

# PANORAMA DA ATENÇÃO DOMICILIAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): CORRELATIVIDADE COM OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

GRAZIELE CAROLINA DE ALMEIDA MARCOLIN  
JAMILI VARGAS CONTE MONTENÁRIO  
CAROLINA MARQUES BORGES  
ALAN RODRIGUES DE SOUZA  
AMANDA CONRADO SILVA BARBOSA

## RESUMO

Atualmente, é crescente o número de pessoas acometidas por doenças que as restringem ao ambiente domiciliar, fazendo-se necessário o conhecimento acerca dos serviços de saúde existentes para favorecimento do atendimento domiciliar dessa clientela. Diante desse pressuposto, o presente estudo tem como objetivo analisar o panorama da atenção domiciliar do SUS, apresentando definições acerca da internação domiciliar/assistência domiciliar e sua correlatividade com os serviços de Atenção Primária. A pesquisa trata de uma Revisão Integrativa da Literatura, de caráter descritivo. Para tal, optou-se pelo seguimento dos presentes critérios de inclusão: trabalhos completos, versão disponível nos idiomas português e inglês, publicações no período de 2005 a 2014 e adequação ao tema. Como principais dados verifica-se que a atenção domiciliar tem diversas facetas, as quais orientam e possibilitam o atendimento da pessoa restrita ao ambiente domiciliar. Além disso, a atuação conjunta de familiares e cuidadores no ambiente do domicílio pode favorecer o resgate da autonomia e independência da pessoa doente, uma vez que estes agentes atuam diretamente com os indivíduos, conhecendo suas limitações e potencialidades. Foi verificado também que as ações de Atenção Domiciliar 1 (AD1) são as que mais se adequam ao atendimento da pessoa doente no domicílio, uma vez que atua nos cuidados em saúde da pessoa restrita ao domicílio.

## PALAVRAS-CHAVE

Atenção domiciliar; atenção primária; saúde da família; serviços de saúde; cuidadores.

# OVERVIEW OF HOME CARE OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS): RELATIONSHIP TO THE PRIMARY ATTENTION HEALTH CARE SERVICES

## ABSTRACT

Nowadays, the number of people suffering from diseases that restrict them to the home environment is increasing, thus becoming necessary the knowledge about existing health services for favoring the home care of these clients. Given this assumption, the present study aims to analyze the overview of home care of the SUS and its correlativity with the Primary Attention health care services. The research is an Integrative Literature Review, descriptive. To this end, it was opted for the following criteria: complete works, versions in Portuguese and English languages, publications in the period of 2005 to 2014 and appropriateness to the theme. As the main findings, it was seen that home care has many facets, which guide and enable the care of the person restricted to the home environment. Furthermore, the joint action of family members and caregivers in the home environment may favor the concept of autonomy and independence of the sick person, as these agents work directly with the individuals, knowing their limitations and potentials. It was also found that the actions of Homecare 1 (AD1) are the most adequate to the sick person's service in the household, since it operates under the healthcare of the person restricted to home.

## KEYWORDS

Home attention; primary attention; family healthcare; health services; caretakers.

## SOBRE OS AUTORES

### GRAZIELE CAROLINA DE ALMEIDA MARCOLIN

Terapeuta Ocupacional, APAE Congonhas. Especialista em Desenvolvimento Infantil (UFMG); Gestão Pública de Organização de Saúde (UFJF); Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde – CEFPEPS (UFMG); Especializando em Educação Especial e Inclusiva com Ênfase em Deficiência Múltipla e Intelectual (UCAMPROMINAS); Especializando em Planejamento, Implementação e Gestão de Cursos a Distância (UFF).

Contato: graziele\_to@yahoo.com.br.

### JAMILI VARGAS CONTE MONTENÁRIO

Enfermeira, Pós graduanda do curso de Saúde Coletiva do Instituto de Educação Continuada, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Contato: jamili.conte@gmail.com.

CAROLINA MARQUES BORGES

Doutora em Saúde Coletiva, Mestre em Saúde Pública/Epidemiologia, Odontóloga. Pontifícia Universidade Católica de Belo Horizonte – MG.

Conato: carolmborges@yahoo.com.br.

ALAN RODRIGUES DE SOUZA

Enfermeiro. Especialista em Gestão Pública de Organização de Saúde (UFJF); Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais da Saúde - CEFPEPS (UFMG). Coordenador e Enfermeiro titular da Estratégia de Saúde da Família – Sebastião de Araújo Teixeira, no Município de Cristiano Otoni.

Contato: alanrps@gmail.com.

AMANDA CONRADO SILVA BARBOSA

Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Redentor –RJ; Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde – CEFPEPS (UFMG.). Docente na Rede Doctum de Ensino – Leopoldina – MG.

Contato: amandaconradosb@hotmail.com.

SUBMETIDO EM

Fevereiro de 2015.

APROVADO EM

Agosto de 2015.

## 1 - INTRODUÇÃO

No Brasil, são constantes as transformações nas organizações de atenção à saúde, fato que tem se tornado indispensável para a consolidação e efetiva gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, a qualificação do cuidado é realizada por meio de inovações na integralidade da gestão, o que tem favorecido a incorporação de diferentes formas de atuar no âmbito da saúde para o atendimento da população (Feuerwerker e Merhy 2008: 183).

Pensando nisso, vê-se que é compromisso dos profissionais da saúde, sobretudo da Enfermagem, atender as necessidades de saúde da população, seja ela nos cuidados básicos, nos ambulatorios especializados e até nos hospitais. A gestão do cuidado deve promover tecnologias de saúde conforme as necessidades dos indivíduos, melhorando seu bem estar, segurança e autonomia. Logo, a fim de se ter uma gestão pertinente, que preconize efetivamente o cuidado em saúde, o aprendizado acerca das diferentes dimensões no cuidado deve ser realizada, oportunizando a integração de ações mais diretivas, pertinentes e bem planejadas no atendimento à população (Pires *et al.* 2013: 650).

Assim, em conformidade com o princípio da integralidade do SUS, o atendimento das peculiaridades da população torna-se indispensável no processo de compromisso para uma boa gestão em saúde. No Brasil, há pelo menos dois tipos de estratégias que vêm sendo implementadas como parte da integralidade. A primeira propõe a transformação do modelo “tecoassistencial” com a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com ênfase sobre a promoção à saúde; e a segunda propõe a transformação da atenção priorizando as necessidades de saúde para a construção de linhas de cuidado que perpassem todos os níveis de atenção, seja ela básica, especializada, hospitalar e de urgência, além de assegurar o acesso e continuidade do cuidado (Feuerwerker e Merhy 2008: 184).

Pires *et al.* (2012: 651) salientam que a Atenção Domiciliar configura-se como um dispositivo substitutivo de organização da atenção, o qual produz cuidados que efetivamente não estão inseridos em um hospital, ambulatorio ou instituição. No entanto, este pode ser visto como um terreno no qual o atendimento favorecer efetivamente o cuidado em saúde.

Logo, o serviço domiciliar à saúde pode ser interpretado diante suas muitas vertentes, tornando-se elemento dependente do foco assistencial definido pela rede, e conseqüentemente, das necessidades reais dos sujeitos em todos os ciclos da vida. Além disso, tal prática deve preconizar e favorecer ações preventivas e de promoção à saúde, assim como subsidiar o cuidado em si de muitos pacientes restritos ou não ao leito, que apresentem necessidade de acompanhamento de equipe clínica especializada em sua residência.

Com vistas à análise do estudo, vê-se que existem diversas propostas recentes integrantes das redes de atenção à saúde pública, que incluem a participação das equipes multiprofissionais dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), sendo os cuidados domiciliares direcionados a este serviço quando necessário. Aos SAD integram-se três agentes básicos no processo de atendimento domiciliar: as Equipes de Atenção Básica (EAB), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliária (EMAD), sendo que este último agente é composto pelo médico, enfermeiro e fisioterapeuta (Pires *et al.* 2012: 651).

O autor supracitado afirma que alguns municípios brasileiros não são beneficiados pelos agentes citados anteriormente, fato que se dá pela má disposição dos recursos públicos, assim como pelo despreparo dos gestores de saúde. No entanto, há de se dizer que tais desafios podem ser superados, contudo, muito há que se fazer para que o cuidado em saúde da população seja efetivamente fomentado.

Segundo Kuschinir e Chorny (2010: 2307) o lar das pessoas é dotado de características peculiares, apresentando em sua essência constituições familiares diversificadas, com aspectos culturais, religiosos e socioeconômicos interligados. Entretanto, quando há situação de doença, os anseios e despreparos dos membros da família na atenção daquele que está em um momento de “desequilíbrio”, parece não ser tão significativo para a família. Os familiares projetam nos profissionais da saúde a solução dos problemas que não conseguem enfrentar, desconhecendo até mesmo as formas de conduzi-lo. Tal proceder pode se tornar um facilitador, mas também uma barreira no processo do cuidado à saúde, sendo este um fato que deve ser observável e bem orientado para se evitar possíveis problemas no futuro.

Ao atuar diretamente no cuidado, o profissional de saúde passa por diversas situações e contextos assistenciais, que merecem atuação de uma equipe definida para tal. No entanto, em muitos casos, diante da inexistência dessas equipes, os profissionais de enfermagem acabam assumindo o cuidado isoladamente. Dessa forma, entre curativos de feridas crônicas; assistência ao idoso fragilizado; ao portador de transtorno mental desinstitucionalizado; às vítimas neurológicas por trauma acidental ou resultado de acidente vascular encefálico; aos pacientes portadores de doenças crônicas e degenerativas; aos terminais de neoplasias malignas; a experiência profissional na área de enfermagem é marcada.

Assim, a escolha do tema voltado efetivamente à atuação do profissional de enfermagem se deu, principalmente, pelo fato de que muitos achados científicos no que se concerne ao atendimento domiciliar em atenção básica encontram-se direcionados a esta demanda profissional.

Para tanto, os objetivos da pesquisa voltaram-se à análise da definição de internação domiciliar e assistência domiciliar; verificação da atenção domiciliar como proposta de um novo modelo de atenção em saúde; assim como apresentação

da correlatividade do atendimento domiciliar com vistas à atenção primária.

Com vistas ao exposto, torna-se relevante buscar na literatura recomendações sobre as definições dos papéis dos serviços, bem como analisar possíveis ações que podem subsidiar a melhora do atendimento domiciliar em rede. Além disso, administrar ações de saúde propostas pela Equipe de Saúde da Família (ESF) com as da Atenção Domiciliar requer discernimento, o que sugere que o panorama atual da atenção domiciliar seja construído a fim de que se apresente sua correlatividade com os serviços de Atenção Primária.

Diante desse pressuposto, haja vista as dificuldades inerentes aos procedimentos técnicos realizados em domicílio, bem como a necessidade do bom preparo emocional para lidar com situações conflitantes no processo de adoecimento (levando-se em conta as particularidades de cada lar), o objetivo da presente Revisão Integrativa de Literatura é investigar sobre o atual panorama da Atenção Domiciliar praticada no Sistema Único de Saúde e a sua relação com os serviços da Atenção Primária.

## 2 - METODOLOGIA

Diante da temática abordada, delineou-se a necessidade de uma pesquisa bibliográfica para dar sustentação aos objetivos que almejaram ser discutidos. Dessa forma, o presente estudo foi desenvolvido a partir da análise crítica da literatura disponível, sob forma de revisão integrativa (Mendes, Silveira e Galvão 2008: 759).

A revisão integrativa da literatura, como salienta Marcolin (2013: 24) “é a mais ampla abordagem metodológica e permite a inclusão de estudos experimentais ou não para compreensão completa do fenômeno analisado”.

A escolha de tal modalidade de pesquisa se deu devido ao entendimento que a mesma dá ao orientar o levantamento de contribuições científicas recentes sobre a temática em questão. Estas normalmente são analisadas e produzidas por outros pesquisadores, os quais agregam em sua metodologia evidências relevantes para a prática clínica.

Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010: 102-104) a revisão integrativa é composta por seis fases, a saber: estabelecimento da hipótese, onde a pergunta norteadora é apresentada e o objetivo é definido; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos artigos, onde ocorre o processo de seleção da amostra; definição dos dados a serem extraídos dos artigos selecionados; análise dos resultados; apresentação e discussão dos resultados.

Diante desse pressuposto, buscando-se analisar o assunto proposto, foram selecionados e verificados estudos que contemplassem a temática em questão,

respondendo à seguinte pergunta norteadora: “Qual o panorama da Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde e sua correlatividade com os serviços de Atenção Primária?”.

A definição das palavras-chaves foi feita a partir de análise e contextualização do assunto abordado neste estudo, com posterior consulta das mesmas nos Descritores em Ciências e Saúde (DeCS). A busca dos artigos realizada nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – BIREME, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO). O Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoas (CAPES) foi acessado a fim de se consultar revistas e para aquisição de alguns artigos.

Das palavras-chaves utilizadas tem-se: “atenção domiciliar”, “atenção primária”, “saúde da família”, “cuidados domiciliares de saúde”, “cuidadores”, “serviços de saúde”, e os termos correspondentes em inglês “*home care*”, “*primary care*”, “*family health*”, “*home health care*”, “*caregivers*”, “*health services*”, usados de maneira combinada.

A busca foi limitada aos idiomas português e inglês e a estudos que investigassem empiricamente o atendimento domiciliar e sua correlatividade com os serviços de atenção primária, publicadas no período de 2005 a 2014.

Logo, para refinamento da pesquisa, teve-se como critérios de inclusão: trabalhos completos, versão disponível nos idiomas português e inglês, publicações no período de 2005 a 2014 e adequação ao tema.

A busca nas bases de dados foi realizada dos dias 20 a 23 de Setembro de 2015, resultando na obtenção de 541 artigos. Após leitura crítica dos resumos, foram selecionados para participação na pesquisa aqueles que contemplavam a questão norteadora e obedeciam aos critérios de inclusão da pesquisa. Foram excluídos do estudo artigos que se repetiam nas bases de dados.

O Quadro 1 apresenta a distribuição dos artigos encontrados segundo as etapas de seleção proposta pelo autor:

Dos 541 artigos encontrados, apenas 59 foram selecionados, no entanto, 34 destes não se encontravam disponíveis na íntegra para leitura e não obedeciam aos critérios de inclusão. Além disso, 10 artigos se repetiam nas bases de dados analisadas, fato que gerou a exclusão deste montante devido à duplicidade, restando um número de 15 artigos para análise.

Assim, após leitura dos textos na íntegra, foram selecionados para participação na presente pesquisa 10 artigos. Para a extração dos dados foram considerados o ano de publicação, titulação dos autores, estado federativo, metodologias empregadas por cada um, contextos (locais) das pesquisas, sujeitos investigados e temáticas pesquisadas.

QUADRO 1- DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS SEGUNDO AS ETAPAS DE SELEÇÃO

ETAPAS	LILACS	BIREME	MEDLINE	SCIELO	TOTAL
1ª seleção: Idioma, período e resumos disponíveis	106	102	38	295	541
2ª seleção: Apropriados para revisão	14	10	7	28	59
3ª seleção: Textos lidos na íntegra que seguiam o instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A)	3	1	2	4	10

Fonte: Dados da Pesquisa. 2014.

O Quadro 2 apresenta a distribuição dos artigos encontrados, segundo os descritores e bases de dados:

Quadro 2 - Distribuição dos artigos segundo os descritores e bases de dados. 2014.

FONTE	ESTRATÉGIA DE BUSCA DESCRITORES	POPULAÇÃO GERAL POR BASE DE DADOS	POPULAÇÃO APÓS REFINAMENTO	AMOSTRA FINAL
LILACS	Atenção Domiciliar <i>and</i> Atenção Primária	106	14	3
BIREME	Atenção Domiciliar <i>and</i> Saúde da Família <i>and</i> cuidadores <i>and</i> Atenção Primária	102	10	1
MEDLINE	Atenção Primária <i>and</i> Atendimento Domiciliar <i>and</i> serviços de saúde	38	7	2
SCIELO	Cuidados domiciliares de saúde <i>and</i> Atenção Primária	295	28	4
<b>TOTAL</b>		<b>541</b>	<b>59</b>	<b>10</b>

Fonte: Dados da Pesquisa. 2014.

Seguiu-se com o processo de análise do material, consistindo na leitura na íntegra dos 10 artigos que compuseram a amostra, trazendo como objetivo apreender informações contidas nos mesmos, indispensáveis à discussão do estudo. Logo, a análise e síntese dos artigos foi efetivada, abordando os dados de maneira

descritiva, favorecendo, com isso, a observação, contagem, descrição e classificação dos dados no intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o presente tema.

### 3 - RESULTADOS

Como é de conhecimento, é vasta a literatura existente acerca do processo de transição demográfica que vem passando a população brasileira desde meados de 1940. Como consequência, houve o aumento significativo de doenças crônicas não transmissíveis, o que tem gerado processos infecciosos extremos, que por sua vez precisam ser combatidos de frente no intuito de possibilitar a prevenção do problema (Rodrigues e Almeida 2005: 20-24; Silva et al. 2005: 391-397; Kerber, Kirchof e Cezar-Vaz 2008: 485-493; Feuerwerker e Merhy 2008: 180-188; Gomes e Resck 2009: 496-501; Brondani e Beuter 2009:206-213; Martelli et al. 2011: 147-157; Fripp, Facchini e Silva 2012: 69-78; Carvalho, Rodrigues e Braz 2013: 455-459; Pires et al. 2013: 648-656).

Diante desse pressuposto, após análise e compilação dos dados obteve-se a catalogação dos artigos, alocando-os em uma tabela na qual foi abordado aspectos como autores, ano de publicação, Título, local de estudo, objetivos, tipo de estudo, amostra, assim como os principais resultados e conclusões de cada artigo incluído na presente pesquisa.

Conforme análise dos artigos selecionados para a presente pesquisa, dos 10 artigos que compuseram a amostra, um foi identificado na base de dados Bireme, dois no Medline, três no Lilacs e o restante dos artigos no Scielo. Em relação ao tipo de periódico, cinco artigos foram publicados em Revistas de Enfermagem e os outros cinco em Revistas de cunho multidisciplinar.

Dos estudos analisados, todos contemplaram o assunto do Atendimento Domiciliar, no entanto, nem todos relacionavam esse tema à abordagem da Atenção Primária. Em relação ao ano de publicação, dos artigos inseridos na tabela acima, dois foram publicados no ano de 2005; dois em 2008; dois em 2009; um em 2011; um em 2012 e um em 2013.

Quanto ao tipo de delineamento da pesquisa, evidenciou-se na amostra: dois estudos definidos como qualitativo do tipo estudo de caso (Rodrigues e Almeida 2005: 20-24; Feuerwerker e Merhy 2008: 180-188); dois exploratórios qualitativos (Brondani e Beuter 2009: 206-213; Carvalho, Rodrigues e Braz 2013: 455-459); dois descritivos exploratórios (Silva et. al. 2005: 391-397; Fripp, Facchini e Silva 2012: 69-78); um descritivo retrospectivo (Martelli et al. 2011: 147-157); um qualitativo fenomenológico (Gomes e Resck 2009: 496-501); um transversal (Pires et al. 2013: 648-656) e um de revisão de literatura (Kerber, Kirchof e Cezar-Vaz 2008: 485-493).

Tabela 1 - Resumos dos artigos selecionados

Autor, ano	Título e Local de estudo (Estado)	Objetivos	Tipo de estudo e Amostra	Resultados	Conclusões
Rodrigues e Almeida (2005)	Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio – um estudo de caso  Rio de Janeiro (RJ)	Identificar as dificuldades apresentadas pelos responsáveis pelos cuidados (RC) durante a realização de cuidados específicos ao paciente, e apontar recomendações de apoio ao cuidado do RC ao paciente, visando a melhoria na assistência prestada no domicílio.	Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso.  Amostra: 103 pacientes e 181 RC sob entrevista semiestruturada.	Houve associação entre a qualidade de atenção e a receptividade do RC à orientação e treinamento. Isso demonstra que os RC devem ser preparados e melhor treinados por meio de tecnologias e acesso à informação adequada para efetivação do cuidado à domicílio.	A qualidade do atendimento pode ser melhorada se houver atenção diferenciada às dificuldades e possíveis resolução dos problemas envolvidos ao cuidado no domicílio. Logo, deve haver o treinamento do RC no intuito de melhor atender a clientela que se encontra restrita ao domicílio.
Silva et al. (2005)	Interação domiciliar no Sistema Único de Saúde  Belo Horizonte (MG)	Analisar o funcionamento dos programas de Interação Domiciliar implantados em três municípios, identificando elementos que sinalizam a inserção desses programas na mudança da atenção à saúde.	Estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa realizado através de entrevista semiestruturadas em Marília, Santos, e Londrina.  Amostra: 5 Enfermeiras e 1 Assistente Social que atuam nos serviços de Intervenção Domiciliar	Os achados permitem afirmar a importância do serviço de Interação Domiciliar como estratégia para a desospitalização e humanização do cuidado. Pôde-se constatar avanços na implantação de serviços de Interação Domiciliar, bem como obstáculos para que a mudança do modelo de atenção se processe.	O cuidado com os Programas de Interação Domiciliar representa uma estratégia na reversão da atenção centralizada nos hospitais para a construção de nova lógica com enfoque em promoção e prevenção à saúde, diminuição de riscos e humanização da atenção e, como tal, devem ser engendradas estratégias para permitir sua implantação na rede pública.
Kerber, Kirchhof e Cezar-Vaz (2008)	Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde  Rio de Janeiro (RJ)	Refletir acerca da atenção domiciliária como uma prática em saúde que se apresenta como possibilidade de uma maior resolutividade dos serviços de saúde.	Pesquisa de revisão de literatura, de caráter qualitativo.  Amostra: Análise nas bases de dados Lilacs e Medline no período de 1994 a 2004.	Este texto apresenta uma reflexão acerca da atenção domiciliária enquanto um trabalho em saúde, que vem se expandindo no sistema público e privado. Além disso, discute sobre a atenção domiciliária e a possibilidade de se alavancar um impacto significativo na qualidade de vida e na saúde da população.	O estudo apresenta a atenção domiciliária como uma possibilidade estratégica de reorganização do Sistema de Saúde, por meio da integração entre os trabalhadores e as instituições de saúde. Também são consideradas os possíveis impactos políticos, econômicos e técnicos da atenção domiciliária no sistema de saúde, nos trabalhadores e nos usuários desse serviço.

Feuerweker e Merhy (2008)	A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas  São Paulo (SP)	Identificar o estado da arte da atenção domiciliar no âmbito do sistema público de saúde no Brasil, analisar o seu potencial de inovação no sentido da integralidade e da humanização da atenção e indicar pistas para a sua ampliação.	Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, com base em sete experiências de cuidado domiciliar em cinco municípios brasileiros  Amostra: 27 casos, analisados sob entrevista semiestruturada.	Foram identificados os seguintes tipos de atendimento domiciliar: cuidado paliativo, cuidado a pacientes com AIDS, cuidado a portadores de feridas e lesões de pele, acompanhamento de bebês prematuros, acompanhamento de acamados crônicos, antibiocioterapia endovenosa como complementação do tratamento para infecções agudas.	As iniciativas examinadas mostraram que a atenção domiciliar é possível até em ambientes economicamente precários e que pode contribuir efetivamente para a produção de integralidade e de continuidade do cuidado, devendo ser ampliada no âmbito do sistema público de saúde.
Gomes e Resck (2009)	A percepção dos cuidados domiciliares no cuidado a clientes com seqüelas neurológicas.  Rio de Janeiro (RJ)	Apreender as percepções do cuidador familiar no cuidado a clientes com seqüelas neurológicas, propondo estratégias para o cuidar do cuidado.	Estudo qualitativo fenomenológico, desenvolvido em março/2007 a junho/2008.  Amostra: 5 cuidadores regularmente cadastrados no projeto extensionista Renascer desenvolvido pela Universidade Federal de Alfenas – MG.	Após descrição, redução e compreensão das experiências que os sujeitos vivenciaram foram destacadas quatro categorias: sobrecarga (física, mental e financeira); religiosidade/fé; dedicação/ satisfação e solidariedade/ empatia com seus respectivos núcleos de sentido.	A sobrecarga experimentada pelos cuidadores ao exercerem o cuidado foi confirmada, e sugeriu-se a organização de grupos de orientação e apoio às famílias desses clientes crônicos.
Brondani e Beuter (2009)	A vivência do cuidado no contexto da internação domiciliar  Porto Alegre (RS)	Descrever e analisar as experiências das cuidadoras familiares de doentes crônicos em internação domiciliar.	Pesquisa exploratória qualitativa, desenvolvida pelo Serviço de Internação Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria, RS.  Amostra: 15 cuidadoras/ familiares.	Os resultados apontaram para a necessidade da valorização das atividades de cuidado realizadas pelas cuidadoras no domicílio e destacaram a internação domiciliar como uma modalidade de atenção humanizadora e inovadora que visa inverter a lógica de atuação dos profissionais de saúde.	Foi evidenciada a importância da valorização do papel da família no processo de cuidar, a qual é representada por uma visão integral e humana do fazer na saúde e na ampliação do conhecimento dos profissionais de saúde acerca das vivências das cuidadoras.

Martelli et al. (2011)	<p>Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa.</p> <p>Montes Claros (MG)</p>	<p>Descrever o perfil sociodemográfico e clínico da população assistida pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) HU em Casa do Hospital Universitário Clemente Faria da Universidade Estadual de Montes Claros.</p>	<p>Estudo descritivo e retrospectivo por meio da análise de prontuários, realizada de maio de 2005 a maio de 2008.</p> <p>Amostra: Análise de 137 prontuários de pacientes, sendo 75 do gênero feminino e 62 do gênero masculino.</p>	<p>Dos agravos mais comuns na primeira internação, a pneumonia foi prevalente, 22 casos (16,1%). A maioria dos pacientes foi encaminhada ao PID pela clínica médica (84,7%), com intervalo de maior prevalência de duas a três internações (42,4%). Do total de pacientes, 120 (87,6%) permaneceram internados por 16 a 30 dias e 51,8% não necessitaram passar novamente pelo PID para uma segunda internação.</p>	<p>Conclui-se que há relação com a resolutividade clínica, 130 (94,9%) tiveram alta clínica, no PID, na primeira internação. O PID mostrou-se um programa de alta resolutividade, atendendo mais ao público idoso feminino, de baixa renda e com períodos de internação relativamente curtos.</p>
Fripp, Facchini e Silva (2012)	<p>Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS.</p> <p>Pelotas (RS)</p>	<p>Descrever as características do Programa de Intervenção Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) para pacientes oncológicos no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.</p>	<p>Pesquisa descritiva, exploratória, com análise de prontuários e entrevista semiestruturadas com profissionais atuantes.</p> <p>Amostra: análise dos prontuários de 213 pacientes com câncer internados sob sistema domiciliar e entrevista com 5 profissionais de enfermagem.</p>	<p>Os pacientes do PIDI eram atendidos diariamente no domicílio, recebendo insumos necessários ao cuidado e suporte interdisciplinar para identificação e controle de sintomas; o estado avançado da doença com metástases em 92,0% dos pacientes, dos quais 32,0% não hospitalizaram durante o período; os principais motivos de internação no PIDI foram anorexia, dor e astenia; metade dos pacientes evoluiu para óbito no domicílio.</p>	<p>O estudo permitiu a divulgação e conhecimento de estratégias para o cuidado paliativo domiciliar de pacientes com câncer em situação de terminalidade. Além disso, mostrou que a implementação de políticas públicas pode humanizar o atendimento dessa clientela, assim como subsidiar o melhor tratamento das demandas desses clientes.</p>
Carvalho, Rodrigues e Braz (2013)	<p>Estratégias de educação em saúde direcionadas a cuidadores durante a internação</p> <p>Cascavel (PR)</p>	<p>Avaliar a repercussão de estratégias de educação em saúde direcionadas aos cuidadores durante a internação.</p>	<p>Estudo exploratório, do tipo qualitativo.</p> <p>Amostra: 10 cuidadores entrevistados a partir de entrevista semiestruturada aplicada na residência dos cuidadores.</p>	<p>Predomínio das orientações verbais com demonstração prática dos cuidados e entrega de Cartilhas educativas.</p> <p>Identificou-se baixa renda e escolaridade entre os cuidadores, dependência severa dos sujeitos cuidados e dificuldades das equipes de atenção domiciliar no suprimento de recursos materiais.</p>	<p>As estratégias de educação em saúde direcionadas aos cuidadores durante a internação auxiliaram a execução das técnicas de cuidado no domicílio. Ainda assim o cuidado domiciliar apresentou domínios comprometidos pelas condições socioeconômicas dos pacientes.</p>

Pires et al. (2013)	Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS  Belo Horizonte (MG)	Identificar variáveis associadas ao tipo AD dos usuários em Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas de Belo Horizonte.	Estudo transversal em duas UBS de Belo Horizonte – MG.  Amostra: 114 usuários de AD da área de abrangência das duas UBS analisadas. Utilização da análise de regressão logística múltipla para seleção de variáveis significativas.	Obteve-se maior comprometimento clínico dos usuários (OR=27,47), estado emocional triste (OR=24,36), risco para úlcera por pressão pela escala de Braden (OR=7,6) e a semidependência para as AVD pelo índice de Katz (OR=63,8) como fortemente associadas ao tipo de AD ( $p < 0,05$ ).	As variáveis fundadas no contexto social, familiar e clínico dos sujeitos subsidiam a abordagem integral e a tomada de decisão da equipe de saúde.
---------------------	--	---	---	--	--

Fonte: Dados da pesquisa. 2014.

Referentes aos sujeitos da pesquisa, um artigo abordou apenas a análise de referenciais teóricos já existentes (Kerber, Kirchof e Cezar-Vaz 2008: 485-493); dois procederam a análise de prontuários (Martelli et al. 2011: 147-157; Carvalho, Rodrigues e Braz 2013: 455-459); três procederam a entrevista com cuidadores (Rodrigues e Almeida 2005: 20-24; Feuerwerker e Merhy 2008: 180-188; Gomes e Resck 2009: 496-501); dois procederam a entrevista com profissionais de saúde (Pires et al. 2013: 648-656; Fripp, Facchini e Silva 2012:69-78); e os demais, configurando um montante de dois artigos procederam entrevista com familiares (Brondani e Beuter 2009: 206-213; Silva et al. 2005: 391-397). Todos analisavam em sua essência questões envoltas ao atendimento domiciliar, no entanto, apenas dois dos artigos apresentaram efetivamente a correlatividade dos atendimentos aos serviços de saúde de Atenção Primária (Silva et al. 2005: 391-397; Pires et al. 2013: 648-656).

No que tange às publicações por Estado, três artigos foram construídos no Estado de Minas Gerais (Silva et al. 2005: 391-397; Martelli et al. 2011: 147-157; Pires et al. 2013: 648-656); três foram no Estado do Rio de Janeiro (Kerber, Kirchof e Cezar-Vaz 2008:485-493; Gomes e Resck 2009: 496-501); dois no Estado do Rio Grande do Sul (Brondani e Beuter 2009: 206-213; Fripp, Facchini e Silva 2013: 69-78); um no Estado de São Paulo (Feuerwerker e Merhy 2008: 180-188) e um no Estado do Paraná (Carvalho, Rodrigues e Braz 2013: 455-459).

Por meio dos artigos selecionados, analisados e compilados através da tabela apresentada, foi possível verificar que o atendimento domiciliar é hoje um recurso de grande utilização dos profissionais da saúde que atuam, principalmente, na atenção primária. No entanto, para que ações pertinentes sejam realizadas no

contexto domiciliar, faz-se necessário conhecer os sujeitos restritos ao domicílio, como também a problemática que os envolve. Além disso, a correlatividade do atendimento domiciliar com os serviços de Atenção Primária devem estar aparentes, uma vez que atuam no intuito de integrar ações de prevenção e promoção da saúde mesmo em ambiente domiciliar.

#### 4 - DISCUSSÃO

Diante da leitura minuciosa e compilação dos dados, a tabela 1 favoreceu o conhecimento e elaboração de três categorias temáticas na abordagem do estudo, a saber: “Definição de internação domiciliar/assistência domiciliar/cuidados”; “Atenção domiciliar como proposta de um novo modelo de atenção à saúde”; “Associação das ações em atendimento domiciliar com os serviços de atenção primária”.

##### 4.1 - DEFINIÇÃO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR/ASSISTÊNCIA DOMICILIAR/ CUIDADOS

Conforme afirmam Brondani e Beuter (2009: 208) a internação domiciliar pode ser vista como um processo de desospitalização precoce do indivíduo, onde o mesmo vê suas reinternações minimizadas, uma vez que tal modalidade de atendimento proporciona um processo terapêutico mais humanizado. Nesse sentido os autores ainda compreendem que: “a internação domiciliar representa uma estratégia na reversão da atenção centrada em hospitais e propicia uma nova lógica na atenção, com enfoque na promoção e prevenção à saúde e na humanização”.

O serviço de internação domiciliar tem como objetivo propiciar suporte técnico e estrutural à família no retorno do doente ao seu lar, fato este que coloca o enfermeiro em posição fundamental no suporte à família no enfrentamento de tal situação.

Silva *et al.* (2005: 393) afirmam que o papel da família, por sua vez, encontra-se envolto ao auxílio na reabilitação do doente, ajudando a equipe de saúde responsável a detectar possíveis problemas e necessidades. Dessa forma, a equipe de saúde deve incluir a família no planejamento do cuidado domiciliar, uma vez que esses atores são os agentes mais participativos da vida e do cuidado da pessoa doente.

Há de se dizer ainda que a integração da família no tratamento do doente favorece o sentimento de segurança por parte do doente, aproximando a família de sua real função nesse momento diferenciado – cuidar (Silva *et al.* 2005: 396).

No entanto, como analisam Brondani e Beuter:

Muitas famílias apresentam dificuldades no processo de cuidar decorrentes do precário conhecimento sobre cuidados domiciliares, o que gera dúvidas e incertezas comprometendo, assim, a realização de cuidados gerais como: o uso correto de medicações, o horário e a dose, entre outros. Cabe salientar que o cuidado domiciliar adequado pode prevenir ou retardar complicações, diminuindo o número de reinternações hospitalares (Brondani e Beuter 2009:207).

Nesse sentido, vê-se que o cuidador familiar torna-se agente responsável pelo cuidado do doente no processo de internação domiciliar e que ele é responsável por auxiliar no processo de cuidados inerentes à doença, mantendo maior contato não somente com a pessoa doente, mas também com os profissionais de saúde responsáveis por esta pessoa.

Carvalho, Rodrigues e Braz (2013: 456) analisam que as tarefas desempenhadas pelo cuidador podem incluir desde tarefas de higiene pessoal à administração de recursos financeiros do doente, uma vez que este busca a melhora da saúde física, mental e social deste indivíduo. Além disso, tal proceder, conforme afirmam os autores, pode subsidiar a melhora na saúde e na qualidade de vida da pessoa cuidada, uma vez que ela tem minimizado problemas envoltos ao gerenciamento de tarefas cotidianas.

Além disso, o cuidado domiciliar exige muito do cuidador, não sendo apenas a boa vontade e a disposição habilidades que caracterizem o bom cuidado. Elementos como o conhecimento também devem ser agregados ao cuidador, capacitando-o para trabalhar com a pessoa doente, uma vez que este elemento é indispensável no cuidado bem feito ao mesmo.

A assistência domiciliária, por sua vez, conforme analisam Rodrigues e Almeida (2005: 20) “visa a promoção, manutenção e/ou restauração da saúde do paciente”. Além disso, este tipo de assistência deve favorecer a adaptação e independência no restabelecimento das funções do indivíduo doente, uma vez que a doença pode acometer significativamente a autonomia do indivíduo.

Nesse sentido, a estrutura hospitalar convencional é utilizada no domicílio do paciente, trazendo toda segurança e comodidade ao ambiente domiciliar. Logo, tais tipos de ações devem ser realizadas por equipe multidisciplinar, adaptando os aspectos segundo a realidade do cliente, considerando suas potencialidades e limitações no ambiente domiciliar (Rodrigues e Almeida 2005: 22).

Martelli *et al.* (2011: 159) salientam que a assistência domiciliar pode se tornar também uma alternativa no cuidado ao doente, beneficiando especialmente a clientela de pessoas idosas que padecem de doenças incapacitantes. Este grupo de pessoas normalmente carece da presença contínua de uma pessoa que se encarregará

de seus cuidados básicos – nesse caso, de um cuidador.

Por sua vez, Rodrigues e Almeida (2005: 20) afirmam que:

A assistência à saúde no domicílio gera dúvidas e ansiedade com relação ao tratamento, necessidade de reorganização dos afazeres domésticos e sobrecarga de trabalho. Estas questões são mais diretamente vivenciadas pelo responsável pelos cuidados, que assume a responsabilidade de cuidar e organizar a estrutura à disposição do paciente (Rodrigues e Almeida 2005: 20).

Logo, é possível observar que a assistência em saúde a domicílio deve reconhecer o importante papel tanto da família quanto do cuidador no cuidado da pessoa doente, favorecendo, assim, o sucesso do plano terapêutico.

#### 4.2 - ATENÇÃO DOMICILIAR COMO PROPOSTA DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A atenção domiciliar nada mais é que uma modalidade assistencial recente que se integrou ao sistema público de saúde brasileira. Isso se deu pela necessidade de atendimento às pessoas restritas ao leito/domicílio. No entanto, cabe salientar que outras formas de atenção domiciliar já foram utilizadas no Brasil há muitas décadas, mas a atenção domiciliar apresentada no estudo é hoje um modelo de atenção à saúde significativa no âmbito da atenção primária. Este processo envolve diversos profissionais de saúde no atendimento da pessoa doente em seu domicílio, tornando-se elemento indispensável no serviço de saúde atual (Carvalho, Rodrigues e Braz 2013: 459).

Kerber, Kirchhof e Cezar-Vaz (2008: 491) analisam que o sistema de saúde nos últimos anos vem passando por diferentes transformações. Estas advêm da reorganização da economia mundial e da adaptação do mundo do trabalho. Dentre elas encontra-se a inovação tecnológica, elemento que tem se tornado indispensável no cuidado à pessoa doente no domicílio, favorecendo cuidados diferenciados de promoção e prevenção de saúde.

Estudos sobre práticas de educação em saúde evidenciam a importância dessa estratégia e a possibilidade dos profissionais de saúde a utilizarem de forma eficaz na promoção de saúde. No entanto, cuidadores inseridos no contexto da atenção domiciliar expressaram insegurança, despreparo e carência de informações sobre atividades de cuidado no domicílio (Carvalho, Rodrigues e Braz 2013:456).

Tais informações demonstram a fragilidade das práticas educativas no contexto de atuação a domicílio, uma vez que propiciam o distanciamento da perspectiva de capacitação de sujeitos atuantes para a melhoria das condições de

vida da população em suas diferentes esferas de vivência.

Logo, com vistas à utilização do atendimento domiciliar como forma de proposta de novo atendimento para o campo da saúde, pode-se dizer que o governo brasileiro estabeleceu três modalidades de atenção domiciliar, as quais devem orientar as ações das equipes responsáveis pela assistência.

Carvalho, Rodrigues e Braz (2013: 456) afirmam que:

... as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição, identificar e treinar os familiares e/ou cuidadores dos usuários no período pré e pós desospitalização, envolvendo-os na realização de cuidados e respeitando seus limites e potencialidades (Carvalho, Rodrigues e Braz 2013:456).

Dessa maneira, essa nova forma de assistência deve primar pela capacitação e aprimoramento das habilidades de familiares e cuidadores. Além disso, estudos e pesquisas recentes afirmam que para tal proceder os cuidadores devem ter a oportunidade de partilhar seus anseios e incertezas, contribuindo para o fortalecimento da rede no intuito de melhorar a assistência em saúde à pessoa doente, a qual é assistida pela equipe multidisciplinar e pelo próprio cuidador/familiar (Carvalho, Rodrigues e Braz 2013: 456-457; Pires *et al.* 2013: 648-650; Fripp, Facchini e Silva 2012: 69-71).

Nesse sentido, é preciso se considerar a necessidade de ampliação das ações assistenciais, uma vez que tais tipos de assistências não reduzem o tratamento de sinais e sintomas, mas favorecem a minimização de aspectos estressantes vivenciados no ambiente hospitalar.

A despeito do crescimento dos serviços de atenção domiciliária no país, nos setores público e privado, prevalecem as características de programas especiais, pontuais, vinculados a hospitais ou Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), centrados na redução de custos, com pouca articulação entre os níveis de atenção e fragilidades no uso da informação para o planejamento das ações. Por outro lado, há indícios nas práticas assistenciais no domicílio, seja pelas inovações das equipes de saúde, seja pela tensão entre as distintas formas de cuidar – dos profissionais e dos projetos terapêuticos das famílias, dos cuidadores e dos usuários (Pires et al. 2013: 650).

Diante desse pressuposto, a gestão do cuidado deve favorecer a organização de ações e a interação entre os sujeitos, orientando e integrando práticas emancipadoras voltadas à liberdade humana.

Portanto, os desafios a serem enfrentados para a construção desse novo modelo de atendimento domiciliar devem considerar o processo de fragmentação de ações, a formação técnica dos profissionais, a escassez de métodos de planejamento

e o pouco uso das informações disponíveis para orientação e planejamento de ações, utilizando-as com o intuito de pautar estratégias pertinentes e diretivas para o melhor atendimento em saúde no âmbito domiciliar.

#### 4.3 - CORRELATIVIDADE DAS AÇÕES EM ATENDIMENTO DOMICILIAR COM OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Conforme analisam Pires *et al.* (2013: 651) a identificação de variáveis no atendimento e cuidado à saúde no âmbito da atenção primária tem a finalidade de contribuir para uma gestão pertinente no cuidado à Rede de Atenção a Saúde (RAS). O atendimento domiciliar nesse contexto deve se tornar agente facilitador do cuidado em casa da pessoa acometida por qualquer tipo de doença crônica ou incapacitante, favorecendo os cuidados em saúde estabelecidos e orientados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante desse panorama, o autor supracitado afirma que a recente política nacional de Atenção Domiciliária (AD) no SUS define através da Portaria GM nº2527, de 27 de Outubro de 2011, que a perspectiva de gestão em rede deve ser considerada com o intuito de favorecer a ação conjunta da Atenção Básica aos serviços tecnoassistenciais no ambiente domiciliar.

Assim, segundo Pires e seus colaboradores, conceitua-se a atenção domiciliária como sendo uma modalidade assistencial de cunho “substitutivo ou complementar caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação” prestada exclusivamente em domicílio (Pires *et al.* 2013: 649).

Dentre as ações correlatas aos serviços assistenciais, no âmbito da atenção primária as ações desenvolvidas no contexto domiciliar destacam-se por atividades como visitas, consultas de profissionais diferenciados de nível superior, identificação acerca de quem cuida do usuário, planejamento e realização de procedimentos, assim como acompanhamento sistemático da família (Feuerwerker e Merhy 2008: 185).

Alguns estudos tratam da distinção entre os conceitos de atenção, assistência, atendimento, visita ou internação domiciliária, a depender da complexidade das práticas profissionais, da condição clínica do usuário e do uso de equipamentos hospitalares requeridos, com a intenção de categorizar os diversos tipos de Atenção Domiciliária que podem ser prestadas na residência do cidadão. As modalidades de Atenção Domiciliária em três tipos, ora normatizadas, incorporam essa discussão na perspectiva de RAS, proposto na Portaria GM Nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, razão pela qual o presente estudo adota o termo atenção domiciliária para os distintos níveis do sistema de saúde (Pires *et al.* 2013:649).

Logo, conforme analisam Gomes e Resck (2009: 500-501), atualmente, com base na participação de diferentes elementos na constituição da saúde domiciliar do indivíduo, tem-se três modalidades de atendimentos, a saber:

- AD1: é de responsabilidade das Equipes de Atenção Básica (EAB) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa modalidade trata de um conjunto de ações necessárias aos usuários com problemas de saúde controlados e compensados, os quais apresentam dificuldades e/ou impossibilidade física de proceder à locomoção até uma unidade de saúde.

- AD2 e AD3: são elementos pertencentes ao nível secundário de atenção. Estes tipos de atendimento são vinculados a equipes multiprofissionais de atenção domiciliária (EMAD), sendo participantes o médico, enfermeiro e fisioterapeuta. No entanto, no AD3, acrescenta-se à EMAD o suporte da equipe multiprofissional de apoio (EMAP), formada por pelo menos três dos seguintes profissionais – assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional. Assim, recomenda-se para atendimento pela equipe AD2 pessoas com condições mais agudas, com dificuldade de locomoção e que necessitam de maior frequência no cuidado, recursos de saúde e acompanhamento; enquanto ao AD3 atribuem-se pessoas com condições de uso contínuo de equipamentos para oxigenoterapia, suporte ventilatório não invasivo, diálise peritoneal ou paracentese.

Dessa forma, o atendimento domiciliar que apresenta correlatividade com o atendimento básico em saúde deve ser o AD1, que vincula serviços diferenciados aos atendimentos domiciliares.

Além disso, a despeito do crescimento dos serviços de atenção domiciliária no país, tanto nos setores públicos quanto nos setores privados, prevalecem os aspectos de programas especiais e pontuais como as UPA (Unidades de Pronto-Socorro), centradas principalmente na redução de custos, na pouca articulação entre os níveis de atenção e nas fragilidades no uso de informações planejadas. Contudo, há indícios de mudanças assistenciais significativas, as quais primam pelas inovações das equipes de saúde e pelas novas formas de cuidar das pessoas doentes em seus domicílios, favorecendo com isso a melhora na assistência domiciliar.

## 5 - CONCLUSÕES

Os serviços de saúde atuais têm buscado formas diferenciadas de propiciar a atuação no ambiente domiciliar. No entanto, o conhecimento de ações, assim como o processo de capacitação daqueles que atuam diretamente no âmbito domiciliar, deve favorecer a melhora das condições de vida e de saúde da pessoa que é restrita

ao domicílio.

A conceituação e conhecimentos inerentes à internação domiciliar e a sua assistência no processo de cuidado no domicílio tem se tornado indispensável para atuação de profissionais de saúde, familiares e cuidadores, uma vez que orientam informações acerca dos modos de agir no contexto domiciliar do paciente.

Com vistas aos novos modelos de atenção à saúde, é facilmente verificável que estes apresentam em sua essência ações mais diretivas e pertinentes que subsidiam um bom planejamento e gerenciamento de ações que oportunizam o bom cuidado à saúde da pessoa restrita ao domicílio. Há que se dizer ainda que, além de orientar ações, os novos modelos de atenção domiciliar da pessoa doente favorecem sua participação ativa na construção de ações, pois considera as limitações e potencialidades do indivíduo.

Tão logo, a integração das categorias analisadas e discutidas nos resultados desta pesquisa proporciona um maior entendimento do leitor acerca do processo de internação e assistência domiciliar, como também subsidiam uma observação mais ampla da atenção domiciliar como um modelo significativo no que se concerne à atenção em saúde. Além disso, a correlatividade da atenção primária a serviços domiciliares se dá pela necessidade do atendimento das demandas dos sujeitos no ambiente de domicílio, minimizando custos com internações, assim como subsidiando uma participação mais ativa de familiares no processo de cuidado da pessoa acometida por alguma doença ou incapacidade.

Diante desse pressuposto, é possível afirmar que a melhora da qualidade de vida é subsidiada, uma vez que, através da ação conjunta com familiares e cuidadores, há o resgate da independência e autonomia do indivíduo por meio de adaptações no ambiente de domicílio.

Quanto à questão da correlatividade das ações em AD com a atenção primária, vê-se que a mesma é existente e que, em sua maior parte é contemplada pelo AD1, que atua diretamente nos aspectos preventivos e de promoção da saúde no ambiente domiciliar. Estas são orientadas por programas específicos, como os NASF e EAB que atuam conjuntamente em favor do atendimento em nível básico das pessoas restritas ao ambiente domiciliar.

Enfim, é importante ressaltar que essa revisão integrativa não permitiu extrapolar o conhecimento acerca do processo de atendimento domiciliar da pessoa restrita ao domicílio devido a problemas diferenciados de saúde. Por este fato, faz-se necessário a integração de novos estudos a fim de se embasar empiricamente e esclarecer a efetiva relação existente entre os serviços de atenção primária e o atendimento domiciliar.

- BRONDANI, C. M.; BEUTER, M. 2009. “A vivência do cuidado no contexto da internação domiciliar”. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.30, n.2: 206-213.
- CARVALHO, D. P.; RODRIGUES, R. M.; BRAZ, E. 2013. “Estratégias de educação em saúde direcionadas a cuidadores durante a internação”. *Revista Acta Paul de Enfermagem*, Cascavel, v.26, n.5: 455-459.
- FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. 2008. “A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação da prática”. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Rio de Janeiro, v.24, n.3: 180-188.
- FRIPP, J. C.; FACCHINI, L. A.; SILVA, S. M. 2012. “Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS”. *Revista Epidemiológica de Saúde*, Brasília, v.21, n.1: 69-78.
- GOMES, W. D.; RESCK, Z. M. R. 2009. “A percepção dos cuidadores domiciliares no cuidado a pacientes com sequelas neurológicas”. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v.17, n.4: 496-501.
- KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. 2008. “Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.3: 485-493.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. 2010. “Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate”. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.5: 2307-2316.
- MARCOLIN, G. C. A. 2013. Utilização do lúdico no atendimento de crianças hospitalizadas em unidades pediátricas: o papel do Terapeuta Ocupacional. *Revisão Integrativa da Literatura*. Conselheiro Lafaiete: Dissertação de Pós-Graduação em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde, CEFPEPS-UFMG.
- MARTELLI, D. R. B.; SILVA, M. S.; CARNEIRO, J. A.; BONAN, P. R. F.; RODRIGUES, L. H. C.; MARTELLI-JÚNIOR, H. 2011. “Intervenção domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa”. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.1: 147-157.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. 2008. “Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde na enfermagem”. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, São Paulo, v.17, n.4: 758-764.

- PIRES, M. R. G. M.; DUARTE, E. C.; GÖTTEMS, L. B. D.; FIGUEIREDO, N. V. F.; SPAGNOL, C. A. 2013. “Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS”. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.47, n.3: 648-656.
- RODRIGUES, M. R.; ALMEIDA, R. T. 2005. “O papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio – um estudo de caso”. *Revista Acta Paul de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.18, n.1: 20-24.
- SILVA, K. L.; SENA, R.; LEITE, J. C. A.; SEIXAS, C. T.; GONÇALVES, A. M. G. 2005. “Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde”. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.3: 391-397.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. 2010. “Revisão integrativa: o que é e como fazer”. *Revista Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1: 102-106.

## APÊNDICE

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**Código do estudo:** \_\_\_\_\_

#### 1 Dados do pesquisador

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Titulação:** ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Especialista ( ) Graduação ( )

**Outro:** \_\_\_\_\_

#### 2 Dados da publicação

**Base de dados:** ( ) Scielo ( ) Lilacs ( ) Medline ( ) Outras: \_\_\_\_\_

**Título:** \_\_\_\_\_

**Tipo de publicação:** ( ) Tese ( ) Dissertação ( ) Artigo ( ) Outro: \_\_\_\_\_

**Ano:** \_\_\_\_\_ **Procedência do autor:** \_\_\_\_\_

**Fonte :** \_\_\_\_\_

**Idioma:** \_\_\_\_\_

**Delineamento do estudo:** ( ) Qualitativo ( ) Quantitativo  
( ) Quanti-qualitativo ( ) Não discriminado ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Instrumento(s) utilizado(s):** \_\_\_\_\_

**Local de desenvolvimento da pesquisa:** \_\_\_\_\_

**Sujeitos da pesquisa:** \_\_\_\_\_

**Objetivos:** \_\_\_\_\_

**Recomendações/Conclusões:** \_\_\_\_\_