocular, otológica, sonda nasoenteral, gastrostomia e cutânea; cuidados com sondagem; cuidados com colostomia, dentre outros. No entanto, para que essas tarefas sejam realizadas com sucesso, é necessário que a equipe e o cuidador estejam alinhados (através de prescrições claras com aprazamento e treinamentos específicos) (BRASIL, 2013a).

A equipe do SAD deve atuar, de forma alinhada com o cuidador, por meio de orientações e estabelecimento de vínculos com os pacientes assistidos, bem como seus familiares. Destaca-se que a maioria dos pacientes em internação domiciliar conta com o apoio de cuidadores informais, tais como netos, filhos, irmãos, pais, sobrinhos e vizinhos (SILVA *et al.*, 2017).

O cuidador, seja formal ou informal, é um elemento de extrema relevância frente ao processo de organização e funcionamento do SAD, uma vez que ele é capaz de auxiliar na assistência prestada ao usuário, contribuindo junto com a equipe multidisciplinar na manutenção das condições de saúde e conforto do paciente, bem como na continuidade do cuidado em domicílio, sendo o elo entre equipe e paciente (WEYKAMP *et al.*, 2020).

Os profissionais de saúde da Atenção Domiciliar devem estar atentos ao desempenho do cuidador na realização de suas atividades, uma vez que existe uma sobrecarga a esse sujeito, associada à frequência do cuidado e às condições funcionais e cognitivas do paciente em assistência domiciliar. Faz-se importante que haja políticas públicas que incluam as necessidades e o suporte a esses cuidadores, a fim de contribuir na melhoria de sua qualidade de vida e dos cuidados prestados aos pacientes sob seus cuidados (NUNES *et al.*, 2019).

6. PROTOCOLO DE ADMISSÃO NO SAD

Outro aspecto essencial e que dá “materialidade” à construção dos fluxos, é a definição dos protocolos assistenciais, que devem estar atrelados à existência de princípios, diretrizes e parâmetros partilhados entre todos os pontos de atenção (incluindo a Central de Regulação e a Regulação do (SAMU). Isso é fundamental para que as condutas sejam uniformizadas, além de propiciar a avaliação do processo de funcionamento em rede, e da eventual necessidade de realização de novas estratégias, bem como possibilitar o acesso de todos os indivíduos que buscam atendimento.

Para admissão no SAD, é necessário a apresentação de, no mínimo, três documentos: cópia do Registro Geral (RG); cópia do comprovante de endereço e relatório clínico, com informações básicas e indispensáveis à continuidade do cuidado ao paciente; dados de identificação, quadro clínico, estado saúde/doença, exames realizados, intercorrências, descrição de todas as necessidades de insumos (equipamentos, sondagens, curativos, entre outros) e medicamentos a serem utilizados no domicílio; identificação e contato do demandante, informação de disponibilidade de cuidador entre outras necessidades específicas de cada paciente (como as de ordem social).

O paciente e/ou a família sempre deverão ser bem-informados e consultados a respeito da possibilidade de Atenção Domiciliar, como continuidade do cuidado ao paciente após a alta hospitalar, ou a partir de um serviço de urgência e emergência. Quando há acordo entre paciente e/ou família e profissionais de saúde, dentro do possível e, dependendo das necessidades do usuário, a equipe do SAD fará visita prévia no domicílio (visita de ambiência), com a finalidade de verificar suas condições do domicílio e a capacidade dos familiares em assumir os cuidados domiciliares, realizando explicações e orientações pertinentes.

7. CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos (CP) são representados por uma prática interdisciplinar, que visa promover qualidade de vida de pacientes e seus familiares, através da avaliação precoce e controle de sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais, frente a doenças ameaçadoras da vida. É indicada sua assistência durante o período de diagnóstico, adoecimento, finitude e luto (WHO, 2018).

Os princípios bioéticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça são os mais amplamente difundidos com relação à abordagem ao paciente, e em CP, há outros cinco princípios relevantes que norteiam sua prática, sendo eles: princípio da veracidade, da proporcionalidade terapêutica, do duplo efeito, da prevenção e do não abandono (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2019).

No âmbito do SUS, a Resolução nº 41 normatiza e oferta CP como parte dos cuidados continuados e integrados, devendo eles estarem disponíveis em todos os pontos da rede: atenção básica, ambulatorial, hospitalar, urgência, emergência e domiciliar (BRASIL, 2018).

A Atenção Domiciliar- AD - se configura como braço assistencial importantíssimo na implementação dos CP, de forma abrangente e equitativa, principalmente na nossa realidade brasileira de limitações de recursos na saúde e poucas possibilidades de cuidados institucionais. Os pilares para a realização dos CP na Atenção Domiciliar são (BRASIL, 2013b):

- a) Atuar com competência cultural, reconhecendo valores e funcionamento da dinâmica familiar;
- b) Comunicar-se de forma clara;
- c) Atingir o maior nível de controle de sintomas, com ênfase na dor;
- d) Preparar paciente e familiares para a morte, dentro dos limites de cada um, e proporcionar o máximo de alívio dos sintomas;
- e) Instrumentalizar os cuidadores e familiares para os CP domiciliar;

f) Proporcionar qualidade de vida e dignidade para os pacientes e familiares, com todo suporte e segurança possível.

Os benefícios dos CP, no domicílio, são vários e envolvem o paciente, família e o Sistema de Saúde. Ao paciente: oferta de ambiente conhecido; possibilidades de manter tarefas laborais/hábitos/atividades de lazer; ausência de rotinas e horários rígidos e autonomia do usuário/Integridade como pessoa. À família, satisfação dos familiares em participar ativamente dos cuidados; sentimento de respeito com relação à vontade do paciente e possibilidade de prevenir luto complicado dos familiares envolvidos. Ao Sistema de Saúde: redução de internações hospitalares longas e de custo elevado, e redução de tratamentos desnecessários ou futilidade terapêutica, proporcionando alocação adequada de recursos públicos (BRASIL, 2013b).

Conforme citado acima, os CP necessitam de uma abordagem integral, atendendo às necessidades biopsicossocial e espiritual do paciente. Na dimensão biológica, alguns sintomas mais prevalentes são: dor física, dispneia, náuseas e vômitos, constipação, fadiga, sororoca, inapetência e caquexia. A dimensão psicológica, comumente, destaca sintomas de dor total, insônia, confusão mental, irritabilidade, medo, ansiedade, tristeza, culpa e depressão. Isolamento social, mudanças nos relacionamentos, perdas sociais/trabalho evidenciam carências sociais. Por fim, sintomas da dimensão espiritual podem ser apresentados com sentimentos de descrença, dúvidas acerca da sua fé, barganha e buscas pelo significado da vida e da morte (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2019).

Frente à pacientes com múltiplas demandas e limitações, devemos ressaltar a importância do uso da via subcutânea, como alternativa à administração de medicações e fluídos, por meio da realização da hipodermoclise. A enfermagem deve se familiarizar com esse recurso, considerando ser indicada em casos em que a via oral está indisponível ou com limitações, quadro de náuseas ou vômitos incoercíveis, obstrução intestinal maligna, rebaixamento do nível de consciência e ausência de via endovenosa viável. É uma via segura, e os cuidados envolvem avaliar a compatibilidade das medicações administradas no mesmo sítio, volume total indicado para cada sítio, local favorável para punção e sinais de infecção/complicações locais (SBGG; ACNP, 2016).

Outra ferramenta muito importante no contexto de CP no domicílio, são as reuniões familiares viabilizadas pela equipe. Trata-se de um instrumento terapêutico previamente organizado entre a equipe, paciente e seus familiares, para a discussão e elucidação de diversos assuntos. É um momento para se compartilhar informações, decisões, ouvir a família e responder aos seus questionamentos, contribuir na resolução de problemas, no planejamento de cuidados e oferecer suporte na suspensão ou manutenção de medidas invasivas. A reunião contribui para a segurança emocional da família (BRASIL; CONASS; HSL, 2020).

Portanto, percebemos o grande espectro de atuação possível da atenção domiciliar em cuidados paliativos, prevendo à assistência ao paciente e família durante o período de intensificação de sintomas, óbito e pós-óbito (BRASIL, 2013b).

8. EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO SAD

No contexto dos serviços de atenção domiciliar, a educação em saúde deve ser compreendida como a combinação de experiências de aprendizagem projetadas para ajudar pacientes e cuidadores familiares a melhorar o gerenciamento da saúde, ampliando o conhecimento, influenciando a motivação e melhorando o letramento em saúde. Compreende-se letramento em saúde, em nível pessoal, como o grau em que os indivíduos têm a capacidade de encontrar, entender e usar informações e serviços para informar a tomada de decisão e as ações relacionadas à saúde para si e para os outros. Portanto, educação em saúde significa ajudar as pessoas a passar da compreensão para a ação, e de um foco em sua própria saúde para um foco na saúde de suas comunidades (SANTANA *et al.*, 2021; WHO, 2021).

Na atenção domiciliar, o conhecimento e as competências pessoais para que pacientes e cuidadores familiares cuidem da saúde, requer uma série de ações educativas e a disponibilidade de recursos que permitam que as pessoas acessem, compreendam, avaliem e usem as informações e serviços de modo que promovam e mantenham a boa saúde e o bem-estar. Essas ações devem ter como propósito capacitar pacientes e/ou cuidadores familiares para tomada de decisões bem informadas.

Assim, a avaliação das condições de aprendizagem e o ensino centradas nas necessidades de cuidado em saúde focadas no paciente e família são considerados estratégias efetivas para aprendizagem eficaz. Para isso, é fundamental que os profissionais de saúde realizem a avaliação: 1) do conhecimento e compreensão atual sobre as condições de saúde, tratamento e autocuidado; 2) da prontidão para aprender; 3) das barreiras para aprendizagem ou para o gerenciamento da saúde; 4) do letramento em saúde; 5) das questões culturais que poderão afetar a aceitação do que será ensinado (ASHTON; OERMANN, 2014).

As estratégias de ensino recomendadas são: 1) usar linguagem simples e condizente com o nível de entendimento de pacientes e familiares; 2) Usar o método de *teach-back* (pedir ao paciente e/ou cuidador familiar que repita os pontos centrais das informações recebidas, para checar a necessidade de novas explicações) e *show me* (pedir para o paciente demonstrar o que aprendeu quando envolver cuidados específicos, como por exemplo, como higienizar as mãos, realizar a mudança de decúbito e outros); 3) estimular o paciente e cuidador a fazer as três perguntas: Qual a minha condição de saúde? O que eu preciso saber e fazer para cuidar da minha saúde em casa? Por que esses cuidados são importantes para a minha saúde?; 4) reforçar as informações com o uso de materiais educativos de fácil leitura e compreensão. Esses materiais poderão incluir folhetos, vídeos gravados e/ou no YouTube, Websites, podcasts e outros (ASHTON; OERMANN, 2014).

A definição das atividades educativas a serem desenvolvidas deverá partir das demandas existentes, seja pela equipe que observa e avalia determinadas situações, ou ainda pela demanda relatada pelos próprios cuidadores e familiares. Assim, educação em saúde envolverá a comunicação de ações pré-determinadas para o desenvolvimento de habilidades, para que as pessoas tomem decisões autônomas para o gerenciamento da saúde, bem como realizem as adaptações necessárias às circunstâncias do cuidado no contexto domiciliar (WHO, 2021). Todo este processo é mediado e supervisionado pelos profissionais que atuam nos SAD.

9. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SAD

A SAE é regulamentada pela Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, e possui um método de trabalho organizado, com abordagem científica e referencial teórico, que possibilita a oferta de melhor atendimento às necessidades de cuidado do indivíduo, da família e da comunidade (COFEN, 2009).

Esta é de suma importância na prestação da assistência de enfermagem segura, ao proporcionar ao enfermeiro recursos técnicos, científicos e humanos, melhorar a qualidade da assistência ofertada aos usuários/familiares, por meio da identificação de problemas potenciais e cuidados necessários, e otimizar o processo de comunicação entre toda a equipe de enfermagem e os demais participantes envolvidos no cuidado (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Desta forma, viabiliza uma assistência com objetivação, qualificação e humanização, detectando suas necessidades e promovendo conforto e qualidade de vida, em tempo hábil, e por vezes, qualidade de morte.

Entre as abordagens da SAE, há o Processo de Enfermagem (PE), que é composto por cinco etapas operacionais: 1) Histórico de Enfermagem- anamnese e exame físico; 2) Diagnósticos de Enfermagem- identificação, respostas ou problemas reais e/ou potenciais aos agravos; 3) Plano de ação- esta-

belecimento de prioridades e resultados; 4) Intervenção - plano em ação e Evolução – verificação dos resultados e revisão de prioridades (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Como instrumento de trabalho, pode ser aplicado em todas as áreas assistenciais, inclusive no atendimento domiciliar. É um método através do qual a estrutura teórica de enfermagem é aplicada na prática, sendo uma forma sistemática, dinâmica e humanizada de prestar cuidados de enfermagem.

No Brasil, os primeiros estudos sobre o processo de enfermagem surgiram com a enfermeira Wanda de Aguiar Horta, autora da publicação “O processo de enfermagem”. É responsável também pela teoria das Necessidades Humanas Básicas, traçando as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais como parte do ser humano, se configurando em uma teoria de enfermagem bastante aplicável no contexto de cuidados paliativos (HORTA, 1979).

Entre outras ferramentas pertinentes para sistematizar a assistência de enfermagem, estão o uso de escalas padronizadas e validadas. Algumas dessas escalas são: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS); O gráfico de fezes de Bristol; Escala numérica; Palliative Performance Status (PPS); Escala Visual Analógica (EVA); Escala de Faces Wong-Baker; Escala de Morse e Escala de Braden (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2019).

Portanto, a SAE, no uso do processo de enfermagem, protocolos clínicos e outras ferramentas de organização da assistência, representa uma atuação do profissional de enfermagem, cientificamente, respaldada, com pensamento crítico, decisivo e focado nos resultados, diferenciando-se de um pensamento modesto, vinculado apenas ao cumprimento de tarefas diárias (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2019).

REFERÊNCIAS

ASHTON, K.; OERMANN, M.H. Patient education in home care: strategies for success. **Home Healthc Nurse**, v.32, n.5, p.288-294, 2014. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24802599/Med\(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24802599/Med(nih.gov)). Acesso em: 22 abr. 2022

BRASIL; CONASS; HSL. **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; 2020. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>; Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013**. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Brasília: 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html. Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/27/PORTARIA-825.pdf>. Acesso em 09 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41 de 31 de Outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em: 18 abr. 2022;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da saúde, v.2, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. **Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional**. Brasília: 2020. 170 p.

BRUSSE, G.P.L. Como que as mudanças nas taxas de mortalidade e expectativa de vida afetam a projeção da população idosa no estado de São Paulo? **Cadernos de Saúde Pública**. 9 (spe). 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414462X202199010422>. Acesso em: 09 maio 2022.

COFEN. **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: Conselho Federal de Enfermagem: 2009. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html . Acesso em: 18 abr. 2022;

GARBIN, J. G.; *et al.* Abrangência da atenção domiciliar no Hospital de Aeronáutica de Canoas. **Revista Científica do Hospital de Aeronáutica de Canoas**, Vol.1 Nº. 1|, p. 36, 2020. Disponível em: [dhttps://www2.fab.mil.br/haco/images/revista_cientifica/Artigo_7_ok.pdf](https://www2.fab.mil.br/haco/images/revista_cientifica/Artigo_7_ok.pdf). Acesso em: 09 maio 2022.

HORTA, W. A. Processo de Enfermagem. **EPU**. São Paulo. 1979.

NUNES, D.P.; BRITO, T.R.P.; DUARTE, Y.A.O.; *et al.* Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia, Sao Paulo**, v. 21, suppl 2, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2018.v21suppl2/e180020/> Acesso em 03 mai 2022.

OLIVEIRA, M. R.; ALMEIDA, P.C.; MOREIRA, T.M.M. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira. **Rev. Bras. Enferm.** V.72, n.6,Nov/Dez., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606> . Acesso em 14 mai. 2022.

OLIVEIRA, A. E. G. **A experiência de pacientes de um serviço de Atenção Domiciliar**. 211 p. Tese (Doutorado em psicologia como profissão e Ciência) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós -Graduação em Psicologia, Campinas: 2017. Disponível em: <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/998/2/ANDR%3%89IA%20ELISA%20GARCIA%20DE%20OLIVEIRA.pdf> . Acesso em: 09 maio 2022.

RAJÃO, F.L.; MARTINS, M. Atenção domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1863- 1876, 2020.

SANTANA, S. *et al.* Updating health literacy for healthy people 2030: defining its importance for a new Decade in Public Health. **J Public Health Manag Pract**, v.27(suppl 6), p S258-S264. 2021. doi: 10.1097/PHH.0000000000001324. Disponível em:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33729194/>. Acesso em: 22 abr. 2022

SANTOS, D.L.F.S. **Assistência domiciliar: reflexão acerca da sua abordagem na literatura**. RN: Faculdade Nova Esperança de Mossoró, 2019. Disponível em: <http://www.sistemasfacenern.com.br/repositorio/admin/acervo/42c-244c979b678f479bcb1dbe85f28fc.pdf>. Acesso em: 09 maio 2022.

SANTOS, L. R.; LEON, C. G. R. M. P. de; FUNGHETTO, S. S. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 855-863, 2011.

SBGG; ANCP. **O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos- um guia da SBGG e ANCP para os profissionais**. Rio de Janeiro: SBGG. 2016. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2016/06/uso-da-via-subcutanea-geriatria-cuidados-paliativos.pdf> . Acesso em: 18 abr. 2022.

SILVA, K.L; SENA, R. R; CASTRO, W. S; A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Rev Gaúcha Enferm.** 2017;38(4):e 67762 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/6PDdD-j7TnQnrzS6tnnKWJdh/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em 09 maio 2022.

SILVA, R.S.; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI,W. **Enfermagem em cuidados paliativos- cuidando para uma boa morte**. 2ª Ed. São Paulo:Martinari, 2019.

SIMÃO, V. M.; MIOTO, R.C.T. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. **Saúde Debate**, v. 40, n. 108, p.156-69, 2016.

THIEME, R. D. *et.al.* Elaboração e implantação de protocolo de alta responsável para idosos com doenças crônicas hospitalizados e com necessidades alimentares especiais. **Demetra**,V. 9, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10347> . Acesso em 09 maio 2022.

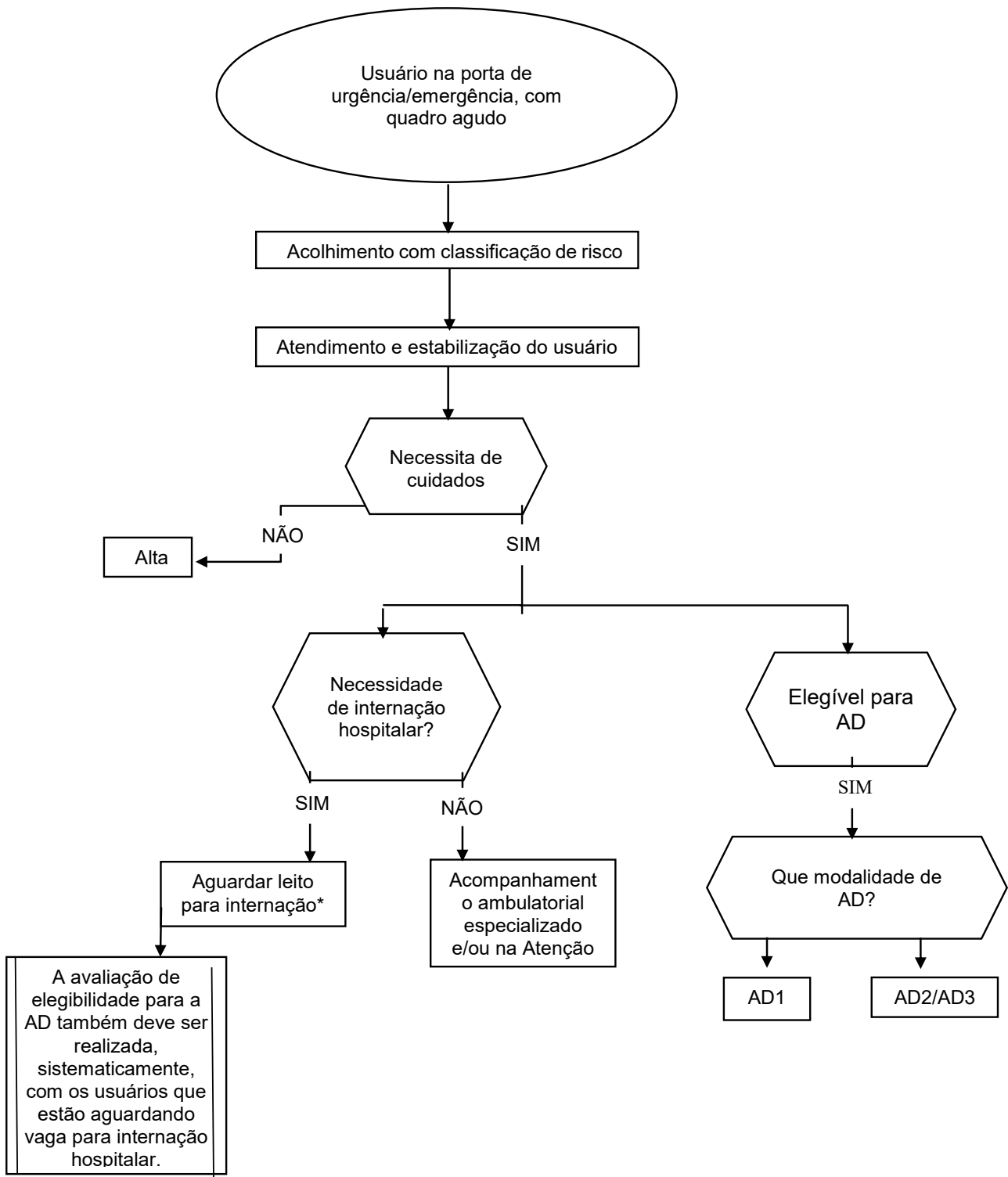
VASCONCELOS, J.F.; FERREIRA, C.N.; SANTANA, C.E.S.; *et al.* Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolid. **Jornal Brasileiro de Economia e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p.110-15, 2015.

WEYKAMP, J.M.; CECAGNO, D.; RODRIGUES, S.T.; *et al.* Influência do cuidador na organização e funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar. **Research, Society and Development**, v. 9, n.11, e-8429118463, 2020.

WHO. **Health promotion glossary of terms 2021**. Geneva: World Health Organization, 2021, 34p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em 22 abr. 2022.

WHO. **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care**. Geneva: World Health Organization. 2018. 5p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1>. Acesso em 18 abr. 2022.

FLUXOGRAMA I. DIRECIONAMENTO DO PACIENTE PARA ATENÇÃO DOMICILIAR



Fonte: Adaptado de Brasil (2013).