

ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE DO IDOSO: RECONHECENDO A EDUCAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARA ESSA CONQUISTA

Gregório Gondim Pereira Neto ¹

Tamara Marinho dos Santos ²

Ianca Augusta Bezerra Dantas de Medeiros ³

Bruno César Gomes Fernandes ⁴

Jocelly de Araújo Ferreira ⁵

RESUMO

A atenção domiciliar pode ser considerada como a continuidade da assistência no domicílio, baseada na desospitalização, que contribui para a humanização e a desinstitucionalização de pacientes, além de evitar hospitalizações desnecessárias. Definida como uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Seu uso requer dos profissionais capacidade ética e científica para atuarem junto a esta nova modalidade. Destaca-se que o enfermeiro tem um papel fundamental na atenção domiciliar, com resoluções próprias para atuar no serviço. Ante o exposto o presente estudo objetiva revisar na literatura achados científicos acerca do conhecimento de enfermeiros sobre atenção domiciliar. Trata-se de uma revisão de literatura, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, nos meses de abril e junho de 2018. Utilizaram-se os seguintes Descritores em Ciência da Saúde para a construção desta revisão: Enfermagem em Saúde Comunitária, e Atenção Primária à Saúde. As palavras-chave foram usadas simultaneamente com o operador booleano AND. Com um emergente envelhecimento populacional faz-se necessário apostar em novos modelo de atenção à saúde, garantindo direitos e valorização da vida, sendo a atenção domiciliar um modelo que busca atender as novas demandas assistenciais de forma a individualizar a assistência em saúde e romper paradigmas relacionados ao antigo modelo hospitalocêntrico.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Comunitária; Atenção Primária à Saúde; Visita Domiciliar.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), busca a promoção, proteção e recuperação da saúde para os cidadãos ao passo em que segue seus princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade. Estabelecido pela constituição de 1988, este Sistema é considerado

¹ Graduando do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, gregoriogondim@outlook.com;

² Graduando do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal Federal de Campina Grande - UFCG, tamaramarinho@hotmail.com;

³ Graduando do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal Federal de Campina Grande - UFCG, iancaaugusta@hotmail.com

⁴ Graduando do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal Federal de Campina Grande - UFCG, bruno.fern@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem- UFMG. Professora Adjunta do Curso de de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, jocellyaferreira@hotmail.com

um marco democrático nacional, regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde nº8.080/90, a qual uniformiza suas atribuições concomitantemente regulamentadas em todo território brasileiro (SILVA et al., 2013).

Visando vencer desafios em ofertar atenção à saúde de qualidade, com ações menos fragmentadas, fortalecendo políticas públicas que buscam a equidade e integralidade, como também um déficit nos gastos nosocomiais, o SUS assume a Atenção Domiciliar (AD) de forma mais sistemática. Instituída no SUS após a fundação do Programa Melhor em Casa, a AD assume em suas diretrizes o papel de ser intermédio entre o usuário e os demais pontos de atenção, a vinculação desta modalidade de atenção às estratégias das redes de atenção, configurando-se como serviço de regulação das redes (BRASIL, 2014).

Em se tratando da população idosa, seu percentil no Brasil, passará de 12,5% para cerca de 30% até o ano de 2050, evidenciando um aumento demográfico desta população, gerando substancialmente novos desafios para a sociedade, haja visto as especificidades em saúde desta realidade etária (CRUZ; DUQUE; LEITE, 2017). Desse modo, a AD pode ser implementada, por ampliar autonomia dos idosos e seus familiares, ademais pode ampliar o elo entre APS, comunidade e profissionais, reconhecendo assim, as necessidades da população idosa em suas diversas dimensões (MEDEIROS et al., 2017).

A AD consiste em uma continuidade da assistência ao usuário em seu domicílio, considerando novas modalidades de cuidados e intervenções. Vale ressaltar que, dentre seus eixos está a desospitalização, que subsidia ações pautadas na humanização dos serviços de saúde e na desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, ao passo em que previne hospitalizações futuras. Partindo dessa premissa, é cabível afirmar que há minimização dos riscos inerentes as infecções hospitalares (BRASIL, 2012; BRITO et al., 2013).

Esta atenção prioriza cuidados singulares norteados pelas particularidades de cada indivíduo em sua residência, o que favorece uma melhor recuperação. Tal modalidade de atenção está consolidada atualmente em 255 estados brasileiros, contanto com a implantação de 640 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e 358 Equipes Multiprofissionais de Apoio a Atenção Domiciliar (EMAP) (SAGE, 2017; SILVA et al., 2017).

Em se tratando da EMAD compõe-se de médicos, enfermeiros, fisioterapeuta e/ou assistente social, auxiliares/técnicos de enfermagem; e a EMAP composta por no mínimo 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos dentre assistente social, fisioterapeuta,

fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional. Estes profissionais atuam conforme regimento da Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 a qual redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

O profissional de enfermagem, na figura do enfermeiro, detém papel pertinente na AD, para fortalecer a sistematização de técnicas e regulamentação de suas ações, possuem regulamentações específicas frente a sua atuação em serviços de AD, como a Resolução COFEN nº 464/2014 que normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar.

No entanto, o conhecimento de enfermeiros em torno da AD demonstra-se ainda dotado de fragilidades, resultantes de lacunas na formação e em sua assistência. O perfil das grades curriculares dos cursos de enfermagem ainda é centrado no ensino curativo e hospitalocêntrico o que não oferta aos profissionais um delineamento para atuação em AD (ANDREDE et al., 2017). Surgindo assim a seguinte questão norteadora: qual conhecimento dos enfermeiros acerca da atenção domiciliar?

A AD é uma nova modalidade de atenção em saúde emergente no Brasil, capaz de proporcionar benefícios estatais, às famílias e aos usuários. Portanto essa pesquisa torna-se pertinente por contribuir com as ciências sociais, somado a contribuições literárias haja visto a escassez de estudos nesta vertente. Ademais, poderá contribuir no âmbito do conhecimento dos enfermeiros para o desenvolvimento de ações que ampliem sua prática assistencial e sua capacidade em reconhecer pacientes em potencial para AD, entre eles os idosos crônicos que por vezes encontram-se hospitalizados por condições que poderiam ser cuidadas em seu domicílio.

Sendo assim o objetivo deste estudo é revisar na literatura achados científicos acerca do conhecimento de enfermeiros sobre atenção domiciliar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo Revisão de Literatura (RL). Esta modalidade de estudo é designa o conhecimento atual diante de uma determinada temática. Conseqüentemente é conduzida com o intuito de identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre um mesmo assunto, além de contribuir para uma possível repercussão de forma positiva na qualidade dos cuidados prestados ao paciente (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Dessa maneira, o presente estudo fundamentou-se em uma revisão da literatura realizada nos meses de abril e junho de 2018. Para o levantamento do material empírico, foram consultados artigos pela BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), utilizadas as bases de dados virtuais, LILACS, SCIELO, BDNF e PUBMED. Para a pesquisa, nestas fontes, utilizaram-se os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): Enfermagem em Saúde Comunitária, e Atenção Primária à Saúde. As palavras-chave foram usadas simultaneamente com o operador booleano AND.

Foram incluídos nesta revisão: artigos que estivessem disponíveis na íntegra e com versão online de maneira gratuita; produções nacionais e internacionais, publicados nos idiomas português, espanhol ou inglês. Consultou-se 512 fontes, resultando na utilização de 16 referências.

Para delimitação do estudo foram selecionadas publicações que apresentaram dados relevantes para a temática. Todas as publicações que atenderam aos critérios de inclusão foram consultadas na íntegra. Como critérios de exclusão foram adotados: artigos que após leitura do resumo não responderam à pergunta norteadora deste estudo e publicações repetidas nas bases de dados. Após elencar os materiais adequados, as informações foram analisadas e os resultados discutidos com vistas ao alcance do objetivo do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Políticas de saúde no Brasil: um enfoque na atenção domiciliar

No decorrer dos anos a saúde foi avançando e conquistando o seu espaço no país graças ao SUS. Entretanto, pode-se afirmar que o modelo de atenção à saúde que predomina no Brasil é o hospitalocêntrico. Nesse modelo tende a aumentar os custos com a tecnologia e diminuir os resultados pela incapacidade de resolver os problemas gerados pelo processo de urbanização e os agravos na saúde das sociedades (BRASIL, 2012).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que o envelhecimento populacional nas próximas décadas deve se sobrepôr, já sendo evidente, os elevados índices populacionais de idosos na população e a diminuição dos demais grupos etários. Esta mudança está relacionada a redução da fecundidade e aumento da estimativa de vida (IBGE, 2015).

Essa alteração no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira é resultante do aumento da expectativa de vida ao nascer e da melhoria nas condições de vida

da população, além da diminuição na taxa de natalidade. Ocorreram muitas mudanças nas necessidades de saúde com a prevalência de doenças de crônico degenerativas, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), afinal algumas dessas doenças se agravam após os 60 anos, que é o caso das doenças osteoarticulares, da hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, câncer, entre outras. A maior sobrevivência pessoas com sequelas medulares e de acidentes vasculares, bem como de outras doenças e agravos incapacitantes, fazem com que tais pessoas necessitem de cuidados continuados e mais intensivos, ampliando os problemas sociais e o desafio no desenvolvimento de políticas públicas e programas de saúde (BRASIL, 2014; CAMPOLINA et al., 2013)

Essa transição epidemiológica e demográfica se faz necessário uma reformulação no modelo de atenção à saúde, de modo a garantir o direito à saúde, e de lidar de forma mais adequada com as resultantes desse cenário (BRASIL, 2012). Com a internação no ambiente hospitalar o idoso se torna cada vez mais frágil. Essa institucionalização torna-se, às vezes, desnecessária; podendo trazer agravos à saúde, como agudizações de quadros crônicos, desses usuários. Em relação aos custos públicos, ao comparar as internações hospitalares, a atenção básica e a média complexidade, percebe-se uma desigualdade com ganho para os gastos hospitalares, por causa das elevadas taxas de internações e a utilização da alta tecnologia (BRASIL, 2012; GASPAR, 2017).

Com isso os gestores e profissionais de saúde vêm procurando alternativas para atender às necessidades de saúde da população, tendo em vista esta demanda, aponta-se a AD como um dos instrumentos de resolutividade para esta problemática. O envelhecimento junto com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) configuram-se como os principais fatores para as práticas de cuidado em saúde no domicílio, assim como os acidentes automobilísticos e as violências (BRASIL, 2012; SILVA et al., 2017).

A AD surgiu em 1947, nos Estados Unidos, pela necessidade de descongestionar os hospitais, criando um ambiente que fosse mais favorável a recuperação do paciente, porém a utilização do domicílio como espaço de cuidado a saúde só foi mundialmente conhecida devido a transição demográfica e epidemiológica. O surgimento dos serviços de atenção domiciliar (SAD) na década de 1960, sua expansão no Brasil na década de 1990, seu regulamento e funcionamento foi incorporado com oferta a partir das práticas de institucionalização do SUS (BRASIL, 2014; SILVA et al., 2010).

Após a implantação do SUS, puderam ser observados vários avanços na assistência à saúde no Brasil, devido a heterogeneidade e diversidade política, econômica e cultural do

país, se tem caminhado para a construção de um modelo que dê respostas sociais aos problemas e às necessidades de saúde (BRASIL, 2014).

A Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS, considera no art. 1º, como uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. O inciso II do mesmo artigo considera o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), como substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar e equipes multiprofissionais de apoio (BRASIL, 2013).

A Resolução da diretoria colegiada (RDC) nº11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam AD, considerando a necessidade de propor os requisitos mínimos de segurança para o funcionamento de SAD nas modalidades de assistência e internação domiciliar; considerando também que os serviços de saúde que oferecem esta modalidade de atenção são responsáveis pelo gerenciamento da estrutura, dos processos e dos resultados por eles obtidos, devendo atender às normas e exigências legais, desde o momento da indicação até a alta ou óbito (ANVISA, 2006).

Ainda segundo a RDC nº 11, o SAD deve possuir: alvará expedido pelo órgão sanitário competente; ter um profissional de nível superior da área da saúde como responsável técnico, habilitado junto ao respectivo conselho profissional; estar inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); ter um regimento interno que defina o tipo de atenção domiciliar prestada e as diretrizes básicas que norteiam seu funcionamento; ter manual e normas técnicas de procedimentos para a atenção domiciliar, de acordo com a especificidade da assistência a ser prestada (ANVISA, 2006).

A AD constitui-se de um dispositivo organizacional e assistencial possibilitando novos modos de produção de cuidado e de intervenção em diferentes pontos da Rede Atenção à Saúde (RAS). O SAD tanto cuida do usuário no domicílio, como ajuda a fazer a gestão e a articulação do cuidado na rede de atenção à saúde, ampliando a resolutividade e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011; BRITO et al., 2013).

Uma das propostas da AD é o cuidado individualizado, de acordo com a realidade do usuário, em que seja possível a recuperação de sua saúde. Para o usuário que recebe os cuidados dos profissionais da AD existe a perspectiva de melhora, além do prolongamento e

da qualidade de vida. A participação do usuário no plano terapêutico é de extrema importância para a assistência recebida. Esse serviço se faz a partir de um cuidado integral e humanizado, além do seu processo de educação e promoção de saúde para o paciente, assim como para a família, melhorando a qualidade de vida de ambos (SILVA et al., 2017).

Segundo a ANVISA (2006) a equipe do SAD deve elaborar um Plano de Atenção Domiciliar (PAD), que deve contemplar: a prescrição da assistência clínico-terapêutica e psicossocial para o usuário; requisitos de infraestrutura do domicílio do usuário; necessidade de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde; cronograma de atividades dos profissionais e logística de atendimento; o tempo estimado de permanência do usuário no SAD considerando a evolução clínica, superação de déficits, independência de cuidados técnicos e de medicamentos; equipamentos e materiais que necessitem de manuseio continuado de profissionais; e a periodicidade dos relatórios de evolução e acompanhamento.

Com a promoção do estímulo da autonomia do usuário, a internação domiciliar proporciona uma melhora no vínculo entre cuidador e doente, devido as atividades no domicílio serem realizadas no tempo dele e com incentivo (OLIVEIRA et al., 2012). A desospitalização é um dos eixos da AD, em que: acelera a alta hospitalar com a continuidade de cuidado no domicílio; diminui os riscos de infecção pela longa permanência institucionalizada; oferece suporte emocional ao usuário e família. O papel de cuidador pode ser direcionado a um parente, vizinho ou qualquer pessoa que tenha um vínculo emocional com o usuário e que se responsabilize pelo cuidado junto com os profissionais de saúde (BRASIL, 2012).

É necessário o consentimento da família para a existência de um cuidador, ou seja, a assistência prestada no domicílio não pode ser imposta, pois as relações familiares são sempre mais dinâmicas em relação às ações desenvolvidas pelos profissionais, comprometendo a eficácia da terapêutica. Torna-se necessário a formalização, por meio da assinatura do termo de consentimento informado, por parte da família e/ou do usuário (se consciente) ou de seu representante legal (BRASIL, 2012).

No caso da ausência da família, recomenda que a equipe de atenção básica deva procurar pessoas da comunidade que tenham algum vínculo com o usuário para a realização do cuidado, formando uma rede participativa no processo do cuidar. O cuidador não precisar ter necessariamente uma profissão ou função formalizada na área da saúde, uma vez que não

possui formação técnica específica, porém o cuidador deve ser orientado pela equipe de saúde nos cuidados a serem realizados diariamente no próprio domicílio (BRASIL, 2012).

O SUS preconiza que a AD classifica-se em três modalidades mediante as necessidades do usuário. A Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1) é para aqueles usuários com problemas de saúde controlados, necessitando de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, essa modalidade é de responsabilidade das equipes de atenção básica, que vai envolver equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através de visitas domiciliares, de no mínimo uma vez por mês (BRASIL, 2011).

A Atenção Domiciliar Tipo 2 (AD2) e aquela direcionada aos usuários com problemas de saúde, que seja necessário maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, em que a assistência fica pela responsabilidade da EMAD e da EMAP. A modalidade Atenção Domiciliar Tipo 3 (AD3) é indicada para usuários que possuam problemas de saúde, necessitando de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, assim como a AD2, fica pela responsabilidade da EMAD e da EMAP (BRASIL, 2011).

O Art. 19 da Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, traz as seguintes atribuições para as equipes responsáveis pela assistência, nas três modalidades de atenção domiciliar: trabalhar em equipe multiprofissional; treinar familiares e/ou cuidadores em relação a realização dos cuidados, respeitando seus limites; fazer com que o cuidador seja responsável pelo processo de executar as ações; tirar as dúvidas sobre o processo de AD; fazer reuniões com cuidadores e familiares; usar de linguagem acessível; realizar treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidadores dos usuários; participação da educação permanente promovida pelos gestores; garantir em caso de morte, que seja emitido o atestado de óbito pelo médico da devida modalidade; e apoiar em caso de alta programada do usuário (BRASIL, 2014).

Formação da enfermagem: um longo caminho a ser percorrido para a efetivação da atenção domiciliar

A AD é uma modalidade assistencial inserida nos princípios do SUS, que busca a organização da atenção à saúde centrada no usuário e na superação do modelo assistencial hospitalocêntrico. Esta atenção possibilitou a expansão no campo da atuação de profissionais de saúde, destacando a atuação dos enfermeiros, por serem responsáveis pela realização de

atividades assistências e gerências que busca à efetivação do cuidado, tornando-se elemento chave ao planejamento e organização do cuidado domiciliar (SILVA et al., 2010).

O papel do enfermeiro na AD reside na gestão dos serviços ou na assistência direta, destacando-se, tanto pela coordenação do plano de cuidados no domicílio quanto pelo vínculo com usuários e familiares. Para a atuação no domicílio, o enfermeiro precisa apresentar habilidades básicas e avançadas, no entanto suas competências para essa atuação necessitam ser investigadas, divulgadas e sistematizadas, tendo em vista que este profissional é responsável por gerenciar ações de articulação entre família e a equipe multiprofissional. Todavia, durante a graduação os enfermeiros não contemplam o perfil necessário para o trabalho na AD, por prevalecer o modelo de ensino curativo que não evidencia o sujeito como foco dos cuidados implementados (ANDREDE et al., 2017).

Na graduação de enfermagem a vivência com o cuidado domiciliar (CD) ocorre pela existência de disciplina no nono período específica de CD, ou pelas visitas domiciliar nas disciplinas de Saúde da Criança ou Saúde Coletiva. Essa vivência e aproximação também ocorre em meio a necessidade de algum familiar precisar do CD, ou até mesmo pelo acadêmico que tenha a oportunidade de desenvolver um estágio extracurricular nessa área. Tal realidade pode não ser suficiente para uma atuação eficaz futuramente, partindo da premissa de que as oportunidades podem não acontecer de maneira igualitária entre os alunos, conseqüentemente a relação ensino-aprendizagem não ocorre de forma sistematizada (HERMANN, 2011).

Em detrimento do CD ser uma área de atuação presente no sistema de saúde brasileiro, busca-se a regulamentação dessa forma de cuidado, no entanto há uma deficiência estrutural para o desenvolvimento adequado dessas práticas, além de não ter a clareza necessária de diversos profissionais em relação as suas atribuições. No sistema de saúde estão inseridas políticas que prever a maneira como o CD deve ser realizado, os recursos humanos e materiais que serão disponibilizados, a capacitação dos profissionais envolvidos, os fatores que trazem conseqüências para o processo de ensino-aprendizagem do CD (HERMANN, 2011).

A Resolução COFEN Nº 464/2014 normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar, considera no Art. 1º a atenção domiciliar de enfermagem como as ações desenvolvidas no domicílio da pessoa, que visem à promoção de sua saúde, à prevenção de agravos e tratamento de doenças, bem como à sua reabilitação e nos cuidados paliativos (COFEN, 2014).

Segundo o Art. 2º da Resolução COFEN Nº 464/2014, compete ao enfermeiro: dimensionar a equipe de enfermagem; planejar, organizar, coordenar, supervisionar e avaliar a prestação da assistência de enfermagem; organizar e coordenar as condições ambientais, equipamentos e materiais necessários à produção de cuidado competente, resolutivo e seguro; atuar de forma contínua na capacitação da equipe de enfermagem que atua na realização de cuidados nesse ambiente; executar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnico-científica e que demandem a necessidade de tomar decisões imediatas (COFEN, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ofertar cuidados de saúde tendo o indivíduo e a família como centro da construção e implementações de ações em saúde revela-se como ação preponderante. Baseado nestes aspectos, a AD pode ser utilizada como medida para superar o modelo hospitalocêntrico, acreditando que com a humanização e a valorização da vida é possível quebrar paradigmas e conceitos enraizados, frutos de uma construção social que por séculos o indivíduo não foi enxergado de forma holística, chegando na fase idosa com necessidades que por vezes limitam e segragam esse grupo populacional do convívio familiar e social.

No entanto esta revisão aponta para profissionais de enfermagem que necessitam de educação continuada que busque ofertar capacitação necessária para uma atuação em serviços de AD eficiente. Vale ressaltar ainda que para um envelhecimento saudável é preponderante que profissionais de saúde valorizem a desospitalização com vistas ao alcance de uma redução de comorbidades inerentes aos longos períodos de internação. Esses períodos são entendidos como dolorosos e inquietantes para idosos e seus familiares.

Sugere-se então a realização de mais pesquisas acerca da AD, para que enfermeiros e demais profissionais de saúde possam reconhecer seus benefícios e serem capazes de identificar pacientes nosocomiais em potencial para serem inseridos nos cuidados a nível de domicílio. A pesquisa ainda revela que as matrizes curriculares dos cursos de enfermagem necessitam de uma maior inserção de atividades teórico-práticas relacionadas a AD e assim, formando profissionais habilitados a ofertar tais serviços em sua prática assistencial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo do Melhor em Casa**. 2011. p. 32. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf. Acesso em: 28 de abr. 2018

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Caderno de Atenção Domiciliar**. v. 1. Brasília/DF, abr., 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar.pdf. Acesso em: 28 de abr. 2018

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção domiciliar**, Brasília- DF: Ministério da Saúde, v. 2, 2013. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf. Acesso em: 28 de abr. 2018

ANDRADE, A. M.; et al. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 70. n. 1, p. 210-9, jan./fev., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0210.pdf>.

Acesso em: 28 abr. 2018

BRASIL. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar**. n. 9, Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 184. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf. Acesso em: 28 abr. 2018.

BRITO, M. J. M. et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 603-610, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0603.pdf>. Acesso em: 28 de abr. 2018

CAMPOLINA, A. G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idoso: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a18v29n6.pdf>. Acesso em: 28 de abr. 2018

COFEN. **Resolução COFEN nº 0464/2014**. Brasília, 20 de outubro de 2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html. Acesso em: 05 mai. 2018

CRUZ, D. T.; DUQUE, R. O.; LEITE, I. C. G. Prevalence of fear of falling, in a sample of elderly adults in the community. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, p. 309-318, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232017000300309&script=sci_arttext&tlng=p>. Acesso em: 10 de maio de 2018.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Rev.Min. enferm.** v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014. Disponível em:

<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>. Acesso em 28 de abr. 2018

GASPAR, R. B. **O gerenciamento do cuidado de enfermagem para defesa da autonomia dos idosos em terminalidade da vida.** 2017. 162 f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/51/teses/861500.pdf>. Acesso em: 28 abr.2018.

HERMANN, A. P. **A vivência em cuidado domiciliar na graduação em enfermagem.** 2011. 123 f. Dissertação (Mestrado). Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/25637/A%20vivencia%20em%20Cuidado%20Domiciliar%20na%20Graduacao%20em%20Enfermagem.pdf?sequence=1>. Acesso em: 06 mai. 2018.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 137p. - (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 1516-3296; n. 35). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>. Acesso em: 28 de abr. 2018.

MEDEIROS, K. K. A. S. et al. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 288-295, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41nspe3/288-295/>. Acesso em: 17 de mai. 2019

OLIVEIRA, S. G. et al. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 591-599, jul./set., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a14.pdf>. Acesso em: 28 de abr. 2018

SAGE. Ministério da Saúde. Redes e Programas. Melhor em Casa. **Estabelecimentos e Número de Equipes habilitadas**, Brasília. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>. Acesso em: 24 de mai. 2018

SILVA, D. C.; et al. O trabalho do enfermeiro no serviço de internação Domiciliar: visão dos familiares cuidadores. **Cienc. Cuid. Saúde.** Maringá, v. 9, n. 3, p. 471-478, jul./set., 2010. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-655745>. Acesso em: 06 mai. 2018

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>. Acesso em: 28 de abr. 2018.

SILVA, K. L. et al. O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.3, p.773-784, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/11.pdf>. Acesso em: 28 de abr. 2018

SILVA, K. L. et al. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49660/pdf>. Acesso em: 28 de abr. 2018