**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ELIDE LEYLA MARTINEZ MOSCATELLO

**PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM DOIS SERVIÇOS
DE ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA**

São Paulo
2016

ELIDE LEYLA MARTINEZ MOSCATELLO

**PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM DOIS
SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Paulina Kurcgant

São Paulo
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Moscatello, Elide Leyla Martinez

Processo de trabalho do enfermeiro em dois serviços de assistência domiciliária / Elide Leyla Martinez Moscatello. -- São Paulo, 2016.

134 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Paulina Kurcgant
Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Cuidados domiciliares de saúde. 2. Família. 3. Enfermagem no lar. 4. Enfermagem. I. Título.

Nome: ELIDE LEYLA MARTINEZ MOSCATELLO

Título: PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM DOIS
SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

Primeiramente à **DEUS** por me proporcionar a oportunidade de realizar este Curso e me ajudar a superar todos os obstáculos vivenciados nesta minha trajetória.

Ao **meu esposo Newton** pelo incentivo, compreensão e apoio em todos os momentos da minha vida profissional e Acadêmica.

A minha **filha Paola e meu filho Luigi**, pela companhia, ajuda e carinho pois estiveram comigo em todos os momentos desta trajetória, me incentivando sempre.

Aos meus **familiares René, Graciela, Zilda e Rosa** pelo carinho e incentivo em todos os momentos.

Aos meus **irmãos e cunhados** que torceram pelo meu sucesso.

Aos meus **sobrinhos** que me acompanharam com carinho em todos os momentos.

Aos meus **Diretores** que me apoiaram nesta trajetória.

AGRADECIMENTOS

À **Professora Paulina Kurcgant** que me aceitou e me “acolheu” como sua orientanda e me conduziu com paciência, carinho e dedicação. Que esteve presente nas várias fases da minha vida e me acompanhou com amor cada instante. Pelo exemplo de Enfermeira, Professora, Administradora, Pesquisadora, Mãe e Esposa e pelo carinho e atenção dispensados a cada reunião para a orientação, onde me ouvia e me orientava na construção do Trabalho e na construção da minha carreira como Enfermeira.

À **Professora Dra. Marta Maria Melleiro** e à **Professora Dra. Raquel Rapone Gaidzinski** pela contribuição dada no Exame de Qualificação e pelo incentivo.

À **Professora Dra. Regina Toshie Takahashi** que me orientou e me acompanhou no Mestrado e me incentivou a me inserir no Programa de Doutorado.

Aos **Professores Drs. do Departamento ENO** que me incentivaram nesta trajetória.

Aos **Secretários do Departamento ENO** que me acompanharam nesta trajetória com carinho.

A amiga **Suely Francisco** que com carinho me ajudou nesta finalização de trabalho.

Aos **Diretores e Chefes** dos Serviços de Assistência Domiciliária que tão gentilmente autorizaram a execução da Pesquisa.

Aos **Enfermeiros** que participaram deste estudo que com satisfação e carinho contribuíram na realização de mais esta etapa da minha trajetória Profissional.

“Com sabedoria se constrói a casa e com discernimento se consolida.”

Proverbios 24:3.

Moscatello, ELM. *Processo de trabalho do enfermeiro em dois serviços de Assistência domiciliária* [Tese]. São Paulo, SP Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: A assistência domiciliária, Home Care, representa um importante modo de assistir o paciente na sua residência. **Objetivos:** Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o “ser enfermeiro” atuante em um serviço de Home Care; Analisar os aspectos facilitadores e dificultadores do processo assistencial por eles vivenciado; Identificar as estratégias adotadas, pelos enfermeiros, com impacto positivo no cuidado prestado e Propor intervenções na assistência, segundo a avaliação positiva das estratégias adotadas.

Metodologia: Estudo na vertente qualitativa, com proposta descritiva, prospectiva e exploratória e com adoção do método do Estudo de Caso, tendo, como referencial de análise, a proposta de Análise de Conteúdo de Bardin. ⁽¹⁾. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e os dados foram coletados mediante a adoção das técnicas da Entrevista Semiestruturada e do Grupo Focal. Como população do estudo foram entrevistados 13 enfermeiros que atuam há mais de seis meses, nesta prática assistencial. Os cenários do estudo foram duas Instituições que prestam Assistência Domiciliária sendo uma Pública, denominada Instituição A e outra Privada denominada Instituição B, situadas em São Paulo, Capital. **Resultados:** A análise das entrevistas realizadas nas instituições A e B, permitiu a elaboração de duas Categorias sendo, a Categoria Gerenciamento da Assistência domiciliária que abarca as Unidades de Significado US- Dimensão da Proposta Assistencial; US- Fatores facilitadores do atendimento; US- Fatores dificultadores do atendimento; US- Estratégias adotadas com Impacto Positivo e, a categoria e a Categoria Processo Educacional na Assistência domiciliária que contém as Unidades de Significado US- Capacitação Profissional\pessoal do enfermeiro; US- Orientação ao cuidador e família..O Relatório Síntese resultante da análise das entrevistas foi o elemento disparador do Grupo Focal cuja análise de conteúdo permitiu a elaboração, na Instituição A das Categorias: Dinâmica de trabalho na Assistência domiciliar; Capacitação do cuidador e família e Dimensão política, estrutural e social da assistência em saúde e, na Instituição B, das Categorias: Dinâmica de trabalho na Assistência domiciliar e Capacitação do cuidador e da equipe de saúde. **Conclusão:** Na percepção dos enfermeiros atuantes na assistência domiciliária, o profissional enfermeiro é o gestor de todo o processo de cuidado ao paciente,

na residência. Como aspectos facilitadores desta modalidade de assistência os enfermeiros referiram, autonomia na assistência; apoio da chefia imediata e disponibilidade de instrumentos/equipamentos para a viabilidade da assistência. Como elementos dificultadores referiram os conflitos familiares vivenciados no cotidiano, a falta de infraestrutura no caso de urgência ou emergência; a falta de comunicação efetiva; a distância e a falta de segurança do local onde vivem os pacientes; falta de clareza do papel do enfermeiro nesta prática assistencial; comprometimento do tempo com ações administrativas e o vínculo de dependência da família com relação ao enfermeiro. Como estratégias vivenciadas foram citadas: alinhamento do cuidado pela equipe multidisciplinar com comunicação efetiva e o conhecimento da realidade vivida referente à rotina de trabalho e às condições sócio econômica e financeira do paciente. Nas reuniões do Grupo Focal aflorou como estratégia de impacto positivo no desempenho do enfermeiro, a existência de um enfermeiro específico para um determinado paciente e o significativo papel de educador do enfermeiro nesta prática assistencial.

Descritores: Assistência domiciliar, enfermagem; família, cuidados domiciliares de saúde.

Moscatello, ELM. *Nursing work process in two home care services* [Thesis]. São Paulo, SP Brazil: School of Nursing, University of São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: Home care represents an important mode of care provision for patients in their homes. **Objectives:** To investigate the perception of nurses towards “being a nurse” in a home care service; to analyze the facilitating factors and barriers to the care process as experienced by them; to identify the strategies adopted by nurses that have a positive impact on the care provided and to propose interventions in such care, according to the positive assessment of the adopted strategies. **Methodology:** This was a qualitative study, with a descriptive, prospective and exploratory approach. As analytical framework, we adopted the case study method, based on the Bardin’s content analysis⁽¹⁾. The study was approved by the ethics committee of the University of São Paulo School of Nursing (EEUSP) and the data were collected through semi-structured interviews and focus groups. The population of this study consisted of 13 nurses with more than six months of experience with home care. The study was set in two institutions that provide home care, one of them public, denominated Institution A, and the other private, denominated Institution B, located in the city of São Paulo, Brazil. **Results:** Interview analysis conducted at institutions A and B resulted in two categories, namely, Managing Home Care, which addressed the meaning units MU - Care Proposal Dimension; MU - Facilitating Factors of Care; MU - Barriers to Care; MU - Strategies Adopted with Positive Impacts; and category Educational Process in Home Care, which contains the meaning units MU - Professional/Personal Nursing Qualification; and MU - Providing Orientation to Caregivers and Families. The synthesis report that resulted from the interview analysis served as a trigger for the focus group, whose content analysis allowed for the elaboration of the following categories in Institution A: Work Dynamics in Home Care; Qualifying Caregivers and Family, and the Political, Structural and Social Dimensions of Home Care in Health and, in Institution B: Work Dynamics in Home Care and Qualifying Caregivers and the Health Team. **Conclusion:** According to the perception of the nurses working with home care, nursing professionals are the manager of the entire patient care process at home. The nurses reported the following facilitating factors: nursing care autonomy; support of immediate superiors; and availability of instruments/equipment that enable assistance. As barriers, they reported family conflict experienced in the home routine, lack of infrastructure in

case of urgency or emergency; lack of effective communication; distance and lack of safety of the residence; lack of clarity about the role of nurses in this modality of care; time spent on administrative actions; and the family's dependence on the nurse. The following strategies were mentioned; aligning care within the multidisciplinary team, effective communication, and knowledge of the reality in terms of the work routine and the patient's socioeconomic and financial conditions. The strategy that emerged from the focus group as positively impacting nursing performance was the existence of a specific nurse for a given patient and the significant educational role of nurses in this care practice.

Descriptors: Home care, nursing; family.

Moscatello, ELM. *Proceso de trabajo del enfermero en dos servicios de Atención domiciliaria* [Tesis]. São Paulo, SP Brasil: Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo; 2016.

RESUMEN

Introducción: La atención domiciliaria, *Home Care*, constituye importante modo de atender al paciente en su residencia. **Objetivos:** Conocer la percepción de enfermeros sobre el "ser enfermero" actuante en servicio de *Home Care*; Analizar aspectos facilitadores y dificultadores del proceso de atención experimentado; Identificar estrategias adoptadas por enfermeros con impacto positivo en cuidados brindados; Proponer intervenciones de atención según evaluación positiva de estrategias adoptadas. **Metodología:** Estudio de carácter cualitativo, con propuesta descriptiva, prospectiva y exploratoria, adoptando método del Estudio de Caso, aplicando referencial analítico el Análisis de Contenido de Bardin.⁽¹⁾ Estudio aprobado por Comisión de Ética (CEP) de Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo (EEUSP). Datos recolectados adoptándose la técnica de Entrevista Semiestructurada y Grupo Focal. La población del estudio se nutrió de 13 enfermeros actuantes con más de seis meses en la práctica de atención objeto. Fueron escenarios del estudio dos instituciones que brindan Atención Domiciliaria, una Pública, llamada Institución A, y otra Privada, llamada Institución B; ambas establecidas en São Paulo Capital. **Resultados:** El análisis de las entrevistas realizadas en las instituciones A y B permitió la elaboración de dos Categorías, a saber: Gerenciamiento de Atención Domiciliaria, que incluye las Unidades de Significado US- Dimensión de la Propuesta de Atención; US- Factores Facilitadores de la Atención; US- Factores Dificultadores de la Atención; US- Estrategias Adoptadas con Impacto Positivo, y la Categoría Proceso Educativo en la Atención Domiciliaria, que abarca las Unidades de Significado US- Capacitación Profesional/Personal del Enfermero; US- Orientación al Cuidador y Familia. El Informe Sintético resultante del análisis de las entrevistas actuó como disparador del Grupo Focal, cuyo análisis de contenido permitió elaborar, en la Institución A, las Categorías: Dinámica de Trabajo en Atención Domiciliaria; Capacitación del Cuidador y la Familia; y Dimensión Política, Estructura y Social de la Atención en Salud, y, en la Institución B, las Categorías: Dinámica de Trabajo en la Atención Domiciliaria; y Capacitación del Cuidador y del Equipo de Salud. **Conclusión:** Según perciben los enfermeros actuantes en atención domiciliaria, el profesional enfermero es gestor integral del proceso de cuidado del paciente domiciliario. Como aspectos facilitadores de la modalidad de atención, los enfermeros refirieron: autonomía en atención;

apoyo de jefatura inmediata y disponibilidad de instrumentos/equipos que hagan viable la atención. Como elementos dificultadores, señalaron: vivencia de conflictos familiares cotidianos, falta de infraestructura ante urgencias o emergencias; falta de seguridad en lugar de residencia del paciente; falta de claridad del rol del enfermero en esta práctica de atención; compromiso temporal con actos administrativos; y vínculo de dependencia familiar respecto del enfermero. Como estrategias experimentadas, fueron citadas: alineamiento del cuidado por el equipo multidisciplinario con comunicación efectiva, y el conocimiento de la realidad vivida respecto a la rutina laboral y a las condiciones socioeconómica y financiera del paciente. En las reuniones del Grupo Focal, surgió como estrategia de impacto positivo en el desempeño del enfermero, la atención personalizada de cada profesional a los pacientes y el significativo papel de educador del enfermero en esta práctica de atención.

Descriptores: Atención Domiciliaria de Salud; Enfermería; Familia; Cuidados Domiciliarios de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Organograma da Instituição Pública	45
Figura 2 -	Organograma do Departamento de enfermagem	46
Figura 3 -	Organograma da Instituição Privada	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Caracterização das enfermeiras participantes do estudo da Instituição A	58
Quadro 2 -	Caracterização dos enfermeiros participantes do estudo da Instituição B	59
Quadro 3 -	Categorias Empíricas e respectivas Unidades de Significado resgatadas das falas dos enfermeiros das Instituições A e B.	60
Quadro 4 -	Categorias Empíricas e respectivas Unidades de significado do Grupo focal Instituição A	90
Quadro 5 –	Categorias Empíricas e respectivas Unidades de significado do Grupo focal Instituição B	102

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVE	- Acidente Vascular Encefálico
CD	- Conselho Deliberativo
CEP	- Comissão de Ética em Pesquisa
CLT	- Consolidação das Leis de Trabalho
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
DE	- Departamento de Enfermagem
EEUSP	- Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo
EEUU	- Estados Unidos
HSPES	- Hospital do Servidor Público Estadual
HU	- Hospital Universitário
JCI	- Joint Commission International
LBS	- Sociedade Beneficente de Charleston
MEC	- Ministério de Educação e cultura
PAD	- Programa da Assistência domiciliar
PSA	- Pronto Socorro Adulto
RDC	- Resolução da Diretoria Colegiada
S	- Superintendência
SAMDU	- Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SEQ	- Serviço de Ensino e Qualidade
SIDA	- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidades Básicas de Saúde
US	- Unidades de Significado
USP	- Universidade de São Paulo
UTIA	- Unidade de Terapia Intensiva de Adultos
VD	- Visita domiciliar
VNA	- Visiting Nurses Association

SUMÁRIO

Resumo	VII
Abstract	IX
Resumen	XI
Lista de figuras e quadros	XIII
Lista de abreviaturas	XIV
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 PERCURSO PROFISSIONAL E PESSOAL	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA-TRAJETÓRIA HISTÓRICA	20
2.2 ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA NO BRASIL	22
2.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ESTRUTURA E DA DINÂMICA ORGANIZACIONAL DE UM SERVIÇO DE HOME CARE	25
2.3.1 O Cuidador	28
2.3.2 A Equipe Multidisciplinar	29
2.3.3 Equipe de Enfermagem	31
2.3.4 Recrutamento, Seleção e Capacitação da Equipé de Enfermagem	31
3 OBJETIVOS	34
4 TRAJETÓRIA MEODOLÓGICA	36
4.1 O ESTUDO DE CASO	36
4.1.1 Entrevista Semiestruturada	38
4.1.2 Grupo Focal	39
4.2 ANALISE DOS DADOS	42
4.3 CENARIO DO ESTUDO	43
4.3.1 Instituição Pública	43
4.3.2 Instituição Privada	48
4.4 POPULAÇÃO DA PESQUISA	51
4.4.1 População: Instituição Pública	52
4.4.2 População Instituição Privada	52
4.5 COLETA DE DADOS	52
4.5.1 Aspectos Éticos	52
4.5.2 Técnicas Adotadas	53
4.6 ANALISE DOS DADOS	55
4.6.1 Pré-análise	55
4.6.2 Exploração do Material ou descrição analítica	56
4.6.3 Interpretação Inferencial	56
5 ANÁLISE DISCUSSÃO e RESULTADOS	58
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS PARTICIPANTES DO ESTUDO	58
5.1.1 Caracterização das Enfermeiras Participantes do Estudo da Instituição A	58

5.1.2	Caracterização dos Enfermeiros Participantes do Estudo da Instituição B	59
5.2	RESULTADOS: CATEGORIAS EMPIRICAS DAS ENTREVISTAS	60
5.2.1	Categoria Gerenciamento da Assistência Domiciliária	61
5.2.2	Categoria: Processo Educacional na Assistência Domiciliária	80
5.3	RELATÓRIOS SÍNTESE DAS ENTREVISTAS	85
5.3.1	Relatório Síntese das entrevistas da Instituição A	85
5.3.2	Relatório Síntese das entrevistas da Instituição B	86
5.4	RESULTADOS DOS GRUPOS FOCALIS-INSTITUIÇÕES A E B	88
5.4.1	Relatório Síntese do Grupo Focal Instituição A	88
5.4.2	Categorias Empíricas do Grupo Focal Instituição A	90
5.4.3	Relatório Síntese do Grupo Focal Instituição B	100
5.4.4	Categorias Empíricas do Grupo Focal Instituição B	102
6	CONCLUSÃO	115
7	REFERÊNCIAS	119
8	APÊNDICE	130
9	ANEXOS	132

INTRODUÇÃO

1- INTRODUÇÃO

1.1- PERCURSO PROFISSIONAL E PESSOAL

Durante minha trajetória profissional como enfermeira, o cuidado ao paciente hospitalizado foi minha rotina durante muitos anos. Nesse período, atuando em instituições de saúde e tendo como foco a atenção ao paciente internado, dava assistência ao paciente e à família de forma integral e contínua. Sabia que após a alta o paciente poderia ser assistido na residência, mas não imaginava como se dava esta prática assistencial.

Após 26 anos atuando somente em instituições de saúde, tive a experiência de uma nova proposta de trabalho ao ser convidada a administrar uma empresa de Assistência Domiciliária. Ao iniciar essa nova atividade profissional, como Gestora de uma empresa de Home Care, deparei-me com uma nova necessidade de capacitação diferente da que estava ambientada. Entender como essa assistência ocorria, em parte longe da observação direta do enfermeiro, foi um grande desafio. Neste novo trabalho, fui em busca de conhecimentos sobre a nova forma de cuidar onde, a vigilância dos pacientes estava longe das fronteiras da instituição hospitalar e se dava no âmbito privado de suas residências.

Embora no curso de Mestrado, não tenha sido este o foco da minha pesquisa, “A vivencia do enfermeiro Tutor em um hospital de especialidades oncológicas”, no momento atual, cursando o doutorado, tenho a oportunidade de ampliar conhecimentos sobre esta área de atuação profissional do enfermeiro.

REFERENCIAL TEÓRICO

2- REFERENCIAL TEÓRICO

2.1- ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA-TRAJETÓRIA HISTÓRICA

Diferentes denominações dão significado a esta modalidade de assistência: atenção domiciliária, atenção médica domiciliar, internação domiciliar, hospitalização domiciliar, Home Care, assistência domiciliária, atendimento domiciliar à saúde, visita domiciliar, home health care, cuidado domiciliar, nursing care entre outros.^{(2) (3)}

O Home Care proporciona um conjunto de serviços e ações necessárias para a assistência ao paciente em domicílio no âmbito curativo e de apoio social. Estes pacientes podem apresentar doenças crônicas e degenerativas, serem acamados, dependentes, estarem em fase terminal, podendo necessitar da continuidade de tratamento iniciado no hospital de origem, incapacitados devido a dificuldades na movimentação e/ou apresentarem necessidades de apoio psicossocial.⁽⁴⁾ Estas ações compreendem desde procedimentos básicos como higiene e alimentação até procedimentos complexos que exigem a utilização de equipamentos de alta tecnologia.

A Assistência domiciliária pode ser definida como "um atendimento multiprofissional ao indivíduo e à família, que acontece em cenários e contextos peculiares, que se configura enquanto elemento e produto de dinâmicas familiares e que pressupõe competências ampliadas para uma intervenção clínica e psicossocial, conforme demandas próprias, de modo a resgatar e a promover a saúde e a potência de vida, dentro das melhores expressões de vida"⁽⁵⁾.

Temos relatos que no século XIII A.C., Imhotep, um dos primeiros médicos já atendia os pacientes em seu consultório ou em visitas na residência. Este fato também é relatado na Grécia Antiga onde o médico Asklépios cuidava de seus pacientes onde se encontravam enfermos⁽⁶⁾.

Nos Estados Unidos (EEUU) no início do século XIX, o cuidado aos doentes era parte da vida doméstica e os hospitais eram lugares de último recurso para aqueles que não tinham a condição de serem cuidados em casa. As famílias contratavam médicos ou enfermeiros que prestavam cuidados em domicílio do paciente e os primeiros esforços organizados para cuidar do doente, em casa, ocorreram em 1813 quando mulheres ricas de Charleston, Carolina do Sul, ofereciam cuidados aos enfermos em domicílios. Na década de 1850, os registros das senhoras da Sociedade Beneficente de Charleston (LBS) mostravam, como problema central do cuidado ao doente em casa, a “questão polêmica dos doentes crônicos” .⁽⁷⁾

Em 1780, em Boston, Estados Unidos, os cuidados eram prestados por grupos de enfermeiras que tinham como princípio a filantropia deste cuidado⁽⁸⁾. Em 1885, com o êxito deste serviço, foi criada a primeira Associação de enfermeiras visitadoras, Visiting Nurses Association (VNA) que se estendeu para outras regiões do país.⁽⁹⁾

Em 1909 havia nos EEUU, cerca de 600 organizações que coordenavam o trabalho das enfermeiras visitadoras, que cuidavam de pacientes cirúrgicos, clínicos e com doenças contagiosas como, por exemplo, a tuberculose. O trabalho destas enfermeiras visitadoras era patrocinado por doações, assinaturas, eventos que angariavam fundos e, em alguns casos, pelo pagamento do próprio paciente.⁽¹⁰⁾

Devido ao aumento da procura desta nova modalidade de assistência à saúde, em 1947, no Hospital Guido Montefiori, no Bronx, em Nova York, Estados Unidos, foi instituído um plano de cuidado domiciliar como um serviço de extensão ao atendimento recebido no âmbito hospitalar, com o intuito de promover a alta hospitalar precoce. A assistência domiciliar teve maior importância por volta da década de 80 com o surgimento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

A mudança do perfil epidemiológico e a necessidade de descobrir um tratamento humanizado com economia de recursos hospitalares ocasionou a expansão do cuidado no domicílio, por todo mundo ocidental.^{(11) (8)(2)}

Nos sistemas de saúde europeu, conhecidos pela qualidade dos sistemas públicos de saúde, houve incremento deste sistema de cuidado devido à elevada faixa etária da população. Assim, a primeira experiência formal com esse sistema de atendimento em domicílio ocorreu em Paris, França, no hospital Tenon em 1951,

sendo chamada de “Hospitalização em domicílio”. Em 1957, houve a criação do Santé Service, que funciona até hoje e presta cuidados a pacientes crônicos e terminais ⁽¹²⁾ ⁽¹³⁾. Em 1992 o Sistema nacional Francês de Saúde reconhecia a “Hospitalização em domicílio” como alternativa de hospitalização. ⁽¹⁴⁾

No Canadá, desde a década de 60, esta prática do cuidado no domicílio em pacientes pós cirúrgicos existe, mas foi em 1987 que três hospitais em Montreal adotaram este cuidado, quando praticaram o tratamento de antibioticoterapia na residência, em pacientes clínicos. Existe o relato que na década de 80, na Espanha, a primeira unidade de Assistência domiciliar foi iniciada. ⁽²⁾

2.2- ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA NO BRASIL

No Brasil, em 1919 os registros mostram que as atividades de visita domiciliar tiveram início devido à necessidade de vacinação da população do Rio de Janeiro, contra a febre amarela, como um programa de cunho preventivo. Em 1920 foi organizado o Serviço de Profilaxia da Tuberculose, sendo esta ação uma fração da atividade realizada pelas visitadoras. ⁽³⁾ ⁽¹⁵⁾

Devido à necessidade de um sistema de atendimento emergencial na rede hospitalar, no Rio de Janeiro, em 1949, houve a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU). Este serviço, quando acionado de forma emergencial, prestava assistência médica ao paciente na própria residência e, em outras vezes, os pacientes eram avaliados pela equipe devido à cronicidade de sua patologia. ⁽³⁾

Em São Paulo, em 1967, o Hospital do Servidor Público Estadual (HSPESP) instituiu o serviço de assistência domiciliar com a finalidade de atender os pacientes crônicos, pacientes convalescentes que não necessitassem de cuidado diário hospitalar e pacientes que necessitassem somente de repouso. Nessa década, este serviço tomou volume surgindo, assim, outros serviços privados e públicos com esta mesma finalidade de atendimento. ⁽³⁾

Na década de 90, seguindo a experiência mundial, empresas privadas iniciaram esta prática assistencial. ⁽¹⁶⁾

Assim, a assistência domiciliária representa um importante modo de assistir o paciente na sua residência e representa várias modalidades de cuidado como a visita domiciliar, o atendimento e a internação domiciliar. O funcionamento destes serviços são regulamentados pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº11, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 26 de janeiro de 2006 que regulamentou o funcionamento dos serviços que prestam este cuidado em domicílio, assim como, disponibilizou um Regulamento Técnico de Fundamento de Serviço que prestam Atenção Domiciliar, para orientar e esclarecer a participação dos profissionais que fazem parte da equipe técnica que irá dar o cuidado, no domicílio ⁽¹⁷⁾

Da mesma forma, a Portaria Nº 2527, de 27 de outubro de 2011, definiu a Atenção no Domicílio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); estabeleceu as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) e considerou a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar. ⁽¹⁸⁾

Como fatores que contribuíram para que esta estratégia de cuidado mostrasse incremento no sistema Público e Privado de saúde brasileira encontram-se: a crise do modelo de atenção à saúde que envolvia a falta de leitos hospitalares; a falta de profissionais capacitados para a assistência hospitalar e a dificuldade de seguimento assistencial.

Nos hospitais privados, a ação de assistir o paciente na residência avolumou-se na medida em que as empresas operadoras de serviço de saúde, que custeavam o tratamento nas unidades hospitalares, foram percebendo o aumento do número de atendimentos hospitalares e o aumento dos custos hospitalares, decorrentes da utilização de equipamentos de alta complexidade que necessitavam de muitos insumos. Outro motivo foi o aumento do tempo de permanência do paciente internado, impedindo a liberação de leitos de forma rápida para novas internações. ⁽¹²⁾

Fatores como envelhecimento da população e aumento da cronicidade das doenças culminaram, também, para que as operadoras de saúde incentivassem a

desospitalização de pacientes nestas condições. Em contrapartida, alternativas ocorreram para que um atendimento humanizado fosse implementado no sentido de não oferecer, somente, cuidado técnico durante o tratamento na residência, mas também ações que respeitassem o paciente e promovessem uma relação familiar com a preservação de seus valores sócio culturais.⁽²⁾

Desta forma, a assistência domiciliar ocorreu também como uma alternativa estratégica de diminuir o período de internação do paciente e, indiretamente, contribuir com um atendimento mais humanizado, reduzir os custos hospitalares, oferecer maior giro de leitos hospitalares, diminuir casos de infecção decorrentes do período de tratamento hospitalar e de promover a hospitalização para quem realmente necessitasse de internação no âmbito hospitalar^{(19) (16)}.

Atualmente, esta estratégia de atendimento ocorre na rede pública e privada, onde este atendimento é autorizado pelas operadoras de saúde e, em caráter particular, pela própria família. No sistema público, a atuação deste serviço tem como finalidade a educação à saúde e a promoção do autocuidado do paciente em domicílio.

Entretanto, devido à intensificação deste tipo de atenção à saúde, nas Instituições Privadas, passou a ser um negócio rentável e lucrativo, firmando parcerias com outras empresas fornecedoras de materiais, equipamentos e mobiliários de forma a contemplar a casa do paciente com tudo o que é necessário no cuidado em domicílio promovendo um ganho para todos os envolvidos neste processo. Neste contexto, a atenção à saúde foi definida como: "hipoteticamente, numa sociedade capitalista, uma mercadoria de qualidade e preço acessível, seja como um serviço público eficiente e financiado de maneira estável com recursos tributários".⁽²⁰⁾ No Brasil, segundo o autor, estas duas opções ficaram, ao longo do tempo, com deficiências devido à realidade político social brasileira vivida onde o serviço público é um serviço desprovido de recursos materiais e humanos, resultando em falhas no atendimento, tanto no acesso como na qualidade. O sistema privado por sua vez devido ao seu preço e tipo de atendimento, não é acessível à maior parte da população.

A atenção à saúde assim, é percebida como mercadoria e referenciada como sendo a "Mercantilização da saúde" considerada como "o processo pelo qual a

atenção médica passa a ser plenamente uma mercadoria como outra qualquer", submetida às regras de produção, financiamento e distribuição de tipo capitalista. ⁽²⁰⁾

2.3- CONTEXTUALIZAÇÃO DA ESTRUTURA E DA DINÂMICA ORGANIZACIONAL DE UM SERVIÇO DE HOME CARE

Segundo o Documento Preliminar do Ministério da Saúde publicado em 2004 e da RDC Nº11 de 26 de janeiro de 2006, da ANVISA, a atenção domiciliar à saúde acontece segundo quatro modalidades: atenção domiciliar, atendimento domiciliar, internação domiciliar e visita domiciliar. ⁽¹⁷⁾

A Atenção domiciliar envolve a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação do paciente e tem a inserção de uma equipe multiprofissional no cuidado prestado ao paciente e família. Ações para conscientizar o paciente da importância da sua participação no tratamento são realizadas, nesta modalidade, que abrange também as demais modalidades referidas ⁽¹⁷⁾

O atendimento domiciliar consiste na assistência domiciliária propriamente dita e é também denominado como cuidado domiciliar segundo a ANVISA, que o considera como "conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio. É a modalidade praticada pelas empresas de Home Care, no atendimento à saúde. Este cuidado envolve ações menos complexas que podem ser executadas por uma equipe multidisciplinar ou não. Nesta proposta, além do tratamento, ações educativas são promovidas quanto aos cuidados técnicos executados para, gradativamente, delegar ao paciente e à família, esta assistência. Abrange atividades das mais simples às mais complexas incluindo a visita e a internação domiciliar. ^{(17) (21) (22) (23)}

A visita domiciliar (VD) tornou-se um dos instrumentos básicos, utilizados no âmbito da atuação de enfermagem de saúde pública, especialmente no que se refere ao cuidado das famílias e comunidades. O enfermeiro pontualmente avalia a demanda do paciente/família/residência, objetivando indicar um plano assistencial. ^{(23) (24)}

A Internação domiciliar incorpora, nas atividades assistenciais, inserção da tecnologia, de uma equipe multiprofissional, acompanhamento de enfermagem e uso de equipamentos desde os mais simples até os mais complexos. Estes equipamentos são portáteis, mas têm a mesma finalidade dos utilizados nas instituições de saúde. Ainda são incorporados, neste cuidado, medicamentos e materiais. O cuidado prestado é sistematizado e é oferecido de forma integral e continua semelhante ao cuidado antes oferecido no hospital de origem. ^{(23) (25)}

No sistema de saúde brasileiro, a visita domiciliar, das 4 modalidades, é a atividade mais comum e difundida. Nesta visita os profissionais envolvidos na assistência fornecem informações, orientações e fazem o levantamento das necessidades do paciente e da família. Neste momento os profissionais de saúde resgatam informações sobre a realidade vivida por estes pacientes.

O processo de transferência do paciente internado para a residência é avaliado de acordo com critérios que devem ser atendidos para que o paciente seja elegível para este tipo de cuidado. Assim, devem ser consideradas: a condição clínica do paciente, ou seja, as condições limitantes (se o paciente está clinicamente estável e/ou condições crônicas que favorecem seu tratamento em domicílio), se está acamado e/ou impossibilitado de se locomover; quais são as condições ambientais do domicílio como, por exemplo, as características e presença do cuidador e a aceitação da família para este cuidado; a idade avançada do paciente; pacientes com sequelas; com processos demenciais; com doenças pulmonares crônicas; pacientes em cuidados paliativos em fase de terminalidade, ou não; crianças com neuropatias congênitas e pacientes com cuidados pós-cirúrgicos. ^{(26) (27)}

Atualmente são duas as formas elegíveis do paciente para este cuidado sendo, uma delas, pela indicação do médico que o acompanha e que propõe o cuidado que este paciente deve ter em domicílio. Neste contexto, a desospitalização tem início na instituição de saúde onde o paciente se encontra internado. Outra forma se dá pela solicitação da família já que o paciente se encontra na residência, estes são os casos de pacientes particulares, sem vínculo com operadora, onde a autorização para transferência parte do responsável pelo paciente no âmbito domiciliar iniciando, assim, o processo de cuidado por parte da empresa de Home Care.

A avaliação do médico para a indicação do paciente para o serviço de Home Care é realizada ainda no hospital, quando o paciente está internado, ou na residência quando está fora do âmbito hospitalar, e é feita pelo enfermeiro do Home Care. Nesta avaliação são observadas as condições clínicas do paciente como o grau de complexidade do atendimento a ser realizado, as necessidades de materiais, medicamentos e equipamentos demandadas e os recursos humanos necessários para o atendimento. Se o paciente está internado, serão levantadas todas as informações junto à equipe multiprofissional que o atende no hospital para continuidade do tratamento, em domicílio.

De posse destes dados, nas duas instituições, é elaborado um Plano Assistencial que será informado ao paciente/família e apresentado ao cuidador. Este plano descreve o cuidado que deverá ser realizado em domicílio e é desenvolvido pela equipe multidisciplinar.

Acordado com o cuidador a assistência que será prestada em domicílio, o enfermeiro visita a residência para avaliar as condições de recepção do paciente. Nesta visita, o enfermeiro avalia as condições físicas, a rota de fuga, o acesso dos profissionais e da ambulância, as instalações elétricas, entre outras. O enfermeiro participa ativamente deste processo levantando, avaliando e recebendo dados referentes aos aspectos socioeconômicos da família, possibilitando a avaliação do contexto social. Este profissional orienta o paciente e o cuidador quanto às necessidades ambientais encontradas e é o elo entre a Empresa de Home Care ou Instituição Pública e o cuidador promovendo o atendimento ao cliente e a segurança do atendimento prestado. ⁽²⁸⁾

Concluída a fase de avaliação e das adequações na residência, o paciente é liberado do hospital e encaminhado para o domicílio, acompanhado pelo enfermeiro e tem início o cuidado em domicílio.

2.3.1- O Cuidador

A estrutura familiar tem um papel importante no cuidado que será dado ao paciente e o cuidador, que ficará responsável pelo paciente na residência, é parte integrante e fundamental deste cuidado, pois o planejamento da assistência é realizado em conjunto com o familiar, que deverá garantir a segurança assistencial. O cuidador pode ser alguém da família ou não, mas deve se identificar com o paciente, pois receberá da equipe assistencial, informações de como lidar com este novo meio em que viverá. ⁽²⁹⁾.

O cuidado em domicílio permite a proximidade do paciente com o ambiente familiar reforçando os laços familiares, dinamizando o atendimento e promovendo o acolhimento do cliente.

“O cuidado domiciliar oferece à família condições de se organizar para receber e manter o paciente em ambiente adequado às condições clínicas, do mesmo modo que oportuniza a discussão de dúvidas e o desvelamento de medos e inseguranças”. ⁽³⁰⁾

Na prática é importante identificar na residência, junto aos familiares, quem poderia assumir este papel, uma vez que deve ser alguém que seja solícito e mais acostumado a prestar o cuidado na família. Este cuidador principal é que terá a responsabilidade de todos os cuidados que serão prestados na residência ao paciente, muitas vezes sem experiência anterior, e que recebe da equipe multidisciplinar, a orientação necessária para o cuidado. ⁽³¹⁾

O aparato necessário para a assistência, indiretamente, interfere no cotidiano das pessoas que estão inseridas no contexto familiar do paciente.

Podem ocorrer situações em que o cuidador tenha que dar algum cuidado ao paciente que necessite de orientação da equipe multidisciplinar evitando, assim, circunstâncias de risco para ambos ⁽²⁹⁾.

Este cuidar envolve uma alteração importante na atividade diária do cuidador. Podem ocorrer mudanças no seu estilo de vida devido à situação a que fica exposto, podendo ficar restrito ao cuidado do paciente e algumas vezes, ocorrendo conflitos

internos por consequência de comprometimento na condição financeira familiar pois, muitas vezes, nem tudo é coberto pela operadora de saúde. ^{(32) (33)}

Esta nova atribuição que este cuidador principal recebe, perdura, algumas vezes, por muito tempo, comprometendo a vida pessoal e profissional deste cuidador, acarretando sérios problemas no convívio familiar pois, muitas vezes ele não tem o apoio da família. Por conta disto, o cuidador desenvolve sérios problemas físicos e psicológicos devido ao comprometimento socioeconômico em que se vê envolvido. A diminuição do tempo disponível para si mesmo e que passa a ser tomado pelo cuidado que prestará ao paciente, faz com que o cuidar, que antes era um motivo de satisfação e alegria, passa a ser um sentimento de desgaste, cansaço, depressão, tristeza, ansiedade, impotência e frustração. ⁽³⁴⁾

O cuidador passa a ser um doente silencioso, pois acumula uma serie de indisposições físicas e psicológicas por conta da responsabilidade assumida com o cuidado, deixando de lado o seu cuidado e a necessidade da conservação da sua saúde, constatando-se, assim, que a qualidade de vida deste cuidador fica comprometida ^{(35) (36)}. É importante salientar que a família tem papel de destaque na viabilização da assistência domiciliar ⁽³⁷⁾

2.3.2- A Equipe Multidisciplinar

Dentre os profissionais envolvidos neste cuidado estão os enfermeiros que mantém papel central na organização da atenção domiciliar. ⁽³⁸⁾ Há também médicos generalistas e especialistas, farmacêuticos, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistentes administrativos, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais.

A equipe médica é composta por um responsável técnico, que coordena a equipe de médicos que realizam as visitas em domicílio e avaliam, clinicamente, o paciente revendo, se necessário, a conduta clínica.

Estes profissionais atuam segundo três formas contratuais: contrato de trabalho com vínculo empregatício segundo a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) com

a empresa de Home Care, Empresas Terceirizadas e temporários quando vinculados a alguma cooperativa de saúde. Neste caso, os profissionais são convocados ou destituídos do emprego conforme variação do número de clientes assistidos pela empresa de Home Care, não tendo, assim, vínculo formal de trabalho com a organização.

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho a cooperativa de saúde que encaminha estes profissionais é "uma associação de pessoas que se unem, voluntariamente, para realizar um objetivo comum, através da formação de uma organização administrativa e controlada, democraticamente, realizando contribuições equitativas para o capital necessário e aceitando assumir, de forma igualitária, os riscos e benefícios do empreendimento no qual os sócios participam ativamente" (39).

Embora com condições econômicas sociais questionáveis, profissionais da área da saúde como médicos, pessoal de enfermagem e outros, de forma consciente e voluntária, procuram as cooperativas e aderem a ela, como uma alternativa para obter ganho salarial em diferentes seguimentos da área assistencial, sendo uma delas o serviço de Home Care (40)

A equipe multidisciplinar que atende o paciente em domicílio deverá fazê-lo segundo protocolos acordados pelo nível de complexidade do quadro clínico do paciente, levando em conta a realidade em que este paciente vive e as limitações e possibilidades de atendimento, com um olhar de zelo e proteção, promovendo condições seguras de tratamento ao paciente e qualidade de vida ao paciente e à família. (41)

Na assistência domiciliária a atuação da equipe multidisciplinar é essencial, pois trabalha de forma a incentivar o paciente para desenvolver maior autonomia e independência na execução de tarefas antes feitas por ele individual e rotineiramente. (21)

Esta assistência oferece ações planejadas e integradas que abrangem a prevenção e promoção da saúde proporcionada pela interação de muitos profissionais que executam procedimentos de baixa, média e alta complexidade no cuidado ao paciente. (42)

2.3.3- Equipe de Enfermagem

As Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que regulamentam a atuação dos profissionais de enfermagem no atendimento domiciliar são a Resolução COFEN 293\2004 que “Fixa e estabelece Parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nas Unidades assistenciais das Instituições de saúde e assemelhados” e a resolução do COFEn 464 de 20 de outubro de 2014 que “Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar”.^{(23) (43)}.

A equipe de enfermagem representa o maior quantitativo profissional em uma empresa de Home Care. Esta equipe atua em regime de plantão na residência, podendo permanecer de 6 a 24 horas por dia. É composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

O enfermeiro, tanto na Instituição Pública como privada, é o responsável pelas visitas em domicílio avaliando o paciente durante o tratamento, revendo os cuidados que deverão ser prestados e, solicitando e monitorando a intervenção de outros profissionais da equipe multidisciplinar.

Ensinar o cuidado que será prestado ao paciente é uma das atividades do enfermeiro, pois durante o seu atendimento, irá orientar a equipe de enfermagem, o paciente e o cuidador a respeito da assistência a ser prestada⁽²⁸⁾

2.3.4- Recrutamento, Seleção e Capacitação da Equipé de Enfermagem

O serviço de Home Care proporciona cuidado integral ao paciente sendo uma atividade em franco crescimento na prática assistencial. Entretanto, a capacitação dos profissionais de enfermagem, para essa prática, não se desenvolve com o mesmo ritmo, pois são poucos os centros voltados ao ensino desta modalidade de assistência.

No Brasil, em 1920, surgiu o primeiro Curso de Capacitação para Enfermeiras Visitadoras voltadas para a prevenção de doenças como tuberculose e doenças primárias da infância e em 2000 surgiu o primeiro curso de Pós-graduação criado na

Universidade Federal Fluminense, denominado Curso de Especialização em Enfermagem em Home Care, coordenado pela Professora Silvia Barros. ⁽¹⁵⁾ ⁽⁴⁴⁾

Na assistência domiciliar a enfermagem tem uma atuação ampla que exige capacitação técnica e fundamentação teórica aprimorada e específica para a promoção, tratamento e recuperação da saúde do paciente na residência. Atualmente ainda há escassez de programas de capacitação para enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem para este tipo de cuidado.

A falta de capacitação gera dificuldades para o enfermeiro quando inserido nesta prática assistencial, dificultando o exercício da autonomia nas ações que devem ser tomadas no dia a dia e tornando difícil, o relacionamento interpessoal com a família, paciente e cuidador quando são por eles detectadas a insegurança e a falta de habilidade do pessoal de enfermagem. ⁽⁴⁵⁾

Neste contexto, esta capacitação torna-se fundamental, também, para os técnicos e auxiliares de enfermagem, uma vez que estes profissionais estão fora do ambiente hospitalar e longe do olhar direto do enfermeiro, tendo, algumas vezes, uma atitude autônoma no cuidado e desenvolvendo assim um “olhar próprio” no atendimento a ser prestado. ⁽⁴⁶⁾

As estratégias para a capacitação dos membros da equipe de enfermagem, antes do início do trabalho na residência, ocorrem na própria empresa de Home Care. ⁽⁴⁷⁾⁽⁴⁸⁾

Reforçar o papel do enfermeiro como educador e agente de mudança, nesta prática assistencial, deve ser enfatizada pela empresa de Home Care “pois é neste crescente que se vê a assistência à saúde domiciliar, tanto o cuidar como o ensinar a cuidar se fazem presentes, sendo o enfermeiro um dos personagens principais neste contexto” ⁽⁴⁹⁾.

OBJETIVOS

3- OBJETIVOS

- 1 Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o “ser enfermeiro” atuante em um serviço de Home Care.
- 2 Analisar os aspectos facilitadores e dificultadores do processo assistencial por eles vivenciado.
- 3 Identificar as estratégias adotadas, pelos enfermeiros, com impacto positivo no cuidado prestado.
- 4 Propor intervenções na assistência, segundo a avaliação positiva das estratégias adotadas.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4- TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A metodologia adotada nesta pesquisa na vertente qualitativa é uma proposta descritiva, prospectiva e exploratória.

A abordagem qualitativa tem como foco, a construção da realidade em um nível que não pode ser quantificado e concebido ; “é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e asi mesmos, sentem e pensam.” ⁽⁵⁰⁾

O caráter descritivo revela as características das pessoas, lugares e processos interativos procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da situação em estudo. O caráter exploratório, com adoção de entrevistas com os sujeitos da pesquisa, envolve atitudes ou ações relacionadas ao evento a ser investigado permitindo conhecer como os sujeitos avaliam, definem e reconhecem o problema, por eles vivenciado. ^{(51) (52)}

Assim, no presente estudo, como método de investigação, optou-se pela adoção do Estudo de Caso.

4.1- O ESTUDO DE CASO

Pode ser definido, também, como “uma pesquisa usada para coleta e registro de dados de um ou vários casos, para organizar um relatório ordenado e crítico ou avaliar, analiticamente, a experiência com o objetivo de tomar decisões ou propor ação transformadora. ” ⁽⁵³⁾.

O estudo de caso é “considerado como um tipo de abordagem intuitiva, derivada da observação participante e usando toda a sorte de documentos pessoais como diários, cartas, autobiografias, etc., sem um plano de amostragem adequado ou

verificação de vícios ou distorções resultantes de pontos de vista pessoais sobre a realidade social”⁽⁵⁴⁾

Não há um roteiro rígido, mas podem ser descritas quatro fases para o **desenvolvimento** do Estudo de Caso: a primeira fase é a delimitação do caso; a segunda é a coleta de dados, a terceira é a seleção, análise e interpretação dos dados e a quarta fase é a elaboração de um Relatório Síntese.⁽⁵⁵⁾

A primeira fase da pesquisa, fase exploratória, é constituída pela seleção e delimitação do caso, para que se definam os aspectos que serão abordados, traçando-se, assim, os limites do trabalho. Esta fase vai sendo formada na medida em que a pesquisa está sendo desenvolvida. Para que a investigação, na vertente qualitativa ocorra, as técnicas a serem adotadas para a coleta de dados da segunda fase são a Entrevista Semiestruturada e o Grupo Focal e as informações coletadas deverão ser documentadas para fundamentar o Estudo de Caso. A terceira fase é a análise e interpretação sistemática dos dados e ocorrerá após a finalização da coleta de dados obtidos nas Entrevistas e no Grupo focal. Os dados serão organizados e analisados e para isto será adotada a técnica de análise de conteúdo.⁽¹⁾

A última fase é a elaboração de um Relatório Síntese que integra o conjunto de informações resultantes da análise das entrevistas Individuais e do Grupo focal. Neste Relatório “é importante a objetividade e o estilo, mantendo-se a expressão impessoal e evitando-se frases qualificativas ou valorativas, pois a informação deve descrever e explicar, mas não intentar convencer.”⁽⁵⁶⁾.

A literatura explicita que como “método de pesquisa, o estudo de caso é usado em muitas situações, para contribuir ao nosso conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados”⁽⁵⁷⁾

Segundo a sua **finalidade**, a literatura considera três tipos de Estudos de Caso:
⁽⁵⁸⁾.

- Intrínseco, quando busca uma melhor compreensão de um caso, por um interesse quando particular em profundidade e por fazer parte de uma situação cotidiana, ou seja, o caso é de interesse em si só. O Estudo de Caso Intrínseco é aplicado para avaliar ou descrever situações dinâmicas em que o elemento humano está presente.

- Instrumental, quando facilita o entendimento de algo mais amplo, uma vez que pode servir para fornecer insights sobre um assunto ou para contradizer uma generalização amplamente aceita proporcionando maior facilidade para a compreensão de algo mais. O caso é tratado em profundidade, delimitando-se o seu contexto, detalhando-se as atividades comuns, porém sem perder o objetivo de satisfazer interesses externos.
- Coletivo, quando é um estudo instrumental, extensivo a um maior número de pessoas ou casos, onde os investigadores podem estudar, conjuntamente, um determinado número de casos com a intenção de indagar sobre determinado fenômeno, população ou condição geral. Os casos individuais que se incluem no conjunto estudado podem, ou não, ser selecionados por manifestar em alguma característica comum.

“Podemos concluir, portanto, que os estudos de caso instrumentais, coletivos ou não, pretendem favorecer ou, ao contrário, contestar uma generalização aceita, enquanto os estudos intrínsecos, em princípio, não se preocupam com isso” (59).

Tendo em vista que a presente pesquisa busca apreender a percepção dos enfermeiros em dois serviços de Home Care, considerou-se o Estudo de Caso Intrínseco como o mais adequado ao presente estudo.

Assim no presente estudo, para a operacionalização do Método de Estudo de Caso foram adotadas as técnicas: da Entrevista Semi estruturada e do Grupo Focal.

4.1.1- Entrevista Semiestruturada

Na técnica da Entrevista Semiestruturada as questões são baseadas e apoiadas em teorias e hipóteses que têm relação ao tema estudado e é um dos meios que o pesquisador adota, na vertente qualitativa, como técnica de coleta de dados. Esta técnica possibilita: obtenção de dados relacionados a diversos aspectos do cotidiano da vida social; promove a obtenção de informações relacionadas a respeito do comportamento humano; possibilita que os dados obtidos possam ser quantificados e qualificados; o retorno é sempre verbal não exigindo instrução educacional; promove a flexibilidade do entendimento das respostas da pesquisa, pois

é possível, no retorno do pesquisado perceber o não verbal, expressões faciais e corporais, tom de voz e ênfase das respostas e visa obter informações de interesse da investigação, onde o pesquisador formula perguntas orientadas, com um objetivo definido, frente a frente com o respondente e dentro de uma interação social. Esta tem sido uma estratégia básica na coleta de dados qualitativos. ⁽⁵²⁾ ⁽⁶⁰⁾. Essa técnica “parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas dos informantes. Desta maneira, o informante, seguindo, espontaneamente, a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa” ⁽⁶¹⁾.

A Entrevista Semiestruturada é conhecida, também, como Semidiretiva ou Semiaberta. Em se tratando deste tipo de entrevista a atenção tem sido dada à formulação de perguntas básicas para o tema a ser investigado e os questionamentos geram novas hipóteses, a partir das respostas dos informantes. Este tipo de entrevista “... favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade...” além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações. ⁽⁶¹⁾

4.1.2- Grupo Focal

A escolha da técnica do Grupo Focal visa complementar a coleta de dados qualitativos, por favorecer a interação e a intervenção dos sujeitos na realidade a ser estudada, com sua participação efetiva e corresponsabilidade no processo.

Grupo Focal é definido como uma técnica de pesquisa onde através de uma interação grupal, dados são coletados a partir da discussão do grupo sobre o assunto ou tópico sugerido pelo pesquisador. É uma maneira de conhecer as percepções, ideias e ações de um determinado grupo sobre um determinado assunto. ⁽⁶²⁾

Esta técnica de pesquisa tem a finalidade de: compreender o processo de constituição da percepção, das atitudes e das representações sociais de grupos humanos; promover e revisar atividades educativas e aprendizagem; refletir para a

resolução de dificuldades criadas e manifestadas, coletivamente, e estruturar ações diagnósticas e levantamento de problemas a serem utilizados como objetos de promoção em saúde e meio ambiente.⁽⁶³⁾

“Em síntese, desenvolver uma pesquisa utilizando o Grupo Focal é desenvolver um processo, que contém procedimentos que visam a compreensão das experiências do grupo participante, do seu próprio ponto de vista”.⁽⁶⁴⁾

Os Grupos Focais utilizam a interação grupal para obter dados que dificilmente seriam conseguidos individualmente. Assim, esta técnica torna-se complementar à da entrevista. “Em síntese, as situações propícias para a aplicação do Grupo Focal são aquelas nas quais os objetivos da pesquisa necessitam de levantamento, por meio de debate, das impressões, visões e concepções de mundo de seu público alvo”.⁽⁶⁵⁾

Para a realização do Grupo Focal é necessária a presença de um moderador, pesquisador, e de um ou dois relatores ou observadores, com papéis e funções específicas. O pesquisador deve estabelecer e facilitar a discussão e objetiva coletar dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos (por isso é chamado Grupo Focal). O passo mais importante é estabelecer o propósito da sessão com objetivos bem definidos, para que o grupo possa concentrar-se nas questões mais importantes e para que as pessoas se sintam dispostas a participar do encontro. A duração do Grupo focal ocorre, em média, durante uma hora e meia.⁽⁶⁶⁾

A essência do grupo focal consiste na interação entre os participantes, 6 a 10 participantes, sem vínculo familiar, com características comuns que estão associadas ao tópico que está sendo pesquisado. São pessoas com diferentes opiniões em relação ao tema e o objetivo é conseguir um relato de cada um dos participantes sobre o objeto em estudo. Para sua operacionalização deve-se estabelecer, como local para a realização do Grupo Focal, uma sala confortável, clara, sem ruídos, afastada da interferência de terceiros e de fácil acesso a todos, que preferencialmente possua assentos organizados de forma circular, para que os participantes fiquem voltados uns para os outros, a fim de facilitar a discussão que deve ser idealmente neutra.⁽⁶⁴⁾

No início da reunião com o Grupo, o pesquisador deve explicar a essência do encontro e objetivos da discussão, solicitar autorização para registrar ou gravar as

discussões e, considerar o aceite para participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Ao moderador, pesquisador, compete orientar e coordenar o debate, facilitar a participação da discussão, não intervindo e evitando a monopolização da fala por parte de alguns participantes em detrimento de outros; deve estar atento ao tempo e estimular a discussão para obter, dos participantes, relatos de suas percepções, sentimentos e experiência ou mesmo suas preferências; criar uma atmosfera favorável à discussão sendo um facilitador; criar um ambiente propício para que diferentes pontos de vista venham à tona e evitar constrangimentos, exaltação ou arrefecimento de ânimos sem, contudo, exercer qualquer tipo de pressão para que os participantes estabeleçam algum plano conclusivo. Deve ainda, ser flexível, expressar-se com clareza, e não expor suas opiniões ou fazer críticas aos comentários dos participantes, ser sensível, saber ouvir, ter clareza, ser simpático, vivo e ter senso de humor. Precisa permanecer atento às expressões gestuais dos participantes e saber interpretá-las para intervir e enriquecer a reunião. ⁽⁶⁴⁾

Para nortear e auxiliar no desenvolvimento do Grupo Focal compete a ele ter “roteiro de debate” relacionado às questões de investigação do projeto em pauta. Recomenda-se que o roteiro tenha entre 3 e 5 tópicos no máximo, que não devem ser expressos ao grupo em forma de perguntas, mas em forma de “sugestão”, de estímulos para introduzir o assunto, como é a proposta do método, que é desenvolver uma discussão focada em um tema específico ⁽⁶⁷⁾.

A atribuição do relator ou observador é anotar as falas, nominando-as, deve registrar a linguagem não verbal dos participantes, tons de voz, expressões faciais e gesticulação. O material produzido não precisa ser a transcrição literal das falas, mas sim, um rol de posturas, ideias e pontos de vista que subsidiarão as análises posteriores. ⁽⁶⁸⁾

4.2- ANÁLISE DOS DADOS

No presente estudo, os dados coletados nas Entrevistas e no Grupo Focal são de natureza qualitativa. Isto implica na realização da Análise de conteúdo ⁽⁵⁵⁾ dos dados também de forma qualitativa, que irão revelar, com a máxima objetividade e isenção possível, como os grupos em questão percebem e se relacionam com o foco do estudo em pauta. "Muitas vezes, o processo de análise acontece de modo simultâneo com a coleta de dados. Por adotar um processo indutivo, em que as categorias e as hipóteses explicativas se formam a partir dos dados, é procedimento habitual de pesquisa qualitativa refletir e analisar resultados parciais, visando adequar melhor os procedimentos de coleta de dados aos objetivos da pesquisa" ⁽⁶⁹⁾.

Assim, nesta pesquisa os dados obtidos nas Entrevistas Semiestruturadas e no Grupo focal foram analisados segundo a análise de conteúdo proposta por Bardin. Para esta autora o texto é um meio de expressão do sujeito, onde a analista busca captar unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem. Para Bardin a análise de conteúdo é "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando procedimentos, sistemáticos e objetivos, de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção". ⁽¹⁾

Os discursos são transcritos literalmente e este material é trabalhado em três fases:

Fase da Pré análise, esta é a primeira fase, onde as primeiras ideias são sistematizadas, isto é, nesta fase são desenvolvidas as operações preparatórias para o análise e identificação dos núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja frequência de aparição pode ter significado relacionado ao objetivo descrito. Este procedimento é denominado de leitura flutuante. A leitura flutuante, intuitiva, compromete o pesquisador a ler de forma exaustiva as entrevistas a serem analisadas. ⁽¹⁾.

A segunda fase é a descrição analítica que resulta das entrevistas que, separadamente, são vistas reconhecendo as possíveis diferenças de ideias em uma reflexão focada nos registros. Neste momento devem ser identificados os conteúdos

que mais respondem ao objetivo da pesquisa após a identificação das unidades do contexto. Estas serão codificadas e categorizadas, ou seja, serão comparadas entre si e agrupadas por afinidades. ⁽¹⁾

Na terceira fase, denominada por Bardin como interpretação inferencial, ocorre a classificação das unidades temáticas a partir de uma categorização. Estas unidades temáticas inserem-se nas ideias chegando a propostas básicas revelando um conteúdo pouco observado e estabelecendo a relação entre a prática e o referencial teórico, pela reflexão e intuição do pesquisador.

Após o resgate das Unidades de Significado (US) estas serão agrupadas por similaridade de significados em Categorias. Para Bardin esta análise irá interpretar o conteúdo resgatando, na reinterpretação das mensagens e na compreensão de significados temáticos, um retorno ao objetivo proposto pela pesquisa. ⁽¹⁾

4.3- CENARIO DO ESTUDO

Para a realização desta pesquisa foram coletados dados em dois cenários sendo, um deles uma Instituição Pública e o outro, uma Instituição Privada.

4.3.1- Instituição Pública

Um dos cenários do estudo é uma Instituição Pública, idealizada em 1967, com o início de construção em 1968 e início de atendimento em 1976. Esta Instituição é um Hospital Universitário (HU) Geral de natureza jurídica pública, Estadual (Certificação MEC/2005), com nível de complexidade secundária fazendo parte do sistema Integrado de Saúde de uma Universidade Pública do Estado de São Paulo. Presta serviço ao Sistema Único de Saúde (SUS) e está inserido na Supervisão de Saúde do Butantã que integra a Coordenação de Saúde da Região Centro Oeste. Tem como missão desenvolver atividades de ensino, pesquisa e assistência na área da saúde. A instituição localiza-se no campus da USP, na zona oeste da cidade de São Paulo, ocupando uma área física de 39.000m². Dispõe de 236 leitos distribuídos em quatro especialidades básicas: médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica.

Constitui campo de estágio das faculdades de Medicina, Saúde Pública, Enfermagem, Farmácia e Odontologia. Presta assistência de saúde à comunidade USP, que engloba o corpo docente, discente e de funcionários, e aos moradores do Distrito do Butantã, servindo de referência às Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região. Os recursos financeiros são provenientes de dotação orçamentária da Universidade de São Paulo (USP) e de serviços prestados ao SUS. Os órgãos da Administração Superior são o Conselho Deliberativo (CD) e a Superintendência ("S").

O CD é constituído pelos diretores das Faculdades de Medicina, Ciências Farmacêuticas, Saúde Pública, Odontologia, Escola de Enfermagem e Instituto de Psicologia, pelo Superintendente, pela representação discente e por um representante da comunidade. Uma das principais funções do CD é definir as diretrizes básicas da assistência médico-hospitalar, da pesquisa, da cooperação didática e da prestação de serviços médico-hospitalares à comunidade.

A "S" é o órgão de direção executiva que coordena, supervisiona e controla todas as atividades deste Hospital.

Figura 1 - Organograma da Instituição Pública

Figura 2 - Organograma do Departamento de enfermagem

Departamento de Enfermagem (DE) está ligado diretamente à “S” e tem participação efetiva no desenvolvimento e na consecução dos objetivos institucionais. Sua estrutura organizacional é composta por cinco divisões e um serviço: Divisão de Enfermagem Cirúrgica, Divisão de Enfermagem Clínica, Divisão de Enfermagem obstétrica e ginecológica, Divisão de Pacientes Externos e Divisão de Enfermagem em Pediatria e Serviço de Ensino e Qualidade (SEQ). Essas cinco divisões congregam treze seções e três setores. O Serviço de Ensino e Qualidade (SEQ) é responsável pela seleção, treinamento, desenvolvimento e avaliação de desempenho do pessoal. O DE conta, também, com uma Comissão de Ética de Enfermagem.

O Programa da Assistência domiciliaria (PAD) no referente ao Departamento de Enfermagem está vinculado à Divisão de Enfermagem Clínica. Foi implantado em 02 de maio de 2000, está localizado no segundo andar do HU e adota, como modelo de Atenção, a Assistência Domiciliaria.

O PAD tem como objetivos diminuir o tempo de internação do paciente, otimizar o leito de internação do Hospital; evitar reintegrações; promover cursos de orientação aos cuidadores e familiares; inserir o paciente, novamente, ao meio sócio familiar;

trabalhar para promover a qualidade de vida do paciente e familiar e promover a capacitação de uma equipe multidisciplinar.

O Programa ainda desenvolve: atendimento domiciliário; suporte no momento do luto; promoção de lazer para os pacientes\cuidadores; reuniões com os cuidadores; reunião científica e participação em Congressos e Eventos Científicos.

Atualmente é campo de estágio para Graduação em Enfermagem; Terapia Ocupacional; Gerontologia; Residência da disciplina Medicina da Família; residentes de Acupuntura; residentes de Enfermagem em Saúde da Família, Adulto e Idoso.

Atende 102 pacte\ mês para o atendimento em domicílio, provenientes das Unidades de Pronto Socorro Adulto (PSA), Ambulatório (Amb), UTIA e demais Unidades do Hospital sendo, a maioria, pacientes idosos e portadores de doenças crônico-degenerativas que requerem total dependência e cuidados, quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas, pacientes com cuidados intermediários, pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requerem avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência para o atendimento das necessidades humanas básicas.

Atende, também, pacientes com doenças crônicas como hipertensão, diabetes, sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE), cardiopatias, pneumopatias, demências.

Para o paciente ser acompanhado pelo PAD são critérios: que seja matriculado neste Hospital Público; morar nas imediações do Hospital /PAD; ter indicação e pedido do médico que assiste o paciente; ter condição clínica para ser atendido em domicílio, e ter um cuidador no domicílio eleito pela família.

Constituem a equipe de profissionais que faz parte deste Programa: médicos clínicos, um pediatra, um psiquiatra, duas enfermeiras, uma fisioterapeuta, duas secretarias e um motorista. Os demais profissionais como fonoaudiólogas, terapeuta educacional, assistente social fazem parte de o Complexo Hospitalar e quando solicitados, prestam cuidados aos pacientes em domicílio.

O paciente que atende ao critério, primeiramente recebe a visita da assistente social, do enfermeiro e do médico que avaliam a área física da residência de destino,

as condições sócias econômicas da família e define a periodicidade das visitas que ocorrem de segunda a sexta feira. A partir deste momento, cada profissional envolvido no programa, agenda sua visita conforme a necessidade do paciente. Às quartas feiras ocorre uma reunião multidisciplinar para a programação dos cuidados e a proposição do Plano de cuidados.

Até 2009 o PAD possuía todos seus registros em cadernos e agendas, e a partir de 2009 foi viabilizado um sistema de Informatização que agrega todas as informações em um sistema integrado no PAD.

4.3.2- Instituição Privada

O outro cenário do estudo é uma Instituição Privada, situada em São Paulo, Capital, que em meados de 1992 foi criada com a visão de ser um novo serviço de assistência domiciliar no Brasil e com a finalidade, clara, de levar a qualidade assistencial dos grandes hospitais, à casa dos pacientes com cuidados personalizados, atentos e humanos.

Esta instituição preza por uma visão integrada, multidisciplinar e customizada do cuidado ao paciente, oferecendo soluções únicas no cuidado de Home Care. Com atenção aos detalhes que podem fazer a diferença na qualidade de vida e no bem-estar do paciente, a equipe desta Instituição identifica os valores da família, entende os hábitos da casa e, com sensibilidade e discrição, capta o conhecimento necessário para criar a solução mais adequada dentro daquele contexto. Essa avaliação permite também compreender o perfil dos profissionais que devem alocar.

Uma equipe multidisciplinar atende cada paciente e, cada domicílio atendido conta com um enfermeiro de referência, que centraliza as informações e age como um canal de consulta e apoio para questões técnicas e particulares. Esse cuidado garante, além do vínculo de confiança e carinho, um entendimento mais profundo do caso, tornando mais fácil a comunicação com a família e mais ágil a resposta para qualquer situação.

Esta empresa foi pioneira em assistência domiciliar no Estado de São Paulo. Em 2012, conquistou o selo Joint Commission International (JCI), reconhecido e respeitado pelas maiores instituições de saúde.

A instituição tem como Missão - “Ser uma empresa de gestão em saúde que presta atenção domiciliar personalizada a pacientes, familiares e instituições, com transparência e segurança, harmonizando sua relação com seus colaboradores, médicos e equipe multiprofissional”; como Visão - “Ser reconhecida nacional e internacionalmente por meio de metodologia de acreditação de qualidade em assistência domiciliar” e como Valores - “Comprometimento com os colaboradores e família, Investimento em conhecimento técnico e científico; Atuação com ética; Investimento em inovação e tecnologia respeitando o meio ambiente; Satisfação dos clientes internos e externos, promovendo segurança dos colaboradores, pacientes e familiares e Reconhecimento como referência no segmento de Home Care”.

A empresa presta serviços em São Paulo e interior, tem como modelo de intervenção a interdisciplinaridade. Conta com uma equipe de enfermagem de 17 Enfermeiros, tendo uma enfermeira atuando na Educação Permanente, 60 Técnicos de Enfermagem e 95 Auxiliares de Enfermagem. Conta ainda na equipe com um Farmacêutico, 30 profissionais que atuam como Cuidadores da Saúde e 34 profissionais Administrativos. Com Profissionais que atuam como terceirizados, a empresa conta com: Médicos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Terapeutas Ocupacionais, uma Enfermeira Estomoterapeuta e Nutricionistas.

Esta empresa tem importante número de profissionais que foram contratados pelo Regime da CLT o que possibilita: ter profissionais com qualificação, ter fidelidade dos profissionais e redução da rotatividade; oferecer e promover conhecimento e alinhamento comportamental dos colaboradores com foco na gestão integrada de cada paciente visando qualidade de vida, promoção da saúde e redução de custos.

Possui Programa de Educação Permanente que tem por objetivo assegurar, que todos os colaboradores, passem, periodicamente, por revisão de conceitos e conhecimentos de novas técnicas. Este aperfeiçoamento é realizado pela Enfermeira de Educação Permanente.

Figura 3 - Organograma da Instituição Privada

A fonte pagadora dos pacientes é, na sua maioria, grandes Operadoras de Saúde e, em segundo lugar, clientes particulares, pois a Instituição não trabalha com a População do Sistema Único de Saúde. (SUS)

Atende em média 120 pacientes por mês, com o seguinte perfil epidemiológico: mais mulheres do que homens e faixa etária entre 60 e 80 anos. Os principais diagnósticos atendidos são traumas, queda, Acidente Vascular encefálico (AVE), Alzheimer. A média de tempo em que o paciente estará recebendo o cuidado em domicílio é de 2 a 6 meses.

As Premissas para elegibilidade do paciente para Home Care são: Consentimento do cliente e da família e do médico assistente e identificação do Interlocutor da família – cuidador.

A seguir é feita uma avaliação técnica onde é realizada uma Avaliação de Enfermagem e Médica do paciente; avaliação sócio econômico da família e são avaliados os riscos assistenciais como Risco de queda do paciente em domicílio. Uma

avaliação médica e multidisciplinar é feita nesta fase e é verificada a presença do Cuidador apto para o cuidado ou suporte.

Finalmente é realizada uma Análise do Programa de Assistência Domiciliar onde é avaliado o número de horas diárias de assistência de enfermagem e a previsão de Medicamentos, Materiais e Equipamentos.

Atendimentos típicos realizados na Instituição: Estomaterapia, Curativos (simples, média, alta complexidade); Antibioticoterapia; cuidados paliativos – controle dor, ajuste farmacológico, alívio de sintomas como: descompactação de fecaloma; Oxigenoterapia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Doença Crônica em compensação; ortopédicos para reabilitação; Pós-Operatórios (cirurgia de médio e grande porte); Passagem e manutenção de sondas e Internação Domiciliar 06, 12 ou 24 horas.

Possui um dispensário com estrutura integrada e rastreabilidade de equipamentos, materiais e medicamentos com logística própria.

4.4- POPULAÇÃO DA PESQUISA

O primeiro passo para contatar os enfermeiros, população do estudo deu-se, na Instituição Privada, através de uma reunião agendada com a Diretora da Instituição e, na Instituição Pública, por contato telefônico com uma das enfermeiras do PAD.

Como segundo passo, em ambas instituições, foi agendado um momento onde foi apresentado o Projeto de Pesquisa e, após sua avaliação, foram visitadas as áreas de atuação da enfermagem.

Como terceiro passo foram marcadas as entrevistas com os enfermeiros atuantes na assistência domiciliar, segundo dia, hora e local de conveniência por eles explicitados.

4.4.1- População: Instituição Pública

Na instituição Pública, os sujeitos que participaram da Entrevista semiestruturada e do Grupo Focal, foram as três enfermeiras que atuam no serviço do PAD, há pelo menos seis meses, e que voluntariamente aceitaram participar do estudo.

4.4.2- População Instituição Privada

Na Instituição Privada, os sujeitos do estudo que participaram da Entrevista semiestruturada foram 10 enfermeiros, três homens e sete mulheres, atuantes neste serviço de Home Care, que prestam serviço na empresa há pelo menos seis meses e que, voluntariamente, aceitaram participar do estudo. Na 2ª fase da coleta de dados, para o Grupo Focal, foram convidados os dez enfermeiros, mas, somente cinco participaram, pelo fato de três enfermeiras terem saído da empresa, uma estar em férias e um enfermeiro estar trabalhando o que o impossibilitou de participar do Grupo Focal.

4.5- COLETA DE DADOS

4.5.1- Aspectos Éticos

Segundo a norma da Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde ⁽⁷⁰⁾, o projeto de pesquisa foi submetido, à Comissão de Ética em Pesquisa (CEP-EEUSP) da Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP-EEUSP) - Parecer: 123.202; data da relatoria 16\10\2012. (Anexo I).

A coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação da pesquisa pelo CEP da EEUSP, aceitação das instituições e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, pelos enfermeiros população do estudo. (Apêndice I)

Assim foram garantidos: os esclarecimentos sobre a proposta da Pesquisa bem como, sobre a possibilidade de recusa a participação; da liberdade de desistir a qualquer momento; da ciência do compromisso do pesquisador da empregabilidade dos dados para fins éticos de pesquisa; da possibilidade de alterar o texto final, adicionando ou retirando qualquer narrativa e do anonimato do sujeito da pesquisa.

4.5.2- Técnicas Adotadas

Os dados foram coletados, nas duas Instituições, por meio da adoção das técnicas da Entrevista Semiestruturada e do Grupo Focal.

Os dados foram coletados, através da Entrevista semiestruturada, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e, autorização para gravação da entrevista. Em seguida, as entrevistas foram orientadas pelas seguintes questões norteadoras:

1. Para você o que significa ser enfermeiro atuante na assistência domiciliar?
2. O que você considera importante na capacitação do enfermeiro para atuar na assistência domiciliar?
3. Quais as facilidades e dificuldades encontradas nesta vivência?
4. Quais as estratégias que você considera de impacto positivo para proporcionar um cuidado contínuo e seguro ao paciente em domicílio?

Na Instituição Pública cada uma das três enfermeiras concedeu uma entrevista não havendo recusas quanto à participação. As entrevistas com as três enfermeiras foram agendadas previamente, de acordo com as suas preferências e disponibilidade, e realizadas durante o mês de janeiro de 2014, em uma sala localizada na própria Instituição onde se desenvolve o PAD.

Na Instituição Privada, cada um dos dez enfermeiros concedeu uma entrevista, não havendo recusas quanto à participação. As entrevistas com os dez enfermeiros, foram agendadas previamente, de acordo com as suas preferências e disponibilidade,

e realizadas no período de 10 de dezembro de 2013 a 15 de janeiro de 2014 em sala localizada na própria Instituição.

Após a realização das entrevistas gravadas, foi feita a transcrição das mesmas e cada entrevistado foi identificado com uma letra e um número sendo, a letra A correspondente aos enfermeiros da Instituição Pública e a letra B aos enfermeiros da Instituição Privada. Os números foram atribuídos a cada entrevistado, em ordem crescente, iniciando com o número 1 e seguindo a ordem cronológica de realização das entrevistas. Desta forma foi garantido o anonimato dos enfermeiros e o sigilo das informações. Exemplos: A1, B3.

Foi realizada, a partir das entrevistas, em cada Instituição, a Caracterização das enfermeiras participantes do estudo das Instituições A e B, com dados referentes à idade, tempo de formação, tempo de atuação na instituição e cursos de capacitação.

A análise de conteúdo das entrevistas permitiu a elaboração de dois Relatórios Síntese, um de cada Instituição, que serviram como elemento disparador, para a discussão da reunião do Grupo Focal, nas respectivas Instituições.

A coleta de dados obtidos por meio da adoção da técnica do Grupo Focal, nas duas Instituições, ocorreu na instituição pública, pelo convite feito às três enfermeiras que participaram da primeira fase da pesquisa. O encontro foi marcado para o dia 26 de agosto de 2015 às 18:30 h o que não ocorreu devido à demanda de atividades da equipe de enfermeiras. O segundo encontro foi marcado e realizado no dia 2 de setembro de 2015, no mesmo horário e local das entrevistas, com duração de uma hora e 30 minutos. Na Instituição Privada, participaram do Grupo Focal 5 enfermeiros sendo dois homens e três mulheres e foi marcado o encontro para o dia 15 de julho de 2015 às 14 h, o que foi realizado com a duração de duas horas.

Os enfermeiros, das duas Instituições, antes do início do Grupo Focal foram informados sobre as regras do Grupo; foram redimidas as dúvidas e foi solicitada autorização para gravação da reunião com o objetivo de obter maior fidelidade na captação das informações. Após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido tiveram início as reuniões do Grupo Focal quando cada enfermeiro recebeu o Relatório Síntese das entrevistas realizadas na primeira fase da pesquisa, na sua Instituição. . Após leitura coletiva, foram informados sobre a dinâmica do Grupo

Focal: duração máxima de 120 minutos; falar um de cada vez; discussões paralelas deveriam ser evitadas; nenhum dos participantes poderia dominar a discussão e que todos teriam o direito de expor suas ideias. Foi informado que o discurso coletivo seria gravado para posterior transcrição e análise e foi enfatizado o fato de que não se buscava consenso na discussão e que a divergência de perspectivas e experiências era muito bem-vinda.

Assim, após a leitura do Relatório Síntese e, ainda, para facilitar o início das discussões foi feita a proposição - avaliando os resultados das decisões e/ou ações por vocês adotadas na assistência, quais vocês consideram que tiveram impacto positivo.

4.6- ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos nas Entrevistas foram analisados segundo a Análise de Conteúdo proposta por Bardin ⁽¹⁾. Esta etapa foi realizada pelo próprio pesquisador que analisou, separadamente, os dados coletados em cada Instituição que foram identificados com as letras e números dos respectivos entrevistados. O pesquisador analisou as falas das entrevistas que foram mantidas na sua íntegra.

Assim, para a análise dos achados, segundo Bardin, foi adotada a técnica de análise de conteúdo com as seguintes etapas:⁽¹⁾.

4.6.1- Pré-análise

As falas foram lidas e relidas pelo pesquisador iniciando, assim, a pré-análise, onde foram descobertos os núcleos de sentido cuja frequência de surgimento significou algo relacionado com o objetivo do estudo; Bardin denomina esta fase de leitura flutuante “que é definida como a primeira atividade que consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações”. Assim a “leitura flutuante” das entrevistas ocorreu de forma exaustiva e deste modo ocorreu a organização das ideias para a detecção dos principais elementos específicos da leitura.

4.6.2- Exploração do Material ou descrição analítica

Neste momento foram identificadas nas falas, os conteúdos que chamaram a atenção do pesquisador e, à medida que a “leitura flutuante” ocorria, os conteúdos que mais respondiam aos objetivos da pesquisa eram identificados com o número de cada sujeito daquela Instituição. Desta forma, de acordo com a ordem cronológica de realização, as entrevistas foram transcritas, analisadas individualmente e interpretadas, buscando-se as Unidades de Significados (US) e em seguida agrupadas de acordo com os temas que emergiram. Esta é a fase de codificação do material que é a transformação sistemática dos dados brutos em unidades que caracterizam o conteúdo.

4.6.3- Interpretação Inferencial

Pela análise interpretativa dos dados qualitativos das falas emergiram as Unidades de Significado (US) e, a partir de um sistema Categorical, foi possível a elaboração das Categorias Empíricas do estudo.

ANÁLISE, DISCUSSÃO E RESULTADOS

5- ANÁLISE, DISCUSSÃO E RESULTADOS

5.1- CARACTERIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Quanto à caracterização dos enfermeiros participantes deste estudo, das Instituições A e B os Quadros 1 e 2 mostram:

5.1.1- Caracterização das Enfermeiras Participantes do Estudo da Instituição A

Enfermeiro	Caracterização das Enfermeiras
A.1	30 anos, 8 anos de formada, 3 anos e 4 meses no PAD. Curso realizado: Especialização em Cuidados Paliativos (Curso Avançado Multiprofissional de Cuidados Paliativos), Casa do Cuidar, 2012.
A.2	50 anos, 28 anos de formada, 14 anos no PAD. Cursos realizados: Especialização em Administração Hospitalar- Fac. São Camilo: 1992. Curso de Especialização em Assistência Domiciliar: 2001 – EEUSP. Curso de Especialização em Cuidados Paliativos (Curso Avançado Multiprofissional de Cuidados Paliativos), Casa do Cuidar, 2012. Mestrado Departamento Saúde coletiva EEUSP – 2003. Doutoranda Gerenciamento em Enfermagem - EEUSP
A.3	60 anos, 38 anos de formada, 7 anos no PAD. Cursos realizados: Especialização em: Administração Hospitalar, Nefrologia e Cuidados Paliativos. Estagio no Japão de 2 meses e meio nas áreas de home care, cuidados paliativos no Hospital Universitário de Nagasaki em 2007.

Quadro 1 - Caracterização das enfermeiras participantes do estudo da Instituição A

As características pessoais e profissionais das enfermeiras da Instituição A mostram: faixa etária entre 30 e 60 anos; tempo de formação em enfermagem entre 38 a 8 anos; vivência na atual Instituição de Home Care entre 3 e 14 anos; mais de 6 meses de experiência em Assistência Domiciliária e quanto às atividades

desenvolvidas para a capacitação profissional, as três enfermeiras fizeram Cursos de Especialização e uma fez Mestrado e está cursando o Doutorado.

5.1.2- Caracterização dos Enfermeiros Participantes do Estudo da Instituição B

Enfermeiro	Caracterização das enfermeiras
B.1	43 anos, 5 anos de formada, 2 anos e dez meses na instituição.
B.2	54 anos, 33 anos de formada, 12 anos de instituição. Curso realizado: Especialização em formação pedagógica em Enfermagem Residência em UTI - INCOR
B.3	50 anos, 25 anos de formada, 4 anos na instituição. Curso realizado: MBA em serviços de saúde - Área Hospitalar Cuidados Paliativos
B.4	34 anos, 8 anos de formado, 8 meses de instituição. Curso realizado: Pós-Graduação em Enfermagem na Assistência Integral à Cardiologia em 2010
B.5	43 anos, 16 anos de formada, 5 meses de instituição. Curso realizado: Especialização em Auditoria em Enfermagem em 2006
B.6	30 anos, 3 anos de formada. 1 ano na Instituição. Cursos realizados: Especialização em Enfermagem em cuidados intensivos E de emergência no Recém-Nascido à criança e ao adolescente em 2013. Pós-Graduação Lato Sensu em Formação de Docentes para Ensino em Enfermagem em nível Técnico e superior em 2014.
B.7	34 anos, 7 anos de formado, 1 ano na instituição. Curso realizado: Especialização em Unidade de Terapia Intensiva em 2011
B.8	26 anos, 5 anos de formada, 8 meses na instituição. Curso realizado: Especialização em Gerenciamento de Enfermagem - em 12/2013
B.9	38 anos, 11 anos de formado, 5 anos e três meses. Pós-Graduação Lato Sensu em Enfermagem Oncológica em 2008 Pós-Graduação Lato Sensu em Docência em Ed Profissional Técnica De nível médio e de educação superior com ênfase em enfermagem em 2009.Pos Graduação em Gestão de Negócios 2012.curso de libra.
B.10	38 anos, 13 anos de formada, 7 meses na Instituição. Pós-Graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva - 2005

Quadro 2 - Caracterização dos enfermeiros participantes do estudo da Instituição B

As características pessoais e profissionais dos enfermeiros que participaram da Pesquisa na Instituição B mostram: faixa etária entre 26 e 54 anos; tempo de formação em enfermagem entre 5 e 33 anos; vivência nesta empresa de Home Care entre 5 meses a doze anos; mais de 6 meses de experiência em Assistência Domiciliária e quanto às atividades desenvolvidas para a capacitação profissional, nove enfermeiros participaram de Cursos de Especialização ou de Pós-graduação *senso lato*.

5.2- RESULTADOS: CATEGORIAS EMPIRICAS DAS ENTREVISTAS

Ainda quanto aos Resultados, os dados obtidos nas entrevistas dos enfermeiros das Instituições A e B, mostram resultados convergentes quanto às semelhanças nos significados que atribuem às atividades que desenvolvem no seu cotidiano; quanto à similaridade nas percepções das dificuldades, facilidades e decisões assertivas por eles vivenciadas na assistência domiciliária; pela referência de sentimentos e julgamentos assemelhados; pela mesma leitura do significado de educação em saúde e pela explicitação, bastante aproximada, das atividades desenvolvidas para a capacitação e desenvolvimento profissional.

Assim, as Categorias Empíricas elaboradas, no presente estudo, são o resultado da análise conjunta dos dados obtidos nas Instituições A e B.

As Categorias Empíricas bem como, as respectivas US abarcam estes resultados e estão demonstradas no Quadro 3.

Categorias	Unidades de Significado
Gerenciamento da Assistência Domiciliária	Us- Dimensão da Proposta Assistencial Us- Fatores facilitadores do atendimento Us- Fatores dificultadores do atendimento Us- Estratégias adotadas com Impacto Positivo
Processo Educacional na Assistência Domiciliária	Us- Capacitação Profissional\pessoal do enfermeiro Us- Orientação ao cuidador e família.

Quadro 3 - Categorias Empíricas e respectivas Unidades de Significado resgatadas das falas dos enfermeiros das Instituições A e B.

5.2.1- Categoria Gerenciamento da Assistência Domiciliária

Na Categoria Gerenciamento da Assistência, os enfermeiros tecem considerações sobre a concretização da proposta assistencial chamando a atenção para o papel do enfermeiro como direcionador do cuidado e pilar de sustentação da assistência provendo, todos os recursos materiais para a assistência e reconhecendo o contexto sócio econômico e cultural do paciente e da família. No gerenciamento da assistência, os enfermeiros identificam os fatores facilitadores para um desempenho de qualidade bem como, fatores que dificultam a efetivação da assistência. Identificam, ainda, na vivência do cotidiano as decisões e ações por eles adotadas, que evidenciam resultados com impacto positivo para o paciente e família.

➤ **Unidade de significado: Dimensão da Proposta Assistencial**

Na atenção domiciliar para que todas as ações pertinentes ao cuidado ocorram o profissional enfermeiro tem papel importante no contexto do cuidado, pois é ele, que atua de forma a proporcionar o que o paciente necessita em casa, promovendo a continuidade de o cuidado hospitalar, na residência. Na prática é o direcionador do cuidado sendo um importante pilar de sustentação dessa modalidade de atenção dando a continuidade da assistência. As falas, a seguir, mostram:

A2 “(...) o enfermeiro é aquele que orienta aquele que cuida, aquele que supervisiona, que programa toda a assistência, implementa e avalia os resultados. Aquele que consegue programar a adaptação do domicílio, programar toda a assistência ao cuidador, ao paciente e a toda família. É aquele que assiste a todas as necessidades da família do doente, do cuidador, que se preocupa com todos os aspectos sociais, familiares, espirituais se inclusive os aspectos financeiros tentando otimizar todos os recursos tanto da família como da instituição para que o paciente seja assistido da melhor maneira possível. (...)”

- A 2 “(...) o enfermeiro é extremamente importante. Ele trabalha em equipe multiprofissional, mas é o mais atuante dentre os membros da equipe toda (...).”
- A 3 “Ser enfermeira atuante na assistência domiciliar é ser uma enfermeira diferenciada, com visão ampla tanto na área da doença do ser humano como na família. É ter uma visão global como ser bio- psico sócio e espiritual.”
- B 4 “Para mim (enfermeiro) é ser uma direção no atendimento eu (enfermeiro) que dimensiono os cuidados organizo oriento a equipe isso é um suporte para eles (equipe de enfermagem) dentro do domicílio assim como proporciono segurança para a família.”
- B 5 “Ele é um enfermeiro que analisa todas as dificuldades dentro do domicílio; ele atua na assistência junto ao paciente à família e equipe multidisciplinar.”
- B 5 “Hoje na assistência domiciliar nós (enfermeiros) gerenciamos um domicílio junto com a equipe de enfermagem das 24 horas e o enfermeiro faz esse papel de gerenciamento e organização e cuidados em gerais.”
- B 5 “(...) então o enfermeiro é o núcleo é ele (enfermeiro) que gerencia toda a casa o contato com a família contato com médico contato com fisioterapeuta contato com a fono com a nutricionista então ele gerencia (...).”

Referendando esta percepção, os autores: Barbosa e Tronchin referem que a enfermagem representa um dos pilares de sustentação deste modelo de cuidado ⁽⁷¹⁾.

Estudo, realizado por Machado & Col., proporcionaram reflexões, sobre a assistência domiciliar em saúde e destacou, a enfermagem como profissão essencialmente, presente nesse contexto ⁽⁷²⁾.

Ainda compondo a US Dimensão da proposta assistencial, há a referência de que é o enfermeiro quem gerencia o serviço no domicílio com relação ao paciente, família, equipe multidisciplinar e cuidador. Para tanto, tem conhecimentos, autonomia e habilidade para trabalhar aspectos sociais na residência, isto gera na família a confiança e a segurança do cuidado. Como é explicitado nas falas:

B 10 “Para ser enfermeira atuante você vai lidar com o paciente, vai ter uma equipe e ser responsável por tudo referente ao diagnostico daquele paciente (...).”

B 3 “(...) que a gente (enfermeiro) possa garantir que a assistência será prestada com segurança tendo essa confiança do enfermeiro como referência deles (do paciente\família), (...).”

B 3 “(...) eles (paciente\família) se sentem mais seguros para quem ligar para onde estar ligando para quem ligar quem está resolvendo cada tipo de situação nessa casa.

B 5 A família se sente segura a partir do momento em que você, enfermeiro, está presente no domicílio prestando uma assistência (...).”

A 1 “É realmente um processo muito diferente que você (enfermeiro) tem a oportunidade de ir até a casa do paciente ao mesmo tempo em que nós (enfermeiros) podemos rever exatamente como funciona a família, as relações que eles (família\paciente) têm, pois isso influencia, totalmente, no processo de saúde/ doença do paciente (...).”

Andrade & Col. relatam que “A particularidade do trabalho nesta modalidade de assistência está associada ao uso de diferentes saberes além do científico, proporcionando uma relação mais próxima com usuários e famílias assistidos no seu cotidiano de vida”⁽⁷³⁾.

Lionello & Col. referem que o enfermeiro da assistência domiciliar merece destaque, pois é a referência de confiança da família e do paciente.⁽⁷⁴⁾

Nessa direção o enfermeiro tem a oportunidade de atuar nas diferentes áreas que vai desde o ensino até o gerenciamento de todo o cuidado, tendo assim, uma atividade muito ampla na assistência. Possibilita através de o seu conhecimento o cuidar do dia a dia do paciente e família, monitorando a residência mesmo que à distância. Este desempenho técnico-científico do enfermeiro na assistência domiciliar está aliado à dimensão socioeducativa. As falas descritas a seguir também referendam:

- A 2 “(...). Para eu, ser enfermeira significa poder atuar nas diversas áreas tanto no ensino como na pesquisa como na assistência propriamente dita (...).”
- A 1 “O enfermeiro tem a oportunidade de investigar o que funciona o que não funciona, como funciona e sempre pronto para não fazer julgamento da situação que encontra. O enfermeiro tem que estar ali e ter neutralidade nos problemas e conflitos da família (...).”
- B 5 “Para mim o que é ser enfermeiro é o cuidar do dia a dia do cliente não só o cliente, mas também da família ele é um enfermeiro de assistência domiciliar.”
- B 6 “(...) você (enfermeiro) tem uma equipe de técnicos de enfermagem que tem que gerenciar que tem que ter conhecimentos; têm a família que além de cuidar do paciente você (enfermeiro) tem que cuidar da família também. É bem diferente trabalhar no hospital não me vejo, hoje, trabalhando em hospital só home care.”
- B 6 “Sempre (o enfermeiro) monitorando a casa entrando em contato. Os auxiliares que ficam lá têm que passar informação para a gente (enfermeiro); deve estar sempre perto desses auxiliares e da equipe multidisciplinar (...).”

Gomes & Col. ⁽⁷⁵⁾, destacam que o enfermeiro deve possuir o conhecimento científico-tecnológico, habilidade no relacionamento interpessoal e capacidade administrativa para lidar com pacientes, familiares e equipe multiprofissional, além de aptidão para conciliar o saber científico ao popular, o técnico ao emocional. Reforça que o enfermeiro tem um papel determinante na atenção domiciliar, indo desde gestão até a mais simples orientação ao paciente.

Santos & Col. ⁽⁷⁶⁾ expõem que o cuidado realizado pelo enfermeiro é abrangente que vai desde uma avaliação e monitorização dos riscos que o paciente tem para ter alguma infecção até as orientações para o autocuidado e o cuidado familiar. Este cuidado tem como base as necessidades humanas básicas afetadas que influenciam no desenvolvimento das atividades da vida diária do paciente.

➤ **Unidade de Significado: Fatores facilitadores no atendimento**

Na atenção domiciliar para que todas as ações pertinentes ao cuidado ocorram o profissional enfermeiro tem papel importante no contexto do cuidado, pois é ele, que atua de forma a proporcionar o que o paciente necessita em casa, promovendo a continuidade de o cuidado hospitalar, na residência. Na prática é o direcionador do cuidado sendo um importante pilar de sustentação dessa modalidade de atenção dando a continuidade da assistência. As falas, a seguir, mostram.

Para que a efetivação do cuidado no domicílio ocorra fatores facilitadores no atendimento foram abordados nesta Unidade de Significado. Estes elementos são importantes, pois auxiliam o enfermeiro e a equipe multidisciplinar para que o cuidado ao paciente na residência possa ser efetivo e pronto.

Um dos fatores abordados foi a satisfação que o enfermeiro tem em atuar neste tipo de assistência, referem ser gratificante este cuidado, onde podem assistir e promover o cuidado ao paciente com autonomia e segurança. Os enfermeiros abordaram a satisfação que sentem de poder prestar a assistência com autonomia, na residência, e que têm uma resposta positiva da família que se sente confiante e segura do cuidado recebido. Como mostram os relatos:

- A 1 “Para mim (enfermeiro) é muito gratificante trabalhar como enfermeira na assistência domiciliar por que eu acho que nós temos uma autonomia maior no cuidado, (...).”
- A 3 “Um impacto positivo é a satisfação em primeiro lugar, o "feedback "que nós (enfermeiros) temos com os familiares que, no início são pessoas inseguras por estarem enfrentando situações que nunca enfrentaram, (...).”
- B 4 “Acho que é muito fácil o envolvimento (com paciente/família), quando você proporciona segurança para a família e mostra quanto você (enfermeiro) é capaz de estar prestando cuidado, (...).”
- B 7 “(...) com esses pacientes (de assistência domiciliar) a gente (enfermeiro) tem uma resposta positiva desse plano de cuidados o que é gratificante para a gente.”

Paiva & Col ⁽⁷⁷⁾ citam que o enfermeiro refere ter satisfação de trabalhar na residência, pois tem autonomia de decidir o cuidado que irá prestar ao paciente mediante a sua avaliação e uma maior interação com a equipe multidisciplinar.

Ainda, como elemento facilitador os enfermeiros citaram o vínculo que é instituído junto ao paciente/família/cuidador devido ao acompanhamento direto realizado na residência, pois devido à frequência de visitas que ocorrem no domicílio e inserções dos profissionais na residência proporcionam uma proximidade que se torna um fator facilitador do cuidado, pois promove através desta interação, a participação direta da família no cuidado diário. As falas a seguir mostram:

- A 1 “As facilidades são que você (enfermeiro) está ali no ambiente próprio do paciente então você tem a oportunidade mesmo de ver o funcionamento da família, as questões também estruturais no ambiente, a insalubridade da casa e as condições e em relação à família (...).”

- A 2 “(...) a facilidade de você ter uma família que faz parte da equipe, toda a família e o cuidador, acaba sendo para nós um facilitador, uma pessoa que contribui. Então o enfermeiro sempre coloca, para eles (família), que eles fazem parte da uma equipe multiprofissional, (...).”
- A 2 “(...) as facilidades são o vínculo criado você (enfermeiro) passa a ser parte da família, passa a ser parte da equipe (multidisciplinar) então tem esta facilidade de você estar sempre presente, (...).”
- A 1 “(...) eu (enfermeiro) acho que é um fator positivo porque você (enfermeiro) pode trabalhar diretamente com a família e com o cuidador (...).”
- A 1 “(...) é muito interessante ver o crescimento dessa família, desses cuidadores, eles vão criando um vínculo com a gente (enfermeiro) o que e é muito bom (...).”
- A 1 “(...) os cuidadores vão criando um vínculo com nós (enfermeiros) e assim conseguimos garantir o cuidado no domicílio (...).”
- B 2 “Facilidade é que a gente (Enfermeiro) está dia a dia acompanhando o paciente na casa do paciente, de estar lá com a família. “
- B 9 “(...) facilidade eu acho que a gente (enfermeiro) consegue entrar na dinâmica familiar, na trajetória hospitalar o contato que a gente tem coma família é muito pouco então a gente consegue perceber como que é que funciona (no home care) quando você vai introduzir uma coisa depende da família depende do paciente, então a gente consegue abordar melhor para fazer mudanças por que a gente consegue conhecer melhor o paciente.”

Santos e Morais⁽⁷⁸⁾ relatam que na visita domiciliar, por causa desta inserção dos profissionais da saúde no domicílio, constrói-se um vínculo que favorece a possibilidade de prestação do cuidado. Desde o mais básico ao mais complexo, que este vínculo junto ao paciente/família/cuidador, devido à frequência de visitas realizada no domicílio facilita o cuidado e o entendimento destes familiares além de possibilitar a prestação da assistência integral.

O entrosamento e a coesão com a equipe multidisciplinar são outro fator facilitador citado pela enfermagem, pois esta interação é primordial para que um plano assistencial seguro ocorra e assim todos possam, de forma integrada, assistir o paciente. Há um respeito mútuo na equipe e uma comunicação efetiva de todos. Esta parceria promove um cuidado que facilita a assistência na residência. Assim as falas explicitam:

- A 3 “(...). a equipe (multidisciplinar) é bastante coesa o que nos dá muita segurança. Os profissionais respeitam cada categoria profissional e isto é muito legal neste trabalho que eu estou atuando, neste momento.”
- B 4 “(...), mas é lá na empresa de Home Care a gente (enfermeiro) tem muita facilidade, a gente trabalha com uma equipe que nos ajuda muito então quando a gente tropeça com uma dificuldade não consegue superar ela a gente faz uma reunião sobre aquilo e consegue uma solução viável e conversa com a família.”
- B 5 “Você (enfermeiro) está no externo você tem uma equipe de enfermagem no domicílio e equipe multidisciplinar externa que são parceiros que trabalham na assistência, (...).”
- B 5 “A facilidade é quando você (enfermeiro) tem a equipe multidisciplinar envolvida quando a equipe toda está envolvida nesse processo de atendimento domiciliar; para o paciente quando todos (equipe multidisciplinar) estamos

envolvidos num só foco as coisas fluem naturalmente e a assistência acaba sendo efetiva, (...).”

B 6 “A facilidade do home care é ter uma equipe multidisciplinar, tem o médico que te dá o suporte, (...).”

A 2 “As facilidades são muitas. Ter uma equipe multidisciplinar atuante, comprometida, uma equipe que se atualiza frequentemente, (...).”

B 6 “A facilidade do home care é ter uma equipe multidisciplinar, tem o médico que te dá o suporte, (...).”

Paiva & Col. citam que o entrosamento, com a equipe multidisciplinar é outro fator que facilita o cuidado, pois esta interação é primordial para que um plano assistencial ocorra e assim todos possam de forma integrada assistir o paciente.⁽⁷⁷⁾

Ainda é citado como um facilitador do cuidado na assistência domiciliar o apoio que a diretoria destas instituições proporciona ao trabalho realizado, tanto na instituição A como na B, proporcionando o apoio na estrutura administrativa e de benefícios, facilitando assim a relação e comunicação com a residência desta equipe multidisciplinar; a provisão de materiais, medicamentos e protocolos, de registros completos e realizados pela equipe multidisciplinar, os meios de comunicação e locomoção devido a distância de algumas residências, os protocolos, o sistema de informação integrado e os planos assistenciais são elementos facilitadores do processo assistencial dando o respaldo que os profissionais e família necessitam para a efetividade do cuidado do paciente em domicílio. Assim seguem os relatos:

A 3 “(...) na minha experiência (como enfermeiro) no PAD dou todo o respaldo que as famílias precisam, eles são atendidos, com fornecimento de materiais para curativos e medicação. Estes materiais podem, também, ser obtidos por meio de doações ou conseguem via posto de saúde, (...).”

- A 3 “Acho que são mais facilidades, em relação às dificuldades. Eu (enfermeiro) não tenho muito que falar por que tudo o que é feito eu faço com prazer e fora que o trabalho já fornece algumas facilidades que é o banco de dados, por exemplo, (...).”
- A 3 “(...) em relação às visitas é feita uma agenda conforme a distância das casas conforme a localização da residência e nós (enfermeiros) temos o motorista que nos leva até o domicílio. Tudo isso facilita e só traz benefícios. Aperfeiçoa o nosso trabalho podendo atender mais pacientes e dando uma maior colaboração, (...).”
- A 3 “(...) nós (enfermeiros) temos no PAD um trabalho muito bem estruturado sempre visando facilitar o trabalho, tudo baseado em evidências. Temos rotinas, protocolos e isso facilita os trabalhos e a nossa orientação em relação aos alunos de enfermagem, residentes de enfermagem, residentes de fisioterapia que também fazem visitas e que acompanham o nosso trabalho.”
- A 2 “(...). o PAD tem um apoio da Superintendência, Departamento de Enfermagem e de todas as chefias para que a gente consiga dar uma assistência integral sem faltar nada para esta família e para o paciente, (...).”
- B 5 “A (família) faz uma reclamação pelo telefone, aí eu (enfermeiro) vou lá converso, sento, pergunto, ela (família) responde; então através dessa relação à família se sente mais segura e fica mais fácil para a gente (enfermeiro) captar o que ela (família) está exigindo no momento.”
- B 7 “(...) é uma facilidade para gente (enfermeiro), o telefone celular, (...).”

B 7 “(...) temos (enfermeiro) meios de transporte, também, é a grande comunicação entre todos os profissionais, (equipe multidisciplinar), (...).”

B 7 “(...) a equipe multiprofissional com todos os seus registros e os impressos na residência também isto facilita para a gente (enfermeiro), pois assim temos relatórios e a ficha em que os profissionais da equipe multidisciplinar fazem avaliações e reavaliações, mensalmente, na residência; essas reavaliações a gente (enfermeiro) tem um parâmetro do andamento do cuidado seja com a fisioterapia, seja com o fonoaudiólogo com o médico e, no nosso caso, com a enfermagem.”

➤ **Unidade de significado: Fatores dificultadores no atendimento**

Na rotina de trabalho do enfermeiro que atua na assistência domiciliar, as visitas e o acompanhamento do paciente, são atividades que fazem parte do cotidiano. Vivenciar os conflitos familiares, devido à exposição do enfermeiro na residência durante as visitas realizadas, presenciar famílias desordenadas que necessitam de um acompanhamento e uma monitoração contínua, trabalhar com um cuidador desestruturado e lidar com uma família difícil se tornam elementos dificultadores para o cuidado do paciente na residência. Como mostram os relatos:

A 1 “Se você (enfermeiro) encontra uma família que não é muito bem estruturada, tradicionalmente como se espera, ou que já tem conflitos antigos, então já é mais difícil trabalhar com esse cuidador.”

B 1 “As dificuldades é lidar com família (...)”

A 6 “(...) tem a dificuldade maior que são os familiares; o enfermeiro tem que estar monitorando para que não tenha problemas, tentando resolver o problema antes de

acontecer; o enfermeiro está indo lá (na residência) uma vez por semana.”

B 8 “(...) muitas vezes há conflito entre os filhos em que o idoso se colocou desde o início e criou este conflito entre os filhos; a gente (enfermeiro) percebe que são coisas materiais; a gente percebe que pode ter um vínculo de trabalhar seguro com este paciente.”

B 1 “(...), mas é com a família que a gente (enfermeiro) encontra os maiores impasses as maiores dificuldades.”

Paiva & Col. referem que como fator de dificuldade no processo de trabalho do enfermeiro na assistência domiciliar temos a exposição deste profissional com os conflitos familiares e os riscos que o enfermeiro pode estar exposto no seu trajeto à residência.⁽⁷⁷⁾

Feuerwerker e Merhy⁽¹⁶⁾ referem que como dificultador temos o grau de tensão vivenciado pela equipe multidisciplinar devido ao stress do cotidiano familiar (...)

Como elemento dificultador do cuidado na residência há também, a falta de infraestrutura para atender o paciente em casos de urgência e emergência no domicílio. Neste aspecto podem ser citados a falta de condição física da estrutura da residência; falta de meio de comunicação efetiva; ausência de socorro imediato em caso de urgência; falta da brevidade no transporte e a distância das residências. Assim os relatos referenciam:

B 7 “(...) de repente sem poder usar o telefone da residência é uma grande dificuldade na residência para os auxiliares de enfermagem (...).”

B 9 “(...) para a gente (enfermeiro) não ter ambulância na hora que a gente precisa, a gente está vendo o paciente e sabe que ele precisa de um médico e que você tem a limitação da sua área de atuação que você (enfermeiro) não

consegue achar uma ambulância, não consegue falar com médico. Isto, para mim, é uma coisa muito difícil (...).”

Gomes & Col. ⁽⁷⁹⁾ descrevem que situações de conflito vivenciadas na residência, que em momentos parecem situações incontroláveis gera no enfermeiro angústia e ansiedade, são alguns deles: falta de habilidade do cuidador, falta de infraestrutura no domicílio e falta de condição da concretização do cuidado de forma integral.

Como elemento dificultador foi citado também a falta de segurança do local que vivem estes pacientes, a grande distância para chegar às moradias, do trajeto, do clima e do trânsito. Este é um risco apontado que expõe o enfermeiro e a equipe multidisciplinar no momento da realização das visitas no domicílio. Como seguem os relatos:

- A 2 “(...) as dificuldades geralmente são relacionadas à área que a paciente mora, as dificuldades sócias culturais e financeiras dificultam também, a questão é, como família conseguirá cuidar da melhor maneira nas 24 horas, (...)’
- A 1 “Com relação ao acesso da moradia, encontramos tudo que pode ser fator negativo como questões de segurança, de como chegar ao local, com mal tempo e chuva, aí são alguns obstáculos que teremos que superar (...)”
- B 3 “Hoje o que eu (enfermeiro) acho mais difícil para mim é o trânsito como chegar, dependendo se for sexta-feira à noite, atender uma intercorrência fica difícil.’
- B 7 “(...) a dificuldade neste atendimento é por eu atender paciente, em Guarulhos, eu atendo em região de Alphaville, pacientes em Osasco, o meu campo de atuação é distante isto é uma dificuldade que eu tenho com relação ao tempo mesmo pelo trânsito da cidade, tudo mais,

embora a empresa forneça este carro que facilita este acesso a estes pacientes mais distantes (...).”

- B 9 “(...) uma coisa que dificulta muito é o transito de São Paulo; aqui a gente (enfermeiro) não divide os pacientes por área, mas, geralmente, pelo tipo de paciente e característica de cada enfermeiro; então a gente (enfermeiro) atende paciente aqui, atende paciente em outro lugar, a gente perde muito tempo no trânsito, (...).”

Na atividade realizada pelo enfermeiro atuante na assistência domiciliar são inúmeras as tarefas que deve realizar ações estas que vão além da assistência propriamente dita, eles têm também uma gama de atividades administrativas para executar o que dificulta o cuidado, pois compromete o tempo disponível que ele tem para a assistência. A gestão de todo cuidado fica sob a responsabilidade do enfermeiro que não recebeu esta formação na graduação e nem tampouco foi clara para ele a orientação do que correspondia à atividade diária de trabalho, isto acaba influenciando no seu desligamento da empresa, isto é, um dificultador, pois compromete a contiguidade do trabalho que estava sendo realizado. Assim mostram as falas:

- B 7 “(...) eles (os enfermeiros) próprios relatam que possuem uma dificuldade, uma dificuldade no sentido que eles não sabiam como era essa grande gestão no serviço de home care com isso, todos aprendem.”
- B 5 “(...) então a dificuldade do enfermeiro é de estar gerenciando outros (equipe multidisciplinar); na casa então eu acho que isso dificulta muito a permanência de muitos enfermeiros que acabam desistindo da assistência domiciliar. “
- B 7 “(...) uma grande dificuldade que a gente (enfermeiro) tem pelo fato de fazermos questões administrativas também dentro da empresa; isto atrapalha um pouco a rotina; tem

que estar presente na empresa para toda questão administrativa e, ao mesmo tempo, ir aos pacientes que, no meu caso é na região mais distante.”

B 4 “Na faculdade que eu (enfermeiro) fiz não tinha a matéria quando cheguei a SP eu (enfermeiro) nem sabia o que era isso levei um susto com os diagnósticos que encontrei nas residências, suporte de vida tudo isso foi muito confuso para mim (enfermeiro), (...).”

Lionello & Col. reforçam que os enfermeiros referem que possuem dificuldade para a realização da visita domiciliária, devido à falta de tempo para se dedicar a esta atividade, pois eles têm uma carga de atividades administrativas grande relacionadas à gestão das unidades de saúde que estão sob sua responsabilidade.⁽⁷⁴⁾

Hermann & Col.⁽⁸⁰⁾ afirmam que há um déficit na formação, nos currículos de graduação, do enfermeiro no que diz respeito a prática assistencial no atendimento no domicílio, esta capacitação é necessária uma vez que o cuidado domiciliar possui especificidades que necessitam ser exploradas durante o processo de formação.

Um vínculo entre a família e o enfermeiro se estabelece na residência por causa das visitas deste profissional no domicílio, assim, mesmo sem esperar por isto, uma dependência da família pelo profissional de enfermagem é criada, a ponto de serem chamados na residência em horários fora da jornada de trabalho pré-estabelecida. Isto também é decorrente da falta de capacitação do cuidador e conseqüente falta de segurança da família no sentido de dar a continuidade do cuidado no momento da ausência do enfermeiro. Esta adaptação do enfermeiro a esta realidade vivida, faz com que este profissional tenha que adequar esta rotina de trabalho a sua vida privada, comprometendo o seu descanso e a sua vida pessoal, isto é um fator que desgasta este enfermeiro, pois compromete a sua qualidade de vida. Isto foi relatado como um dificultador importante nesta prática assistencial, como seguem os relatos:

A 1 “(...) nós (enfermeiros) temos que nos adaptar à realidade que encontramos; então é muito diferente no hospital que você tem o ambiente preparado para a prestação de

cuidados no domicílio você tem que saber então adaptar para manter um cuidado de qualidade. “

- B 8 “(...) muitas vezes a família acaba tendo um vínculo muito forte com você (enfermeiro); muitas vezes eles (família) precisam do enfermeiro fora do seu horário de trabalho.”
- B 9 “(...) uma coisa que assim, quase me fez desistir, é que eu (enfermeiro) parei de ter vida, praticamente, vida pessoal eu (enfermeiro) tive que desistir de uns pós por que eu não dava conta (...).”
- B 9 “(...) hoje eu (enfermeiro) sei que não adianta a gente tem que dosar porque se gente ficar o tempo inteiro em função da empresa, a gente (enfermeiro) acaba se desmotivando por que a gente não descansa, e não consegue se aprimorar a não consegue fazer nada, (...).”
- B 10 “Uma dificuldade que eu encontro é que você (enfermeiro) tem que encaixar sua vida pessoal na profissional e não a profissional na vida particular.”
- A 1 “(...) já que nós (enfermeiros) não estamos lá (na residência) 24h por dia, como o enfermeiro está no hospital com a equipe com os técnicos, nós (enfermeiros) temos que capacitar o cuidador e temos que fazer um trabalho muito bem feito muito confiável para que consigamos os resultados que a gente espera(...).”
- A 1 “(...) como um fator negativo temos o fato que nem sempre o cuidador está ali por escolha própria e muita pelo contrário, muitas vezes está ali por um acaso, às vezes ele é escolhido pelo restante da família, meio que imposto ele assume, então ele (cuidador) tem que assumir esse novo papel, (...).”

- A 1 “(...) muitas vezes ele (cuidador) não está preparado, não seria a vontade dele e muitas vezes ele também não se dá muito bem com o paciente, mas, como eu disse, a família impõe esse papel (...).”
- B 2 “(...) Home Care não é hospital, a gente (Enfermeiro) está ali direto com família, com o familiar para entender não só a patologia isto é uma dificuldade, (...).”

Oliveira & Col. ⁽⁸¹⁾ referem que quando há a orientação à família da ação de cuidar, esta ação educativa permite que o familiar tenha a segurança para de forma autônoma prestar o cuidado ao paciente.

➤ **Unidade de significado: Estratégias com Impacto Positivo.**

Os enfermeiros relataram que para ter um diferencial percebido pela família, com relação ao atendimento que será prestado na residência, é importante conhecer: a família; o paciente; o cuidador; a rotina da casa; as necessidades físicas, emocionais e espirituais; as preferências da família e paciente e valores e princípios familiares. Como estratégia refere que é importante criar um vínculo com a família, pois resultara na satisfação do atendimento e na confiança do cuidado que será prestado. A família tem que sentir que pode contar com o enfermeiro e que ele é capacitado e tem o conhecimento para tal serviço. A efetividade e implantação do cuidado executado pela equipe multidisciplinar é também uma estratégia importante a ser citada. A inserção do enfermeiro no contexto familiar e a interação na relação da família e paciente ocorrem com as visitas domiciliares e promove melhor entendimento das relações existentes no contexto da residência deste paciente. Assim seguem as falas:

- A 1 “(...) criar esse vínculo com você (enfermeiro) garante uma abertura para que o cuidado ocorra no domicílio (...).”
- A 1 “(...) o cuidador vai trazer para nós enfermeiros os problemas, as dificuldades e o que ele (cuidador)

realmente consegue fazer ou não. Acho que é uma boa estratégia para assegurar que vá funcionar o nosso plano de assistência.”

- A 2 “Uma das estratégias principais são: o cuidado continuo ao paciente. Você conhecer a família, conhecer o paciente, conhecer o cuidador, conhecer a casa e as necessidades físicas emocionais e espirituais. Propor todas as estratégias do cuidado que será prestado, fazer implementar esta assistência e fazer visitas semanais, mais vezes por semana ou quinzenais e ter toda a equipe de apoio como Médico, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia ocupacional, isto ajuda muito (...).”
- B 3 “A estratégia que tenho (eu enfermeiro) que considera de maior impacto positivo no cuidado continuo seguro do paciente seria esse contato esse vínculo com a família transmitir fazer com que se sintam seguros na assistência, (...).”
- B 4 “A principal estratégia é você (enfermeiro) conseguir se aliar à família; a família não vai fazer nada se você não conseguir conquistá-la (família) (...).”
- B 7 “Um impacto positivo, inclusive gratificante, é principalmente quando a família gosta do seu (do enfermeiro) trabalho e de como é conduzido esse trabalho, (...).”
- B 9 “(...) a gente (enfermeiro) tem que criar um vínculo com o paciente; criar um vínculo com a família e criar um vínculo com os auxiliares de enfermagem e técnicos que estão na casa se não, a gente (enfermeiro) não consegue trabalhar.”
- B 9 “Eu acho que como estratégia a gente (enfermeiro) tem essa parte da ligação com a família e saber que você não consegue abordar todo mundo de um jeito só e que, tudo depende muito da ligação que você tem com a família.”

B 9 “(...) você (enfermeiro) tem que conquistar a confiança do paciente e ele (paciente) tem que saber que pode contar com você; que você sabe o que está fazendo e com a confiança que ele (paciente) tem com o enfermeiro e com o conhecimento que você (enfermeiro) tem da dinâmica familiar das coisas que o paciente pensa ou sente, eu acho que é assim que a gente (enfermeiro) consegue implantar algumas coisas naquela casa.”

Conhecer a residência na sua especificidade é uma estratégia para a efetividade do cuidado; Giacomozzi e Lacerda ⁽⁸²⁾ referem que com a inserção do enfermeiro no contexto familiar e da interação na relação da família e paciente, ele consegue entender melhor a necessidade deste paciente/cuidador.

Assim Sonssai e Pinto ⁽⁸³⁾ citam que para favorecer o entendimento da equipe com a real condição de vida do paciente e família e realizar uma adequada efetivação do cuidado é indispensável que o enfermeiro planeje a sua visita no domicílio, dando uma ênfase na promoção da qualidade de vida do paciente e família. Estas visitas favorecem também à aproximação da equipe multidisciplinar.

Uma comunicação eficiente entre equipe multidisciplinar e entre a família, paciente, cuidador e enfermagem é muito importante e indispensável. Com o dialogo pontos importantes são abordados para o norteameto da equipe, família, paciente e cuidador e é uma estratégia positiva para a continuidade do cuidado na residência este fato é apontado nas falas:

1 2 “(...) quando o enfermeiro precisa promover o cuidado no domicilio não pode achar que vai fazer a assistência sozinha. Isto não adianta e a estratégia é você (enfermeiro) trabalhar com uma equipe multiprofissional e o próprio hospital (...).”

2 4 “(...) as principais estratégias são liderança e comunicação... muito estratégias, mas o principal são a

liderança e a comunicação essas duas já dão uma base muito forte para nós, (...)”

2 5 “(...) a partir do momento em que um paciente apresenta alguma alteração clínica ou a família sinaliza alguma situação para o enfermeiro referência, o enfermeiro vai até o domicílio, ouve a família conversa, escuta as reclamações e, em cima dessa sinalização, o enfermeiro retorna e conversa com a equipe (multidisciplinar) e retorna com uma ação. “

2 7 “(...). a troca, a conversa, o diálogo e a comunicação na família esclarece toda logística da empresa como é realizado isso; eu (enfermeiro) deixo os familiares bem cientes, (...)”

Justo & Col. referem que “é nas visitas domiciliares que a razão comunicativa se apresenta genuinamente e sem coerções. Nestes momentos de diálogo, as orientações técnicas são repassadas cooperativamente de modo a serem compreendidas e seguidas”.⁽⁸⁴⁾

5.2.2- Categoria: Processo Educacional na Assistência Domiciliária

A categoria Processo Educacional na Assistência Domiciliária, foi construída a partir da identificação da US Capacitação profissional\pessoal do enfermeiro onde os sujeitos ressaltam a necessidade da capacitação do enfermeiro para atuar neste modelo assistencial e a falta de cursos voltados para esta habilitação. Quanto US Orientação ao Cuidador\Família os enfermeiros reforçam a importância da orientação ao cuidador e à família e ressaltam que deve ser realizada de forma adequada e clara avaliando, sempre, o real entendimento de todos os envolvidos no cuidado na residência.

➤ **Unidade de Significado: Capacitação Profissional\Pessoal do Enfermeiro**

Nesta US os enfermeiros reforçam a importância da capacitação do enfermeiro neste modelo assistencial e referem que esta atualização se faz necessária, pois este tipo de assistência exige maior habilidade do enfermeiro na resolutividade das necessidades do paciente uma vez que está no domicílio e, portanto, fora do âmbito dos recursos hospitalares. Muitos destes profissionais de enfermagem não tiveram a vivência deste modelo assistencial e nem tão pouco tiveram capacitação específica para este modelo de assistência o que compromete a continuidade do cuidado no domicílio. Seguem os relatos dos enfermeiros:

- A 2 “(...) o enfermeiro tem que ser especialista no ponto de vista da assistência domiciliar, no Programa de Assistência domiciliar (PAD), o enfermeiro para atuar no P AD precisa ter Especialização em Cuidados Paliativos ou na Assistência Domiciliar por que se não, ele não consegue atuar de maneira efetiva em todos os cuidados que o paciente necessita.”
- B 3 “Para mim (enfermeiro) é muito importante a atualização do enfermeiro o conhecimento na pratica; (...).”
- B 3 “No meu (do enfermeiro) ponto de vista a avaliação e capacitação do enfermeiro para atuar na assistência domiciliar são fundamentais que ele tenha um conhecimento teórico para realizar a prática no dia a dia.”
- B 3 “Ele (enfermeiro) tendo esse conhecimento dá para ele efetuar bem o seu trabalho e desenvolver bem suas atividades.”
- 2 2 “(...) ter conhecimento científico, eu acho isso importante 2.6. Assim, como no hospital, o enfermeiro tem que fazer cursos para se especializar na área de home CARE; tem que estar sempre atualizado no home care (...).”

- 2 7 “(...) o cuidado nesse domicilio demanda vários conhecimentos e uma serie de especificações no trabalho; toda uma programação do cuidado do paciente a gente (enfermeiro) gerencia, (...).”

Referendando estas, ideias Oguisso e Schmidt ⁽⁸⁵⁾ consideram o cuidado no domicilio uma prática que cresce na área assistencial, onde a atuação da enfermagem requer conhecimento técnico científico específico, inerente ao profissional enfermeiro neste tipo de cuidado.

Muñoz & Col. ⁽⁸⁶⁾ em estudo realizado, referem que para o cuidado no domicilio é necessário a capacitação contínua do enfermeiro e um mínimo de conhecimento nesta área de atuação. Afirmam que este conhecimento auxilia na execução de um trabalho melhor e traz segurança no momento de executar o cuidado ao paciente.

No presente estudo, ainda na abordagem da capacitação profissional e pessoal, os enfermeiros consideram, como fator agravante, a falta, nas instituições de ensino, de conteúdos sobre esta prática profissional. Consideram que há falta de programas de capacitação e de material didático para esta capacitação sendo, estas, as principais limitações relacionadas a habilitação do enfermeiro para o cuidado no domicilio. Os relatos mostram:

- A 1 “Cabe muito da prática do dia a dia, mas acredito que tenha (o enfermeiro) que ter um perfil de estar disposto a encontrar esse percalço digamos assim, saber mesmo improvisar, adaptar. Ainda acho que existem poucos cursos de especialização de pós-graduação nessa área acho que temos que aumentar os nossos estudos, pesquisas e temos (enfermeiros) que continuar sempre para ajudar o campo a crescer.’
- A 3 ‘Experiências ter experiência vasta em todas as áreas de todos os âmbitos seja profissional pessoal, além disso, estudar fazer cursos de especialização. No meu caso eu fiz

3 viagens para o Japão e na área de Home Care Cuidado Paliativo.’

B 2 ‘Eu (Enfermeiro) avalio que precisa de mais cursos agora está tendo um curso de home care; então faltam cursos de home care de gestão em home care. ‘

B 4 ‘(...) hoje eu (enfermeiro) acho que a capacitação é muito difícil quando procuramos; eu fiz o curso de Pós-graduação gerenciamento em Enfermagem, 1 ano e meio de curso, para começar a entender a parte administrativa (...).”

Para Puschel ⁽⁸⁷⁾, a escassez de programas de capacitação e de material didático para esta capacitação é uma das principais limitações relacionadas a atividade do enfermeiro na residência. Considera que muitos enfermeiros atuam sem nenhuma habilidade ou conhecimento tendo assim dificuldade na percepção do que realmente o paciente e família necessitam e assim, conseqüentemente, não conseguem determinar as intervenções necessárias para aquele cuidado.

➤ **Unidade de significado: Orientação ao Cuidador\Família**

Os relatos dos enfermeiros do estudo evidenciam que, a orientação do enfermeiro ao cuidador no domicílio é de grande e essencial importância no sentido de promover a informação e a capacitação, deste cuidador, para o cuidar. Consideram que esta atividade educacional instrumentaliza o cuidador na promoção da continuidade do cuidado ao paciente, na ausência dos membros da equipe de saúde. Segundo relatos, a informação deve ser dada de forma clara e de fácil entendimento, sendo importante depois verificar o quanto foi assimilado pelo cuidador. Seguem os relatos:

A 1 “(...) nossas (dos enfermeiros) orientações devem ser claras para que sejam bem entendidas pelos familiares,

pelos cuidadores para que eles (familiares e cuidadores) as coloquem em prática, (...).”

A 1 “(...) quando a gente (enfermeiro) começa um trabalho com a família no domicílio, geralmente as orientações que nós (enfermeiros) temos para os cuidados, na primeira visita são muitas (...).”

A 1 “(...) é um trabalho assim que depende muito da nossa orientação e também do tanto que o cuidador adere porque ele (cuidador) é quem vai permanecer com o paciente e continuar os cuidados de acordo com as nossas orientações, (...).”

A 1 “(...). nós (enfermeiros) temos que nos certificar que realmente houve um bom entendimento das orientações. Se for possível que as nossas orientações sejam aplicadas no dia a dia, o que é viável, (...).”

B 5 “Nós (enfermeiros) damos um retorno (a família) no caso da orientação dos profissionais, escalas; (...).”

B 7 “(...) as estratégias que eu uso para desempenhar esse meu papel é exatamente saber o que a família precisa do que a paciente precisa receber de cuidado e dar uma orientação clara, (...).”

Para Moreira e Turrini ⁽⁸⁸⁾, em estudo realizado, referem que a ajuda e a orientação da enfermeira no domicílio tem grande relevância no sentido de oferecer orientação e promover o cuidado individualizado ao paciente e à família. Esta orientação é de grande importância na prevenção dos sentimentos de abandono e de solidão e na diminuição da sobrecarga de trabalho. Assim, o enfermeiro diminui a ansiedade mediante atuações de caráter psicossocial, potencializando a capacidade do cuidador para adquirir segurança e confiança nas suas ações de autonomia.

5.3- RELATÓRIOS SÍNTESE DAS ENTREVISTAS

5.3.1- Relatório Síntese das entrevistas da Instituição A

Foram entrevistadas as três enfermeiras que vivenciam a prática da assistência domiciliar em uma Instituição Pública do Município de São Paulo que responderam às seguintes questões norteadoras:

1. Para você o que significa ser enfermeira atuante na assistência domiciliar.
2. Como você avalia a capacitação do enfermeiro para atuar na assistência domiciliar,
3. Quais as facilidades e dificuldades nesta vivência.
4. Quais as estratégias que você considera de impacto positivo quando proporciona o cuidado contínuo e seguro ao paciente no domicílio.

A análise do conteúdo das entrevistas explicita que as enfermeiras são as profissionais responsáveis pelo planejamento da assistência aos pacientes, pelos cuidados ministrados, pela realização das ações de orientação à saúde e pela supervisão e avaliação do resultado final.

Referem ter, como atribuição, a responsabilidade de viabilizar a assistência no atendimento às necessidades demandadas pelo paciente e família considerando os aspectos sociais, familiares, financeiros e espirituais e otimizando, desta forma, os recursos tanto da família como da instituição com o objetivo de prestar assistência de qualidade. Quanto à capacitação profissional consideram que a enfermeira, atuante na assistência domiciliar, deve ter visão ampla tanto da doença, como do paciente/pessoa e família.

Relatam, como facilidades nesta vivência, a autonomia nas decisões e na atuação da assistência. Referem que o fato de estar no ambiente do paciente promove a oportunidade de conhecer a dinâmica da rotina familiar, a relação do paciente com a família e trabalhar, diretamente, com a família/cuidador permitindo a formação do vínculo paciente/profissional/família.

As condições oferecidas pela instituição de para o transporte dos profissionais até o domicílio, os apoios da chefia imediata da instituição bem como o trabalho de uma equipe multidisciplinar coesa são elementos facilitadores e importantes na efetivação do processo assistencial.

Como fatores dificultadores da assistência, as enfermeiras consideram a necessidade do enfermeiro se adaptar à realidade encontrada, diferente da realidade vivida no ambiente hospitalar e o fato de não estarem 24 horas na residência do paciente. Relatam, também, como fator dificultador, o fato de muitas vezes o cuidador ser eleito entre os familiares ao acaso, não estando preparado para a nova rotina que vivenciará. Algumas vezes, a locomoção do profissional torna-se difícil devido às dificuldades de acesso à moradia do paciente, comprometendo a segurança do profissional.

Como estratégias adotadas pelas enfermeiras e que consideram de impacto positivo na efetivação da assistência relatam a importância de se promover a capacitação do cuidador e a formação do vínculo com a família e com a equipe multidisciplinar.

Salientam a importância da orientação a ser dada ao cuidador uma vez, que será ele quem permanecerá com o paciente as 24 horas do dia e enfatizam que a presença da enfermeira gera apoio e acolhimento à família, além de prover as informações, o conhecimento e a orientação para os cuidados que serão prestados.

Ressaltam, que para a capacitação do enfermeiro atuar no Home Care há poucos cursos de especialização na área e que, a vivência desta prática assistencial ampliou a visão do cuidado a ser prestado ao paciente em domicílio.

5.3.2- Relatório Síntese das entrevistas da Instituição B

Participaram desta pesquisa dez enfermeiros que vivenciam a Prática da Assistência Domiciliar e que responderam às seguintes questões norteadoras:

- 1 Para você o que significa ser enfermeira atuante na assistência domiciliar.

- 2 Como você avalia a capacitação do enfermeiro para atuar na assistência domiciliar
- 3 Quais as facilidades e dificuldades nesta vivência.
- 4 Quais as estratégias que você considera de impacto positivo quando proporciona o cuidado contínuo e seguro ao paciente no domicílio.

A análise do conteúdo das entrevistas permite verificar, de forma unânime, que o papel do enfermeiro na assistência domiciliar é o de gestor do atendimento, ou seja, o enfermeiro orienta e supervisiona a equipe de enfermagem nos cuidados que deverão ser prestados; dimensiona os recursos humanos e materiais para este cuidado; planeja a assistência junto com a equipe multidisciplinar; monitora e orienta a equipe e a família e é suporte para todos os envolvidos no atendimento domiciliar.

Esta proposta gerencial, ampla, tem como princípios evitar, ao máximo, transtornos ao paciente e à família e oferecer assistência juntamente com uma equipe competente e segura.

Para a efetivação desta assistência é importante que, os profissionais de enfermagem estejam capacitados e atualizados, mesmo com o agravante da falta de cursos de especialização para esta capacitação.

Quanto às facilidades, os enfermeiros relatam que o acompanhamento e o registro do cuidado ministrado pelo enfermeiro e pela equipe multidisciplinar proporcionam segurança para a família e continuidade da assistência ao paciente. Referem também, como fatores facilitadores, o fato da empresa de home care proporcionar, ao enfermeiro, condições adequadas para a necessária comunicação e transporte e, quando a família percebe o enfermeiro focado no momento vivido por eles e se preocupando e esclarecendo dúvidas.

Consideram, como fatores dificultadores, situações onde a família não entende o papel e a atuação da equipe na residência, bem como, a distância entre uma residência e outra a serem atendidas pelo mesmo profissional. Referem, também, como agravantes para o cuidado na residência, a dificuldade em consensuar o entendimento da equipe de enfermagem na análise e visualização das necessidades

do paciente e a alta taxa de rotatividade do profissional enfermeiro devido à rotina do serviço que, muitas vezes, ocorre fora do horário de expediente do trabalho.

Como estratégias de impacto positivo na assistência consideram: a prestação de um cuidado seguro e contínuo e a formação de vínculo com a família. Reforçam que a comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar tem um papel fundamental no resultado do trabalho, pois é a informação um instrumento que possibilita e promove a qualidade e a segurança no cuidado prestado.

5.4- RESULTADOS DOS GRUPOS FOCALIS- INSTITUIÇÕES A e B

Os Resultados obtidos, pela análise de conteúdo das falas dos enfermeiros participantes das reuniões do Grupo Focal nas Instituições A e B mostram, com importante aproximação de significados, a percepção dos enfermeiros quanto: aos processos de trabalho da enfermagem; à proposta assistencial multidisciplinar; à comunicação na concretização da assistência; às atribuições do enfermeiro e à orientação e capacitação do cuidador e família.

Entretanto, como uns elementos diferenciadores, na Instituição A os enfermeiros tecem considerações sobre a dimensão política, estrutural e social da assistência à saúde e, na Instituição Privada, os enfermeiros fazem considerações sobre a falta, no mercado de trabalho, de profissionais capacitados para atuarem nesta modalidade de assistência

5.4.1- Relatório Síntese do Grupo Focal Instituição A

Participaram da reunião agendada do Grupo Focal as três enfermeiras que fizeram parte da primeira fase da pesquisa. O encontro se deu em uma sala de reuniões da unidade do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) na Instituição A.

A reunião transcorreu de forma tranquila e teve início com os agradecimentos às participantes, pela presença, e com a apresentação dos papéis da pesquisadora,

como coordenadora do Grupo Focal e de uma enfermeira convidada, como observadora.

As participantes foram informadas sobre as regras do Grupo Focal e em seguida foi solicitada e autorizada, a gravação da reunião. Após leitura, foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Não foi necessária apresentação das enfermeiras presentes uma vez que trabalham juntas na empresa e se conhecem há algum tempo.

Como subsídio para a realização do Grupo Focal, cada participante recebeu uma cópia do Relatório Síntese das entrevistas realizadas na primeira fase da pesquisa com os dados relacionados à vivência, destas enfermeiras, na Prática da Assistência Domiciliar. Foi feita também a seguinte questão norteadora: Qual a proposta de intervenção na assistência, considerando a avaliação positiva das estratégias por elas adotadas?

A primeira enfermeira que tomou a palavra demonstrava, na sua feição, insatisfação pela situação vivenciada hoje no PAD relatando que o PAD necessita de uma intervenção mais efetiva dos Gestores da Instituição, no sentido de se comprometerem mais com o PAD; que necessitava de mais Recursos Humanos, pois hoje há, somente, duas enfermeiras atuantes para uma grande demanda de pacientes e uma equipe multidisciplinar cada vez menor. As enfermeiras reforçaram, de forma unânime, que os gestores não assumem, na realidade, que precisariam ter mais enfermeiros na equipe, porque isto sim, é intervenção na assistência e, que o enfermeiro é um facilitador para a melhoria dos processos assistenciais no domicílio. Consideram que não há como melhorar o processo assistencial se não tiverem equipe suficiente para atender os doentes em casa. Apesar desta defasagem de recursos todas têm orgulho de fazer parte deste Programa de Assistência domiciliária. Discorreram sobre as dificuldades que enfrentam para o encaminhamento dos pacientes para a continuidade do cuidado na rede pública devido à escassez de vagas e de serviços para esta finalidade. Consideraram, também, a falta de recursos e de investimentos voltados à saúde da população.

Reforçaram a importância da participação do enfermeiro neste Programa pois, segundo elas, ele é o elo do PAD com a residência. De forma unânime consideram,

que na equipe multidisciplinar é o enfermeiro o profissional essencial para este modelo assistencial, pois é ele quem conhece o paciente, o cuidador e que vai adequar, as condições do ambiente, junto à família. Explicitam que a orientação à família, feita pelo enfermeiro, é primordial pois o paciente não tem como ficar em casa sem um cuidador orientado e capacitado a administrar todos os cuidados. Isto é muito importante porque a enfermagem não estará, na residência, durante as 24h do dia .

Todas as enfermeiras afirmaram que a comunicação tem um papel muito importante no processo assistencial e consideraram os vários instrumentos utilizados para informar a equipe multidisciplinar do que é necessário para a continuidade do cuidado e consequente intervenção da equipe de profissionais da saúde.

As enfermeiras referiram participar de uma reunião que ocorre com a equipe multidisciplinar a fim de planejar o cuidado ao paciente no domicílio, e que isto é uma estratégia importante para a continuidade do cuidado na residência.

Ao final da reunião, a pesquisadora perguntou se as enfermeiras gostariam de acrescentar algo mais e, como não houve mais nenhuma manifestação, a pesquisadora encerrou a reunião com os agradecimentos da pesquisadora e da enfermeira observadora.

5.4.2- Categorias Empíricas do Grupo Focal Instituição A

Categorias	Unidades de Significado
Dinâmica de trabalho na Assistência domiciliar	Planos de cuidado da equipe multidisciplinar Comunicação no processo assistencial Atribuições do enfermeiro
Capacitação do cuidador e família	Orientação ao cuidador/família
Dimensão política, estrutural e social da assistência em saúde	Condições Institucionais. Condições estruturais na assistência à saúde

Quadro 4 - Categorias Empíricas e respectivas Unidades de significado do Grupo focal Instituição A

Assim, na Instituição A, a Categoria Dinâmica de Trabalho na Assistência Domiciliar abarca US referentes ao plano de cuidado multidisciplinar; à importância da comunicação na assistência e às competências do enfermeiro.

Categoria capacitação do cuidador e família mostram a importância que as enfermeiras atribuem ao preparo do cuidador e à orientação da família e, na Categoria Dimensão política, estrutural e social da assistência em saúde, na Unidade de Significado Condições institucionais, as enfermeiras chamam atenção para os recursos que a instituição oferece para atender às demandas do paciente e família, bem como, dos profissionais que prestam a assistência. No que se refere à Unidade de Significado Condições estruturais do atendimento em saúde, as enfermeiras questionam a falta de equipamentos de saúde para o adequado encaminhamento dos pacientes, quando necessário.

Categoria: Dinâmica de Trabalho na Assistência Domiciliária

➤ Unidade de Significado: Plano de cuidado da equipe multidisciplinar

Nesta US as enfermeiras tecem reflexões sobre a importância da existência da equipe multidisciplinar para o efetivo planejamento do cuidado e para o melhor dimensionamento da relação necessidades e recursos. As falas mostram:

“Tudo é discutido com a equipe multidisciplinar, inclusive a assistente social tem uma participação grande neste sentido, apesar de ser única para a instituição e para o PAD.”

“Como estratégia há o planejamento da assistência que ocorre aqui todas as quartas feiras onde o enfermeiro planeja junto com a equipe multidisciplinar a assistência que será prestada; a intervenção da equipe multidisciplinar e as orientações do planejamento e do cuidado que será dado.”

“Uma estratégia é envolver mais a equipe multidisciplinar assim toda quarta-feira, religiosamente, com documentação fotográfica, passamos aqui no serviço todas as fotos do paciente da família, das demandas da casa,(...) da necessidade de material, das questões clínicas. Das questões sociais, emocionais tudo é discutido e o plano assistencial é feito para de alguma forma atender esta população de pacientes que temos nas residências.”

“O que temos como estratégia e que nos ajuda são os planejamentos dos cuidados que prestaremos nas residências que discutimos nas quartas feiras com a equipe multidisciplinar

(...), nesta primeira visita vão o médico, a enfermeira, o fisio e a fono.”

“Temos os nossos indicadores, avaliamos eles e planejamos ações de melhoria, pois não adianta colher dados sem fazer a melhoria, sem analisar os dados então a gente tem muita coisa para fazer.”

O atendimento em domicílio segue um plano de cuidados que é referenciado por Barbosa como um “conjunto de atividades de caráter ambulatorial programada e continuadas por meio de ações preventivas e assistenciais com participação da equipe multidisciplinar”. (89)

➤ **Unidade de Significado: Comunicação no processo assistencial.**

Nesta US as enfermeiras chamam atenção para a importância da comunicação e dos meios e instrumentos de comunicação, por elas adotados, para a efetivação da assistência. As falas explicam:

“Temos também o contato por telefone com o cuidador, isto ajuda muito na comunicação do enfermeiro com a residência, desta forma conseguimos resolver muita coisa através do contato telefônico.”

“A comunicação tem um papel muito importante no processo assistencial. Nós temos um livro de recados onde todo profissional da equipe multidisciplinar lê diariamente, nele é descrito informações referente aos pacientes, cuidados que devem ser realizados e da necessidade de intervenção da equipe de profissionais da equipe multidisciplinar com o paciente, (...)”

“(...) todos (equipe multidisciplinar) leem e deixam recados neste livro, assim se detectarmos o problema na residência deixamos a informação no livro de recados, porque a maioria destes profissionais está diariamente trabalhando no hospital, (...) Este instrumento é muito útil para a nossa comunicação. Não falha.”

“Na reunião que ocorre toda quarta-feira com a equipe multidisciplinar este livro auxilia muito no planejamento do cuidado.”

“A enfermagem é o carro chefe na reunião, ela é que traz a demanda para os outros profissionais e comunica. “

“(...) então isto (manual e DVD) é outro instrumento de comunicação importante para a intervenção e ajuda, pois ensina como podemos cuidar dos pacientes fragilizados em casa.”

“A comunicação é muito importante, a família é comunicada ate mesmo quando iremos iniciar o atendimento no domicilio. “

“A secretária do PAD liga um dia antes para a família para solicitar a permissão da família para iniciar este tipo de cuidado e só iniciamos com a visita domiciliar se a família permitir e se tiver um cuidador na casa, se a família se recusar ou disser que não tem um cuidador a gente remarca este início de trabalho.”

O registro de enfermagem executado no prontuário, do paciente no domicilio, é um instrumento importante e insubstituível para a comunicação da equipe multidisciplinar estabelecendo assim a continuidade da assistência dando condição de contribuir para o desenvolvimento do plano assistencial da equipe, sem contar da importância do aspecto ético e legal. ⁽⁸⁹⁾

Kerber refere que o prontuário é um instrumento importante para a assistência no domicilio, auxilia na informação, controle, é um parâmetro para as ações pertinentes ao cuidado, pois relata toda a trajetória do cuidado prestado pela equipe multidisciplinar. Desta maneira este instrumento é a forma mais lógica e metodologicamente organizada para manter uma comunicação efetiva entre a equipe multidisciplinar e até mesmo, entre serviços. ⁽⁹⁰⁾

➤ **Unidade de Significado: Atribuições do enfermeiro**

A atividade desenvolvida pelas enfermeiras na assistência domiciliária são essenciais para a adequação do ambiente domiciliar, da área física e dos recursos humanos e materiais necessários para o atendimento da família e, principalmente para a viabilização dos cuidados a serem prestados ao paciente tanto na dimensão física como emocional e social. As falas referendam:

“Na equipe multiprofissional o enfermeiro é o profissional essencial, pois é ele é que conhece o paciente, é o que vai identificar na residência quem é o cuidador principal que vai poder prestar os cuidados, junto com esta enfermeira em casa.”

“É a enfermeira que vai adequar as condições do ambiente junto com a família e determinar quais as modificações e adaptações que devem ser feitas no ambiente para receber este paciente. Avalia tanto a área física quanto os recursos materiais e equipamentos que vão necessitar como exemplo: cama hospitalar, cadeira de rodas, cadeira higiênica, etc.”

“(A enfermeira) Avaliará os equipamentos, os materiais, mesmo que seja material de consumo, ele (enfermeiro) é que vai dizer qual o tipo de material que este paciente vai precisar e qual a quantidade, ou seja, a previsão em relação ao material na casa é o enfermeiro que vai definir por isto a importância do enfermeiro capacitado neste processo assistencial.”

“O enfermeiro é responsável por tudo que acontece na casa nas 24hs com relação ao paciente, ou seja, ele é fundamental na assistência.”

“É o enfermeiro que tem um contato mais direto com a família, o cuidador, o doente e a casa. A intervenção que fazemos é muito importante porque somos nós que cuidamos das adaptações que a casa terá que ter, que serão um benefício para o cuidado do paciente.”

“(o enfermeiro) avisará aos outros profissionais da equipe multidisciplinar se o paciente está com febre, se está com dor, se está com sinais de infecção, pois o médico e outros profissionais da equipe fazem menos visitas que o enfermeiro na residência, a não ser que sejam solicitados em casos emergenciais.”

“O enfermeiro atua na questão emocional, psico social, psico familiar. O enfermeiro atua na dimensão física, na dimensão espiritual, na dimensão emocional, na dimensão social, o enfermeiro atua em todas as dimensões e solicita a intervenção da equipe multidisciplinar devido á proximidade que tem com o paciente.”

Lacerda referencia que no cuidado do paciente, a equipe multidisciplinar tem um papel importante porem a relação entre a enfermeira e o cuidador /familiar possui, no cotidiano, um elo forte de confiança, segurança e referência no domicilio. Os familiares recorrem à enfermeira em diferentes situações, pois sabem que ela estará

disponível a ajudá-los no que estiver ao seu alcance, como momentos de angústias, incerteza e aflição. ⁽⁹¹⁾

Categoria: Capacitação do Cuidador e Família

➤ Unidade de Significado: Orientação ao cuidador/família

As falas que compõem esta Categoria e US, além de referenciarem o enfermeiro como o profissional coordenador da assistência, foca o papel do enfermeiro como o orientador do paciente, como o preparador do cuidador que irá prestar a assistência na ausência do profissional de saúde, bem como o responsável por toda informação e orientação aos familiares respondendo às suas dúvidas e questionamentos. As falas dizem:

“Uma grande intervenção é orientar o cuidador do cuidado direto que deverá dar na residência, pois como não temos técnicos de enfermagem na residência nas 24 horas fica com o cuidador esta responsabilidade da assistência ao paciente. “

“Nós do PAD ajudamos com as orientações que damos do cuidado no domicílio ao cuidador.”

“É o enfermeiro que vai orientar a família com relação às demandas do cuidado no domicílio. “

“Assim como resultado de nossas discussões multidisciplinares nós (enfermeiros) acabamos ajudando a família com a nossa orientação.”

“Se não tiver o enfermeiro como elo desta execução do planejamento assistencial com certeza a família ficará desamparada pela ausência de informação ou desamparada de uma importante orientação. “

“Como exemplo, se o paciente precisa receber a alimentação por uma sonda nasointestinal se não posiciona- lo adequadamente, se não tiver uma cama adequada, se não orientar o cuidador das medidas do cuidado com a sonda o resultado desta ação não ocorrerá a contento e é assim para tudo que o paciente for necessitar de cuidado. “

“Então o papel do enfermeiro é fundamental, pois é ele que vai dar a orientação ao cuidador e demandará para os outros profissionais, (...)”

“Uma estratégia que temos é capacitar o cuidador, (...)”

“Capacitar o cuidador é uma estratégia que temos, pois as famílias são muito pequenas e todos trabalham as mulheres da casa hoje estão inseridas no mercado de trabalho. “

“Temos também um manual e um DVD que é entregue para as famílias, assim eles são orientados de alguns cuidados básicos necessários para o cuidado, muitas duvidas podem ser sanadas através deste manual.”

“Então esse manual é mais um instrumento de comunicação importante para o cuidador, são três volumes que fornecemos para a família e o da enfermagem é um volume só com todas as orientações que o familiar e o cuidador precisam ter (...).”

“Temos também dois vídeos explicativos sobre os cuidados que devemos dar ao paciente no domicílio “

“Geralmente a família nos espera, pois já recebeu a orientação da assistente social (...). Informa também ao cuidador que a casa tem que ter o mínimo de condições para receber o paciente.”

“Após isto realizado avisamos a família que está tudo adaptado e aí nós iniciamos com a visita no domicílio. Tudo deve ser informado á família, temos que combinar também a alta, tudo deve ser programado, planejado.”

“Toda a assistência antes e depois e as demandas do paciente devem ser vistas, tratadas, planejadas e informadas á família e ao cuidador.”

“Todas as orientações devem ser feitas inclusive dos equipamentos que serão utilizados, aqui temos por escrito estas orientação inclusive temos por escrito a orientação de alguns procedimentos básicos, então entregamos para a família estas informações, para orientar o familiar e o cuidador, lemos com o cuidador, orientamos e se tiverem duvida sanamos na hora (...) assimilar assim este material escrito ajuda bastante. “

“No início é um impacto muito grande para a família, mas eles vão se ajeitando na situação para que o paciente tenha um bom atendimento por parte do familiar sempre com o nosso suporte e orientação.”

Lacerda referencia que no serviço público, o enfermeiro orienta o paciente e família a fim de promover a autonomia, destes, para o cuidado. Por isto a importância, deste enfermeiro na visita domiciliar e no cuidado do paciente na residência. ⁽⁹²⁾

Categoria: Dimensão Política, Estrutural e Social da Assistência em Saúde

➤ Unidade de significado: Condições Institucionais

No que se refere às condições que a Instituição oferece aos profissionais para assistirem os pacientes em domicílio, as enfermeiras consideram que deve haver maior comprometimento da instituição com o atendimento das demandas e características dos pacientes que são atendidos, nesta modalidade de assistência, e clamam por um maior número de enfermeiros para atender a essas necessidades, bem como, de um maior efetivo de equipes completas. As falas consideram:

“(...) assim cumprimos a missão da instituição como assistência, ensino e pesquisa, mesmo com um número limitado de pessoas, capacitamos os enfermeiros e outros profissionais neste tipo de assistência. “

“A intervenção seria que os Gestores da Instituição se comprometessem mais com o paciente que está em casa, que é o paciente que esteve internado, que é o paciente idoso, que é o paciente de cuidado paliativo, paciente que necessita uma alta demanda assistencial, pois é um paciente com um alto grau de dependência, que não tem como ficar em casa sem um cuidador que consiga administrar todos os cuidados, porque a enfermagem não estará lá 24hs. “

“Não enxergam que na realidade precisariam ter mais enfermeiros na equipe, porque isso sim é intervenção na assistência, a enfermeira é um facilitador para a melhoria dos processos assistenciais no domicílio. Não tem como melhorar processo assistencial se não tiver equipe suficiente para atender os doentes em casa.”

“Para uma maior efetividade deveríamos ter equipes completas, colocar maior equipe de enfermagem para cuidar dos 100 pacientes. “

“Então não vai funcionar direito, por mais que as enfermeiras se desdobrem, elas fazem de tudo para a assistência ser de qualidade, mas só vai ser de qualidade se houver o investimento em equipe, se a reitoria investir em funcionários, enquanto não tiver essa preocupação não conseguiremos fazer a intervenção de qualidade.”

“A assistência domiciliar desta instituição sempre foi um serviço de ponta neste cuidado, só precisamos ter um investimento maior no aumento do número de profissionais da equipe multiprofissional.”

Silva & Col. referem que a criação e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta ainda desafios, especialmente no que se referem aos recursos financeiros e humanos, atribuições de responsabilidades entre as esferas de governo e as relações entre os subsistemas público e privado.⁽⁹³⁾

Ainda, nestes US, as enfermeiras mostram orgulho por trabalharem em uma Instituição de saúde, onde podem desenvolver a assistência embasada em conhecimentos científicos, que são socializados com os pacientes, cuidadores, familiares e comunidade. As falas a seguir mostram:

“Hoje começou o curso de cuidadores para tentar capacitar estas pessoas, é o nosso 6º ou 7º Curso para tentar capacitar o cuidador que pode ser um familiar ou não. “

“Temos como intervenção um curso de orientação ao cuidador, o curso pode ser ministrado para o familiar, para cuidadores que tem interesse em fazer este trabalho, sejam cuidadores ou não do paciente, assim formamos cuidadores para a região. (...) “

“Temos uma lista de espera, pois a procura é grande, eles deixam o telefone aqui, a família vai atrás de uma vaga, existe muita procura.”

“Acredito que para isto precisaria ter um investimento maior para aumentar o número de cursos para esta capacitação, porque a demanda é muito grande. A população brasileira esta envelhecendo e vai ser cada vez maior, porque (...). Infelizmente a pirâmide populacional já está invertendo por isto a necessidade de cuidadores capacitados.”

“(...) assim cumprimos a missão da instituição como assistência, ensino e pesquisa, mesmo com um número limitado de pessoas, capacitamos os enfermeiros e outros profissionais neste tipo de assistência.”

Nietsche cita em seu artigo que “O trabalho da equipe do serviço de internação domiciliar consiste principalmente na preparação e orientação da família para receber o paciente no domicílio, além do suporte assistencial, sendo percebido, também, como a continuidade do tratamento oferecido pelo hospital. Além disso, evidencia a importância de uma escuta e de um olhar diferenciado desta etapa da vida, somado à falta de preparação para lidar com a morte bem como proveniente de uma educação acadêmica insipiente e da falta de preparo emocional-pessoal. ” (94)

Rice refere que o enfermeiro tem o papel de facilitar o cuidado com a orientação dada na residência permitindo, assim, que a continuidade do cuidado ocorra sob os cuidados do cuidador. (9)

➤ **Unidade de significado: Condições estruturais na assistência à saúde**

Esta US mostra como as enfermeiras percebem o contexto sócio-político e estrutural onde a assistência à saúde está inserida. Referem as dificuldades que encontram tanto pela falta de profissionais para um atendimento de qualidade, como para o devido encaminhamento dos pacientes aos equipamentos de saúde da rede pública. Consideram, também, a falta de reconhecimento pelo trabalho que desenvolvem. As falas revelam:

“Temos o seguinte questionamento: para onde encaminhar este paciente após alta do Programa de atendimento domiciliar? Se as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os Programas da Saúde da Família (PSF), que temos na região não possuem estrutura para receber estes pacientes?”

“Onde estão os nossos governantes? Onde é que está o investimento para a saúde?”

“Vemo-nos, às vezes, sem saber para onde encaminhar, tentamos todos os recursos, pedimos que venham ao pronto socorro e qual pronto socorro? Pois também os prontos socorros estão lotados enfim nós às vezes não temos saída.”

“Seria uma grande intervenção para melhoria dos processos assistenciais no PAD terem mais enfermeiras, ter o reconhecimento

do serviço pela Instituição, ter o reconhecimento da própria Universidade do trabalho realizado aqui. “

“Não tenho dúvida que se contratássemos mais enfermeiros para assistir o paciente na residência conseguiríamos atender a demanda muito melhor, fazendo assistência, ensino e pesquisa melhor ainda do que a gente já faz.”

“Como intervenção seria ter mais enfermeiros capacitados para trabalhar na assistência do paciente no domicílio, pois o papel dele é fundamental, sem o enfermeiro não existe o elo entre a instituição de saúde e a residência. “

“Para uma maior efetividade deveríamos ter equipes completas, colocar maior equipe de enfermagem para cuidar dos 100 pacientes.”

Silva e Feuerwerker referenciam que a despeito de sua relevância, estudos indicam que existe uma demanda para o cuidado domiciliar maior do que a capacidade de atendimento das equipes de AD existentes no Brasil. Ou seja, a AD ainda não possui capacidade de se configurar como uma modalidade substitutiva à internação hospitalar.^{(16) (95)}

5.4.3- Relatório Síntese do Grupo Focal Instituição B

Dos 10 enfermeiros entrevistados na 1ª fase da pesquisa, cinco participaram da reunião sendo, dois homens e três mulheres, pelo fato de três enfermeiras terem saído da empresa, uma enfermeira estar em férias e um enfermeiro estar em atividade de trabalho, o que o impossibilitou de participar.

O local utilizado para o encontro foi uma sala de reuniões na própria sede da Empresa de Home Care, o que facilitou a reunião, pois tinha uma mesa oval onde todos puderam se acomodar.

A reunião transcorreu de forma tranquila e teve início com os agradecimentos, às participantes pela presença, e com a apresentação dos papéis da pesquisadora, como coordenadora do Grupo Focal e de uma enfermeira convidada, como observadora.

As participantes foram informadas sobre as regras do Grupo Focal e em seguida foi solicitada e autorizada, a gravação da reunião. Após leitura, foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Não foi necessária apresentação dos enfermeiros presentes uma vez que trabalham juntos na empresa e se conhecem há algum tempo.

Como subsídio para a realização do Grupo Focal, cada participante recebeu uma cópia do Relatório Síntese das entrevistas realizadas na primeira fase da pesquisa com os dados relacionados à vivência, destes enfermeiros, na Prática da Assistência Domiciliar. Foi feita, também, a seguinte questão norteadora: Qual a proposta de intervenção na assistência, considerando a avaliação positiva das estratégias por eles adotadas?

Os enfermeiros afirmaram que a execução de um plano assistencial, pela equipe multidisciplinar, é uma estratégia que torna assertivo o cuidado uma vez que atende às necessidades do paciente, no domicílio. Assim todos os membros da equipe de saúde, de posse das informações referentes ao cuidado a ser dado ao paciente, contribuem para a elaboração e execução deste plano de cuidados. De forma importante emergiu, também, no grupo, a importância da comunicação e dos diferentes meios e instrumentos que facilitam, nas diversas situações, o elo entre a residência e a equipe de saúde facilitando a interação entre a equipe, a família e o cuidador. A questão da falta de comunicação foi amplamente discutida demonstrando que esta é primordial para uma intervenção segura do cuidado na residência. De forma importante foi referenciado, por todos, o papel do enfermeiro como o pilar da assistência domiciliar, pois é este profissional que comanda todo o cuidado no sentido de suprir as necessidades específicas e básicas do paciente e família, sendo o elo entre a empresa de Home care e o paciente. Reforçaram, também, a importância para o seguimento do cuidado realizado, ser sempre feito, por um mesmo enfermeiro.

Foram unânimes em considerar o enfermeiro como educador, tendo um papel importante no processo assistencial esclarecendo o familiar, o paciente e a equipe de enfermagem sobre os cuidados que serão prestados facilitando, assim, o entendimento da família nesta prática assistencial.

De maneira enfática, os enfermeiros referenciaram a preocupação com a formação acadêmica da equipe multidisciplinar para este tipo de cuidado e reforçaram, a carência deste tipo de capacitação nas Universidades. Referiram que todos da equipe multidisciplinar devem ter experiência, habilidade e capacitação pessoal e profissional, para este modelo assistencial.

As sugestões do grupo foram gravadas e a pesquisadora, ao final da reunião, perguntou se os enfermeiros gostariam de acrescentar algo mais. Como não houve manifestação, a reunião foi encerrada com os agradecimentos da pesquisadora e da enfermeira observadora.

5.4.4- Categorias Empíricas do Grupo Focal Instituição B

Categorias	Unidades de significado
Dinâmica de trabalho na Assistência domiciliar	Plano de cuidado da equipe multidisciplinar Comunicação no processo assistencial Atribuições do enfermeiro
Capacitação do cuidador e da equipe de saúde	Orientação ao paciente e família Capacitação da equipe multidisciplinar

Quadro 5 – Categorias Empíricas e respectivas Unidades de significado do Grupo focal Instituição B

Assim, na Instituição B, a Categoria Dinâmica de trabalho na assistência domiciliar alberga US referentes: ao processo de trabalho da equipe multidisciplinar no planejamento da assistência; às dificuldades e importância de uma comunicação efetiva entre os diferentes protagonistas do processo assistencial e às atribuições nucleares do enfermeiro, nesta assistência. A Categoria capacitação do cuidador e da equipe de saúde mostram US pertinentes à importância que as enfermeiras atribuem à orientação do paciente e família e da relevância de ter uma Equipe multidisciplinar capacitada para o cuidado no domicílio.

Categoria: Dinâmica de Trabalho na Assistência Domiciliar**➤ Unidade de Significado: Plano de cuidado da equipe multidisciplinar**

Nesta US os enfermeiros tecem reflexões sobre a importância da participação efetiva dos diferentes profissionais no planejamento da assistência, desde situações que não exigem decisões específicas, considerando os casos mais demandados e ou/ os problemas mais frequentes, até decisões e ações de maior complexidade e especificidade. Os excertos dos discursos mostram:

“(....) todos os profissionais devem estar unidos e cientes do diagnóstico do paciente em prol do paciente.”

“Todos devem estar tentando solucionar os problemas do paciente (...).”

“Cuidar do paciente de forma adequada é a principal função no Home Care.”

“Quando não consegue solucionar o conflito, que pode ser social ou clínico, faz uma reunião multiprofissional para traçar um plano de ação que resolva o problema, pois o familiar percebe tudo. “

“Tem que ser ouvida toda a equipe multidisciplinar ao ser traçado um plano de ação (...).”

“Hoje o método adotado pela equipe multidisciplinar é o levantamento dos problemas; é traçado um plano de ação e feita a avaliação dos resultados. São discutidos os casos mais demandados e/ ou os problemas mais frequentes.”

“A empresa trabalha com enfermeiros com experiência em Pronto Socorro, em urgência e emergência formando uma equipe completa que supre todas as necessidades dos pacientes.”

Nietsche & Col. referem que a equipe multiprofissional tem o compromisso de continuar o cuidado que estava sendo dado no hospital, na residência. Por isto há

necessidade de planejamento, de um plano de cuidado para atender o paciente e família com segurança e tranquilidade, por todos que fazem parte da equipe. ⁽⁹⁴⁾

➤ **Unidade de Significado: Comunicação no processo assistencial**

Nesta US os enfermeiros enfatizam a comunicação como um fator de essencialidade para a qualidade da assistência considerando o uso de diferentes meios e instrumentos para a efetiva comunicação entre os profissionais/paciente/família. Consideram a comunicação escrita, presencial ou uso de tecnologia, como grandes recursos na resolutividade tanto de situações simples como das mais complexas. As frases mostram:

“O alinhamento das ações, para não ter retrabalho, reforça que uma intervenção seria a melhoria da comunicação, (...)”

“Nos finais de semana, como o enfermeiro não estará na residência, toda sexta-feira é feita uma reunião para a programação das atividades do final de semana: ... tudo é acordado para o paciente não precisar ligar e falar que está esperando por um medicamento e ninguém apareceu. Tudo tem que ser programado.”

“Hoje, a empresa trabalha com estes profissionais que são terceirizados. Assim a enfermagem adota e usa os protocolos que são resgatados nas reuniões clínicas realizadas com a equipe multiprofissional. Dessa forma fica alinhado o cuidado dado ao paciente, não só na parte clínica, mas no tratamento e no processo de desmame também. “

“Uma estratégia seria maior interação com o profissional que está lá, na ponta. É difícil conseguir reunir todos estes profissionais na casa do paciente para discutirem juntos o enfermeiro e o médico uma situação a respeito do paciente. “

“Outro grande desafio é alinhar a conduta clínica em conjunto com a equipe multiprofissional.”

“Antigamente a empresa contratava nutricionista e fisioterapeuta e elas faziam este “link”, com o enfermeiro quando sentavam, conversavam e discutiam como era realizado o cuidado. Com estes profissionais parceiros, tudo era feito em conjunto e elas acabavam

vendo todos os pacientes. .. Sem estes profissionais na empresa, fica bem mais difícil; eles eram um diferencial. Dificuldades?”

“(...)hoje a maior dificuldade que nós temos é a comunicação. Então nós temos que quebrar esta barreira.”

“A enfermagem procura alinhar isto através de reuniões clínicas quinzenais ou semanais, e com a equipe multiprofissional reuniões quinzenais.”

“(...) para que a intervenção seja correta, a comunicação é um elemento crucial.”

“A falta de comunicação afeta a empresa, também, em relação aos custos desnecessários, porque você tem que voltar à residência para conversar com a família, porque nem tudo se consegue resolver por telefone. “

“Outra vez a comunicação é importante e o trabalho com ações planejadas e protocolos adequados seria mais uma estratégia a ser seguida.”

“Deixar o prontuário alinhado e a família ciente de tudo que vai ser feito, formalizando, por e-mail com a família, tem que ser rotina. Tudo tem que estar documentado. Relatar e documentar sempre é o melhor.”

“Hoje, entre todos os profissionais da equipe multiprofissional, há um contato importante via telefone pois, para termos um vínculo na casa, há um telefone celular na residência.”

“Geralmente, a informação sobre o cuidado a ser prestado fica por conta de papéis, de relatórios e de falas.”

Lacerda refere que “O trabalho sistematizado é acentuado por comunicação, ética e profundo respeito humano pela vivência das famílias. É também uma oportunidade única para empreender os melhores cuidados de saúde às pessoas e seus relacionamentos em seu local mais íntimo e privado da existência: o lar”. ⁽⁹²⁾

Referem Pessini e Bertachini que a comunicação torna-se indispensável na assistência domiciliar, pois envolve a equipe multidisciplinar na orientação, como um simples “dar informação” que resultará no entendimento, de ambas as partes, paciente

e família. Porém isto exige tempo desta equipe e acordo mútuo para compreender a limitação do entendimento do outro ⁽⁹⁶⁾

➤ **Unidade de Significado: Atribuições do enfermeiro**

As falas que compõem esta US, evidenciam a importância do papel nuclear que o enfermeiro desempenha como elemento de aglutinação das diferentes demandas do paciente/família/demais profissionais; como coordenador dos recursos físicos, materiais e humanos destinados à assistência domiciliar e como interlocutor entre, a empresa de Home Care e residência do paciente e, entre os diferentes profissionais, paciente e família. As falas evidenciam:

“Outro fator que deve ser levado em conta é o gerenciamento da residência. Para gerenciar a residência, a família e a demanda social, o Enfermeiro deve conhecer o todo pois é através do gerenciamento do domicílio que o Enfermeiro Assistencial percebe as necessidades da residência. “

“Dessa forma, o enfermeiro tem que alinhar um horário adequado que não atrapalhe a rotina da residência. “

“Outra variável importante, além da comunicação, é ter um enfermeiro específico para determinado paciente. “

“O enfermeiro é um elo muito importante na assistência domiciliar. A visão do enfermeiro na residência e o gerenciamento por ele realizado são importantes, porque ele tem que saber tudo que está acontecendo. (Na residência).”

“A família forma vínculo com este profissional, solicita sua permanência e ele acaba por fazer 12h todos os dias. Nestas situações o colaborador precisa de suporte psicológico para trabalhar esta relação. “

“(...) assim, a proposta gerencial busca evitar a permanência do auxiliar por mais de 12 h, em uma única residência evitando, também, a ocorrência de erros devido ao cansaço da equipe.”

“Muitas vezes estas equipes solicitam recursos na residência e tem a negativa do convênio. Nesta situação, o papel do enfermeiro é estar

ciente e facilitar o cuidado a ser prestado uma vez que, o enfermeiro assume a importante função de reunir tudo o que possa levar, este paciente, a conseguir a terapia solicitada.”

“O enfermeiro de Home Care tem mais condição e menos burocracia para fazer o link com a equipe multi.”

“Um problema com que o enfermeiro trabalha é conseguir controlar o material na casa do. Paciente. Quando a equipe é boa e controla o material tudo corre bem, mas, quando não, começam a usar mais materiais e não avisam da falta. Este vínculo é importante.”

“O papel do enfermeiro é estar ao lado daquela residência.”

“O enfermeiro deve referendar que o auxiliar de enfermagem é parceiro, que está junto com a família. O enfermeiro tem que ter a gestão deste processo, trazendo a unidade da equipe multidisciplinar, mostrando na residência que são uma equipe e que eles (família) precisam entender este processo.”

“Mesmo que só passe uma vez por semana, o enfermeiro deve manter contato com a residência sendo o telefone, muitas vezes, o elo de ligação e vínculo com a casa do paciente. Quando necessário o enfermeiro deve aumentar o número de visitas e, nos dias em que não está presente, tem que saber o que está acontecendo na casa. Este é o papel do enfermeiro: saber o que está acontecendo, então o enfermeiro é super. Importante. “

Munoz & Col referem que a enfermagem deve proporcionar um cuidado de qualidade que respondam à necessidade do paciente. Para tanto é necessário que a enfermeira esteja capacitada para supervisionar, pessoalmente, o cuidado e monitorar para que o cuidado seja executado de forma correta e adequada, conforme disposto na legislação vigente.⁽⁸⁶⁾

Categoria: Capacitação do Cuidador e da Equipe de Saúde

A Categoria capacitação do cuidador e da equipe de saúde é resgatada das falas dos enfermeiros. Na US Orientação ao paciente e família, quando apontam o enfermeiro como o grande responsável pelo cuidado a ser prestado ao paciente e, conseqüentemente, pela capacitação do cuidador e orientação da família. Reforçam a importância da informação e dos esclarecimentos sobre a assistência a ser prestada; sobre os recursos demandados para esta assistência e sobre a dinâmica de trabalho que será efetivada e que fazem parte do processo de trabalho do enfermeiro. Na US Capacitação da equipe multidisciplinar, os enfermeiros intensificam a importância de uma equipe de saúde habilitada, para este modelo assistencial.

➤ Unidade de Significado: Orientação ao paciente e família

Os excertos resgatados das falas dos enfermeiros referentes à US Orientação do paciente e da família enfatizam o papel central do enfermeiro nas atividades de preparo e orientação do paciente, cuidador e família para, de acordo com uma nova modalidade de atendimento, darem continuidade à assistência que era recebida no hospital. Assim, os esclarecimentos quanto: ao novo processo de trabalho; às atividades que compete ao cuidador e à família; a capacitação técnica para que possam assumir esse compromisso e a busca de informações para dar respostas às diferentes dúvidas que surgem, são competências específicas do enfermeiro e estão nas falas:

“(...) o momento da inserção do paciente no cuidado domiciliar. Neste momento, o Enfermeiro Referência (que é enfermeiro responsável pelo cuidado do paciente) explica aos familiares a dinâmica do cuidado do Home CARE nas 24hs e o papel do Enfermeiro e do Auxiliar de Enfermagem. Ainda neste momento, uma das intervenções seria orientar os familiares no referente à proposta assistencial.”

“O Psicólogo ajuda também o paciente a entender a necessidade do Home Care, pois o cuidado deve ser realizado para atender às necessidades clínicas e sociais.”

“A família deve estar de acordo e deve ter ciência do protocolo do cuidado que será oferecido pela empresa de Home CARE, (...)”

“Desta forma quando a enfermagem solicitar algo da família/paciente e fizer algo (cuidados) todos devem estar informado e devem concordar.”

“Muitas vezes a família questiona e o enfermeiro vai em busca de informações não conseguindo dar todas as informações que a família espera, pois são muitas e variadas estas solicitações. “

“É importante como mudança, que a intervenção ocorrida seja socializada com a equipe multidisciplinar, a família e o paciente. Assim, esta informação acaba sendo, não do enfermeiro, mas, do paciente “

“A orientação deste colaborador é muito importante. Hoje o foco na nossa empresa, na gest destes profissionais, é trabalhar esta situação com eles.”

“Após a avaliação hospitalar e antes do paciente ir para a residência e ter início a assistência de Home CARE, a equipe deve alinhar, com a família, o que pode e o que não pode ser realizado; tem que deixar bem claro, para eles, como será a assistência domiciliar. Dessa forma, eles não poderão alegar que não tinham informação. “

“A família deve estar ciente de que o cuidado realizado pela empresa de Home Care não será para a vida inteira.”

“Este fato mostra a importância da informação ao paciente e a família antes de ter início o cuidado no domicílio. Começou, parou, pode não voltar.”

“Por isto a informação a família deve ser intensa.”

“Antes de iniciar a assistência no domicílio há necessidade de clarificar alguns pontos. “

“Há famílias que pensam que o auxiliar fará tudo sozinho e referem que gostariam de ter um auxiliar com constituição física forte. Por esse motivo, eles (família e paciente) são orientados que serão considerados como cuidadores ativos para auxiliar na assistência. “

“O paciente não é do Home Care, o paciente é da família então os Enfermeiros reforçam o fato do cuidador ter que entender que,

independente do paciente ser particular ou convênio, o cuidador é um personagem importante para que o atendimento aconteça.”

“O membro da família é que vai ajudar o profissional de enfermagem dando suporte e, a enfermagem, dará a informação à família com relação ao cuidado do paciente.”

“O cuidador tem um papel super. Importante no cuidado e, é isto que tem que ser trabalhado com as famílias que tem dificuldade em entender este ponto.”

“Algumas vezes é complicado porque há famílias que não querem entender e acham que o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem, que estão na residência, ficarão eternamente nesse domicílio.”

“O grande equilíbrio da relação cuidador x Home Care é o grau de entendimento do cuidador. Será que a família está preparada para a assistência domiciliar?”

“Se o paciente usa um dispositivo, como uma sonda no nariz, o cuidador, se orientado, pode cuidar deste paciente, desde que esteja bem treinado. Se o cuidador \ familiar tiver medo de realizar este cuidado, o processo de capacitação deste cuidador fica mais lento sendo este, o grande foco para o enfermeiro trabalhar.”

“Isto é diferente quando o cuidador ou o familiar sai de instituições onde recebeu treinamento; sai sabendo fazer tudo e o hospital dá este. Treinamento.”

“O Home Care tem esta cumplicidade com hospitais que iniciam este treinamento, com a família, no momento em que o paciente entra no hospital para a primeira internação. É no hospital que esta família é orientada e passa a ter ideia de como ele vai ser o cuidado em casa.”

“A empresa trabalha com o cuidador ativo que ajuda o técnico ou auxiliar de enfermagem (...)”

“(...) este é o papel concreto do cuidador participante e não apenas supervisionando e pontuando. “

“O cuidador pode ajudar o técnico a trocar uma fralda, a fazer higiene íntima. Isto é o que o Enfermeiro trabalha no Home CARE no referente à orientação do cuidador.”

“Às vezes há queixa, dos cuidadores, pelo fato de prestarem cuidados tendo o auxiliar de enfermagem na residência. Isto explicita a importância do preparo da família desde o hospital; antes de ter início o cuidado no domicílio.”

“Existem pacientes que não conseguem vincular algum cuidado à família, pois dependem de recursos técnicos, mas mesmo nestes casos, a familiar assessora nos cuidados, não fazendo procedimentos técnicos. Desta forma para a família, o grande impacto é a ansiedade pela falta de preparo para o cuidado”

“Desta forma para a família, o grande impacto é a ansiedade pela falta de preparo para o cuidado. Nestes casos o enfermeiro trabalha com ajuda do assistente social ou psicólogo porque tem que ser um profissional fora do foco assistencial, para trabalhar, com a família e até com a enfermagem.”

“A avaliação do paciente na saída do hospital e antes do início do cuidado no domicílio, são os momentos adequados para informar o familiar sobre o que pode e deve esperar do cuidado que será prestado na residência.”

“A maioria das famílias espera por uma reabilitação que, muitas vezes, não vai acontecer. Quando não entendem, percebem o tempo passar e não observam melhoras do paciente, pedem a troca da empresa de Home Care responsabilizando-a pela ausência da melhora do paciente. “

“O profissional destas áreas deve auxiliar o familiar a entender melhor o paciente. Isto é importante no home CARE também em outras linhas de atendimento.”

“A família tem que entender que na residência o enfermeiro tem um papel importante no referente à segura”

“O enfermeiro deve referendar que o auxiliar de enfermagem é parceiro, que está junto com a família.”

Brondani & col referem que o cuidador no contexto da internação domiciliar, é quem assume a atividade do cuidar e tem um papel importante neste processo sendo um elo entre o paciente e a equipe de saúde. Para isto é imprescindível a sua capacitação pela equipe multidisciplinar, na realização desta atividade ⁽⁹⁷⁾

➤ **Unidade de Significado: Capacitação da equipe multidisciplinar**

Nesta US os enfermeiros mostram preocupação com a formação e capacitação dos profissionais que atuam na assistência domiciliar, sem a devida prontidão técnica e/ou relacional para o desempenho das atividades cotidianas. Chamam atenção, em especial, para as lacunas presentes na formação e capacitação técnica do enfermeiro como, por exemplo, no atendimento de situações de urgência e emergência e consideram, que a dimensão emocional destes profissionais, também, deve ser trabalhada uma vez que devido aos vínculos afetivos que se formam, as decisões exigem equilíbrio e serenidade. Assim mostram as falas a seguir:

“Outro fator considerado é a falta de capacitação do enfermeiro em urgências e emergências o que é muito importante. Falta a busca do enfermeiro em procurar uma especialização. ... há necessidade de treinamentos, de capacitação do pessoal que assiste.”

“O enfermeiro atende criança, adulto, paciente psiquiátrico suprimindo todas as necessidades pois a equipe é bem alinhada e, os enfermeiros, são capacitados com pós-graduação.”

“Observa-se que, as equipes multiprofissionais existentes no mercado, são de profissionais não capacitados. Às vezes o paciente tem a necessidade de fisioterapia respiratória e não motora, pois tem um problema respiratório e é atendido por um fisioterapeuta inexperiente que não tem esta capacidade. Isto gera atrito e insatisfação.”

“Hoje percebe-se que, se o enfermeiro não for bem preparado, com uma visão ampla do que acontece na residência do paciente, que o paciente é dele, ele perde as rédeas e acaba tendo retrabalho.”

“(...) outros aspectos foram referenciados considerando a dimensão comportamental dos auxiliares porque, por mais que seja feito treinamento e orientação da parte técnica, os Auxiliares ficam muito tempo, 12hs e durante meses, na casa de uma só pessoa, o que gera problemas devido a este convívio excessivo.”

“Como intervenção gerencial, o processo seletivo dos enfermeiros deveria levar em conta o papel de educador e de orientador de comportamentos adequados nas diferentes situações que ocorrem na residência do paciente.”

“O Auxiliar de enfermagem tem que criar um laço afetivo, mas manter certa distância. Se por um lado o afeto é importante para o cuidado do paciente, a intromissão exagerada, com opiniões e palpites, não é função da equipe de enfermagem.”

“No momento está ocorrendo um programa de treinamento realizado por um Enfermeiro especialista em Educação Permanente, que está treinando diariamente, os profissionais que estão sendo elitizados. Com o foco no gerenciamento destes novos colaboradores, a empresa toda conta com profissionais elitizados que passam por treinamento. ...a primeira fase do treinamento onde são abordados, entre outros, temas sobre ética e cultura da empresa.”

“A família forma vínculo com este profissional, solicita sua permanência e ele acaba por fazer 12h todos os dias. Nestas situações o colaborador precisa de suporte psicológico para trabalhar esta relação. A visão de mudança, neste aspecto, seria a de trabalhar com estes profissionais elitizados uma conduta de manutenção de limites de convívio profissional.”

“Há pacientes que já passaram pela quarta ou quinta empresa de Home Care e não entenderam o processo do cuidado prestado. Às vezes tem que ser inserido, no cuidado prestado, o assistente social ou o psicólogo, um profissional fora do foco assistencial, para trabalhar com a família, e até com a enfermagem pois, muitas vezes, a equipe não está preparada para a situação que está sendo vivenciada.”

“Há várias demandas no preparo do pessoal de enfermagem, tanto na dimensão psicológica como na emocional ou social.”

“Se a equipe não está preparada, o treinamento da equipe multiprofissional é a primeira etapa a ser trabalhar na assistência.”

Lacerda enfatiza que a equipe multidisciplinar é responsável pela assistência ao paciente e pela orientação da família na sua tarefa de cuidar. Esta interação permite que a assistência seja programada de forma que o paciente e família alcancem independência para administrar os cuidados necessários na residência evidenciando, assim, a importância de se ter uma equipe multidisciplinar capacitada e habilitada para o atendimento. ⁽⁹²⁾

CONCLUSÃO

6- CONCLUSÃO

A análise interpretativa dos discursos possibilitou a construção de categorias empíricas, que analisadas à luz do referencial teórico pertinente, permitiram a obtenção de respostas e de esclarecimentos importantes sobre a temática tratada nesta pesquisa.

Assim, as Categorias e as respectivas Unidades de Significado, elaboradas a partir das informações resgatadas nas entrevistas e no Grupo Focal, auxiliaram na decodificação do “o que” e do “como” os enfermeiros percebem, sentem e vivenciam a prática que desenvolvem na assistência domiciliária.

Os resultados mostram que o enfermeiro é o profissional que programa, orienta, cuida, supervisiona, implementa e avalia a assistência prestada ao paciente. É o profissional que identifica e que busca o atendimento de todas as necessidades do paciente, da família e do cuidador; que se preocupa com as demandas para o atendimento tanto dos aspectos sociais, familiares, espirituais como financeiros, que envolvem a assistência tentando otimizar, os recursos da família e da instituição, para que o paciente seja assistido com qualidade e/ou da melhor maneira possível.

Como elemento facilitador foi referenciada, pelos enfermeiros deste estudo e referendada pela literatura, a satisfação que os enfermeiros sentem, no exercício desta prática assistencial, quando consideram gratificante trabalhar na assistência domiciliária por permitir atuar, com maior autonomia, neste modelo de cuidado.

Ainda como elemento facilitador, o apoio dos órgãos deliberativos das Instituições e das chefias foi um aspecto fortemente citado pelos enfermeiros deste estudo, pelo fato de dar suporte e de garantir a exequibilidade da dinâmica de trabalho da equipe multidisciplinar e de dispor, à equipe, os equipamentos e instrumentos que auxiliam na comunicação e na locomoção dos agentes. A literatura também tece reflexões sobre a importância deste aspecto para a viabilidade deste modelo assistencial.

Como elementos dificultadores, emergiu das falas dos enfermeiros e apoiada pelo referencial pertinente, a assertiva de que o profissional enfermeiro, na vivência desta assistência, enfrenta conflitos familiares e dificuldades no relacionamento com cuidadores fragilizados emocionalmente, com famílias desorientadas e inseguras frente à nova situação; com a falta de infraestrutura para atender o paciente em casos de urgências e emergências; com a falta de meios para uma comunicação efetiva; com percalços no transporte imediato do paciente bem como, com a falta de segurança do local de residência dos pacientes.

Consideram assim, que a equipe de enfermagem, nas instituições onde permanecem com o paciente durante todo o período de internação no domicílio, devido ao convívio com os conflitos familiares, deve ter suporte psicológico para trabalhar esta relação.

Os enfermeiros do estudo referiram ter adquirido expertise neste modelo de cuidado no decorrer de sua trajetória profissional devido à deficiência da formação acadêmica, uma vez que a Grade Curricular dos Cursos de Graduação em Enfermagem não trata desta temática obrigando-os a buscar capacitação, em Cursos de Pós-graduação que tratam, por sua vez, de temáticas tangenciais a este modelo assistencial. A literatura reitera a falta de clareza do papel do enfermeiro nesta prática, referenciada pelos enfermeiros do presente estudo como um dificultador das atividades diárias, devido a um contingente expressivo de atividades administrativas que comprometem o tempo existente para o cuidado.

O vínculo com a família foi um aspecto considerado, pelos enfermeiros do estudo, tanto como facilitador como dificultador do processo de cuidar, uma vez, que de forma positiva facilita o relacionamento e a comunicação enfermeiro/paciente/cuidador/família/instituição e, de forma negativa, prejudica a vida pessoal do profissional pois, muitas vezes, é chamado pela família do paciente, fora do horário de trabalho. A literatura também questiona a ocorrência desta situação.

Como estratégias vivenciadas e referidas, pelos enfermeiros, com resultados de impacto positivo são consideradas: o cuidado prestado pela equipe multidisciplinar; o alinhamento das ações multidisciplinares; o conhecimento do contexto sócio-econômico cultural e de saúde do paciente, do cuidador e da família; a rotina da casa;

as necessidades físicas, emocionais e espirituais que envolvem o cuidar e a comunicação efetiva com todos os envolvidos no cuidado. A Literatura e os enfermeiros do estudo consideram, como estratégia positiva, um enfermeiro específico para determinado paciente, como elemento fundamental para o cuidado na residência.

Embora com diferentes estruturas mantenedoras, privada e governamental, o papel educador do enfermeiro, nas duas instituições, se faz presente ora orientando o cuidador que assume o cuidado na ausência da enfermagem ou como na privada, esclarecendo a família sobre as atividades a serem desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem.

Neste contexto, o presente estudo subsidia uma importante reflexão sobre as competências técnico-científicas e socio-educativas do enfermeiro no desempenho da assistência domiciliária, chamando a atenção para os determinantes políticos, financeiros e sociais que determinam e/ou influenciam esta prática assistencial.

Quanto às limitações deste estudo, consideradas as limitações próprias dos estudos qualitativos que fazem referências aos cenários estudados e não generalizam para outros cenários, deve ser considerado o fato deste estudo investigar, apenas, a atuação do enfermeiro sendo este, um dos diferentes atores deste processo assistencial. Assim, estudos que dão voz aos pacientes, cuidadores, famílias e demais profissionais envolvidos na assistência domiciliária, ainda devem ser desenvolvidos.

REFERÊNCIAS

7- REFERÊNCIAS

- 1 Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011
- 2 Rehen CT, Trad BL. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005; 10(supl):231-42.
- 3 Fabricio SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado no interior paulista. *Rev. Latino Am. Enferm.*, 2004; 12:721-6.
- 4 Benjamin AE. An historical perspective on home care policy. *Milbank Quarterly*. 1993; 71:129-66.
- 5 Puschel VAA, Ide CAC, Chaves EC. Instrumento para abordagem psicossocial do Indivíduo e da família na assistência domiciliar-condições de aplicabilidade. *Acta Paul. Enferm.*, 2005; 18:203-12.
- 6 Hamed A. Medicine in old Egypt. In: Sarton G, editor. *History of science*. Heidelberg: Ead; 1998. Available from: <URL:<http://www.levity.com/alchemy/islam22.html>> [Acesso 10 jun 2015].
- 7 Buhler-Wilkerson K. *No place like home: a history of nursing and home care in the United States*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2001.
- 8 Albuquerque SMRL. *Assistência domiciliar: diferencial na de vida do idoso portador de doença crônica*. [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/USP, 2001.
- 9 Rice R. *Home Care nursing practice: concepts and application*. St. Louis: Mosby; 2001. Home care nursing practice: historical prespective and philosophy of care; p.3-14.
- 10 Buhler-Wilkerson K. Left carrying the bag: experiments in visiting nursing, 1877-1909. *Nurs. Res.*, 1987; 36:42-7.
- 11 Mendes W. *Home care: uma modalidade de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI; 2001 O envelhecimento da população na explicação do crescimento do Home Care; p.25-37.
- 12 Sena RR, Leite JCA, Costa FM, et al. O cuidado no domicílio: um desafio em construção. *Cogitare Enferm. Curitiba*, 1999; 4:58-62.

- 13 Ramalho VJG, Tamayo MIP. Historia de la hospitalización a domicilio, In: Glez MDD, coordenador. *Hospitalización a domicilio*. Espanha: Hoechst Marion Roussel; 2002. p.13-22.
- 14 Gonzales Ramalho VJ, Martinez BV, Garcia VR. Hospitalizacion a domicilio. *Med. Clin. Barcelona*, 2002; 118:659-64.
- 15 Augusto I, Franco LHRO. Aspectos históricos da assistência de enfermagem domiciliar. *Rev. LAES/HAES*, 1980; 1:50-2.
- 16 Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev. Panama Salud Publica*, 2008; 24:180-8.
- 17 ANVISA. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Diretoria colegiada n.11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento Técnico para o funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Diário oficial da União, Brasília 30 de janeiro de 2006. Seção1. Disponível em <URL:<http://e-legis.ANVISA.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=rdc%202006%20domiciliar>>. [Acesso 10 jan 2016].
- 18 Portaria nº 2527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 28 out 2011: seção1:1
- 19 Bittar OJN. A administração do hospital do próximo milênio. *Mundo Saúde, São Paulo*, 1997; 21:136-41.
- 20 Braga JCS, Silva PLB. A Mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor da saúde no Brasil. In: Negri B, Di Giovanni G, organizadores. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: UNICAMP/Instituto de Economia; 2001. p.19-23.
- 21 Duarte YAP, Diogo MJD. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p.3-17.
- 22 Tavolari CEL, Medina P. O desenvolvimento do home health care no Brasil. *Rev. Adm. Saúde, São Paulo*, 2000; 3:15-8.

-
- 23 COFEn Conselho Federal de enfermagem Resolução 293\2004. *Fixa e estabelece Parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nas Unidades assistenciais das Instituições de saúde e assemelhados*. Disponível em: <URL:[http:// www.cofen.gov.br/ resoluo-cofen-2932004_4329.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html)>. [Acesso 10 dez 2015].
- 24 Nogueira, MJC, Fonseca RMG S, Nogueira MJC. A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem à família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 1977; 11:28-50.
- 25 Ribeiro CA. *Assistência domiciliar: uma nova modalidade de atenção à saúde*. Disponível em: <URL:[http:\www.unimeds.com.br\conteúdo\ME01.htm](http://www.unimeds.com.br/conteúdo/ME01.htm)>. [Acesso 5 maio 2012].
- 26 Mendes Junior WV. *Assistência domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil*. 97p. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 2001.
- 27 Cruz L. *Assistência Domiciliar: estudo sobre a formação de profissionais e a prestação de serviços no Estado de São Paulo*. 127p. [dissertação]. São Paulo (SP):FGV/EAESP, 1999.
- 28 Lacerda MR. *Tornando-se profissional no contexto domiciliar vivencia do cuidado da enfermeira*. Tese (Doutorado). Universidade Federal de santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- 29 Maloney MF. The meanings of home in the stories o folder women. *West J. Nurse Res.*1997; 19:166-76.
- 30 Santos BRL, Eidt OR, Paskulin MNG. Sagebin HV, Wlitt RR. Processo de construção de um programa de cuidado domiciliar. In: Anais do 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congresso Pan-Americano de Enfermagem, 1999 out-2-7, Florianópolis (SC), Brasil, Florianópolis (SC), ABEn 2000, 571 p.225-33.
- 31 Roca Socarras A, Blanco Torres K. Carga en familiares cuidadores de ancianos dementes. *Correo Científico Médico de Holguín* [periódico on-line] 2007; 11(4 Suppl. 1). Disponível em: <URL:<http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev4.htm>> [Acesso 2 out 2015]

- 32 Marques SM, Ferraz AF. A vivencia de o cuidado domiciliar durante o processo de morrer: a perspectiva de familiares e cuidadores. *Rev. Mineira Enferm.*, 2004; 8:165-252.
- 33 Marzari F, Perline NMOG. Cuidar no domicilio: percepção de cuidadores e familiares na área rural. *Rev. Mineira Enferm.*, 2005; 9:322-8.
- 34 Losada A, Gonzales MM, Penãcoba C, Gallagher-Thompson D, Knight BG. Reflexiones em torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinaria. *Psicología Conductual*, 2007; 15:57-76.
- 35 Martínez FE. Recuperación de la salud del cuidador principal, en proyecto sociocultural "Quisucuba". Los sitios, Centro Habana. *Enfermeria Glob.* [revista em la internet]. 2012 abr 11(25):93-103. Disponible em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100006&lng=es>. [Acesso 2 out 2015]
- 36 Villarejo L, Zamora MA, Casado G. Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. *Enfermeria Glob.* [revista em la internet]. 2012, 11(27):159-65. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300009&lng=es>. [Acesso 2 out 2015]
- 37 Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev. Saúde Pública*, 2010; 44:1102-11.
- 38 Hamilton DB. No place like home. *Rev. Am. Hist.*, 2002; 30:310-5.
- 39 Nogueira RP, Firardi SN. *Reforma Político-Administrativa e Função Recursos Humanos de Saúde*. In: Seminário Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado. Brasília, 15 a 17 de outubro de 1997. Recomendação nº 127, Organização Internacional do trabalho.
- 40 Queiroz CARS. *Manual da cooperativa de serviços e trabalho*. São Paulo: Editora STS; 1996.
- 41 Cunha MAO, Morais HMM. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2007; 12:1651-60.
- 42 Dieckmann J. Home health Administration: an overview. In: Harris M, editor. *Handbook of home care administration*. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 1997. p.3-11.

- 43 COFEn. Conselho Federal de enfermagem. Resolução nº 464 de 20 de outubro de 2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Disponível em: <URL:<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=276411>>.[Acesso 10 de janeiro 2016]
- 44 Barros SRTP, Braz MG, Cruz ICF. Pós-graduação em home care: uma exigência pela qualidade-Parte I. *Rev. Bras. Home CARE, Rio de Janeiro*, 1999; 1:34-6.
- 45 Cruz ICF, Barros SRTP, Ferreira HC. Enfermagem em home care e sua inserção nos níveis de atenção a saúde: A experiência da escola de enfermagem da Universidade Federal Fluminense. *Enferm. Atual*, 2001; 1:35-8.
- 46 Liaschenko J. The moral geography of home care. *ANS Adv. Nurs. Sci.*, 1994; 17:16-26.
- 47 Martins NS, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Carvalho DC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Rev. Enferm. Texto Contexto*, 2007; 16:254-62..
- 48 Diogo MJD'E, Santos SMA. Capacitação de recursos humanos em gerontologia: os cuidadores leigos seriam a melhor opção? *Rev. Online Bibl Prof. Joel Martins* 2000 out, 2 (1): [revista em la internet] Disponível em: <URL:www.bibli.fae.unicamp.br/revbfe/menu.htm> [Acesso 12 maio 2015].
- 49 Martins SK, Mathias JJS, Meier MJ, Lacerda MR. O enfermeiro docente e o ensino do cuidado domiciliar na graduação. *Cogitare Enferm.*, 2005; 1:84-9.
- 50 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2007; 12:1087-8.
- 51 Goidoy AS. Introdução á pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Rev Administração Empresas, São Paulo*, 1995; 35:57-63.
- 52 Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo, Atlas, 1999. A pesquisa social; p.43-51.
- 53 Chizzotti A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1995. Estudo de caso; p.102.
- 54 Goode WJ, Hatt PK. *Métodos em pesquisa social*. Trad. de Carolina Martuscelli Bori. 7ª ed. São Paulo: Nacional; 1979. p.420-22.
- 55 GIL AC. Estudo de Caso. São Paulo, Atlas, 2009. Como Planejar um estudo de caso; 40-53.
- 56 Lakatos EM, Marconi MA. *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas; 1989. p.39,

-
- 57 Yin RK. *Estudo de caso planejamento e método-case study research*. 5ª ed. Porto Alegre: Editora Bookman; 2014
- 58 Stake RE. Case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research*. London: Sage; 2000. p.435-54.
- 59 Mazzotti AJA. Usos e abusos dos estudos de caso programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estácio de Sá – Rio de Janeiro. *Cad. Pesquisa*, 2006; 36:637-51.
- 60 Gressler LA. *Introdução à pesquisa: projetos e relatórios*. 2ª ed. São Paulo: Loyola, 2004. Entrevista; p.164-9.
- 61 Trivinos ANS. *Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1992. P.145-47.
- 62 Morgan DL. *Focus groups as qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks (ENG), Sage Publications; 1997. Introduction; p.1-7.
- 63 Mckinlay JB. Health promotion throug healthy publicpolicy: the contribution of complementary research methods. *Can. J. Public. Health*, 1992; 83(supl.1):11-9.
- 64 Lervolino AS, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2001; 35:115-21.
- 65 Rogenski NMB. *Avaliação da implementação de um protocolo de prevenção de úlceras por pressão*. São Paulo, 2011. 132p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- 66 Krueger RA. *Focus group: a pratical guide for applied research*. Newbury Park: Sage Publications,1988.
- 67 Westphal MF, Bogus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, 1996; 120:472-82.
- 68 Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: 13º Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2002 nov.4-8, Ouro Preto, BR. Ouro Preto, 2002. 26p.

- 69 Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigação sobre o abuso de substâncias. *Rev. Saúde Pública*, 1996; 30:285-93.
- 70 CNS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. *Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Publicada no DOU nº12 no dia 13 de junho de 2013-seção 1. p.59. <URL:<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> [Acesso 9 out 2015].
- 71 Barbosa SF, Tronchin DMR. Manual de monitoramento da qualidade dos registros de enfermagem na assistência domiciliar. *Rev Bras Enferm.*, 2015; 68:253-60.
- 72 Machado ALG, Silva MJ, Freitas CHA. Assistência domiciliar em saúde: um olhar crítico sobre a produção científica de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, 2011; 64:365-9.
- 73 Andrade AM, Brito MJM, Von Randow RM, Silva LK. Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. *Rev. Pesquisa Cuidados Fundamentais (Online)*, 2013; 5:3383-93.
- 74 Lionello CDL, Duro CLM, Silva AM, Witt RR. O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 2012; 33:103-10.
- 75 Gomes IM, Silva DI, Lacerda MR. Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson no cuidado domiciliar de enfermagem à criança: uma reflexão. *Escola Ana Nery*, 2013; 17:555-61.
- 76 Santos LR, Ponce de Leon CGRM, Funghetto SS. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2011;16(supl. 1):855-63.

-
- 77 Paiva FFS, Rocha MR, Cardoso LDF. Satisfação profissional entre enfermeiros que atuam na assistência domiciliar. *Rev. Escola Enferm. USP*, 2011; 45:1452-8.
- 78 Santos EM, Morais SHG. A visita domiciliária na estratégia de saúde da família: percepções de enfermeiros. *Cogitare Enferm.*, 2011;16:492-7.
- 79 Gomes IM, Kalinowski LC, Lacerda MR, Ferreira RM. The domiciliary health care and its state of art: a bibliographic study. *Online Braz. J. Nursing* [revista em la internet]. 2008 out; 7(3). Disponível em: <URL:<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1781/411>>. [Acesso 2016 jan 23]
- 80 Hermann AP, Méier MJ, Wall ML, Bernadino E, Lacerda MR. A formação para o cuidado domiciliar: aspectos encontrados na produção científica da enfermagem brasileira. *Cogitare Enferm.*, 2009; 14:748-54.
- 81 Oliveira SG, Quintana AM, Denardin-Budó ML, Moraes NA, Lüdtke MF, Cassel PA Internação domiciliar do paciente terminal: o olhar do cuidador familiar. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 2012; 33:104-10.
- 82 Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm.*, 2006; 15:645-53.
- 83 Sossai LCF, Pinto IC. A visita domiciliar do enfermeiro: fragilidades x potencialidades *Cienc. Cuid. Saude*, 2010, 9:569-76.
- 84 Justo CMP, Gomes MHA, Silveira C. Limites e imposições dos instrumentos de controle do trabalho de agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família. *Saúde Soc. São Paulo*, 2015, 24:594-606.
- 85 Oguisso T, Schmidt MJ. *O exercício da enfermagem: uma abordagem ético e legal*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

-
- 86 Muñoz AJS, García LS, Cano MC. Formación del personal de ayuda a domicilio y el beneficio generado en el usuário. *Enfermería Glob.* [revista em la internet]. 2012 abr 12(2): Disponible em: <URL:http://revistas.um.es/eglobal/article/view/159321>. [Acesso 2016 jan 20]
- 87 Puschel VAA, Ide CACA. Capacitação de enfermeiros para a assistência domiciliar: uma abordagem psicossocial. *Acta Paul. Enferm.*, 2007; 20:91-4.
- 88 Moreira de Souza R, Turrini RNT. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. *Enferm. Glob.* [revista en la Internet]. 2011 abr 10(22): Disponible en: <URL:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200013&lng=es>. [Acesso 2016 jan 23]
- 89 Barbosa SF, Sportello EF, Mira VL, Meleiro MM, Tronchin DM. Qualidade dos registros de enfermagem: análise dos prontuários de usuários do Programa de Assistência Domiciliar de um hospital Universitário. *Mundo da Saúde, São Paulo*, 2011; 35:395-400.
- 90 Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira. *Acta Paulista Enferm.*, 2010;23: 244-250.
- 91 Lacerda MR, Oliniski SR. Familiares Interagindo.com a enfermeira no contexto domiciliar. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 2005;26: 6-87.
- 92 Lacerda MR. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010;15:2621-6.
- 93 Silva KL, Sena RR, Feuerwerker LCM, Gomes de Souza C, Silva PM, Rodrigues AT. O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. *Saúde Sociedade São Paulo*, 2013; 22:773-84.
- 94 Nietzsche EA, Vedoin SC, Bertolino KCO, Rodrigues de Lima MG, Terra LG; Bortoluzzi CRL. Equipe de saúde e familiares cuidadores: atenção ao doente terminal no domicílio. *Rev. Enferm. Referência*, 2013; III:55-62.
- 95 Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev. Saúde Pública*, 2010; 44:166-76.

-
- 96 Pessini L, Bertachini L. *O que entender por cuidados paliativos?* São Paulo: Paulus; 2006.
- 97 Brondani CM, Beuter M, Alvim NAT, Szareski C, Rocha LS. Cuidadores e estratégias no cuidar ao doente na internação domiciliar. *Texto e Contexto Enferm., Florianopolis*, 2010; 19:504-10.

APÊNDICE

8- APÊNDICE

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de pesquisa: "Processo de Trabalho do Enfermeiro em dois serviços de Assistência Domiciliar"

O sr. (a) foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada "O processo de Trabalho do Enfermeiro de dois serviços de Assistência domiciliar", que objetiva conhecer como é "ser enfermeiro" atuante na assistência domiciliar; que é considerado importante na capacitação do enfermeiro para atuar na assistência domiciliar; quais as facilidades e dificuldades encontradas nesta vivência e quais são as estratégias adotadas, pelos enfermeiros, com impacto positivo no cuidado prestado propondo intervenções no serviço de Home Care segundo a avaliação positiva.

A metodologia adotada nesta pesquisa guarda a vertente qualitativa e é uma proposta descritiva, prospectiva e exploratória. Tem finalidade acadêmica e se destina à elaboração da Tese de Doutorado que será apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em enfermagem.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, pois em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados serão divulgados em eventos e /ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder às perguntas ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu seus dados, como também no seu trabalho.

Sua participação nesta fase da pesquisa, consistirá na participação de uma entrevista que será gravada em fita para posterior transcrição que será guardada por cinco anos e incinerada após este período. O Senhor (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras e não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação.

O Senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular e o e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora, ou a qualquer momento. Desde já agradecemos.

Nome do Orientador: Professora Doutora Paulina Kurcgant
Nome do Orientando: Elide Leyla Martinez Moscatello
Telefone do Pesquisador: 011995442591
E-mail do pesquisador: e.moscatello@hotmail.com
Telefone Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) - (011) 30617548
E-mail do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) - edipesq@usp.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

São Paulo, _____ de _____ de 2015.

ANEXO

9- ANEXO

Anexo I

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: O processo de trabalho do enfermeiro de um serviço de Home Care		
Pesquisador: Elide Leyla Martinez Moscatello		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 07300012.9.0000.5392		
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 123.202		
Data da Relatoria: 16/10/2012		
Apresentação do Projeto:		
<p>Trata-se de um projeto de doutorado de abordagem qualitativa que utilizará o estudo de caso para descrever o processo de trabalho do enfermeiro que atua em Home Care. A coleta de dados será feita por meio de entrevista semi-estruturada e por grupo focal. Para a análise dos dados se utilizará a análise de conteúdo de Bardin. Os sujeitos do estudo serão no mínimo 12 enfermeiros atuantes no serviço de Home Care selecionado, que prestam serviço na empresa há pelo menos seis meses e que voluntariamente aceitem participar do estudo. As entrevistas serão feitas pela pesquisadora com a adoção de quatro questões norteadoras: (1) Para você o que significa ser enfermeira atuante na assistência domiciliar? (2) Como você avalia a capacitação do enfermeiro para atuar na assistência domiciliar? (3) Quais as facilidades e dificuldades nesta vivência? (4) Quais as estratégias que você considera de impacto positivo quando proporciona o cuidado contínuo e seguro ao paciente no domicílio?</p>		
Objetivo da Pesquisa:		
<ol style="list-style-type: none">1. Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o "ser enfermeiro" atuante em um serviço de Home Care.2. Analisar os aspectos facilitadores e dificultadores do processo assistencial vivenciado.3. Identificar estratégias adotadas pelos enfermeiros, com impacto positivo no cuidado prestado.4. Propor intervenções em um serviço de Home Care, segundo a avaliação positiva das estratégias dos enfermeiros atuantes no serviço.		
Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419		
Bairro: Cerqueira Cesar		CEP: 05.403-000
UF: SP	Município:	
Telefone: (113)061--7548	Fax: (113)061--7548	E-mail: edipesq@usp.br; celiasiv@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo não apresenta risco aos sujeitos da pesquisa e contribuirá com informações importantes sobre o trabalho do enfermeiro nas atividades de home care, com possibilidade de intervenções que auxiliem no melhor desempenho dos profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo qualitativo, bem estruturado. Não apresenta cronograma para o desenvolvimento da pesquisa e orçamento. No formulário de submissão ao CEP consta o custo do projeto (R\$1000,00) sem a especificação de que ficará ao encargo do pesquisador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está de acordo com a Resolução 196/96, apresenta os objetivos do estudo, a garantia de anonimato e a liberdade de participação. No entanto não menciona que o TCLE será assinado em duas vias, inclusive pelo pesquisador. Apresenta dados sobre o contato para informações no cabeçalho e no final do TCLE.

Recomendações:

Acrescentar o espaço da assinatura do pesquisador e informar que será preenchido em duas vias. Colocar os dados para contato no final do TCLE e especificar que o contato da EEUSP é no CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considero o projeto aprovado por não apresentar questões que comprometem a ética do estudo, mesmo com a necessidade de pedir ao pesquisador que faça os acertos no TCLE.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na plataforma Brasil.

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município:

Telefone: (113)061-7548

Fax: (113)061-7548

E-mail: edipesq@usp.br; cellasiv@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

16 de Outubro de 2012

Assinador por:
Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município:

Telefone: (113)061--7548

Fax: (113)061--7548

E-mail: edipesq@usp.br; celiasiv@usp.br