

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**HELEN ANDRESS DA SILVA CHAPARRO VEADRIGO**

**ROTEIRO DE SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM (SAE)  
PARA VISITA DOMICILIAR VISANDO O ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES  
ACAMADOS**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**HELEN ANDRESSA DA SILVA CHAPARRO VEADRIGO**

**ROTEIRO DE SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM (SAE)  
PARA VISITA DOMICILIAR VISANDO O ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES  
ACAMADOS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora:** Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **ROTEIRO DE DE SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM (SAE) PARA VISITA DOMICILIAR VISANDO O ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES ACAMADOS** de autoria do aluno **HELEN ANDRESSA DA SILVA CHPARRO VEADRIGO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas não transmissíveis.

---

**Profa. Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt**

Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**

Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**

Coordenadora de Monografia

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho com todo carinho às amigas e colegas enfermeiras que estão lotadas nas estratégias de saúde da família do município de Corumbá – MS e que intensamente se entregam e se dedicam todos os dias em prol dos cuidados preventivos, de promoção e de reabilitação para o bem estar do cidadão, mesmo que, por muitas vezes não tem seu trabalho reconhecido.

Dedico também a minha irmã, amiga e colega enfermeira Hevelen Andreza da Silva Chaparro que tão responsavelmente realiza suas tarefas diárias de rotina e as impostas sem aviso prévio com muita dedicação e comprometimento.

Aos demais colegas da profissão, que possamos trabalhar sempre promovendo com dignidade, respeito e humanização o bem estar do enfermo que nos confia ao solicitar nossos cuidados.



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me escolhido nessa profissão para que eu pudesse ter a oportunidade aprender a cada dia uma nova lição de vida e o privilégio de conhecer as pessoas que participam dessa história, por sempre me dar sabedoria nos momentos difíceis e força naqueles em que pensei em desistir ou desacreditar.

Agradeço ao meus pais por toda oportunidade e educação que me deram para hoje ser uma profissional digna, ética e honesta.

Agradeço ao meu esposo, Silver Andrei Veadrigo, pela compreensão e apoio nas horas e dias em que me ausento seja para seguir a rotina da enfermagem no dia-a-dia, realizar meus plantões ou estudar e ainda, por sempre esperar meu retorno me recebendo com muito carinho.

Agradeço também a toda equipe de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina por nos proporcionar a chance de adquirirmos mais conhecimento de uma maneira cômoda, e por toda atenção dada ao longo do curso.

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>Objetivo .....</b>	<b>12</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>13</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>16</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>19</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>31</b>

## **RESUMO**

A monografia relaciona-se com a proposta de trabalho do enfermeiro mediante a implementação da sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária em saúde, ou seja, em uma estratégia de saúde da família do município de Corumbá-MS com o objetivo de construir um instrumento para ser utilizado durante as visitas domiciliares para os pacientes acamados, ao mesmo tempo que o enfermeiro irá expandir seu papel especificamente, irá proporcionar uma forma individualizada e organizada de atendimento/plano de cuidados domiciliares ao usuário e dependem da assistência domiciliar. Foram consultados 20 documentos publicados, entre site de busca mundial e scielo, COFEN e ministério da saúde, sendo 16 artigos citados nesse texto. Bem como a experiência prévia da autora foi decisiva para delimitação dos itens: identificação do paciente, história de doença pregressa e atual, exame físico céfalo-caudal, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. . Com as leituras científicas verificou-se que a sistematização da assistência de enfermagem ainda é pouco executada pelos profissionais enfermeiros, evidenciando a necessidade de estímulo para utilização da sistematização na atenção básica em saúde, o que foi realizado com o instrumento ora apresentado.



## 1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada em 1994 pelo governo federal como estratégia de reorientação do modelo assistencial na rede primária de saúde, onde uma equipe composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal e Agente Comunitário de Saúde (ACS) é responsável por determinado número de famílias pertencentes a uma área geograficamente delimitada onde todo o trabalho é realizado na promoção de saúde, prevenção e doenças, tratamento, reabilitação do paciente atendendo ao Sistema Único de Saúde (SUS).

As ESFs vão além do que um atendimento dentro da unidade de saúde ou consultório, pois quando o paciente portador de doença (qualquer que seja sua patologia ou seu acompanhamento) precisa mais do que atendimento no consultório de portas fechadas. Depois que ele é ouvido pelo profissional que o acolhe, este considera as condições de vida (financeiras, moradia, emocionais etc.). Como integrante da ESF, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que tem como função servir de “elo” entre o profissional na unidade e este usuário, adentrando sua casa, conhecendo sua família e encurtando os laços entre esses indivíduos, levando informação sobre o funcionamento do sistema e servindo de contra-referência aos profissionais envolvidos nos cuidados com a saúde.

As visitas domiciliares realizadas por todos os profissionais das ESFs e são protocoladas pelo ministério da saúde, conforme portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2012) e pactuadas pelo município juntamente com a secretaria de saúde para funcionamento das atividades das unidades com toda equipe lotada em uma estratégia onde as consultas e procedimentos são realizados em domicílio pelos profissionais ao enfermo.

Para Chaymiti (2007, p.7), "a Atenção Domiciliar (AD) requer a participação ativa da família e dos profissionais envolvidos, constitui uma atividade principal a ser realizada na Atenção Básica, para atender as pessoas que estão incapacitadas de se locomoverem aos serviços de saúde, temporária ou permanente."

Ainda como defende CHAYMITI (2007) que o processo de atenção domiciliar é complexo, não é específico de patologia ou grupo etário, um fator determinante é o grau de incapacidade; requer articulações entre paciente, família e serviços de saúde, muitas vezes não bastam assistência ou cuidado, necessita de outros serviços como o apoio social; dependendo do grau de complexidade, dos cuidados a serem prestados é necessária a colaboração e adequada articulação entre os níveis de atenção da rede em saúde, outros serviços e rede de apoio a ser construída na comunidade, para complementar a assistência. O Serviço de Atenção Domiciliar deve se pautar nos princípios da integralidade, universalidade e equidade de suas ações, para tanto, deve-se reorganizar o processo de trabalho das equipes.

Os profissionais das equipes de saúde da família ao realizarem o acompanhamento do paciente acamado no domicílio se deparam muitas vezes com várias dificuldades no tratamento deste, entre elas a falta de uma pessoa para ser referência na família afim de exercer os cuidados que o paciente necessita ou porque existe o cuidador, mas este é despreparado, desinteressado e alega não ter tempo para cuidar do paciente, ainda há o baixo nível socioeconômico que não contribui, fatores que são considerados pertinentes. (FERNANDES, 2010)

O pré-protocolo de atenção domiciliar da secretaria de saúde do município de Florianópolis - SC, descreve objetivamente o significado da visita realizada pela equipe da ESF em relação à sua comunidade: a visita domiciliar é, sem dúvida, uma das principais ferramentas da Estratégia Saúde da Família. Ela aproxima a equipe de saúde à família. Através dela, a equipe passa a conhecer melhor as condições de vida e saúde da comunidade, e os recursos de que a família dispõe. Propicia a co-responsabilidade do indivíduo ou família, tornando-o sujeito para decidir junto com a equipe sobre os problemas de saúde e agravos. Para isso é necessário o entendimento e o respeito por parte da equipe sobre o contexto de vida daquela comunidade, sua história, costumes e dinâmica das relações familiares, eliminando-se a postura de superioridade ou de autoritarismo, o que seria apenas reproduzir o modelo médico-centrado, ou procedimento-centrado, no domicílio. A visita domiciliar, como qualquer outra atividade de saúde, também precisa ser planejada e sistematizada para se configurar como parte do arsenal da Estratégia Saúde da Família ou, de outra forma, se configura como mera atividade social. (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS).

As pessoas que estão na fase de acompanhamento/reabilitação em domicílio, algumas vezes por danos irreversíveis, necessitam ser acompanhados por uma equipe que possua olhar que vá além dos cuidados práticos naquele momento, ou seja, que busque suas reais necessidades, que encontre uma solução para um problema existente de forma subjetiva e que possa ainda atrapalhar sua evolução. Para organizar o trabalho do enfermeiro, pode-se utilizar a Sistematização de Assistência em Enfermagem (SAE), segundo a Resolução Cofen 358/2009 a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem, além de descrever que o processo de enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional (LUCZINSKI et al, 2011).

No manual de serviço de assistência domiciliar da prefeitura de Ribeirão Preto (2007) é citado que os cuidados no domicílio têm sido de grande complexidade e diversidade, são vistos como estressantes e exaustivos, e são priorizados às pessoas acamadas ou em situação de risco. Esses cuidados específicos no domicílio demandam tempo, investimentos financeiros e habilidades e capacitação para os familiares e profissionais. É necessário parcerias com as instituições hospitalares, outras secretarias e outros setores da sociedade para que haja a continuidade da assistência com qualidade. A equipe de saúde, principalmente a enfermagem, tem papel fundamental para as ações em domicílio, focalizando a prevenção, a cura e a reabilitação.

Desta forma, baseado no conhecimento teórico relacionado nas visitas domiciliares realizadas pelas equipes de ESFs e em experiências durante o trabalho na atenção primária em saúde, houve a necessidade da implementação da SAE no domicílio e uma estratégia de saúde do município de Corumbá- MS, para que este cuidado seja feito num todo afim da evolução do paciente de forma integral por toda a equipe.

**Objetivo*****Objetivo Geral***

Construir instrumento para acompanhamento de pacientes acamados a ser utilizado como roteiro na sistematização da assistência de enfermagem durante visitas.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A relação de cuidado entre os sujeitos envolvidos na atenção domiciliar tem se mostrado importante desafio para os profissionais por se tratar de um ambiente não legitimado socialmente como campo de práticas da Saúde, diferentemente dos hospitais e outras instituições de Saúde, onde a equipe técnica se sente familiarizada e protegida pelas normas das instituições” (BRASIL, 2013 ).

A ESF é uma das estratégias de governo, institucionalizada para reorganizar a prática assistencial de saúde possuindo como eixo condutor a modificação do modelo assistencial hegemônico; este modelo se caracteriza pela preocupação com a produção de procedimentos centrados no atendimento médico individual curativo, medicalizante e hospitalocêntrico. A mudança no modelo assistencial se pauta nos princípios do Sistema Único de Saúde e elege novas bases e critérios para atuação. A assistência deverá ser centrada na família, focada a partir de contexto físico e social em que vive. Assim, pressupõe o estabelecimento de vínculo, de corresponsabilidade, de desenvolvimento de autonomia entre os trabalhadores de saúde e as pessoas que vivem no território da área de abrangência de cada equipe. (SANTOS, 2011)

No domicílio, como em outros espaços de cuidado, o diálogo entre equipe, família, cuidador e usuário permite interações que desencadeiam transformação nas relações de trabalho, compartilhamento e formação de compromissos para melhoria e integralidade de atenção. Logo, a construção do plano de cuidado na Atenção Domiciliar deve ser compartilhada por todas as partes e saberes envolvidos (usuário, família, cuidador e profissionais de saúde. (BRASIL, 2013)

Portanto, a assistência domiciliar serve como mais um instrumento do profissional de saúde lotado em uma estratégia (enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, dentista, agente comunitário de saúde) de aproximação/vínculo com o paciente a ser cuidado, contribuindo para a prescrição do tratamento domiciliar, pois ao conhecer sua realidade em seu ambiente (como por exemplo, o tipo de moradia, se a casa é ventilada e higienizada, se há degraus, dificuldade de acesso ao banheiro - dificultando a realização de higiene pessoal, o relacionamento familiar com os demais residentes da mesma casa e outros), ficará mais fácil ao profissional de saúde orientar quanto aos cuidados no domicílio, uma vez que o tratamento muitas vezes não dependerá

somente da medicação, mas sim também em uma boa qualidade de vida durante o processo de reabilitação, principalmente quando é referido ao paciente acamado.

É importante destacar a observação de FERNANDES (2010) quando afirma que uma relação conflitante só traz malefícios ao acamado e dificulta a sua reabilitação. Portanto, definindo-se papéis e trabalhando juntos equipe e família podem afirmar parcerias de grandes sucessos e realizações.

Ainda sobre a prática da realização da Visita Domiciliar (VD) pela equipe de saúde da família, onde o plano de cuidados ao paciente acamado em sua maioria é de responsabilidade do enfermeiro onde este realizará o planejamento da visita juntamente com a equipe, porém, avaliando a necessidade de realização desta. Para este planejamento, a utilização da Sistematização de Assistência em Enfermagem (SAE) facilitará na prescrição dos cuidados ao realizar o diagnóstico de enfermagem para obter resultados positivos na evolução do paciente.

Atualmente hoje existem muitos fatores que levam as pessoas a sofrerem danos irreversíveis, as quais se deparam em leito hospitalar acamado, e quando recebem alta hospitalar e precisam retornar a seus domicílios, muitas vezes são forçados a uma transformação radical no estilo de vida e para buscar uma adaptação em seu âmbito familiar e social, na busca de manter uma qualidade de vida que contemple suas necessidades da melhor maneira possível. Mas o que geralmente acontece é que quando este indivíduo retorna ao seu lar, a família se depara com uma situação oposta a sua realidade, onde as condições familiares muitas vezes não são favoráveis, pois existe uma grande carência de conhecimentos para que possam cuidar desse paciente que necessita de cuidados especiais. O fator econômico influencia nos cuidados, pois muitas dessas famílias não têm condição de se adaptar, por que a situação financeira não é favorável para a aquisição de materiais específicos, que proporcionam qualidade de vida (CASCAVEL 2008).

Muitas investigações têm como objetivo compreender o processo saúde-doença, sendo que alguns contemplam as situações crônicas de saúde, especificamente. A princípio, predominam as pesquisas no domínio da medicina, mas, recentemente, têm envolvido a Sociologia, a Psicologia, a Antropologia e a Enfermagem dentre outras. (FREITAS 2007).

É dentro desse contexto que há necessidade de implementação de um sistema que registre toda a história do paciente, desde sua identificação, hábitos de vida, relações interpessoais, necessidade físicas e emocionais até a história de todas suas patologias e tratamento, internações, cirurgias, história de doença familiar, ainda que seja finalizado com um exame de maneira

cautelosa céfalo-caudal. Para a realização deste trabalho, a SAE, que normalmente é realizada na enfermarias dos hospitais, em setores de internações e pós-cirúrgicos, porém, pode ser introduzida no ambiente domiciliar pelo enfermeiro, onde ao executá-lo através de visita domiciliar para o paciente acamado, irá facilitar todo o trabalho de identificação de problemas, supervisão e tratamento dos profissionais de saúde da equipe (médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar/técnico de enfermagem) para o mesmo e ainda proporcionando na comodidade de seu lar, uma assistência científica, porém mais humanizada.

A SAE conforme a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 272/2002 – Revogada pela Resolução cofen nº 358/2009 considera que a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Segundo BARROS & CHIESA (2007) e a sistematização da assistência se faz necessária para a avaliação crítica da pertinência e relevância do trabalho de enfermagem frente ao atendimento das necessidades de saúde. Busca-se tomar como objeto do processo de trabalho em saúde, as necessidades e intervenções específicas da profissão, na assistência e no cuidado dos indivíduos, famílias e grupos sociais.

A implementação da SAE é um importante também para expor o trabalho do enfermeiro para conhecimento de outros profissionais que não pertencem a esta categoria e ainda não sabem definir qual o real papel do enfermeiro e algumas vezes até por parte de pacientes, pois, além da necessidade dessa prática para os pacientes e, a exigência da SAE pelo COFEN, propõe-se este estudo, para que os enfermeiros planejem a implantação efetiva dessa proposta. Esse planejamento deve sofrer as adequações necessárias a cada contexto institucional, pois realidades distintas podem apresentar exigências também distintas. Exemplificando, uma instituição que tem um serviço de enfermagem organizado com filosofia, missão e objetivos, pode subtrair tal etapa do seu processo de implantação( HERMIDA e ARAÚJO, 2006).

### 3 MÉTODO

Para o desenvolvimento desse estudo foi realizada revisão bibliográfica de artigos científicos publicados, sendo 20 publicações científicas consultadas em site de busca mundial, *scielo* e COFEN e as palavras-chave foram: protocolos de visita domiciliar enfermagem, visitas domiciliares, visitas domiciliares enfermagem paciente acamado, visita domiciliar paciente doença crônica e sistematização de assistência em enfermagem. Para este trabalho de conclusão de curso, foi incluso também manuais de secretarias de saúde de municípios brasileiros e protocolos do ministério da saúde.

O plano de ação escolhido foi a tecnologia de concepção onde o produto é o próprio projeto e plano de ação desenvolvido, pois foi desenvolvido um roteiro e como não foi realizado pesquisa de campo, este projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

Para LÜDKE(1996) apud FREITAS (2007) a pesquisa documental implica na escolha do tipo de documento e tema a serem investigados e, como não é aleatória, reflete os propósitos, idéias e pressupostos do pesquisador, que a orienta. Após a seleção do tipo de documento, passa-se à apreciação objetiva das mensagens, as quais, inseridas num amplo campo de compreensão teórica, possibilitarão a classificação, codificação e categorização dos conceitos.

Após a leitura dos textos encontrados, o critério de seleção para a construção deste artigo foi a partir dos temas em comum com o escolhido pela autora, sendo 16 artigos citados nesse estudo, delimitados no tempo entre os anos de 2004 a 2014.

Será implementado, depois desse estudo e leituras de artigos, a sistematização de assistência de enfermagem (SAE) , com a criação do instrumento para ser utilizado pelo enfermeiro na visita domiciliar , este inclui identificação do paciente, história de doença pregressa e atual, exame físico céfalo-caudal, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem para intensificar a atenção da equipe de saúde da família baseado na resolução do COFEN-358-2009, afim da melhora da reabilitação do paciente acamado a ser executado por uma equipe de ESF afim de organizar o atendimento de forma objetiva para melhor planejamento de cuidados e atenção pela equipe



Para elaboração do instrumento foi utilizado, principalmente, a experiência da autora que integra a equipe de saúde da família de uma estratégia do município de Corumbá- MS para que ajudasse a ser construído este projeto, assegurando-se de que todo o trabalho a ser executado obedecerá sempre o código de ética de enfermagem, respeitando principalmente o Art. 48 – Cumprir e fazer os preceitos éticos e legais da profissão e Art. 81 – Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional a pessoas ou entidades que não estejam obrigadas ao sigilo (§ 2º – Em atividade multiprofissional, o fato sigiloso poderá ser revelado quando necessário à prestação da assistência).

De acordo com SOUZA (2004), a experiência com as visitas possibilitou destacar suas principais vantagens e limitações. As ações de enfermagem na Visita Domiciliar incluem os seguintes passos:

1. Levantamento das necessidades: nesta fase, identificam-se as necessidades sentidas pela clientela.
2. Planejamento: esta fase do trabalho já mostra o desenvolvimento da visita. Durante o planejamento, leva-se em consideração a seleção de vistas, coleta de dados, plano de visita e preparo do material.
  - Seleção de visitas: deve levar em consideração [1] o tempo disponível; [2] o horário mais adequado para a família, a fim de que não perturbe os afazeres domésticos; [3] as doenças de maior relevância e por isso, de maior prioridade e [4] o estabelecimento de um itinerário que otimize tempo e meios de transporte utilizados nestas visitas.
  - Coleta de dados: Realiza-se um levantamento prévio por meio de fichas das famílias que foram visitadas.
  - Plano de visita domiciliária: Procede-se à identificação da família: endereço completo, condições sócio-sanitárias, diagnóstico, tratamento médico e assistência de enfermagem.
3. Execução: Nessa etapa priorizam-se algumas regras: atendimento, na medida do possível, às prioridades; uso de uma linguagem clara, de acordo com o nível da família, a fim de que as famílias falem claramente dos problemas que as afligem no seu viver diário, prestando assistência

de enfermagem respaldada nos meios científicos; observar o meio ambiente e as reações das pessoas frente aos problemas, mantendo contato discreto e amável. Ao término, realiza-se de maneira clara e global uma avaliação de como se deu a visita, anotando suas vantagens e limitações.

4. Registro dos dados: Descreve-se aqui as observações de enfermagem verificadas durante a visita, de maneira legível, sucinta e objetiva, no prontuário para que possamos dar, posteriormente, continuidade ao atendimento.
5. Avaliação: Nesta fase avalia-se o plano de visitas, as observações e as ações educativas ou curativas e também os pontos positivos e negativos, se as soluções das prioridades foram realmente atingidas e se a família progrediu na resolução dos problemas.

#### 4 RESULTADO E ANÁLISE

A Enfermagem em sua gênese, de atenção a assistência aos enfermos, teve seu foco principal voltado para a assistência hospitalar onde buscava-se contribuir no sentido da cura e reabilitação dos indivíduos. Mas com o passar dos tempos, observou-se era necessário antecipar os cuidados com o povo, para se evitar a necessidade de ter que chegar a um leito hospitalar, e então se chegou ao entendimento da grande importância da atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde (CASCAVEL, 2008).

A Visita Domiciliar é um dos instrumentos mais indicados à prestação de assistência à saúde, do indivíduo, família e comunidade e deve ser realizada mediante processo racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência. Apesar de antiga, a Visita Domiciliar traz resultados inovadores, uma vez que possibilita conhecer a realidade do cliente e sua família in loco, contribuir para a redução de gastos hospitalares, além de fortalecer os vínculos cliente – terapêutica – profissional.(SOUZA,2004)

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) vem sendo utilizada em algumas instituições de saúde como uma metodologia assistencial por meio do Processo de Enfermagem (PE), o qual pode ser entendido como a aplicação prática de uma teoria de enfermagem na assistência aos pacientes. Embora o PE venha sendo implantado no Brasil desde a década de 70, quando introduzido por Wanda de Aguiar Horta, somente em 2002 a SAE recebeu apoio legal do COFEN, pela Resolução nº 272, para ser implementada em âmbito nacional nas instituições de saúde brasileiras. Analisando o cenário atual percebe-se que essa Resolução por si só talvez não ofereça todo o apoio que a implantação da SAE exige, pois muitos fatores têm desencadeando dificuldades práticas tanto de implantação como implementação dessa metodologia nas instituições de saúde. (HERMINDA et al, 2006)

GEROLIN (2013) é objetivo quando afirma que o processo de trabalho da Enfermagem particulariza-se em uma rede ou subprocessos que são denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar. Cada um desses pode ser tomado como um processo à parte com seus próprios elementos (objeto, meios/instrumentos e atividade) que podem ou não coexistir em determinado momento e instituição, sendo assim, é de extrema

necessidade que seja implementado também a SAE na estratégia de saúde selecionada para que se organize e individualize cada tratamento do indivíduo residente da área de abrangência e que esteja acamado, uma vez que é comum que este paciente já seja de conhecimento dos profissionais da equipe por fazer parte de um grupo restrito que não consegue deambular até ao posto de saúde, sendo frequente a visita a este enfermo.

Ainda sobre a implementação do roteiro da SAE, também é uma maneira de expor e de fazer conhecer o trabalho do enfermeiro, de valorizar a profissão, pois a realidade de se trabalhar em ESF é que em alguns municípios brasileiros (por algumas vezes mostrado nas reportagens de televisão e documentários televisivos) faltam profissionais de outras áreas para compor a administração e/ou atendimento, obrigando o enfermeiro a realizar por exemplo, a gerencia da unidade em que trabalha e ainda quando não existe um técnico e um auxiliar de enfermagem, ainda tem que executar as tarefas destes profissionais, sobrecarregado então um único profissional que deixa de executar suas atribuições conforme portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011(anexo I) da política nacional de atenção básica, dentro da mesma ESF. Talvez por ter funções excessivas, muitos profissionais enfermeiros lotados nas estratégias que enfrentem estes tipos de problemas, ainda apresentem resistência e/ou dificuldade em tentar executar minuciosamente este roteiro.

KRAUZER et al(2011) em seu artigo relata sobre as potencialidades para aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem baseado em experiência de graduandos em enfermagem, ao se discutir acerca de novas possibilidades, inovações surgem aspectos positivos e negativos, muito em função do receio do desconhecido, do que isto vai implicar no dia a dia do profissional. Em relação a estes aspectos, discorremos acerca das potencialidades identificadas pelos enfermeiros para a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, tendo aparecido fortemente a valorização e o reconhecimento da enfermagem como profissão” e ainda que “Os enfermeiros afirmaram que, ao estabelecer um método de assistência, conseguirão desenvolver um raciocínio clínico, de modo a estabelecer um plano de cuidados específico para cada paciente, resgatando a visão holística e a assistência integral preconizada pelas teoristas de enfermagem e aprendida em seus cursos de graduação.

Ainda como KRAUZER et al (2011), dentro das potencialidades, o outro conjunto de respostas destaca a aplicação da SAE como a promoção na melhoria da qualidade da assistência, por consequência, contribui para o aprendizado da enfermagem.

A necessidade dessa prática para os pacientes e, a exigência da SAE pelo COFEN, propõe-se este estudo, para que os enfermeiros planejem a implantação efetiva dessa proposta. Esse planejamento deve sofrer as adequações necessárias a cada contexto institucional, pois realidades distintas podem apresentar exigências também distintas. Exemplificando, uma instituição que tem um serviço de enfermagem organizado com filosofia, missão e objetivos, pode subtrair tal etapa do seu processo de implantação (HERMINDA et al, 2006).

A SAE prescinde de entrevista com o paciente; exame físico; um olhar para a atuação dos diferentes profissionais; um julgamento destes dados que orientará as ações de enfermagem (diagnóstico, relação de problemas); uma definição dos cuidados necessários – a prescrição, orientada pela expectativa dos resultados esperados, pelas ações de enfermagem colocadas em prática e, por fim, uma avaliação dos resultados obtidos pelas ações (evolução), que determina as ações futuras ( KRAUZER et al, 2011).

Como já afirmado anteriormente, a coleta de dados foi montada baseando nos princípios da lei federal de enfermagem, onde conforme TANNURE MC(2006) apud NEVES et al (2010), o histórico de enfermagem deve permitir a coleta de informações específicas e relevantes em relação ao cliente, e de maneira holística, assegurando que as esferas biológicas, sociais, psicológicas e espirituais do ser humano sejam consideradas, conforme a teoria de enfermagem utilizada” e o diagnóstico de enfermagem “é o resultado do exame físicoemocional do cliente, no qual o enfermeiro detecta sinais ou sintomas que são indicadores de desvio de saúde a riscos a que o cliente é submetido. Permite fixar as observações, apontar a direção da ação, identificar necessidades, problemas, preocupações ou respostas humanas, a partir da análise dos dados coletados, para extrair conclusões importantes para os cuidados. Descreve os problemas de saúde atuais ou potenciais que os enfermeiros podem tratar, com modos terapêuticos específicos.

Ainda citado no mesmo artigo de referência para o parágrafo acima, onde ALFARO-LEFEVRE (2005) apud NEVES et al (2010), as prescrições de enfermagem são ações realizadas e documentadas pelo enfermeiro, visando o monitoramento do estado de saúde, a fim de minimizar os riscos, resolver ou controlar um diagnóstico de enfermagem, auxiliar nas atividades de vida diária e promover a saúde. O enfermeiro, ao colocar em prática as prescrições de enfermagem, deverá estar constantemente investigando e reinvestigando tanto as respostas do cliente quanto seu próprio desempenho, pois o ser humano é imprevisível e precisa ser monitorado cuidadosamente.

É de suma importância que a coleta de dados seja realizada de forma correta, respeitando sempre o código de ética de enfermagem, pois desta forma será possível executar a sistematização de maneira adequada e que proporcionará durante o processo de reabilitação consideração o paciente, respeitando seus valores e preferências, e têm como objetivo a segurança na assistencial. (GEROLIN, 2013)

Sendo assim não poderia ser diferente, a enfermagem tem grande papel de tornar essa situação com uma nova visão e juntos com toda a família e ajuda de outros profissionais buscarem novas maneiras de ver as coisas, e fazer fluir soluções para tornar a vida de todos mais aconchegante e prazerosa. (CASCAVEL, 2008)

Com base neste contexto teórico evidenciado foi elaborado o instrumento para acompanhamento de pacientes acamados a ser utilizado como roteiro na sistematização da assistência de enfermagem durante visitas, este inclui: identificação do paciente, história de doença pregressa e atual, exame físico céfalo-caudal, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem para intensificar a atenção da equipe de saúde da família baseado na resolução do COFEN-358-2009, afim da melhora da reabilitação do paciente acamado a ser executado por uma equipe de ESF afim de organizar o atendimento de forma objetiva para melhor planejamento de cuidados e atenção pela equipe. Está apresentado na sequencia:

<b>HISTÓRICO DE ENFERMAGEM</b>		
<b>1 – DADOS DA IDENTIFICAÇÃO</b>		
Nome:	Idade:	Sexo:
Estado Civil:	Ocupação:	Escolaridade:
Naturalidade:	Nacionalidade:	
Endereço:	Telefone:	
Responsável:	Grau Parentesco:	
Telefone para contato:		
<b>2 – HISTÓRIA DOENÇA ATUAL</b>		
Antecedentes clínicos/familiares:		
Cirurgias realizadas:		
Conhecimento sobre a doença:		

Conhecimento sobre a terapêutica prescrita e outras orientações:
Alergia a medicamento/alimento:
Hábitos com potencial para alterar a saúde: ( ) fumo ( ) bebida alcoólica ( ) cafeína ( ) tóxico Qual: frequência/quant.:
3 – AMOR/GRAGÁRIA: Pessoas significativas, visitas:
4 – AUTO-ESTIMA: Conceito de si mesmo e de outros:
5 – ESPIRITUALIDADE Religião: Solicita apoio espiritual ( ) sim ( ) não qual:
6 – PERCEPÇÃO Órgãos dos sentidos ( visão, audição, olfato, tato, paladar):
7 – CUIDADO CORPORAL ( avaliação qualitativa e quantitativa e avaliação das condições atuais) Banho: Higiene oral: Higiene dos cabelos/unhas: Uso de próteses:
8 – REGULAÇÃO Estado imunológico ( imunossupressão, imunodepressão, radio/quimioterapia, vacinas):
Exames:
9 – INTEGRIDADE FÍSICA Cutânea-mucosa ( coloração, turgor, elasticidade, hidratação, integridade, tecido subcutâneo – preservado/aumentado/diminuído)





Sondas (número, condições, tempo de inserção):
12 – abdome: (forma/volume/características):
Fígado palpável ( ) sim ( ) não
Baço palpável ( ) sim ( ) não
Sinal de piparote: ( ) sim ( ) não
13 – ORGÃOS GENITAIS/MEATO URINÁRIO/ÂNUS: (condições gerais – higiene, integridade, presença de secreções/sangramento)
14 – ELIMINAÇÃO
SUDORESE ( ) SIM ( ) NÃO
Hábitos intestinais( frequência, características, problemas na eliminação):
Ruídos hidroaéreos ( presente/diminuído/aumentado, frequência):
Hábitos urinários: ( frequência, características, problemas na eliminação):
Sonda vesical: ( ) sim ( ) não nº                    via:                    data de inserção:
Débito urinário:
15 – MOBIDADE
DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO: ( ) SIM ( ) NÃO
Limitação de movimentos/deformidade; ( banho/alimentação/usar sanitário/caminhar):
MMSS:
MMII:
Realiza atividade que requer esforço diário? ( ) sim ( ) não
Qual?
Pratica atividade física ( ) sim ( ) não ( ) às vezes    qual?
Lazer( qual):
Atividades sociais( quais):
Relacionamento familiar:
Relacionamento profissional:

## PROBLEMAS IDENTIFICADOS

PROBLEMAS	DATA DE ABORDAGEM	DATA DE RESOLUÇÃO

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM


## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM




## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao ser implementada a SAE numa estratégia de saúde da família, esta poderá ampliar o campo de atuação do enfermeiro e proporcionar maior qualidade nos cuidados ao paciente que procura atenção primária. Porém é preciso conhecer bem sua unidade de saúde, suas reais necessidades, traçar o perfil do usuário de maneira geral que faz uso desta instituição, bem como a realidade do local ou área de abrangência. É importante conhecer sua população e os problemas enfrentados por ela, pois afinal, o trabalho será realizado dentro de um grupo que frequentemente procura a atenção primária em saúde e muitas vezes, já existe um vínculo com os profissionais que o assiste.

A implementação da SAE necessita ser organizada pelo enfermeiro, objetivando os dados que realmente ajudarão no plano de cuidados e os que podem prejudicar. A qualidade na assistência prestada é uma proposta para aquele profissional que pretende realizar de forma humanizada.

A visita domiciliar nas estratégias de saúde da família, deve se tornar uma consulta domiciliar dentro da casa do paciente, de forma mais confortável, com tratamento que mais se adéqua a sua realidade, tentando solucionar todos os problemas que possam dificultar sua evolução. As várias informações fornecidas nesse contexto, tendem a abrir o espaço para a implementação da sistematização da assistência em enfermagem, melhorando a qualidade no atendimento.

Da literatura consultada, os artigos que se referiam as visitas domiciliares e sistematização de assistência em enfermagem e implementação da SAE, foi comum ler nas considerações finais que o enfermeiro ainda não executa rotineiramente em seu ambiente de trabalho, tendo como proposta a reflexão sobre esse atendimento exclusivo desse profissional para promoção da saúde e qualidade de vida. Portanto esta proposta de instrumento a ser utilizado pelo enfermeiro na visita domiciliar da ESF tem importância e é relevante para a profissão e fortalecimento da SAE na atenção básica em saúde.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. vol.2 , Brasília – DF, 2013,p.86.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília –DF, 2012, p.13.
- COFEN, disponível em [http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009\\_4309.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html). Acesso em 20 de março de 2014.
- COFEN, disponível em <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>. Acesso em 24 de março de 2014.
- CHAYMITI, Emília Maria Paulina Campo.Manual de serviço de assistência domiciliar.Secretaria Municipal de Ribeirão Preto. Ribeirão preto - SP, novembro 2007. p.7.
- DE SOUZA NEVESI, Rinaldo; SHIMIZUI, Helena Eri. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 63, n. 2, p. 222-229, 2010.
- FERNANDES, Juliana Maria. O papel do cuidador frente ao paciente acamado e a responsabilização da equipe de saúde da família. Araçuaí - MG, 2010, p.7.
- FREITAS, Maria Célia de; MENDES, Maria Manuela Rino. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. Revista Latino-Americana de Enfermagem, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 590-597, ago.2007. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16130>>. Acesso em: 17 Mar.2014. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000400011>
- GEROLIN, Fátima Silvana Furtado; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Modelos Assistenciais na Enfermagem-Revisão de Literatura. Enfermagem em Foco, v. 4, n. 1, 2013.
- HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira; ARAUJO, Izilda Esmênia Muglia. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 59, n. 5, Oct. 2006 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000500015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500015&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 Mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000500015>.
- KRAUZER, Ivete Maroso; GELBCKE, Francine Lima. Sistematização da Assistência de Enfermagem–potencialidades reconhecidas pelos enfermeiros de um hospital público. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 1, n. 3, p. 308-317, 2011.
- LUCZINSKI, Adriane; SANGALLI, ZANIN, Ediane Carla. Sistematização da assistência de enfermagem no domicílio para o paciente pós-operatório de cirurgia plástica abdominal: lipoaspiração e abdominoplastia. Cascavel - Pr, 2011, p.27.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CASCAVEL, 2008. Assistência de enfermagem aos pacientes acamados em domicílio.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Pré protocolo de atenção domiciliar. Florianópolis -SC, p.6.

SANTOS, Edirlei Machado dos; MORAIS, Sandra Helena Gomes. A visita domicilair na estratégia de saúde da família: percepção de enfermeiros. 2011, p.492.

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. - A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. *Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial, dez 2004 online (www.proec.ufg.br)*

## **ANEXO I**

### **ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO – PORTARIA Nº2488 DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**

I - realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.