



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Centro de Educação e Saúde

Unidade Acadêmica de Enfermagem

Curso de Bacharelado em Enfermagem

TAMARES MARINHO DOS SANTOS

**CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS A RESPEITO
DA ATENÇÃO DOMICILIAR**

CUITÉ

2019

TAMARES MARINHO DOS SANTOS

**CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS A RESPEITO
DA ATENÇÃO DOMICILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, *Campus* Cuité, em cumprimento às exigências para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jocelly de Araújo Ferreira

CUITÉ
2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Rosana Amâncio Pereira – CRB 15 – 791

S237c

Santos, Tamares Marinho dos.

Conhecimento dos enfermeiros assistenciais a respeito da atenção domiciliar. / Tamares Marinho dos Santos – Cuité: CES, 2019.

39 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2019.

Orientadora: Dr^a. Jocelly de Araújo Ferreira.

1. Assistência domiciliar. 2. Continuidade da assistência ao paciente. 3. Cuidados de enfermagem. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616-083

TAMARES MARINHO DOS SANTOS

**CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS A
RESPEITO DA ATENÇÃO DOMICILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG Campus Cuité, como exigência para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 17 de Junho de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Jocelly de Araújo Ferreira

Prof.^a Dr.^a Jocelly de Araújo Ferreira
Orientadora

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Magaly Suenya de Almeida Pinto Abrantes

Prof.^a MSc. Magaly Suenya de Almeida Pinto Abrantes
Membro examinador

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Francisca das Chagas Cunha Gonçalves Neta

Prof.^a Francisca das Chagas Cunha Gonçalves Neta
Membro examinador

Faculdade Pitágoras e Instituto Camilo Filho - Teresina/Pianá

Dedico este trabalho a minha mãe, Edineuza, ao meu pai, Antonio, aos meus irmãos Tamyrys, Júnior, Taires, Aparecido e Taciane, pelo apoio, incentivo, carinho e por nunca me deixarem desistir durante esta longa caminhada.

AGRADECIMENTO

Primeiramente a Deus, pelo dom precioso da vida. Por nos momentos mais difíceis ser minha fortaleza e me fazer entender que todas as coisas da vida levam tempo, acontecendo sempre no momento certo e pelas muitas graças alcançadas na minha vida.

Aos meus pais, que nunca mediram esforços para me ajudarem a realizar meus sonhos, pelo cuidado, proteção, amor e pelos muitos ensinamentos de vida.

Agradeço aos meus irmãos, por termos sempre dividido a infância, os momentos felizes, as dores, as conquistas e pela cumplicidade. Em especial a Tamyrys e Taires, por dividirmos juntas a experiência de estudar longe de casa, pelo apoio e incentivo mútuo e pela união.

Aos meus avós Antonio (*in memoriam*), Geraldina, Severino (*in memoriam*) e Maria Júlia (*in memoriam*), pelas experiências de vida compartilhadas, pelos aconselhamentos, proteção, carinho e pelo incentivo.

Agradeço a minha orientadora professora Jocelly de Araújo Ferreira, por ter aceitado a orientação, pela paciência, ensinamentos e por sempre estar disposta a ajudar.

As professoras Magaly Suenya e Francisca das Chagas, por aceitarem participar da minha banca examinadora, dividindo seus conhecimentos e contribuindo para a conclusão de uma das etapas da minha formação acadêmica.

Agradeço aos enfermeiros, por terem aceitado participar da pesquisa e pela contribuição com o meu trabalho.

Agradeço a Fagner, por ter sido um grande companheiro, pelo cuidado, apoio, proteção e incentivo nos momentos que mais precisei.

A todos os amigos que cuité me proporcionou, Flavia, Maryana, Larissa e tantos outros, por todo companheirismo e momentos vividos. Agradeço a todos de minha turma pelos momentos vividos, e as histórias compartilhadas.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis”

(José de Alencar)

LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Análise de Conteúdo
AD	Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar tipo 1
AD2	Atenção Domiciliar tipo 2
AD3	Atenção Domiciliar tipo 3
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio a Atenção Domiciliar
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura I Fluxograma da análise que resultou na categorização da pesquisa, segundo a aplicabilidade do software NVivo ----- 18

LISTA DE QUADROS

Quadro I	Distribuição absoluta das características dos participantes desta pesquisa -----	18
Quadro II	Códigos encontrados durante a utilização do software NVivo ----	19

SUMÁRIO

RESUMO	12
ABSTRACT	12
RESUMEN	13
INDRODUÇÃO	14
MÉTODOS	15
RESULTADOS.....	17
DISCUSSÃO	19
CATEGORIA I- Eu sei ou não sei o que é atenção domiciliar? Será o cuidado em casa?	20
CATEGORIA II- Reconheço ou não reconheço os usuários da Atenção Domiciliar, dentro do serviço em que trabalho?	22
SUBCATEGORIA I: O não reconhecimento!.....	22
SUBCATEGORIA II: O reconhecimento!.....	23
CATEGORIA III- Entre as dificuldades e as facilidades: construindo o conceito da Atenção Domiciliar.	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICES.....	30
APÊNDICE A	31
ANEXOS.....	34
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	35

**CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS A RESPEITO
DA ATENÇÃO DOMICILIAR**

**KNOWLEDGE OF ASSISTANT NURSES REGARDING DOMICILIARY
ATTENTION**

**CONOCIMIENTO DE LOS ENFERMEROS ASISTENCIAS RESPECTO DE LA
ATENCIÓN DOMICILIAR**

Tamares Marinho dos Santos

RESUMO

OBJETIVO: Em linhas gerais este estudo objetivou: apreender o conhecimento dos enfermeiros assistenciais sobre a atenção domiciliar. **MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada com 26 enfermeiros, entre os meses de novembro e dezembro de 2018, no Hospital Universitário Alcides Carneiros. A coleta foi por meio de entrevistas semiestruturadas e pelo registro das observações no diário de campo. Os dados empíricos foram analisados pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin e com auxílio do software NVivo. **RESULTADOS:** Descritos em categorias temáticas que evidenciaram uma fragilidade no conhecimento dos enfermeiros assistenciais sobre a Atenção Domiciliar, muito embora boa parte dos participantes reconhecia os pacientes com potencial para essa modalidade de assistência, citando a graduação como dificuldades para adquirir esse conhecimento, e como uma facilidade ressaltaram a vivência em trabalhos anteriores. **CONCLUSÃO:** Conclui-se então que os enfermeiros possuem um conhecimento mesmo que generalista sobre a temática e que se necessita de educação permanente entre eles, para que esta modalidade de assistência possa ser eficaz e atenda a todos os seus objetivos, entre eles o de diminuir a quantidade de pacientes crônicos e paliativos, nos hospitais.

PALAVRAS-CHAVES: Assistência Domiciliar. Continuidade da Assistência ao Paciente. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

OBJECTIVE: In general terms, this study aimed to: understand the knowledge of nursing assistants about home care. **METHODS:** This is a qualitative research, carried

Tamares Marinho dos Santos – Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, Brasil.
tamaresmarinho@hotmail.com

out with 26 nurses, between November and December 2018, at the University Hospital Alcides Carneiros. The collection was through semi-structured interviews and the recording of observations in the field diary. The empirical data were analyzed by the technique of content analysis proposed by Bardin, and with the aid of NVivo software.

RESULTS: Described in thematic categories that showed a fragility in the nursing careers' knowledge about home care, even though a good part of the participants recognized the patients with potential for this type of care, citing the graduation as difficulties to acquire this knowledge, and as a ease the experience in previous works.

CONCLUSION: It is concluded that nurses have an even general knowledge about the subject and that permanent education is needed among them, so that this type of care can be effective and meets all of its objectives, the number of chronic and palliative patients in hospitals.

KEYWORDS: Home Nursing. Continuity of Patient Care. Nursing Care.

RESUMEN

OBJETIVO: En líneas generales este estudio objetivó: aprehender el conocimiento de los enfermeros asistenciales sobre la atención domiciliaria. **MÉTODOS:** Se trata de una investigación de abordaje cualitativo, realizada con 26 enfermeros, entre los meses de noviembre y diciembre de 2018, en el Hospital Universitario Alcides Carneiros. La recolección fue a través de entrevistas semiestructuradas y por el registro de las observaciones en el diario de campo. Los datos empíricos fueron analizados por la técnica de análisis de contenido propuesta por Bardin, y con ayuda del software NVivo.

RESULTADOS: Descritos en categorías temáticas que evidenciaron una fragilidad en el conocimiento de los enfermeros asistenciales sobre la Atención Domiciliaria, aunque buena parte de los participantes reconocían a los pacientes con potencial para esa modalidad de asistencia, citando la graduación como dificultades para adquirir ese conocimiento, y como una la facilidad resaltaron la vivencia en trabajos anteriores.

CONCLUSIÓN: Se concluye entonces que los enfermeros poseen un conocimiento aunque generalista sobre la temática y que se necesita de educación permanente entre ellos, para que esta modalidad de asistencia pueda ser eficaz y atienda a todos sus objetivos, entre ellos el de disminuir la cantidad de pacientes crónicos y paliativos en los hospitales.

PALABRAS CLAVE: Atención Domiciliaria de Salud. Continuidad de la Atención al Paciente. Atención de Enfermería.

INDRODUÇÃO

Com os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em conseguir prestar uma atenção de qualidade; reduzir a fragmentação das ações; fortalecer as políticas em busca de equidade e integralidade e reduzir os gastos com hospitalizações, fez com que o SUS assumisse a atenção domiciliar (AD) de maneira mais sistêmica. A AD foi instituída no SUS logo após a criação do Programa Melhor em Casa, tendo por diretrizes a integração dessa modalidade aos demais pontos de atenção, a vinculação à estratégia das redes de atenção à saúde, e a sua incorporação ao sistema de regulação das redes, de maneira a se articular com outros pontos de atenção^{1,2}.

A AD pode ser considerada como a continuidade da assistência no domicílio, pois consiste em novos modos de cuidados e intervenções. Um dos seus eixos é a desospitalização, que contribui para a humanização e a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias. Este modo de atenção minimiza os riscos de infecção hospitalar, mediante a redução do tempo de internação^{3,4}.

A referida modalidade difunde-se como um direito à necessidade de saúde, e o seu uso requer dos profissionais capacidade ética e científica para atuarem junto a esta nova forma de atenção. Os profissionais atuantes na AD estão divididos em equipes multiprofissionais e de apoio a atenção domiciliar⁵.

Para tanto, as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) são composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeuta e/ou assistente social, auxiliares/técnicos de enfermagem e as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) são compostas por no mínimo 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos dentre assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional. A atuação desses profissionais esta regida na Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS⁵.

O enfermeiro tem um papel fundamental com resoluções próprias, a exemplo da Resolução COFEN-267/2001 que aprova atividades de Enfermagem em Domicílio *Home Care*, a Resolução COFEN-270/2002 que Aprova a Regulamentação das empresas que prestam Serviços de Enfermagem Domiciliar – *Home Care*, e a Resolução COFEN nº 464/2014 que normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar.

O conhecimento dos enfermeiros sobre esta modalidade de atenção ainda é muito frágil, mostrando uma lacuna na formação e na assistência prestada. Durante a graduação, os enfermeiros não contemplam o perfil necessário para o trabalho na AD, pelo fato de prevalecer o modelo de ensino curativo, centrado na doença e não no sujeito, com predomínio de ações voltadas para o âmbito hospitalar⁶.

Diante de toda essa contextualização, surge a seguinte inquietação: será que os enfermeiros atuantes em unidades hospitalares, com potencial para pacientes em AD, conhecem a respeito dessa modalidade de atenção à saúde?

Por se tratar de uma modalidade de saúde que vem crescendo no país, presente nos princípios do SUS, que proporciona benefícios tanto para o sistema como para o usuário e familiar, sendo assim se faz importante a ampliação das pesquisas que versem sobre este tipo de assistência, ao investigar melhorias para o programa e consequentemente para os usuários que necessitem desta modalidade de serviço.

Esta pesquisa poderá contribuir para a ciência, pois há uma escassez na literatura, principalmente brasileira, sobre a AD. Portanto, sua contribuição se dará de maneira a reconhecer lacunas existentes, no âmbito do conhecimento dos enfermeiros assistenciais, bem como poderá contribuir para o desenvolvimento de ações que ampliem esse conhecimento. No que tange o papel da enfermagem, é importante enfatizar a necessidade de reflexões sobre a implantação de conteúdo, ou mesmo disciplinas no currículo acadêmico da graduação e pós-graduação que verse sobre a temática em questão.

Sendo assim o presente estudo tem como objetivo geral: apreender o conhecimento dos enfermeiros assistenciais sobre a AD; e como específicos: investigar se os enfermeiros assistenciais conhecem sobre a AD; verificar se os enfermeiros assistenciais reconhecem usuários assistidos por eles, como potencial à assistência na AD; e averiguar as dificuldades e a facilidades para o conhecimento dos enfermeiros assistenciais a respeito da AD.

MÉTODOS

Este estudo é de abordagem qualitativa e de natureza exploratório descritiva. Foi realizada no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) no município de Campina Grande, cidade localizada no agreste paraibano, entre o litoral e o sertão do estado da Paraíba a 125 km da capital João Pessoa. Os setores do HUAC incluídos na pesquisa foram os que têm usuários potenciais para AD, sendo esses: Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI), Clínica Médica Masculina, Clínica Médica Feminina, Clínica Cirúrgica e

Infectologia. Distribuídos em 156 leitos da seguinte maneira: UTI Adulto (10 leitos), Clínica Médica que engloba a Infectologia e outras especialidades (64 leitos) e Clínica Cirúrgica (29 leitos).

O estudo teve como universo populacional todos os enfermeiros dos setores UTI adulto, Clínica Médica Masculina, Clínica Médica Feminina, Clínica Cirúrgica e Infectologia. A amostra foi estabelecida após a adesão dos seguintes critérios de inclusão: enfermeiros que compuseram o quadro permanente do HUAC; que aceitaram participar do estudo; e que assistiam diretamente os usuários nos setores pesquisados.

Para exclusão dos participantes foram considerados os seguintes critérios: enfermeiros que compuseram o quadro de residentes, estudantes e contratados; e que no momento da coleta estavam ausentes do HUAC, por atestados, licenças, férias ou falta.

Deste universo populacional, a amostra empírica foi descrita por 26 enfermeiros, que correspondeu a 71 % da população pesquisada, após a saturação teórica e empírica dos dados. A saturação caracteriza-se pelo não fechamento por exaustão, em que há a suspensão da coleta dos dados, por apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir com a coleta⁷.

O material empírico foi obtido por meio de entrevistas semiestruturadas, norteadas por um roteiro, de abordagem direta aos participantes e desenvolvido pela pesquisadora. Como instrumento secundário utilizou-se o diário de campo, amplamente utilizado nas pesquisas qualitativas, tendo por objetivo abordar a intensidade do fenômeno estudado, pois foi o instrumento adotado pelo pesquisador para registrar as conversas informais, ou seja, o comportamento durante as falas e expressões do entrevistado no decorrer da entrevista⁸.

A pesquisa se desenvolveu seguindo a legislação do Conselho Nacional em Saúde (CNS) pela Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, em que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CEP – HUAC), sob o parecer de número 2.981.805 e CAAE: 97962418.2.0000.5182, e o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado pelos participantes.

Seguindo as recomendações estabelecidas pelo CNS, foram ofertados aos participantes da pesquisa os devidos esclarecimentos sobre o objetivo do estudo, sobre o anonimato, assim como o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos pessoais, profissionais ou físicos. Os participantes que aceitaram participar do estudo foram apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e

orientados a lê-lo, para posterior assinatura em duas vias, sendo uma via sob sua tutela e outra via sobre a guarda da pesquisadora, por um período de cinco anos.

Os riscos expostos aos participantes desta pesquisa foram mínimos, representados pelo constrangimento em conversar sobre o seu conhecimento científico e ter essa conversa gravada. Os benefícios desse estudo dizem respeito as contribuições para ciência, assim como a assistência de enfermagem na atenção domiciliar.

O material empírico foi coletado entre os meses de novembro e dezembro de 2018, por meio de entrevista semiestruturada e pelo registro das observações no diário de campo; posteriormente, os áudios das entrevistas foram transcritos adotando as convenções do padrão de Marcuschi (1986)⁹. Em seguida, foi utilizado o software NVivo, que auxilia na análise das pesquisas qualitativas, associado a técnica de análise temática de conteúdo (AC) descrita por Bardin (2011)¹⁰.

Para o processamento desse material seguiu-se três etapas: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação⁹. Para garantir o anonimato dos participantes envolvidos na pesquisa, foram utilizados código alfa numéricos para identificar cada um dos participantes.

RESULTADOS

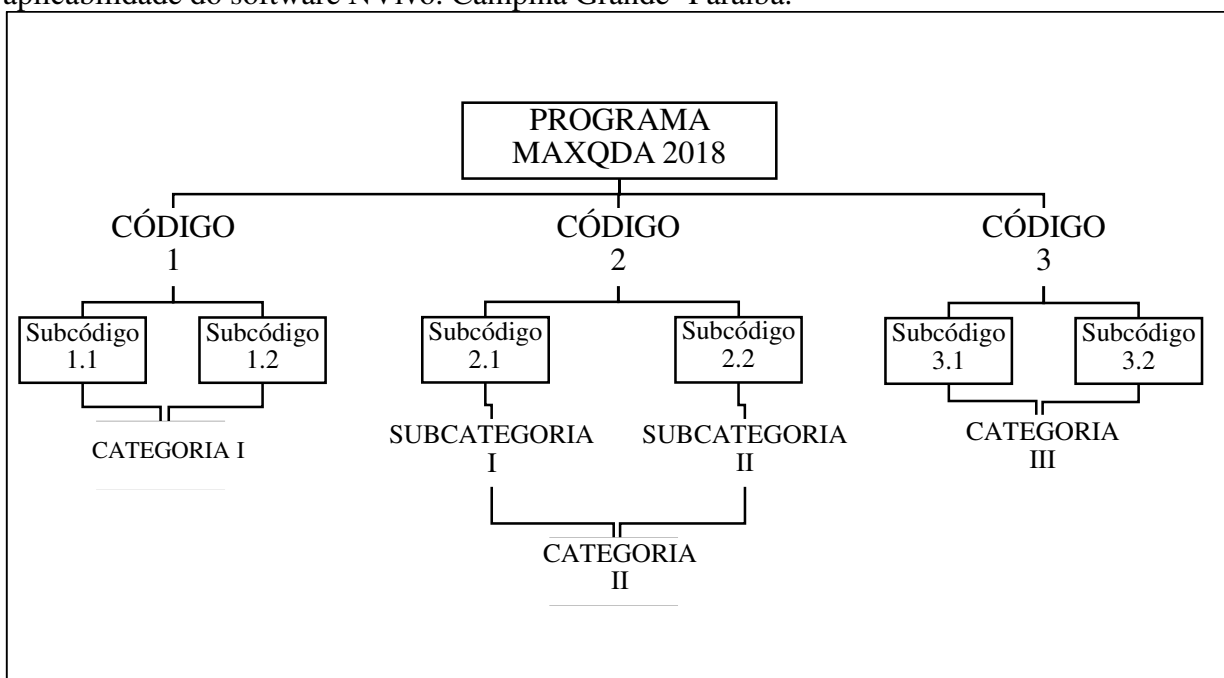
Quadro I- Distribuição absoluta das características dos participantes desta pesquisa. Campina Grande- PB. Nov./Dez. de 2018.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO			
Total de Enfermeiros: 26			
Sexo:	(24) F	(2) M	Idade: (21) 20-40 anos (5) ≥ 41 anos
Estado Civil:	(13) Solteiro	(11) Casado	(2) União estável
Naturalidade:	(16) Paraíba	(1) Bahia	
	(1) Brasília	(1) Rio Grande do Norte	
	(2) Pernambuco	(1) Pará	
	(1) São Paulo	(1) Chile	
Residência:	(18) Campina Grande	(1) Soledade	
	(6) João Pessoa	(1) Bayeux	

Vínculo empregatício:	(24) EBSERH	(2) UFCG	
Quanto tempo de vínculo no hospital:	(20) 0-7 meses	(6) ≥8 meses	
Quanto tempo de vínculo no setor:	(20) 0-6 meses	(6) ≥7 meses	
Escolha pelo setor:	(19) Coordenação	(7) Currículo	
Carga horária:	(23) 36 hs	(3) 30 hs	(1) 40 hs
Tempo de formação:	(18) 0-10 anos	(8) ≥ 11 anos	
Instituição de formação:	(5) Estaduais	(17) Federais	(4) Particulares
Titulação máxima:	(22) Pós-graduação	(3) Residência	(1) Doutorado

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Figura I- Fluxograma da análise que resultou na categorização da pesquisa, segundo a aplicabilidade do software NVivo. Campina Grande- Paraíba.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Quadro II- Códigos encontrados durante a utilização do software NVivo. Campina Grande- PB. Nov./Dez. de 2018.

CÓDIGO	CONTEÚDO AGRUPADO
Código 1	Conhecimento da AD.
Subcódigo 1.1	Generalidade do conhecimento.
Subcódigo 1.2	Especificidade do conhecimento.
Código 2	Reconhecimento do paciente para a AD.
Subcódigo 2.1	Não reconhecimento do paciente.
Subcódigo 2.2	Identificação do paciente.
Código 3	Determinantes para conhecimento.
Subcódigo 3.1	Determinantes facilitadores para o conhecimento.
Subcódigo 3.2	Determinantes dificultadores do conhecimento

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada com um total de vinte e seis (26) enfermeiros, sendo vinte e quatro (24) do sexo feminino e dois (2) do sexo masculino, desse total vinte e um (21) enfermeiros tinham entre 20 a 40 anos e cinco (5) tinham idade maior ou igual a 41 anos. Em relação ao estado civil: treze (13) eram solteiros, onze (11) casados e dois (2) tinham uma união estável. No tocante ao estado de sua naturalização, dezesseis (16) eram da Paraíba, um (1) de Brasília, dois (2) de Pernambuco, um (1) São Paulo, um (1) Bahia, um (1) Rio Grande do Norte, dois (2) Ceará, um (1) Pará e um (1) do Chile; já o local de sua residência, destaca-se que dezoito (18) enfermeiros residem em Campina Grande, seis (6) em João Pessoa, um (1) em Soledade e um (1) em Bayeux. Desses, vinte e quatro (24) tinham vínculo pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e dois (2) tinham vínculo pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

No que se refere ao tempo de vínculo na Instituição Hospitalar Universitária, vinte (20) estavam no hospital de 0 a 7 meses e seis (6) maior ou igual a 8 meses; enquanto que, o tempo de vínculo nos setores variava de 20 dias a 7 anos, sendo, vinte (20) enfermeiros de 0 a 6 meses, incluindo o que citou 20 dias, e seis (6) enfermeiros maior

ou igual a 7 meses. Ressalta-se que, dezenove (19) enfermeiros foram designados pela coordenação para atuarem no setor e sete (7) estavam no setor pelo currículo. Nesta Instituição, vinte e três (23) enfermeiros tinham carga horária semanal de 36 horas, dois (2) de 30 horas e um (1) de 40 horas.

Em referência as instituições de formação desses participantes, dezessete (17) formaram-se em universidades federais, cinco (5) nas estaduais e quatro (4) nas particulares; sendo que dezoito (18) estavam formados em um período de tempo entre 0 a 10 anos e oito (8) acima de 11 anos. Desses, vinte e dois (22) enfermeiros tinham pós graduação, três (3) residência e um (1) doutorado.

Após a caracterização dos participantes desse estudo, apresenta-se em seguida os resultados oriundos das categorizações das falas dos enfermeiros, com o objetivo de demonstrar o conhecimento dos enfermeiros assistências de um hospital universitário, no tocante a atenção domiciliar.

CATEGORIA I- Eu sei ou não sei o que é atenção domiciliar? Será o cuidado em casa?

A Categoria I apresenta falas que exemplificam um conhecimento generalista dos enfermeiros assistenciais de uma instituição de grande porte, a respeito da AD.

“[...]” eu acredito que seja né a atenção prestada a pessoas em casa “[...]” (ENF 2).

“[...]” bem atenção domiciliar, eu entendo que é o cuidado que você tem ao paciente no seu domicilio certo “[...]” (ENF 6).

[...] mas pelo o que eu entendo é são os cuidados dado o paciente em casa né, são cuidados é realizados por uma equipe montada pra cuidar dele em casa (ENF 16).

“[...]” que é um programa de continuidade dos serviços da atenção hospitalar né, quando o paciente as do hospital ele ainda precisa de alguns cuidados domiciliares né “[...]” (ENF 22).

O conhecimento faz parte de um processo cognitivo que é alicerçado quando o indivíduo alcança determinado embasamento, ou seja, trata-se do processo de aprendizagem¹¹. Assim, infere-se que o enfermeiro participante desse estudo, possui, mesmo que de maneira generalizada, sem aprofundamento sobre a temática, um conhecimento a respeito da AD.

A Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, afirma que a AD caracteriza-se como uma modalidade de atenção em saúde inovadora, podendo substituir ou complementar diferentes tipos de atenção à saúde, marcada por contemplar ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação ofertadas ao usuário em seu próprio domicílio, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a permanência do vínculo às redes de atenção à saúde¹².

Em meio ao universo pesquisado, existe um conhecimento mais minucioso, detalhado e apropriado sobre a temática da AD. Tal afirmativa é exemplificada pelas falas a seguir:

“[...]” eu conheço a atenção domiciliar como uma proposta de assistência a paciente no seu domicílio, ela é feita em todos os níveis de atenção e vai da mais básica pelo ESF evoluindo pela AD específica ai tem o SAD, o NASF faz esse apoio também “[...]” (ENF 1).

“[...]” a atenção domiciliar é uma modalidade na qual o indivíduo após o recebimento de alta, ele pode ser acompanhado por parte de uma equipe multiprofissional com interdisciplinar, focando seu cuidado no domicílio”[...]” (ENF 20).

“[...]” atenção domiciliar é o cuidado que o paciente tem no seu domicílio, hm não só de procedimentos, mas hoje já existe a parte de da portaria né, que tem da atenção domiciliar que tem todos os cuidados, (incompreensível) é pra paciente ficar em medicação, tem as divisões né da atenção domiciliar, desde da AD1, AD2, AD3 “[...]” (ENF 26).

Observou-se nas falas acima a existência de um conhecimento mais aprofundado desses participantes do estudo a respeito da AD, pois em seus discursos discorreram sobre as equipes multidisciplinares e a classificação da AD. A Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, considera que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) pode se um serviço substitutivo ou complementar, sendo responsável pelo gerenciamento e operacionalização das EMAD e EMAP; classificando ainda AD em três modalidades: atenção domiciliar tipo 1 (AD1), atenção domiciliar tipo 2 (AD2), e atenção domiciliar tipo 3 (AD3)¹².

A AD1 é para aqueles usuários com problemas de saúde controlados, necessitando de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, essa modalidade é de responsabilidade das equipes de atenção básica, que vai envolver equipes da Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através de visitas domiciliares, de no mínimo uma vez por mês. A AD2 é aquela direcionada aos usuários com problemas de saúde, que seja necessária maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, em que a assistência fica pela responsabilidade da EMAD e da EMAP. Enquanto que, a AD3 é indicada para usuários que possuem problemas de saúde, necessitando de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos¹³.

Na próxima categoria os participantes discorrem sobre o reconhecimento dos pacientes em potencial para a AD; no entanto, ainda há divergências entre os discursos, sobre as comorbidades e necessidades específicas que enquadrem um usuário nesta modalidade de atenção. Tais discrepâncias de opiniões emergem da falta de um aprofundamento do conhecimento, pois em nenhum momento foi mencionado por parte

dos entrevistados as diferentes modalidades envolvidas nesta tipologia de assistência de forma coesa.

CATEGORIA II- Reconheço ou não reconheço os usuários da Atenção Domiciliar, dentro do serviço em que trabalho?

SUBCATEGORIA I: O não reconhecimento!

Baseando-se na Categoria I em que versa sobre o conhecimento dos enfermeiros assistenciais de um hospital escola, foi reconhecido que esses participantes não possuíam um empoderamento conceitual a respeito da AD; todavia, percebeu-se que eles detêm uma noção, ou seja, uma ideiação do que seja essa modalidade de atenção à saúde. Vejam:

“[...]” são aqueles pacientes instáveis, mas que demanda cuidados específicos e que com esse grupo de apoio que eu já citei anteriormente poderia dá esse suporte e que não precisaria necessariamente tá ocupando leito hospitalar”[...]” (ENF1).

O participante reconhece um dos objetivos da AD que é o de desocupar os leitos hospitalares³. A AD é uma estratégia de desospitalização de pacientes, afim de diminuir o tempo de permanência deles nestas instituições, e conseqüentemente, amenizar gastos públicos¹⁴.

Mesmo os participantes discorrendo de maneira mais apropriada, não quer dizer que reconheçam os potenciais pacientes à AD. Pois o ENF 1, ao citar que o perfil dos pacientes são aqueles instáveis, comete uma valiosa discordância com que preconiza esta especificidade de atenção à saúde. A AD é uma modalidade destinada para paciente que apresenta quadro clínico estável com restrição ao domicílio, com algum agravo que impossibilite o atendimento ambulatorial, seja ele permanente ou temporário¹⁵.

Assim como o participante ENF 1, os outros participantes ENF 6, ENF 24 e ENF 26 também não reconhecem em seu setor de trabalho o real usuário para a AD, quando dizem que:

“[...]” não, aqui no setor não existe como é uma ala cirúrgica é muito rotativa então nós não temos pacientes que que são que se enquadram, de pacientes que se enquadram na assistência no domicilio “[...]” (ENF 6).

“[...]” porque assim aqui ainda no momento não, tem uma paciente mas ela tá tendo fisioterapia aqui, então assim, pós alta eu não sei a evolução dela ainda né, porque ela vai precisar, porque só depende ainda do quadro quando ela for sair é que a gente sabe se precisa encaminhar ou não, mas no momento não vejo nenhum paciente assim com perfil não, não tem agora não “[...]” (ENF 24).

“[...]” não, nenhum paciente, a gente tem até paciente que estar em ventilação mecânica, mas eu acho que seria inviável ele está em ventilação mecânica em domicilio, a não ser que fosse só um suporte de VMI, né de ventilação não invasiva, mas o paciente que a

gente tem é extenso, se poderia ir pra casa quando acordado, mas depende de ventilação mecânica não tem como ter o cuidado em residência “[...]” (ENF 26).

O participante ENF 6 não reconhece nenhum paciente que se adeque a essa modalidade no seu setor de trabalho, pois diz que seu setor é muito rotativo, porém, a AD é uma estratégia de desospitalização de pacientes internados, ela possui uma estreita articulação entre os pontos de atenção, em termos de apoio a Rede de Urgência e Emergência, além de ser qualificada como uma potencialidade para a saída qualificada das portas de urgência, como também as portas de entrada das unidades de pronto-atendimento (UPA) em que há uma grande rotatividade de pacientes¹⁴.

Os participantes ENF 24 e ENF 26 falam que no seu setor de trabalho, não tem pacientes que se adequem a essa assistência, pois os pacientes precisam de fisioterapia e uso de ventilação mecânica. Contrário esse discurso, a Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016 dispõe que o SAD é composta por uma equipe multiprofissional, na qual o profissional fisioterapeuta faz parte da EMAD; e lista o tipo de paciente para cada modalidade da AD, em que a AD3 engloba usuários que necessitam de cuidados multiprofissional mais frequente, uso de equipamentos como ventiladores mecânicos ou procedimentos de maior complexidade¹⁶. Portanto, esses pacientes citados por ENF 24 e ENF 26, poderiam ser beneficiados por esta modalidade de assistência.

Diferentemente do ENF 24, alguns participantes reconhecem o usuário para a AD no seu setor de trabalho, ao entender, por exemplo, que nesta modalidade de atenção existe uma equipe multiprofissional capacitada para oferecer uma assistência de qualidade no domicílio. Assim, discorre-se abaixo a Subcategoria II.

SUBCATEGORIA II: O reconhecimento!

“[...]” pacientes terminais, com CA terminal com metástase, é pacientes crônicos que poderiam sim ser atendidos no âmbito domiciliar “[...]” (ENF2).

“[...]” tem muitos pacientes que necessitam desse cuidado em casa, é seja por questões tem muitos pacientes com lesões que precisam de curativos mais complexos né mais “[...]” (ENF 5).

“[...]” são pacientes que estão em ventilação mecânica né, que estão aqui somente por causa da ventilação mecânica “[...]” (ENF 8).

“[...]” sim, tem alguns pacientes que eles recebem alta, são pacientes que são colostomizados, alguns pacientes fazem uso de sonda, são pacientes bastante idosos que tem algum déficit cognitivo motor que precisam e necessitam de dessa assistência em domicílio “[...]” (ENF 9).

“[...]” pacientes que é, tem idosos que não tem né, tem essa dificuldade de deslocamento, e que precisa né de no mínimo uma visita domiciliar, é pacientes que tem pé diabético, tem pacientes com é com mielite que são pacientes que geralmente ficam acamados “[...]” (ENF 11).

“[...]” geralmente os pacientes acamados, traqueostomizados, pacientes que necessitam de cuidados e assistência não só de enfermagem, mas multiprofissional continua em seu

domicilio, por serem independente e necessitado de atenção por parte de uma equipe [...]” (ENF 20).

Os enfermeiros acima identificam os pacientes que se adequam a modalidade de AD como sendo aqueles com câncer terminal, crônicos, com lesões tegumentares, em uso de algum dispositivo, com necessidade de oxigenioterapia, comorbidades físicas e que precisam de cuidados de uma equipe multiprofissional. Os critérios de inclusão dos usuários da AD estão firmados nos seus aspectos clínicos, que englobam: utilização de serviços de saúde; quadro clínico (acamado, sequelado, presença de doenças agudas e crônicas, com estabilidade clínica); suporte terapêutico (suporte respiratório, dependência de oxigenioterapia, ventilação mecânica não invasiva); reabilitação (distúrbios fonoaudiológicos, necessidade de cuidados de reabilitação fisioterápica); uso de drenos, cateteres e estomias; cuidados de enfermagem (presença de feridas); realização de exames complementares; e cuidados paliativos⁵.

CATEGORIA III- Entre as dificuldades e as facilidades: construindo o conceito da Atenção Domiciliar.

O conhecimento apreendido pelos enfermeiros participantes, associou diversas conquistas e fragilidades para a compreensão do conhecimento acerca da AD, a serem ressaltadas no universo científico, para que essas conquistas e fragilidades possam ser reconhecidas e melhor estudadas, trazendo como consequência a aplicabilidade dessa modalidade.

Os participantes enfatizam que a ausência de capacitação (educação permanente) na instituição de trabalho, dificultam o emponderamento do seu conhecimento sobre a AD.

“[...]” não, a dificuldade que existe acho que realmente seria uma educação continuada né [...]” (ENF8).

“[...]” não, não, só acho que não é tão divulgado né, não é tão divulgado muita gente até os pacientes não sabem né da própria [...]” (ENF15).

“[...]” mais a questão do fora daqui hospitalar, porque aqui a gente não recebe nenhuma capacitação pra isso [...]” (ENF21).

O processo de ensino-aprendizagem é visto como um catalizador para o aprimoramento dos serviços de saúde, em que a educação é um exercício coletivo que valoriza as vivências, abrangendo seu instrumento de trabalho, a capacitação desse profissional que pode ser entendida como um transformador da realidade, um (re) avaliador crítico-reflexivo-participativo¹⁷.

Os participantes ENF2, ENF6, ENF9 corroboram com os que listaram as dificuldades, no tocante a falta de disciplina sobre a temática, nas matrizes curriculares das graduações. Assim, falam os enfermeiros:

“[...]” como eu já disse, não é nem mais questão de conhecimento acadêmico a cerca de domicilio, é mais o tempo de vivencia em terapia intensiva e de experiência né do dia a dia “[...]” (ENF2).

“[...]” dificultou justamente a ausência é na gradação de ter um voltado pra o cuidado domiciliar que a gente não tinha nenhuma disciplina nenhuma cadeira nada que referenciava a atenção no domicilio (ENF6).

“[...]” tem, na academia eu não recebi esse tipo de conhecimento, é não tem atualizações constantes né e não é um política muito bem empregada “[...]” (ENF9).

Para muitos dos profissionais entrevistados, a dificuldade na obtenção do conhecimento em SAD emergiu durante as entrevistas. Eles enfatizaram que a AD e o SAD não foram devidamente abordados na graduação, o que pode ser considerado um fator limitante na implementação de cuidados domiciliares e revela a necessidade de investidas em capacitações que desvelem conhecimentos necessários para suprir as lacunas que estes profissionais possuem em suas formações.

Em contrapartida foram mencionados fatores que facilitaram a obtenção deste conhecimento. Dessa maneira, os participantes desse estudo ressaltaram vivências na Estratégia Saúde da Família (ESF) como determinante facilitador para seu conhecimento sobre AD.

“[...]” a prática na estratégia da saúde da família que convivia diariamente com esses pacientes que necessitavam desse cuidado e domicilio “[...]” (ENF1).

“[...]” eu não sei assim em relação ao tempo que eu trabalhei na atenção básica né, que a gente faz a visita domiciliar “[...]” (ENF16).

“[...]” o que facilitou, porque sou enfermeira de saúde da família, treze anos, doze anos “[...]” (ENF18).

“[...]” então, a vivencia do meu do meu trabalho anterior, que era a unidade de saúde da família, que fez com que eu tivesse alguma noção do que é a assistência domiciliar “[...]” (ENF19).

A ESF é referência e corresponsável para o atendimento do usuário em AD, juntamente com a equipe do SAD. A AD pode ser referenciada como uma atribuição da Atenção Primária à Saúde, sendo assim dentro das regulamentações da ESF encontra-se a assistência da unidade básica de saúde, no domicilio e comunidade, em que a visita domiciliar é uma ferramenta fundamental de acesso, de integralidade ao logo do tempo desse usuário¹⁸.

Alguns enfermeiros participantes falaram da ausência de disciplina na graduação que versasse sobre a temática. Entretanto, outros relataram a vivencia com a temática na

graduação, deixando evidente que isso se consolidou durante os estágios das disciplinas ministradas.

“[...]” na verdade, o conhecimento que a gente tem de da universidade né, que a gente passa nas bases nos estágios a gente sempre tem essa noção do cuidado em casa “[...]” (ENF7).

“[...]” meu pouco conhecimento sobre atenção domiciliar eu pude apre assim né, agreguei durante minha formação, que a gente tinha que ter esse acompanhamento durante ah o estágio saúde na unidade de saúde da família e também a experiência da de trabalho né “[...]” (ENF8).

A formação acadêmica dos enfermeiros não atende as exigências para o trabalho na AD, devido a lacuna existente pelo fato da temática em questão não ser estudada durante a graduação, pois ainda predomina o ensino curativo, com enfoque na doença e não no sujeito. No atual contexto da graduação do curso de enfermagem, não são abordados conceitos que demonstrem como o enfermeiro deverá atuar no cenário do cuidado domiciliar⁶.

Com a competitividade pós-moderna no mercado de trabalho, muito profissionais enfermeiros necessitam se qualificar e se debruçar em estudo para alcançar a estabilidade financeira, na aquisição de uma aprovação em concurso público. Portanto, não diferente a esta modalidade, os participantes deste estudo foram aprovados recentemente no processo seletivo EBSERH e para tanto, referiram o aprimoramento no conhecimento sobre a AD, durante os estudos das políticas de saúde, a fim de sua aprovação em concurso.

“[...]” mulher, eu li alguma coisa da política quando eu tava estudando pro concurso, saiu as portarias né e eu li algum coisa relacionada ainda a isso “[...]” (ENF9).

“[...]” estudar pra concursos (ENF14).

“[...]” eh! legislação do SUS que eu já estudei “[...]” (ENF15).

“[...]” a política nacional relacionada a atenção domiciliar (ENF20).

Com a alta competitividade no mercado de trabalho jovens adultos procuram formas de se incluir nele uma forma são os concursos públicos. Nesse processo de recrutamento profissional, os participantes dessa pesquisa vivenciaram etapas complexas, que englobava em seu estudo as propostas políticas e objetivos organizacionais, ao mercado de trabalho, à situação social, política e econômica vigente, e à capacidade técnica e intelectual do trabalhador¹⁹.

O conhecimento do profissional em enfermagem no que se refere a AD revela-se como uma vertente importante em sua prática assistencial, tendo em vista a valorização da vida humana com enfoque em medidas preventivas e de promoção. A enfermagem

necessita, enquanto ciência, de profissionais dedicados que busquem a utilização de práticas baseadas em evidências científicas, além disso, executores de cuidados que respeitem as políticas públicas, proporcionando aos seus clientes uma assistência sistematizada, de qualidade e resolutive.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento dos profissionais de enfermagem atuantes em unidades hospitalares com potencial para pacientes em AD demonstrou, diante deste estudo, que para uma atuação com eficácia nesta modalidade de atenção, se faz necessário implementar capacitações nesta área assistencial.

Ao mencionarem o conceito sobre AD os profissionais demonstraram fragilidades acerca desta temática. Contudo, a maioria dos entrevistados reconhecem pacientes em potencial para essa modalidade.

Notou-se que a graduação não aborda de forma aprofundada esta modalidade de serviço, como também a instituição a qual estão inseridos não oferece educação permanente que favoreça discussões e aprimoramento do conhecimento. Vale salientar que as vivências anteriores dos profissionais em ESF juntamente com os estudos para concursos públicos, trouxeram consigo experiências positivas para a angariação de conceitos pertinentes em AD.

Pesquisas que abordam esta prática assistencial demonstram-se relevantes para a consolidação de políticas públicas que implementem a AD, a fim de possibilitar uma melhor assistência dos profissionais de saúde para os usuários, além de contribuir para a divulgação da temática nas instituições de ensino superior em nível de graduação e pós-graduação.

O presente estudo poderá servir de base para a construção de outras pesquisas de cunho quantitativo e transversal, como também, poderá ser propício à implantação e implementação de educação permanente para enfermeiros assistenciais. Ainda destaca-se que este estudo poderá contribuir para o desenvolvimento de programas e projetos de extensão com discentes e docentes que versem sobre essa temática.

Como viés, esta pesquisa apresentou uma dificultosa adesão dos profissionais, tendo em vista que pesquisas qualitativas possuem uma técnica de levantamento de dados em que necessita a gravação da fala dos participantes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Organização pan-americana de saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília (DF); 2014.
2. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Neta FCCG, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2016-0002.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília (DF); 2012.
4. Silva KL, Silva YC, Lage EG, Paiva PA, Dias OV. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare Enferm.* 2017;22(4):1-9.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção domiciliar. Brasília (DF); 2013.
6. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Enferm.* 2017;70(1):210-9.
7. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saide MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública.* 2011;27(2):389-394.
8. Araújo LFS, Dolina JV, Petean E, Musquim CA, Bellato R, Lucietto GC. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev. Bras. Pesq. Saúde.* 2013;15(3):53-61.
9. Marcuschi LA. *Análise da Conversação.* São Paulo: Ática; 1986.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* 70 ed., São Paulo: Edições 70, 2011.
11. De Conti M. Teoría del conocimiento pedagógico. *Pedagogía y Saberes.* 2018;49: 177-188.
12. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil.* 2013.
13. Ministério da Saúde (BR); Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo do Melhor em Casa. Brasília (DF); 2011.
14. Dias MB, Savassi LCM, Nunes MRMTP, Zachi MLR. A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios e a valorização necessária da atenção primária à saúde. *J Manag Prim Heal Care.* 2015; 6(1):1-7.
15. Savassi LCM, Melo CGLM, Gonçalves DA, Oliveira DOPS, Lopes HR, Renata Luciana Hasegawa Fregonezi RLH, et al. Proposta de residência em Atenção Domiciliar como área de atuação. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2018;13(40):1-13.
16. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil.* 2016.
17. Azevedo IC, Silva GWS, Vale LD, Santos QG, Cassiano AN, Morais IF, et al. Educação continuada em enfermagem no âmbito da educação permanente em saúde: revisão integrativa de literatura. *Revista Saúde e Pesquisa.* 2015;8(1):131-140.

18. Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016; 11(38):1-12.
19. Moraes JA, Silva JMST, Haddad MCFL, Pissinati PSC. Processo de contratação coletiva de trabalhadores em hospital público de média complexidade. R. Enferm. Cent. O. Min. 2014; 4(2):1173-1184.

Este artigo está nas normas de publicação da Revista Gaúcha de Enfermagem. Após apreciação da banca examinadora será submetido na no referido periódico. Link de acesso ao periódico: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=en&nrm=iso

APÊNDICES

APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA OS ENFERMAEIROS

QUESTÕES NORTEADORAS		
Perfil	Sexo: F () M ()	Idade: _____
	Estado Civil:	
	Naturalidade:	
	Residência:	
	Vínculo empregatício?	
	Quanto tempo de vínculo no hospital?	
	Quanto tempo de vínculo no setor?	
	Escolha pelo setor?	
	Carga horária?	
	Tempo de formação?	
	Instituição de formação?	
	Titulação máxima? Em quer?	
<p>O (a) senhor (a) sabe o que é Atenção Domiciliar? SIM: O que é? NÃO: Se eu colocar alguns sinônimos para Atenção Domiciliar, veja se o senhor (a) sabe do que se trata. Sinônimos: Assistência Domiciliar, Cuidados Domiciliares de Saúde, Melhor em Casa, Home Care.</p>		
<p>No setor que o (a) senhor (a) exerce sua função de enfermeiro, existem pacientes (clientes/usuário) que se adequem para a assistência na Atenção Domiciliar? SIM: Que pacientes são esses pacientes? NÃO: Por quê?</p>		
<p>Para os (as) enfermeiros (as) que referirem saber o que é Atenção Domiciliar: O (a) senhor (a) pudesse me descrever o que facilitou para o seu conhecimento sobre Atenção Domiciliar? Existiu alguma dificuldade para isso? Qual?</p>		
<p>Para os (as) enfermeiros (as) que referirem não saber o que é Atenção Domiciliar: O que o (a) senhor (a) considera que dificultou para a ausência de seu conhecimento a respeito de Atenção Domiciliar?</p>		

APÊNDICE B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, profissão _____, residente na _____ e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no CPF/MF _____ nascido em ____/____/____, abaixo assinado, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário do estudo: “CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS ASSISTENCIAS A RESPEITO DA ATENÇÃO DOMICILIAR”, Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Ainda declaro que obtive todas as informações necessárias sobre a Resolução 466/2012, que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, estou ciente que:

I) O estudo se faz necessário para que se possa: Apreender o conhecimento dos enfermeiros de atuação hospitalar sobre a atenção domiciliar.

II) A participação neste projeto trará uma ponderação entre riscos/desconfortos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, pois ela não tem o objetivo de me submeter a nenhum tratamento, como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo, podendo causar apenas um desconforto no momento da entrevista;

III) Buscará o momento, a condição e o local mais adequado para que o ocorra o esclarecimento sobre o estudo, considerando, para isso, que a coleta dos dados ocorrerá no local mais adequado ao participante, respeitando as peculiaridades e a privacidade;

IV) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;

V) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde, ou bem estar físico e educacional. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico, nem no desenvolvimento educacional;

VI) Será garantido o ressarcimento e que serão cobertas as despesas tidas por mim, durante a pesquisa e dela decorrente;

VII) Será garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;

VIII) A entrevista será gravada a partir de um gravador de voz digital.

Durante a realização da pesquisa, o pesquisador utilizará um diário de campo, a fim de registrar suas impressões;

IX) O participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

X) Os resultados obtidos durante esta pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;

XI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

() Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

() Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

XII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro(CEP/HUAC)¹, a Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cuité e a Delegacia Regional de Cuité.

Cuité, _____ de _____ de _____.

Participante da pesquisa: _____
(Assinatura)

Testemunha 1:

(Assinatura/RG/Telefone)

Testemunha 2:

(Assinatura/RG/Telefone)

Pesquisador Responsável: _____

(Jocelly de Araújo Ferreira. Professora Assistente II da UFCG, Campus Cuité. Enfermeira COREN 110230/PB. Telefone (83) 9624-5958, e-mail jocellyaferreira@hotmail.com)

Pesquisador Colaborador: _____

(Tamares Marinho dos Santos. Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG, Campus Cuité. Endereço: Rua 7 de Setembro, 571/ AP 103, Centro, Cuité / PB CEP: 58175-000. Telefone: (83) 99986-4517, e-mail: tamaresmarinho@hotmail.com)

¹Endereço do Comitê de Ética do HUAC: R. Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande-PB. CEP: 58. 107-670. E mail: cep@huac.ufcg.edu.br. Telefone: (83) 2101-5545.

ANEXOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS ASSISTÊNCIAS A RESPEITO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Pesquisador: JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 97962418.2.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.981.805

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de abordagem qualitativa, de natureza exploratório descritiva, será realizada com os enfermeiros da UTI adulto, Clínica Médica Masculina, Clínica Médica Feminina, Clínica Cirúrgica e Infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro, no município de Campina Grande. Para delimitação amostral utilizar-se-á o critério de saturação. A entrevista será o instrumento de coleta de dados e a análise ocorrerá por meio da técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

-Apreender o conhecimento dos enfermeiros assistências sobre a atenção domiciliar.

Objetivo Secundário:

-Investigar se os enfermeiros assistências conhecem sobre a atenção domiciliar;

-Averiguar as dificuldades e a facilidades para o conhecimento dos enfermeiros assistências a respeito da atenção domiciliar;

-Verificar se os enfermeiros assistências reconhecem usuários assistidos por eles, como potencial à assistência na atenção domiciliar.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- Os riscos expostos aos participantes desta pesquisa serão mínimos, podendo se delimitar ao constrangimento em relação a não saber responder o que foi exposto, tendo em vista que a pesquisa tem o intuito de apreender o conhecimento deles sobre a temática estudada. Esses riscos poderão ser minimizados, por intermédio de um contato prévio com os participantes, a fim de se estabelecer um vínculo de confiança entre as duas partes, além da possibilidade de oportunizar a entrevista em um ambiente que traga conforto ao participante.

Benefícios:

- Os benefícios desse estudo dizem respeito as contribuições para ciência, tendo em vista a lacuna na formação do enfermeiro em relação ao conhecimento sobre a temática. Os resultados desse estudo poderão contribuir para melhorar a assistência de enfermagem na atenção domiciliar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou a seguinte documentação:

- Projeto completo;
- Instrumento de coleta de dados;
- Termo de gravação de voz;
- Termo de Compromisso de divulgação dos resultados;
- Termo de Anuência Setorial da chefe de Divisão de Enfermagem do HUAC;
- Termo de Anuência da gerente de Ensino e Pesquisa do HUAC;
- Termo de Compromisso do pesquisador responsável;
- Termo de Compromisso dos pesquisadores;
- Cronograma;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Orçamento;

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.981.805

- Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem inadequações éticas para o início da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Liberado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1210878.pdf	30/08/2018 09:13:41		Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DADOS.pdf	30/08/2018 09:11:34	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Outros	TERMO_GRAVACAO_VOZ.pdf	30/08/2018 09:11:05	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Outros	DIVULGACAO_RESULTADOS.pdf	30/08/2018 09:09:56	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Outros	ANUENCIA_SETORIAL.pdf	30/08/2018 09:09:26	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Outros	ANUENCIA_INSTITUCIONAL_HUAC.pdf	30/08/2018 09:08:50	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Outros	ANUENCIA_INSTITUCIONAL_UFCG.pdf	30/08/2018 09:08:28	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Outros	COMPROMISSO_PESQUISADOR_RESPONSIVEL.pdf	30/08/2018 09:08:10	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	COMPROMISSO_PESQUISADORES.pdf	30/08/2018 09:07:37	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCC.pdf	30/08/2018 09:07:21	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_ATIVIDADES.pdf	30/08/2018 09:05:44	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	30/08/2018 09:05:30	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.981.805

Ausência				
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	30/08/2018 09:05:16	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	30/08/2018 09:04:47	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

CAMPINA GRANDE, 25 de Outubro de 2018

Assinado por:
Andréia Oliveira Barros Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.981.805
Página 04 de

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br