

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA
GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE

CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO DOMICILIAR: A
IMPORTÂNCIA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

MAYARA GOMES DA SILVA

ORIENTADOR: PROF. DANIELA DALLEGRAVE

PORTO ALEGRE

2016

MAYARA GOMES DA SILVA

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO DOMICILIAR: A IMPORTÂNCIA
DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Relatório apresentado como pré-requisito de conclusão do curso Técnico em Enfermagem.

Orientadora: prof. Daniela Dallegrave

PORTO ALEGRE

2016

RESUMO

Este trabalho de conclusão do Curso Técnico em Enfermagem da Escola GHC tem como tema a atuação do técnico de enfermagem na Atenção Domiciliar (AD). Seu objetivo é abordar a importância da Atenção Domiciliar, principalmente do atendimento humanizado e integral do profissional técnico de enfermagem para a saúde do paciente e da sua família. A AD busca descongestionar os hospitais, prevenir doenças antes que elas se agravem, promover saúde, educar a comunidade em saúde e reduzir os danos já causados. Nesses processos, o técnico de enfermagem tem um papel fundamental, usando a técnica necessária para os mais diversos procedimentos, prestando uma assistência humanizada e integral ao paciente e sua família, buscando identificar aspectos que precisem ser resolvidos e usando essa modalidade de assistência como instrumento para promover saúde para todo o grupo familiar e não só ao paciente.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AD – Atenção Domiciliar

AGE – Ácidos Graxos Essenciais

EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio

ESF – Estratégia da Saúde da Família

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SAMDU - Serviço de Atenção Médica de Urgência

SF – Soro Fisiológico

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	7
3. A ATENÇÃO DOMICILIAR.....	10
3.1 HISTÓRICO DA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	12
4. A ATENÇÃO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA.....	14
4.1 ABORGAEM FAMILIAR.....	15
4.2 IMPORTÂNCIA DOS CUIDADORES NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	15
4.3 PAPEL DO TÉCNICO NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	16
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

1INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar é uma nova e importante modalidade de atenção em saúde que tornou-se cada vez mais necessária devido às transformações sociais, demográficas e epidemiológicas que ocorreram nas últimas décadas, mudando o perfil da população e conseqüentemente as condições de saúde. Desse modo, foi preciso reorganizar as Redes de Atenção para atender com qualidade essa nova demanda de saúde fora do contexto hospitalar, buscando promover, prevenir, recuperar e tratar os pacientes em domicílio de forma resolutiva e humanizada (PORTAL SAÚDE GERIÁTRICA, 2016).

Nesse contexto, o profissional técnico de enfermagem tem um papel fundamental quando presta esse tipo de assistência em saúde, devendo realizar os mais diversos procedimentos, utilizando as técnicas e conhecimentos necessários e, ao mesmo tempo, exercendo um olhar integral sobre o paciente e sua família. Não se limita apenas em cuidar da enfermidade do cliente, mas busca, também, identificar aspectos que precisem de atenção especial, exercendo por meio da AD a prevenção, a promoção e a educação em saúde de todo grupo familiar e dando continuidade aos cuidados juntamente com a equipe multidisciplinar quando necessário.

Sendo assim, com esse trabalho de conclusão de curso busco demonstrar, de acordo com a literatura e a minha experiência vivida em estágio na Unidade Básica de Saúde (UBS) Parque dos Maias, a importância da atenção domiciliar e, dentro desta, a importância das ações do técnico de enfermagem inserido em uma equipe multidisciplinar para os processos de promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Interessa principalmente a abordagem familiar correta e a visão integral do paciente, do cuidador e do grupo familiar.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A minha experiência relatada neste trabalho ocorreu na Unidade Básica de Saúde Parque dos Maias, localizada na Rua Francisco Galecki, nº 156, bairro Parque dos Maias. O território de abrangência do posto é dividido em quatro micro áreas que são atendidas por quatorze agentes comunitários de saúde, além de contar com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogo, assistente social, farmacêutico e nutricionista.

Os agentes comunitários são os responsáveis por coletar dados do território e comunidade e notificar à equipe médica e de enfermagem da UBS quais os casos críticos para que seja avaliado a necessidade de atenção domiciliar. As visitas domiciliares são organizadas em reuniões pelas equipes de vigilância de cada área.

O caso relatado chegou ao conhecimento da UBS através dos agentes comunitários de saúde que identificaram a existência das úlceras por pressão e a impossibilidade de deslocamento do paciente e da esposa até o posto. Assim, comunicaram a equipe médica e de enfermagem, que organizaram as visitas domiciliares (VD) realizada por uma técnica de enfermagem que criou um vínculo de confiança com família atendida e identificou outros aspectos que precisavam de atenção em saúde.

Acompanhei uma visita domiciliar (VD) realizada por uma técnica de enfermagem a uma casa onde moravam um casal de idosos: senhor de 75 anos, aposentado, apresentava fala enrolada e de difícil compreensão (afasia) e hemiplegia do lado direito devido a um Acidente Vascular Cerebral (AVC) que ocorreu no ano anterior, não deambulava e utilizava Sonda Vesical de Demora (SVD). Com ele residia sua esposa: idosa de 65 anos, sempre foi dona de casa, não apresentava nenhuma enfermidade, no entanto repetia algumas vezes as mesmas perguntas acerca das instruções passadas, parecia carente de conversa e de atenção. Eles tinham um filho de 34 anos, que morava na região metropolitana de Porto Alegre e não os visitava com frequência. A esposa era a única cuidadora do marido e não tinha ajuda, a não ser quando solicitava para algum vizinho.

Ao chegarmos à residência, o idoso relatou quadro de dor na região pélvica e observamos que a diurese na bolsa coletora estava um pouco escurecida (colúria),

pelos sintomas apresentados suspeitamos que poderia ser uma infecção urinária e orientamos que se encaminhasse à emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), onde era acompanhado. Mas ele se recusou a ir, porque teria consulta nesse hospital com o seu médico urologista em três dias e preferia se automedicar para dor em casa e esperar. Nos meses anteriores, desenvolveu, após o AVC, úlceras por pressão nos dois calcâneos e na região sacra devido a falta de cuidado adequado e mudanças de decúbito, por ser uma situação nova para sua esposa que não sabia como cuidá-lo corretamente. Durante os últimos dois meses a técnica de enfermagem vinha fazendo visitas domiciliares semanais ao casal e realizava troca dos curativos e orientações, além de levar materiais como gaze, fita micro porosa, Ácidos Graxos Essenciais (AGE), luvas e ataduras extras para deixar com a idosa durante a semana.

A senhora e a profissional relataram que nas primeiras visitas foi ensinado como realizar este procedimento, a técnica e os materiais necessários, atentando para que não houvesse sujidade, que a troca fosse realizada pelo menos uma vez ao dia e que houvesse mudança de decúbito o máximo de vezes possíveis e, no mínimo, de duas em duas horas.

A técnica acompanhava a evolução e cicatrização das úlceras a cada visita, auxiliava na troca dos curativos e reorientava quanto a algum processo que precisasse ser retomado.

Nesta VD eu realizei esse procedimento, utilizando SF 0,9%, gazes, AGE, ataduras e fita micro porosa. Ao retirar o antigo curativo, verificamos que as úlceras estavam praticamente cicatrizadas. Limpei com SF 0,9 %, sequei e cobri com gazes com AGE nas lesões, por último cobrimos os calcâneos com ataduras e a sacra com apósito. A idosa agradeceu muito por todo o atendimento e orientação dada, pois sem esse atendimento ela não conseguiria cuidá-lo adequadamente.

Ao se deparar com as queixas e a colúria na SVD do idoso tentamos convencê-lo a ir à Emergência do hospital, mas ainda assim ele se recusava em ir. A profissional se disponibilizou a ligar para o HNSC e tentar adiantar a consulta que estava marcada, pois o senhor tinha medo de não ser atendido pelo mesmo médico que se consultava sempre. Sem obter sucesso, conversou com ele e explicou que poderia haver complicações e que a dor continuaria se não fosse atendido o quanto antes, assim o idoso aceitou ser levado pela esposa. A técnica também questionou a

respeito da saúde da senhora, perguntando se ela tinha alguma queixa, se ia ao médico regularmente, se fazia exames, conversou sobre a necessidade de alguém que a ajudasse para não haver sobrecarga e principalmente sobre o filho, pois nas VD anteriores tinha orientado a idosa a conversar e explicar a importância dele estar mais presente e ajudar com os cuidados do pai. Caso o filho mantivesse a mesma postura, a técnica poderia passar esse caso a assistente social da UBS.

Essa visita me deixou muito feliz, não só pelo procedimento realizado e ver que as úlceras estavam curando, mas por poder presenciar o impacto do bom atendimento domiciliar na saúde dessa família, protagonizado pela técnica de enfermagem. Neste caso, evitando o agravamento das úlceras e do quadro agudo que estava acontecendo. No entanto, olhando mais amplamente, como o técnico de enfermagem se torna importante na atenção domiciliar nos processos de prevenção, promoção e recuperação da saúde, não só utilizando as técnicas necessárias, mas também orientando os familiares quanto aos cuidados pertinentes, e verificando se a informação passada foi entendida e está sendo executada adequadamente. O cuidador familiar é quem está diariamente com o paciente e presta todos os cuidados em casa, por isso, este vínculo do profissional de saúde com o cuidador cria uma oportunidade para olhar integralmente não só o paciente como também sua família. Esses cuidados só foram possíveis graças ao acolhimento, o vínculo de confiança estabelecido e o olhar, visando o bem-estar total do paciente, do cuidador e da sua família e não só a enfermidade.

3 A ATENÇÃO DOMICILIAR

A Atenção Domiciliar (AD), segundo a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 a qual redefine a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), constitui-se como uma nova modalidade de assistência em saúde podendo substituir ou complementar as outras pré-existentes. Caracteriza-se como um conjunto de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde prestadas no domicílio com continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção em Saúde (BRASIL, 2013a).

A transição epidemiológica e demográfica acelerada no Brasil causou também a transição das condições de saúde. A chamada tripla carga de doenças, isto é, doenças agudas infecciosas, doenças crônicas e causas externas sofreram modificações em seu padrão com a diminuição das primeiras causas de morte por doenças agudas e o deslocamento do maior número de morbimortalidade por doenças crônicas e causas externas. Essas mudanças apontaram para a necessidade de reformulação das Redes de Atenção e de uma nova organização que garantisse o direito à saúde fora do modelo médico hegemônico (PORTAL SAÚDE GERIÁTRICA, 2016; SILVA, et al, 2011).

Com aumento na expectativa de vida da população, associada a fatores como tabagismo, sobrepeso, sedentarismo, uso de álcool e drogas, e alimentação inadequada, houve o aumento significativo de doenças crônicas, assim como a necessidade de cuidados contínuos e intensivos. Este quadro, associado com a tendência à medicalização, levou, muitas vezes, a internações hospitalares desnecessárias. Sendo assim, a atenção domiciliar tem como um dos seus principais objetivos a desospitalização, associada a humanização da assistência e a recuperação do indivíduo no ambiente familiar (SENA et al, 1999; MENDES, 2012 ; PORTAL SAÚDE GERIÁTRICA, 2016).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço que visa substituir ou complementar a internação hospitalar ou o atendimento ambulatorial, sendo responsável pelo gerenciamento das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). As equipes devem ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

(SCNES), e não pode haver uma EMAP sem a existência de uma EMAD prévia (BRASIL, 2013a).

As EMAD podem ser do tipo 1 (médicos e enfermeiros com no mínimo 40 horas de trabalho, fisioterapeuta e/ou assistente social com somatório mínimo de 30 horas de trabalho e auxiliares/técnicos de enfermagem com 120 horas de trabalho) ou do tipo 2 (médico com no mínimo 20 horas de trabalho, enfermeiro, fisioterapeuta ou assistente social com no mínimo 30 horas trabalhadas e auxiliares/técnicos de enfermagem com somatório de 120 horas de trabalho) (BRASIL, 2013a).

Já a EMAP deve ser constituída por, no mínimo, três profissionais de nível superior podendo ser fisioterapeuta, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional e devem completar, no mínimo, o total de 90 horas trabalhadas (BRASIL, 2013a).

A AD, segundo a Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013, se divide em 3 modalidades: AD1 destinada a usuários com problemas de saúde controlados e que exigem poucos recursos, mas não podem se locomover até uma unidade de saúde. Esse tipo de AD é responsabilidade das UBS, EFS e NASF por meio de visitas ao domicílio pelo menos uma vez ao mês. A AD2 presta cuidado aos usuários com impossibilidade de locomoção até a unidade de saúde e que necessitem de atendimento e recursos de saúde contínuos podendo ser prestados por diferentes serviços da rede de atenção sendo responsabilidade da EMAD e EMAP. A AD3 é destinada a usuários que não possam se locomover até a unidade de saúde, que necessitem de cuidados intensivos e contínuos e que façam uso de equipamentos podendo ser atendidos por diferentes serviços da Rede de Atenção a Saúde e sendo responsabilidade das EMAD e EMAP (BRASIL, 2013a).

Uma das principais formas de atuação dessas equipes é através do Programa Melhor em Casa que é um serviço de atenção domiciliar que pode ser contratado pelos estados ou municípios com mais de vinte mil habitantes e com investimento do Ministério da Saúde. Esse programa visa ampliar assistência do SUS, ajudar a desocupar os leitos hospitalares e regular os serviços de urgência (LACERDA et al, 2006, BRASIL. 2013a ; BRASIL, 2013b).

Desse modo, o SAD é organizado para atender as demandas em saúde de todos os tipos de pacientes, desde os que precisam da realização de ações simples e que estejam em complexidade de atendimento da UBS, até os clientes mais

complexos com a necessidade do uso de equipamentos vitais. Em consequência, dentro de todos os níveis de AD, o técnico de enfermagem exerce papel fundamental, não só realizando procedimentos técnicos, como também, orientando, educando em saúde e assistindo integralmente o paciente e sua família, uma vez que, esse profissional deve ser na AD um instrumento de promoção em saúde e identificação de outros aspectos e pessoas que necessitem de assistência.

3.1 HISTÓRICO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

A atenção domiciliar é apenas umas das práticas do cuidado domiciliar na qual há uma relação de convivência entre profissionais de saúde, paciente, cuidadores e familiares (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

A Grécia e o Egito Antigo são onde existem os primeiros relatos de assistência em saúde a domicílio. Na Europa, no século XVIII, antes do surgimento de hospitais e ambulatórios, essa modalidade de cuidado era bastante aplicada. No século XIX, com a institucionalização do hospital como local de referência do doente, de assistência e de exclusão, a família perdeu a autoridade de cuidar do seu ente que, agora era tratado cientificamente, dando início à hegemonia do modelo médico e hospitalocêntrico. (SILVA, et al, 2011).

Com as mudanças epidemiológicas e o decorrente envelhecimento da população, a necessidade de cuidados integrais e contínuos ficou cada vez mais evidenciada, assim como a formulação de novas estratégias para atender as novas demandas de saúde (SILVA, et al, 2011).

Sendo assim, a atenção domiciliar ressurgiu como uma alternativa substitutiva do cuidado hospitalar, retomando o domicílio como espaço de produção de cuidado que possibilita a elaboração e invenção de novas práticas cuidadoras (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Em 1949, foi fundado o SAMDU, Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, que era vinculado ao Ministério do Trabalho e foi a primeira tentativa de atenção domiciliar como serviço (REHEM; TRAD, 2005).

Os serviços de atenção domiciliar surgiram em 1960, a partir da década de 90 foram se expandindo e ganhando mais força. Com a nova Constituição Federal de 1988 e a Lei 8080 que regula as ações de saúde em território nacional e dispõe

sobre os princípios e diretrizes do SUS, a tentativa de descentralizar a saúde se torna institucional. Na década de 2000, existiam diversos projetos de atenção a domicílio com diferentes características, no entanto, ainda não contavam com políticas de incentivo e regulamentação de financiamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em 2002 foi instaurada a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002 que acrescenta capítulo e artigo na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, regulamentando a atenção domiciliar no SUS a organização e os serviços correspondentes (BRASIL, 2002).

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.529, que define a internação domiciliar como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa (BRASIL, 2006). Essa lei foi revogada em agosto de 2011.

Por fim, em 27 de maio de 2013, foi instaurada a Portaria nº 963 que redefiniu a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL, 2013a).

4 ATENÇÃO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica (AB), que no Brasil se efetiva por meio da Estratégia Saúde da Família, caracteriza-se por prestar atendimento de diversas complexidades, podendo executar ações de prevenção (primária, secundária ou terciária) e de promoção da saúde. Está no âmbito de suas competências a realização de diagnóstico, tratamento e reabilitação. Atividades de redução de danos e em prol da manutenção em saúde tem a finalidade de prestar um cuidado integral ao usuário. É dirigida a territórios e populações definidas em que se assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011).

Devido à organização das redes de saúde a AB se constituiu como o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. Dessa forma, é responsabilidade das equipes de atenção básica atender os usuários conforme suas necessidades, identificar e adequar aspectos importantes e organizar seu processo de trabalho conforme o público atendido, além de produzir diferentes maneiras de realizar o cuidado no ambiente domiciliar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Sendo assim, a atenção domiciliar na atenção básica propõe a reorganização do processo de trabalho pela equipe, abordagem à família, criatividade, senso crítico, assistência humanizada e resolutividade, assim como a prática de ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação em saúde. É importante que o usuário tenha voz ativa nesse processo e que essa modalidade se articule com as demais redes de atenção. O cadastramento, a busca ativa, a vigilância e educação em saúde ajudam na melhor organização e planejamento de uma assistência humanizada e de qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Desse modo, a AB se torna um importante veículo para prevenir doenças e seus agravos, reduzir os danos já causados e realizar a manutenção em saúde. No relato de experiência, objeto deste trabalho, a AD foi prestada através da UBS que organizou as VD semanais feitas por um profissional técnico de enfermagem. Desta forma, a AD na AB foi de suma importância para o tratamento do paciente, prevenindo o surgimento de novas úlceras, evitando seu agravo que poderia levar a internação hospitalar e reduzindo os danos já causados. É importante destacar importância do profissional técnico de enfermagem que prestou todos esses

cuidados, além disso, buscou o atendimento integral ao paciente e sua esposa, educando em saúde para que durante a semana o paciente não ficasse desassistido. Cuidou também da saúde da idosa, uma vez que, ela também precisava de ações de promoção, prevenção e assistência em saúde para continuar saudável e conseguir cuidar adequadamente do marido

4.1 ABORDAGEM FAMILIAR

Dentro da atenção domiciliar na assistência primária, um dos principais aspectos é a abordagem adequada e integral à família, levando em conta o contexto social, econômico e cultural do grupo familiar e respeitando a complexidade das relações entre eles (SILVA et al, 2011 ; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O profissional que presta a assistência em domicílio deve construir e reconhecer as potencialidades terapêuticas destes usuários, assim como interações e conflitos, uma vez que interagem diretamente com a saúde dos membros da família. Sendo assim, a abordagem familiar é realizada como instrumento para compreender cada família e adotar uma abordagem coerente visando o atendimento integral (SILVA et al, 2011 ; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

4.2 IMPORTÂNCIA DOS CUIDADORES NA ATENÇÃO DOMICILIAR

O cuidador é o indivíduo que presta os cuidados ou ajuda o usuário com dificuldade a realizar as mais diversas atividades. Não necessariamente precisa fazer parte da família, podendo ser qualquer pessoa que desempenha esse papel, tendo formação profissional ou não. Dessa maneira, os cuidadores se tornam alvo também das ações em saúde realizada pelas equipes de AD, uma vez que se dedicam, muitas vezes, em tempo integral ao cuidado e estão expostos intensamente ao sofrimento e a outros problemas decorrentes dos cuidados prestados (dores na coluna, risco de contaminação, depressão, entre outros).

Com isso, os profissionais que atuam na AD devem fornecer suporte a família, ao cuidador e ao usuário, conhecendo bem o grupo familiar, suas relações e recursos disponíveis, visando suprir suas necessidades e promover a educação em

saúde do cuidador, uma vez que, é ele quem fica a maior parte do tempo com o paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Levando em conta a importância do cuidador para a recuperação da saúde do paciente, o técnico de enfermagem na AD tem o papel também de orientar e educar em saúde o cuidador de forma que dentro de suas condições consiga prestar uma assistência adequada no dia-dia. No relato de experiência deste trabalho a técnica de enfermagem não se ateve apenas na realização do tratamento do paciente, como também na saúde e qualidade de vida da cuidadora, uma vez que, o adoecimento dela causaria situação de vulnerabilidade para ambos. Desse modo, a cuidadora também se tornou alvo das ações de promoção, prevenção e educação em saúde do profissional que buscou assistir integralmente paciente e sua família e identificando na AD outros aspectos que precisavam da sua atenção.

4.3 PAPEL DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO DOMICILIAR

O técnico de enfermagem exerce papel importante na AD realizando os mais diversos procedimentos técnicos, orientando adequadamente o paciente e sua família, realizando ações de promoção, prevenção e educação em saúde, reduzindo danos e assistindo integralmente o cliente e o grupo familiar. Esse profissional é fundamental dentro da AD, pois realiza o atendimento básico e ações primordiais para o dia a dia do paciente. Desso modo, durante o atendimento, o exercício de um olhar visando o bem-estar total é de suma importância para conseguir realizar uma assistência integral, buscando identificar situações de vulnerabilidade que precisem de assistência, se preocupando com a qualidade de vida depois do atendimento e educando a família como prestar o cuidado correto.

Sendo assim, o técnico de enfermagem é um profissional fundamental dentro da AD e da equipe de saúde atuando nas mais diversas situações e exercendo seu papel sempre buscando praticar cuidado com ações que intervenham diretamente no processo de saúde e doença dos indivíduos e das famílias.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com as mudanças sociais, demográficas e epidemiológicas da sociedade brasileira foi necessária a criação de redes de atenção fora do contexto hospitalar. Dessa forma, as políticas e ações de prevenção, promoção, educação e recuperação em saúde que são realizadas na atenção domiciliar se tornaram imprescindíveis para bem-estar das famílias e comunidades. Nesse contexto, o técnico de enfermagem tem a oportunidade de assistir integralmente o paciente, o cuidador e a família, buscando promover, educar, prevenir e tratar simultaneamente.

Nesse sentido tendo como experiência o estágio na UBS e, em especial, esse atendimento domiciliar realizado, pude perceber na prática a importância do olhar integral na atenção em saúde. A técnica de enfermagem não se ateve apenas ao procedimento que foi realizar, mas também a educação em saúde da cuidadora e o cuidado com a própria saúde, uma vez que, é ela quem vai prestar todos os cuidados ao marido durante a semana e não tem nenhum auxílio, portanto, seu adoecimento causaria situação de vulnerabilidade para ambos.

A técnica tentou também resolver ou, pelo menos, encaminhar o caso agudo para o local adequado e investigar quanto a relação com o filho para, caso necessário, acioná-lo por meio da assistência social.

Com esta experiência pude acompanhar na prática a diferença que a promoção, a prevenção e a educação em saúde fazem dentro das famílias e, ainda, a importância do profissional ser um meio de investigação e resolução dos problemas de saúde e vulnerabilidade.

Sendo assim, com base na experiência relatada e ao longo do trabalho de conclusão do curso pude perceber a importância do técnico de enfermagem na atenção domiciliar para a saúde das famílias, se tornando fundamental no tratamento e recuperação em saúde. No entanto, ainda mais importante nas ações de prevenção de agravos, redução de danos, educação e promoção do mesmo. Olhando integralmente o paciente, o grupo familiar e o cuidador e realizando a abordagem adequada para cada situação a qual se depara.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei 10.424 de 15 de abril de 2002.** Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. 2002. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm >. Acesso em: 17 jul. 2016

BRASIL. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013a. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html >. Acesso em: 17 jul 2016

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html >. Acesso em: 17 jul. 2016

BRASIL. **Portaria 2529 de 19 de setembro de 2006.** Institui a Internação domiciliar no âmbito do SUS. 2006 Disponível em: < <http://www.idoso.mppr.mp.br/arquivos/File/25292964120110SESMT.pdf> >. Acesso em: 17 jul. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica - Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar.** Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012. V.1. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf >. Acesso em: 16 jul. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Melhor em casa-Serviço de Atenção Domiciliar**. 2013b. Disponível em: <

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/melhor-em-casa> >. Acesso em: 17 jul. 2016

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, Washington v. 24, n.3, p.180–188,2008. Disponível em: <

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf> >. Acesso em: 17 jul. 2016

LACERDA, Maria Ribeiro, et al. Atenção à Saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro ,v. 15, n.2, p. 88-95, maio./ago. 2006. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200009 > Acesso em: 17 jul. 2016

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família. Brasília, DF: OPAS, 2012. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Conf_Eugenio_Vilaca_sobre_Org_Redes_At_Saude_mai_2011.pdf >. Acesso em: 16 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Melhor em casa-Serviço de Atenção Domiciliar**. 2013b. Disponível em: <

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/melhor-em-casa> >. Acesso em: 17 jul. 2016

PORTAL SAÚDE GERIÁTRICA. **Editorial do volume 2**. 2016. Disponível em: <

<http://www.saudegeriatria.com.br/medicina/saude/geriatria/gerontologia/idoso/social13.html> >. Acesso em: 17 jul. 2016

REHEM, Tânia Cristina Morais Santa Bárbara; TRAD, Leny Alves Bomfim. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.231-242, set./dez. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500024> Acesso em: 17 jul 2016

SENA, Roseni Rosângela, et al. O cuidado no domicílio: um desafio em construção. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 4, n. 2, p. 58-62, jul./dez. 1999. Disponível em: < <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44846/27275> >. Acesso em: 16 jul. 2016

SILVA, Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro, et al. A abordagem à família na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n, 5, p.1250-1255, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500031 > Acesso em: 17 jul 2016