

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ANA CLAUDIA NASCIMENTO DE SOUSA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
DOMICILIAR EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE GOIÁS**

**GOIÂNIA
2017**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS
DE TESES E
DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** [] **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

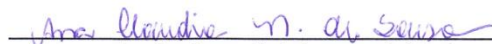
Nome completo do autor: Ana Claudia Nascimento de Sousa

Título do trabalho: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE GOIÁS

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ **SIM** [] **NÃO**¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:

Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 13/07/2017

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente
- Submissão de artigo em revista científica
- Publicação como capítulo de livro
- Publicação da dissertação/tese em livro

²A assinatura deve ser escaneada.

ANA CLAUDIA NASCIMENTO DE SOUSA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR
EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE GOIÁS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão de sistemas e processos gerenciais nos serviços de saúde

Orientadora: Profa. Dra. Nilza Alves Marques Almeida

Co-orientadora: Profa. Dra. Suelen Gomes Malaquias

Goiânia

2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Nascimento de Sousa, Ana Claudia
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA
ATENÇÃO DOMICILIAR EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE GOIÁS
[manuscrito] / Ana Claudia Nascimento de Sousa. - 2017.
151 f.

Orientador: Prof. Nilza Alves Marques Almeida; co-orientador
Suelen Gomes Malaquias.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró
reitoria de Pós-graduação (PRPG), Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2017.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista
de tabelas.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Serviços de Assistência Domiciliar.
3. Diagnósticos de Enfermagem. 4. Integralidade em Saúde. I. Alves
Marques Almeida, Nilza, orient. II. Título.

CDU 614



ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Aos 04 dias do mês de maio de 2017, as 18:00, na sala 403 no IPTSP – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública –, Goiânia - Go, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Nilza Alves Marques Almeida (Presidente da Banca e Orientadora), Dra. Ana Luiza Neto Junqueira (Membro Interno) e Dra. Selma Rodrigues Alves Montefusco (Membro Externo). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: “ Diagnósticos de Enfermagem no Contexto da Atenção Domiciliar Em Um Município do Estado de Goiás ”, em nível de **Mestrado**, área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de Ana Cláudia Nascimento de Sousa. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Nilza Alves Marques Almeida, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou a candidata sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta da mestranda. Terminada a exposição da mestranda e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata Aprovada (**Aprovada ou Reprovada**). Cumprindo as formalidades de pauta, às 20:15 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Profa. Dra. Nilza Alves Marques Almeida
Presidente e Orientadora / UFG

Profa. Dra. Ana Luiza Neto Junqueira
Membro Interno

Profa. Dra. Selma Rodrigues Alves Montefusco
Membro Externo

A minha mãe Ana Joaquina e madrinha Helena Leal,
que sempre se dedicaram ao meu crescimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade da vida. Agradeço pela saúde e fortaleza espiritual que me permitiram concluir parte desta caminhada. Agradeço pela vitalidade com a qual nutro meus sonhos e por essa incessante vontade de realizá-los e apreciá-los. Senhor, obrigada por todo esse amparo!

Agradeço a minha grandiosa guerreira-mãe Ana Joaquina Nascimento de Sousa. Quão grata sou pela presença da senhora em minha vida. Obrigada pela preciosa e singular maternidade que sempre me impulsionou a voos maiores, reafirmando e explorando as potencialidades do meu Ser. Obrigada por cada palavra de consolo, gesto de cuidado e oração de amparo. Esta conquista é nossa!

Obrigada querida madrinha Helena Leal. Agradeço todo o investimento da senhora em meus estudos, permitindo desenvolver competências e desabrochar talentos. Desde sempre sinto esse cuidado maternal ao qual sou muito grata.

Agradeço à orientadora professora Dra. Nilza Alves Marques Almeida, por ter me orientado no mestrado e por ter acreditado nesta pesquisa. Obrigada pelos conhecimentos compartilhados, pela paciência e colo acolhedor, tão fundamental nesta árdua caminhada.

À co-orientadora, professora Dr^a. Suelen Gomes Malaquias, minha sincera gratidão. Obrigada por ter me permitido enxergar além do que era capaz de ver e ter impulsionado essa conquista. Agradeço sua competência profissional e grandeza espiritual que muito admiro. Sempre me lembrarei de sua dedicação em relação a esta conquista.

Agradeço minha preciosa amiga Viviany Guntija por toda atenção que define bem o que é amizade. Obrigada pela escuta acolhedora, pelas palavras sábias e pelo acréscimo profissional na pesquisa.

Às acadêmicas Anelise e Ana Caroliny, quão grata eu sou a vocês. Obrigada meninas pelo empenho e dedicação. Vocês foram imprescindíveis na concretização desta pesquisa. Obrigada pela paciência e eficiência!

Aos meus familiares e amigos, obrigada pelos gestos de carinho e por compreenderem os meus inúmeros momentos de ausência. As vibrações positivas de vocês foram essenciais nesta jornada.

À Universidade Federal de Goiás, ao mestrado profissional em Saúde Coletiva, ao Serviço de Atenção Domiciliar do município de Goiânia, que viabilizou o projeto-piloto, e ao Serviço de Atenção Domiciliar do município de Aparecida de Goiânia, que possibilitou a coleta de dados de desenvolvimento da pesquisa.

As professoras Dra. Valéria Pagotto e Dra. Ana Luiza Neto Junqueira pelas contribuições no exame de qualificação.

À Comissão examinadora, Dra. Selma Rodrigues Alves Montefusco, Dra. Ana Luiza Neto Junqueira (efetivos), Dra. Valéria Pagotto e Dra. Claci de Fátima Weirich Rosso (suplentes), pelas valiosas contribuições no exame deste estudo.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, por compartilhar ensinamentos e ampliar meu cabedal de conhecimento.

A todos os colegas da turma 5 do mestrado. Inesquecíveis foram os momentos que partilhamos juntos de estudos e de “gastronômicas confraternizações”. Em especial, agradeço a minha amiga Mariana Teixeira, tão verdadeira e companheira, e que muito me fortaleceu em momentos difíceis.

Agradeço à profissional e amiga técnica de enfermagem Rejane Rosa pela peculiar contribuição para o meu crescimento. Eternamente sou grata a sua sabedoria e orações. Agradeço também a Mônica de Souza que, com o seu jeitinho, também muito me confortou e apoiou.

A todas as outras pessoas que, embora não nomeadas, foram importantes para a concretização desta etapa da minha vida. Muito obrigada!

“A vida é assim: esquentar e esfriar,
apertar e daí afrouxar,
sossegar e depois desinquietar.
O que ela quer da gente é coragem...”

Guimarães Rosa.

SOUSA, A.C.N. *Diagnósticos de enfermagem no contexto da atenção domiciliar em um município do Estado de Goiás*. [Dissertação] Goiânia (GO): Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), vinculado ao Programa Melhor em Casa, surgiu como uma das estratégias para atender a população com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, além de integrar as recomendações do HumanizaSUS. Para instrumentalizar e qualificar a assistência de enfermagem, tem-se o Processo de Enfermagem, que direcionado pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB), de Wanda de Aguiar Horta, possibilita um olhar integral na assistência ao usuário do SAD. Mediante a escassez de descrição dessa população na literatura, identificar diagnósticos de enfermagem pode auxiliar no direcionamento das intervenções. **OBJETIVO:** Analisar o perfil e os diagnósticos de enfermagem dos usuários do Serviço de Atenção Domiciliar do município de Aparecida de Goiânia – GO. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo, transversal, exploratório de abordagem quantitativa, realizado com os usuários do SAD do município de Aparecida de Goiânia – GO. Para a coleta de dados, utilizou-se manual e instrumento estruturado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. O levantamento dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) foi realizado por meio do modelo Developing Nurse's Thinking e da taxonomia NANDA-I. **RESULTADOS:** Houve o predomínio de idosos entre os participantes, com mediana de 70 anos de idade, representados por 35% com Acidente Vascular Encefálico, 22% com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e 10% com Traumatismo Craniano. A modalidade clínica do tipo AD2 prevaleceu com 72,5%. A análise das categorias diagnósticas de enfermagem resultou em 120 categorias presentes na taxonomia NANDA-I (2015). Destas, 60,8% com destaque de categoria diagnóstica com foco no problema, 34,2% categorias diagnósticas de enfermagem de risco e apenas 5% representaram as categorias diagnósticas de enfermagem de promoção. Isso retrata a necessidade de melhor investimento no contexto preventivo e com metodologias de promoção da saúde. **CONCLUSÃO:** Os Diagnósticos de Enfermagem identificados evidenciam a complexidade do atendimento do SAD, com demandas multidimensionais, as quais apontam para o protagonismo do enfermeiro neste atendimento, além de configurarem desafios à assistência ao usuário, cuidadores familiares ou não, e à dinâmica da Rede de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Serviços de Assistência Domiciliar; Diagnósticos de Enfermagem; Integralidade em Saúde.

SOUSA, A.C.N. Nursing Diagnoses in the family care context in a city located in Goiás. [Dissertation] Goiânia (GO): Federal University of Goiás, Graduate Program in Collective Health, Goiânia, 2017.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Home Care Service (HCS), linked to the Better at Home Program, was created as a strategy to take care of the population with Chronic Noncommunicable Diseases in addition to meet HumanizaSUS' recommendations. In order to instrumentalize and qualify nursing assistance, there is the Nursing Process, which is guided by the Basic Human Needs Theory (BHNT), developed by Wanda de Aguiar Horta. It enables professionals to fully assist HSC's users. Due to the scarcity of description about this population in the literature, identifying nursing diagnosis may help directing interventions. **OBJECTIVE:** Analyze the Home Care Service users' profile in Aparecida de Goiânia – GO as well as the nursing diagnoses. **METHODOLOGY:** This is a descriptive, cross-sectional and exploratory study based on a quantitative approach that was developed among HCS's users in Aparecida de Goiânia – GO. To collect the data it was used the handbook and tools structured according to the Basic Human Needs Theory. The Nursing Diagnosis (ND) Survey was conducted through the Developing Nurse's Thinking model and through the NANDA-I taxonomy. **RESULTS:** Most participants were elderly, with an average of 70 years old. From those 35% had previously had a Stroke, 22% presented Chronic Obstructive Pulmonary Disease and 10% showed Head Trauma. Type AD2 clinical method was present in 72,5% of the cases. The nursing diagnoses categories analysis resulted in 120 categories present in the NANDA-I taxonomy (2015). From those, 60.8% were classified under the focusing on the problem diagnosis category, 34.2% were under the nursing risk diagnosis category and only 5% were classified as nursing promotion. These results show that is necessary to invest more in prevention and in methods to promote health. **CONCLUSION:** The Nursing Diagnoses identified show the complexities involving HSC and its multi-tensional demands. It puts the nurse professional as the main actor in the process and also shows challenges to user assistance, family caregivers or not as well as to the Health Care Network dynamic.

Key words: Primary Health Care; Home Care Services; Nursing Diagnoses; Health Integrality.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1	– Subgrupos das necessidades psicobiológicas baseados na descrição de Santana (2012).....	26
Quadro 2	– Subgrupos das necessidades psicossociais baseados na descrição de Santana (2012).....	28
Quadro 3	– Subgrupo das necessidades psicoespirituais baseado na descrição de Santana (2012).....	29
Quadro 4	– Trajetória de regulamentação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no Brasil.....	36
Quadro 5	– Critérios de avaliação e classificação clínica do usuário do Serviço de Atenção Domiciliar.....	39
Figura 1	– Fluxograma do método raciocínio diagnóstico do modelo <i>Developing Nurse Thinking</i> adaptado.....	45
Figura 2	– Distribuição do tipo de vínculo do cuidador com os usuários do Serviço de Atenção Domiciliar de Aparecida de Goiânia – GO, 2016.....	65

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 –** Perfil sociodemográfico, econômico e clínico dos participantes do SAD de Aparecida de Goiânia – GO, 2016.....48
- Tabela 2 –** Distribuição dos domínios da NANDA-I (2015) e suas categorias diagnósticas mais prevalentes segundo necessidades psicobiológicas de Horta (1979) e modalidade dos participantes do Serviço de Atenção Domiciliar (n=40) de Aparecida de Goiânia – GO, 2016.....49
- Tabela 3 –** Frequência dos diagnósticos de enfermagem com maior ocorrência de cada domínio da NANDA-I (2015) do grupo necessidades psicobiológicas conforme modalidades AD2 e AD3 da atenção domiciliar, 2016 53
- Tabela 4 –** Distribuição dos domínios da NANDA-I (2015) e suas categorias diagnósticas mais prevalentes segundo necessidades psicossociais de Horta (1979) e modalidade dos participantes do Serviço de Atenção Domiciliar (n=40) de Aparecida de Goiânia –GO, 2016.....57
- Tabela 5 –** Frequência dos diagnósticos de enfermagem com maior ocorrência de cada domínio da NANDA-I (2015) do grupo necessidades psicossociais conforme modalidades AD2 e AD3 da atenção domiciliar, 2016.....60
- Tabela 6 –** Distribuição dos domínios da NANDA-I (2015) e suas categorias diagnósticas mais prevalentes segundo necessidades psicoespirituais de Horta (1979) e modalidade dos participantes do Serviço de Atenção Domiciliar (n=40) de Aparecida de Goiânia–GO, 2016.....63
- Tabela 7 –** Frequência dos diagnósticos de enfermagem com maior ocorrência de cada domínio da NANDA-I (2015) do grupo necessidades psicoespirituais conforme modalidades AD2 e AD3 da atenção

domiciliar, 2016.....64

Tabela 8 – Distribuição dos domínios da NANDA-I (2015) e suas categorias diagnósticas mais prevalentes nos cuidadores segundo necessidades psicobiológicas de Horta (1979) e modalidade dos participantes do Serviço de Atenção Domiciliar (n=40) de Aparecida de Goiânia–GO, 2016 65

Tabela 9 – Frequência dos diagnósticos de enfermagem com maior ocorrência identificado entre os cuidadores participantes, classificado pelo domínio da NANDA-I (2015) e conforme modalidades AD2 e AD3 da atenção domiciliar, 2016 67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD1	Atenção Domiciliar 1
AD2	Atenção Domiciliar 2
AD3	Atenção Domiciliar 3
AVD	Atividade de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CD	Característica Definidora
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPE	Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNT	Developing Nurse's Thinking
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
FR	Fator Relacionado
FRi	Fator de Risco
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Classificação das intervenções de enfermagem – <i>Nursing Interventions Classification</i>
NHB	Necessidades Humanas Básicas
NOC	Classificação dos resultados de enfermagem – <i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PE	Processo de Enfermagem
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgências
SPSS	Statistical Package of Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNHB	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
UFG	Universidade Federal de Goiás

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1 APRESENTAÇÃO	19
2 INTRODUÇÃO	20
3 OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo Geral	24
3.2 Objetivos Específicos	24
4 REFERENCIAL TEÓRICO	25
4.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas	25
4.2 Processo de Enfermagem	29
4.3 Atenção Domiciliar: Pressupostos Teórico-Legais e Perspectivas	34
5 METODOLOGIA	43
5.1 Tipo de Estudo	43
5.2 População-alvo e Local	43
5.3 Critérios de Inclusão e Exclusão	43
5.4 Procedimentos de Coleta de Dados	43
5.5 Instrumentos de Coleta de Dados	44
5.6 Variáveis de Estudo	46
5.7 Procedimentos de Análise de Dados	46
5.8 Considerações Éticas do Estudo	46
6 RESULTADOS	48
6.1 Dados Sociodemográficos, Econômicos e Clínicos	48
6.2 Categorias Diagnósticas do Grupo Necessidades Psicobiológicas	49
6.3 Categorias Diagnósticas do Grupo Necessidades Psicossociais	57
6.4 Categorias Diagnósticas do Grupo Necessidades Psicoespirituais	63
6.5 Cuidador	65

7 DISCUSSÃO.....	68
7.1 Perfil sociodemográfico.....	68
7.2 Perfil Clínico e Categorias Diagnósticas de Enfermagem.....	69
7.3 Necessidades Psicobiológicas.....	72
7.4 Necessidades Psicossociais.....	77
7.5 Necessidades Psicoespirituais.....	82
7.6 Cuidador.....	83
8CONCLUSÃO.....	85
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS.....	88
ANEXOS.....	100
APÊNDICES.....	107

1 APRESENTAÇÃO

Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG), no período de 2006 a 2010. No período de 2012 a 2014, permaneci no Hospital Araújo Jorge, ocasião em que realizei Residência em Enfermagem Oncológica por dois anos e assistência clínica como enfermeira especialista em oncológica.

O contato com usuários de complexidade clínica importante e múltiplas demandas bio-psico-sociais e espirituais e a ausência de uma assistência de enfermagem sistematizada favoreceram o início de pesquisas na área de sistematização da assistência de enfermagem, e o uso da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB), por meio do produto de Trabalho de Conclusão de Curso da especialização.

Atualmente, sou servidora do município de Aparecida de Goiânia do estado de Goiás e lotada no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), onde trabalho na assistência de usuários com múltiplas demandas que requerem uma assistência com abordagem integral. Diante dessa realidade clínica e da ausência de uma assistência em enfermagem sistematizada, optei por trabalhar o Processo de Enfermagem (PE) direcionado pela TNHB no contexto da atenção domiciliar em um município do estado de Goiás como produção científica para o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFG.

2 INTRODUÇÃO

A prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) é uma realidade inerente ao cenário nacional e internacional e tem mobilizado planos de enfrentamento com ações estratégicas (WHO, 2013; BRASIL, 2011a) que envolvem a população idosa e não idosa. Essa prevalência é fortemente influenciada pela transição demográfica e epidemiológica. No Brasil, o aumento da expectativa de vida e o rápido envelhecimento da população (IBGE, 2013), a diminuição da taxa global de fertilidade e a diminuição da taxa de mortalidade em menores de 5 anos são alguns fatores que contribuem para essa prevalência (VICTORA et al., 2011).

Causas cardiovasculares, neoplasias e causas externas são as determinantes principais do perfil de morbimortalidade brasileiro (BRASIL, 2014a), responsável por um expressivo aumento da população com problemas crônicos de saúde, agravos incapacitantes e necessidades de cuidados paliativos. Entre essas causas, destaca-se Acidente Vascular Encefálico (AVE), lesões medulares, neoplasias, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e diabetes mellitus (BRASIL, 2014a; SILVA et al., 2010).

Frente a essa realidade, surgem demandas sociais de usuários e seus familiares por um atendimento em saúde diferenciado e contínuo e demandas gerenciais da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nessa rede, tem-se a demanda por uma consolidação da integralidade das pessoas de forma mais efetiva, que preze por um atendimento de modo universal e equânime, capaz de repercutir em ações resolutivas. Destaca-se também a importância da construção de estratégias de investimento e redução de gastos públicos no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014b; SILVA, 2015).

Os gastos apresentam significativa dependência na compra de serviços aos prestadores privados, sobretudo atenção em nível secundário e terciário. Somente um terço dos leitos hospitalares utilizado pelo SUS pertence a hospitais públicos (VICTORIA et al., 2011). Desse modo, reduzir a demanda por internações hospitalares é imperioso na diminuição desses gastos.

O HumanizaSUS propõe a implementação de mecanismos de desospitalização que visa alternativas às práticas hospitalares, como a de cuidados domiciliares, capazes de ampliar a atenção integral das pessoas e otimizar os gastos públicos no SUS. Por prezar pela qualificação da gestão e atenção à saúde, visa também a clínica ampliada por meio do estímulo a diferentes práticas terapêuticas e definição de protocolos clínicos que garantam a eliminação de intervenções em saúde desnecessária (BRASIL, 2004). Nesse contexto, surge o SAD como uma das propostas para atender às demandas de atenção e gestão na saúde.

O SAD é vinculado ao Programa Melhor em Casa e se caracteriza por ser um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência. É considerado substitutivo ou complementar à internação hospitalar e responsável pelo gerenciamento e operacionalização da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2016).

Os objetivos desse serviço são: reduzir a demanda por atendimento hospitalar; reduzir o período de permanência de usuários internados; humanizar a atenção à saúde; promover a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais das RAS (BRASIL, 2016). Essa modalidade de assistência corrobora, portanto, a mudança no modelo tecnoassistencial de saúde, hoje caracterizado por uma rede integrada e descentralizada em serviços de saúde (LOPES et al., 2013).

Como membro da EMAD, o enfermeiro também é responsável pela promoção de espaços de cuidado e de trocas de experiências com cuidadores e familiares (BRASIL, 2016), possíveis por meio da educação em saúde, de cuidados específicos e da supervisão clínica e administrativa. Esse profissional assume papel protagonista na atenção domiciliar, com destaque à coordenação de cuidados e vínculo entre usuário e equipe, exigindo habilidades ligadas ao relacionamento interpessoal, flexibilidade, adequação à realidade do domicílio, criatividade e sensibilidade para detectar demandas do usuário e da família (ANDRADE et al., 2017).

Nesse contexto, para conseguir desempenhar essas funções, o enfermeiro necessita de domínio de conhecimentos técnico e científico, relacionando teoria e prática, ao promover troca de experiências, aprendizagem pela experiência, pela intuição e por estudos, como implica a Prática Baseada em Evidências (PBE) (ANDRADE et al., 2017). Para otimizar essa dinâmica, tem-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), de responsabilidade do enfermeiro.

A SAE compreende método de organização do trabalho da enfermagem com abordagem científica e referencial teórico de modo que seja possível o melhor atendimento às necessidades de cuidado do indivíduo, família e comunidade. Propicia ainda melhor articulação entre enfermeiros e demais profissionais de saúde e o desenvolvimento de uma prática assistencial humanizada, centrada nas pessoas e não apenas nas tarefas (SILVA; MOREIRA, 2011).

Modelos de trabalho que não são sistematizados e seguem processos lineares e reducionistas não possibilitam um olhar mais abrangente do contexto assistencial de saúde com os seus vários sujeitos envolvidos (SILVA; MOREIRA, 2011). Essa realidade está presente nos SADs do estado de Goiás. Neste caso, não há Protocolo de Sistematização da Assistência de Enfermagem que utilize o PE.

Entre as estratégias da SAE, tem-se, então, o PE, que é um importante instrumento metodológico para a prática do enfermeiro, conferindo a ele respaldo científico, segurança e direcionamento as atividades realizadas à PBE. Ressalta-se também a credibilidade, a competência e a visibilidade da enfermagem que, em consequência disso, garante mais autonomia e satisfação ao profissional (SILVA; MOREIRA, 2010; LIMA et al., 2016). É composto por cinco fases operacionais sistematizadas e inter-relacionadas, sendo elas: coleta de dados/histórico de enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem (DE), planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

O PE requer uso de teorias de enfermagem para levantamento das demandas dos usuários, e no presente estudo utilizou-se a TNHB, de Wanda A. Horta. Mediante a complexidade clínica do usuário atendido pelo SAD, essa teoria possui como elementos as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais – demandas do usuário a serem atendidas. Ela proporciona, portanto, uma assistência

embasada na integralidade capaz de alcançar um estado de saúde mais próximo possível do ideal (HORTA, 1979).

Todas essas necessidades estão intimamente inter-relacionadas, uma vez que compreendem o ser humano em sua totalidade como ser biopsicossocial (RIBEIRO et al., 2016). As práticas de atenção à saúde realizadas de forma fragmentada não oferecem resultados impactantes, necessitando perceber o indivíduo de forma integral (SILVA, 2015).

Diante do exposto, destaca-se a relevância do presente estudo no âmbito da assistência domiciliar vinculado ao Programa Melhor em Casa, visto se tratar de um programa jovem, com pouca produção científica apontada pela literatura nacional, envolvendo a SAE em domicílio e o uso do PE com ênfase na gestão de sistemas e processos gerenciais nos serviços de saúde.

Com esse propósito, tem-se como objeto deste estudo os DEs para permitir a elaboração futura do protocolo e fluxograma de SAE no SAD. Para tanto, como ponto de partida para nortear o processo de reflexão deste estudo definiu-se como questão de pesquisa: Qual o perfil clínico e os diagnósticos de enfermagem dos usuários do SAD do município de Aparecida de Goiânia – Goiás?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil e os DEs dos usuários do SAD do município de Aparecida de Goiânia – GO.

2.2 Objetivos Específicos:

- . caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes do SAD;
- . identificar os diagnósticos de enfermagem dos participantes em seu contexto familiar a partir das características clínicas.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas

O presente estudo trabalha o processo de enfermagem com destaque em suas duas primeiras etapas operacionais: histórico de enfermagem e DE. Para tal, a teoria elencada foi a TNHB, de Wanda Aguiar Horta, que compreende o estado das necessidades humanas básicas. Segundo Horta (1979, p. 39), trata de “estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais”.

O ser humano é parte integrante do universo dinâmico e está em constante interação com ele. Isto resulta em mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Essa interação é fruto da reflexão, imaginação, simbolização, unicidade, autenticidade e individualidade. Enfatiza-se também a habilidade do homem de ser agente de mudanças (HORTA, 1979).

Mediante tais características, essa teoria pode aperfeiçoar o levantamento do grau de independência e interdependência do usuário e de suas necessidades biopsicossociais e espirituais, para então subsidiar os DEs e promover a execução das demais etapas do PE (NISHIO; FRANCO, 2011; GARCIA; EGRY, 2010). A teoria trabalha de maneira preventiva, curativa e reabilitadora, visando o estado de saúde do indivíduo que então se caracteriza como um estado de equilíbrio dinâmico mantido pelas necessidades realizadas (NISHIO; FRANCO, 2011).

A estruturação da teoria se apoia e engloba três teorias gerais: Lei do equilíbrio, referente à homeostase/hemodinâmica, que define a manutenção do universo por meio do equilíbrio dinâmico entre os indivíduos; Lei da adaptação, que prevê a interação dos seres com o meio externo na busca de ajustamentos para alcançar e manter o equilíbrio; Lei do holismo, que afirma a indivisibilidade do todo por resumir-se na soma das partes (HORTA, 1979).

A TNHB apresenta seus fundamentos e princípios com base na teoria de motivação humana de Abraham Maslow, que se articula com as Necessidades Humanas Básicas (NHBs) e as elenca em cinco níveis hierárquicos: fisiológicos; segurança e proteção; amor e gregarismo; autoestima e autorrealização (HORTA, 1979).

A teoria de Maslow afirma que o indivíduo somente passa a satisfazer as necessidades do nível subsequente após um mínimo de satisfação dos níveis anteriores. Enfatiza não ser possível a satisfação completa ou permanente de uma necessidade, visto que, caso isso seja contemplado, não haveria mais motivação individual (HORTA, 1979). No entanto, a TNHB estruturou-se em três grupos de necessidades, fazendo uso da denominação do padre psicanalista João Mahana: psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual (NISHIO; FRANCO, 2011; GARCIA; EGRY, 2010; NEVES, 2005).

Dessa forma, Horta (1979) elaborou a teoria das necessidades humanas básicas estruturada em 37 necessidades, sendo 18 delas psicobiológicas, 17 psicossociais e duas psicoespirituais.

As necessidades psicobiológicas se caracterizam por forças que surgem inconscientemente sem planejamento prévio. Elas estão vinculadas ao instinto do homem e apresentam 18 subgrupos: percepção; oxigenação; regulação vascular; nutrição, eliminação; hidratação; sono e repouso; locomoção; exercício e atividade física; sexualidade; abrigo; cuidado corporal; terapêutica; ambiente; mecânica corporal; motilidade; integridade cutâneo-mucosa/integridade física; regulação térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular, locomoção; percepção (HORTA, 1979) (Quadro1).

Quadro 1 – Subgrupos das necessidades psicobiológicas baseados na descrição de Santana (2012)

SUBGRUPO	DEFINIÇÃO
Percepção: dolorosa, visual, auditiva, tátil, gustativa e térmica.	Necessidade do organismo em perceber o meio através de estímulos nervosos, objetivando interagir com os outros e com o ambiente (BENEDET; BUB, 2001).
Oxigenação	Necessidade de obter oxigênio para a formação de adenosina trifosfato celular (adenosina trifostato) e para a utilização na oxirredução das atividades vitais (ATKINSON; MURRAY, 1989; HORTA, 1979).
Regulação vascular	Necessidade do organismo de transporte vascular para a distribuição de oxigênio, nutrientes e remoção das substâncias desnecessárias. O objetivo é manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo (BENEDET; BUB, 2001).
Nutrição	Necessidade de obter nutrientes para nutrir o corpo e manter a vida (BENEDET; BUB, 2001).
Eliminação	Necessidade de eliminar substâncias indesejáveis ou

	presentes em quantidades excessivas no organismo com vistas a não prejudicar a fisiologia e a sobrevivência celular (ATKINSON; MURRAY, 1989).
Hidratação	Necessidade de obter água na quantidade adequada para o funcionamento do organismo (ATKINSON; MURRAY, 1989).
Sono e repouso	Necessidade em usufruir de um período durante o qual a vontade e a consciência estão em inatividade parcial ou completa, em que algumas das funções corporais estão parcialmente diminuídas e outras suspensas (ATKINSON; MURRAY, 1989).
Locomoção	Necessidade do indivíduo de deambular no espaço (HORTA, 1979).
Exercícios e atividade física	Necessidade de mover-se mediante uso da capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares (ATKINSON; MURRAY, 1989).
Sexualidade	Necessidade de integração dos impulsos biológicos e da fisiologia com a expressão sexual e o autoconceito (ATKINSON; MURRAY, 1989).
Abrigo	Necessidade do indivíduo em manter um ambiente protegido, livre de danos e agentes agressores à vida (BENEDET; BUB, 2001).
Cuidado corporal	Necessidade do indivíduo em realizar atividades com objetivo de preservar asseio corporal (BENEDET, BUB, 2001).
Terapêutica	Necessidade do indivíduo em buscar ajuda profissional para auxiliar no cuidado à saúde com objetivo de promover, manter e recuperá-la (BENEDET; BUB, 2001).
Ambiente	Necessidade que diz respeito a todas as condições do ecossistema que permite que o indivíduo atenda suas necessidades humanas básicas como ambiente físico, normas, regulamentos, grupo social, família, clima e outros (HORTA, 1979)
Mecânica corporal	Necessidade dos sistemas musculoesquelético e nervoso manterem a sustentação dos tecidos, a postura, auxiliarem no movimento do corpo, no alinhamento, no equilíbrio nas atividades de levantar, movimentar, caminhar, curvar e outras.
Motilidade/Mobilidade	Capacidade de contrair e relaxar grupos musculares de modo coordenado, permitindo que o indivíduo possa mover-se no meio ambiente (ATKINSON, MURRAY, 1989).
Integridade cutâneo-mucosa/Integridade física	Necessidade do organismo em manter elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso (BENEDET; BUB, 2001).
Regulação: térmica, hidrossalina, neurológica e crescimento	Térmica: necessidade em manter a temperatura central na faixa de 36 a 37,3°C (ATKINSON; MURRAY, 1989). Hidrossalina: necessidade do organismo em manter normal a distribuição de eletrólitos (POTTER; PERRY, 2005). Neurológica: necessidade de preservar e/ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso com intuito de coordenar as funções e as atividades do corpo (BENEDET; BUB, 2001). Crescimento celular: necessidade em manter a manipulação celular e o crescimento tecidual dentro dos padrões de normalidade. O objetivo é crescer e desenvolver-se (BENEDET; BUB, 2001).

As necessidades psicossociais representam reações no indivíduo vinculadas ao nível psicossocial, entre elas a necessidade de viver em grupo e realizar trocas sociais. São integradas em 16 subcategorias: autorrealização; autoestima; autoimagem; recreação e lazer; segurança; criatividade; aceitação; atenção; gregária; amor; aprendizagem; comunicação; liberdade; espaço; orientação no tempo e no espaço e participação (HORTA, 1979) (Quadro 2).

Quadro 2 – Subgrupos das necessidades psicossociais baseados na descrição de Santana (2012)

SUBGRUPO	DEFINIÇÃO
Autorrealização, Autoestima e autoimagem	Autoimagem: autorretrato mental das pessoas, bastante relacionado à autoestima (DEALEY, 2008). Autorrealização: necessidade de desenvolvimento das capacidades individuais de uma determinada pessoa nas dimensões física, intelectual, emocional e espiritual (ATKINSON; MURRAY, 1989).
Recreação e Lazer	Necessidade do indivíduo de entretenimento, distração e diversão (BENEDET; BUB, 2001).
Segurança (física/emocional)	Necessidade de sentimento de confiança, de estabilidade, de independência e proteção; sentir-se livre do medo, da ansiedade, do caos e sentir-se amparada numa determinada estrutura com leis e limites (ATKINSON; MURRAY, 1989).
Criatividade	Necessidade de ter ideias e produzir coisas novas para se realizar (BENEDET; BUB, 2001).
Aceitação	Necessidade de sentimentos e emoções em relação às pessoas, com objetivo de aceitação, integração em grupos, ter amigos e família (BENEDET; BUB, 2001).
Atenção	Necessidade de ser querido, sentir-se valorizado (SILVA, 2004).
Gregária	Necessidade de viver em grupo com objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais (BENEDET; BUB, 2001).
Amor	Necessidade entre os seres vivos de troca positiva de energia emocional, de dar e receber amor (ATKINSON; MURRAY, 1989).
Aprendizagem (educação à saúde)	Necessidade de adquirir conhecimentos e/ou liberdade com o objetivo de adquirir comportamentos saudáveis e manter a saúde (BENEDET; BUB, 2001).
Comunicação	Necessidade de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal e não verbal (BENEDET; BUB, 2001).
Liberdade	Necessidade de agir com autonomia numa sociedade organizada, respeitando limites e normas (BENEDET; BUB, 2001).
Espaço	Necessidade de delimitar-se no ambiente físico com vistas à preservação da individualidade e a privacidade (BENEDET; BUB, 2001).
Orientação no tempo e espaço	Condição de funcionamento mental do indivíduo de sua situação auto e alopsíquica (HORTA, 1979).
Participação	Direito de concordar ou discordar, informar e ser informado, delimitar e ser delimitado com objetivo de ser livre e preservar autonomia (BENEDET; BUB, 2001).

Por fim, as necessidades psicoespirituais remetem à busca e à compreensão do que transcende o explicado pela ciência. Elas estão vinculadas à religiosidade/espiritualidade (MARQUES, MOREIRA, NOBREGA, 2008) (Quadro 3).

Quadro 3 – Subgrupo das necessidades psicoespirituais baseado na descrição de Santana (2012)

SUBGRUPO	DEFINIÇÃO
Religiosidade/Espiritualidade	Necessidade inerente ao ser humano em expressar uma crença numa força sobrenatural ou divina que tem poder de organizar o universo e requer obediência. É pautada num código abrangente de ética e filosofia do que é certo ou errado, do que é bem ou mal e do que se deve ou não fazer (ATKINSON, MURRAY, 1989). Religiosidade e espiritualidade são diferentes. Religiosidade: o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião (LUCCHETTI et al.,2010). Espiritualidade: busca pessoal para entender questões relacionadas ao fim da vida, ao seu sentido, às relações com o sagrado ou transcendente que, podem ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas (LUCCHETTI et al.,2010)

Para avaliação das NHBs, é preciso lembrar que elas se afetam mutuamente e devem prezar o olhar integral do profissional da saúde. Nesse contexto, a enfermagem, como parte integrante da equipe de saúde, objetiva implementar estado de equilíbrio e reverter desequilíbrio do indivíduo. Visa assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço (HORTA, 1979).

4.2 Processo de Enfermagem

O PE é regulamentado pela resolução n.º 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN/2009), que dispõe sobre a SAE e sua implementação em locais públicos ou privados, onde acontece o cuidado do profissional da enfermagem. Na literatura, há divergência quanto à definição e diferenciação de PE em relação à SAE e à metodologia da assistência de enfermagem. Autores inclusive defendem a diferença entre os três (FULY; LEITE; LIMA, 2008).

Nessa perspectiva, a SAE se configura como todo o planejamento registrado da assistência que envolve ações desde criação e implementação do manual de normas e rotinas das unidades a descrição padronizada até adoção do PE (AQUINO, FILHO; 2004). Trata-se, portanto, da organização do trabalho da enfermagem referente ao método, aos recursos humanos e aos instrumentos, com finalidade de tornar possível a realização desse processo (BACKES; SCHWARTZ, 2005).

A metodologia da assistência de enfermagem se apresenta como modo de conduzir o trabalho baseado em uma lógica, subsidiada por uma teoria de enfermagem. Essa metodologia é um dos elementos da SAE e dispõe do PE como um dos instrumentos para sua aplicação (LEOPARDI, 2006).

Nesse sentido, o PE é definido como instrumento metodológico e sistemático para prestação de cuidados, incentivando a atividade intelectual do enfermeiro e atuando como guia para determinado estilo de julgamento (CRUZ, 2008). Apresenta uma dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas que visa o planejamento qualificado e direcionado ao indivíduo, família e comunidade. Viabiliza ainda ao trabalho da enfermagem uma atuação mais científica, visível e autônoma, contribuindo para o reconhecimento da categoria (PIVOTO, 2008).

O PE é, desse modo, um instrumento tecnológico único, necessário para favorecer o cuidado, organizar as condições próprias de realização e viabilizar a documentação da prática profissional, devendo ser compreendido como meio e não como um fim em si mesmo (GARCIA; NÓBREGA, 2009). Ele se adapta a vários contextos assistenciais, pois o que se modifica é a metodologia da assistência de enfermagem proposta por cada uma das teorias de enfermagem para o trabalho processual (FULY; LEITE; LIMA, 2008).

A prática de uma teoria de enfermagem, para Barros e Gutiérrez (2004), acarreta a seleção do método, tornando-o restrito caso não seja à luz de uma perspectiva teórica. Otimiza também a coleta de dados, uma das fases do PE, ao categorizar grande quantidade de dados (NANDA-I, 2015).

Com vistas a otimizar a seleção do método e realização do PE, o presente estudo teve como referencial a TNHNB e é composta pelos agrupamentos de necessidades humanas psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. A TNHNB,

pela magnitude com que assiste o ser humano, já foi utilizada como referencial teórico em diversos estudos com objetivo de desenvolvimento de instrumentos de coleta de dados (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Entre as terminologias do processo para registro das informações e análise da enfermagem tem-se a classificação de diagnósticos da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) Internacional, a classificação das intervenções de enfermagem – *Nursing Interventions Classification* (NIC); a classificação dos resultados de enfermagem – *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (CIPE) (FULY; LEITE; LIMA, 2008). Neste estudo, utilizou-se a classificação de diagnósticos da NANDA-I (2015).

Quanto à estrutura do PE, é composto por cinco fases operacionais, sendo elas: coleta de dados ou histórico de enfermagem; DE; planejamento; implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

A coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem, primeira fase operacional do PE, é um processo deliberado, sistemático e contínuo. Dispõe de métodos e técnicas variadas com finalidade de obter informações sobre a pessoa, a família ou a coletividade humana, bem como respostas num dado momento do processo saúde-doença (COFEN, 2009). Entre esses métodos, tem-se a possibilidade de criação de instrumentos investigativos para registro e organização das informações coletadas (TANNURE; GONÇALVES, 2010).

A finalidade dessa etapa é viabilizar o raciocínio clínico do profissional ao identificar problemas reais e potenciais do usuário, para então tratar e prevenir as complicações de forma precoce. Essa fase é indispensável para realização das demais etapas, determinante para elaboração do plano de cuidados de enfermagem (CORRÊA et al., 2008).

Ressalta-se que o instrumento de coleta de dados selecionado deve estar em consonância com a dinâmica do serviço a ser aplicado. Isso se faz necessário para que se tenha um levantamento de dados fidedigno a realidade estudada, e que as intervenções de enfermagem atendam e resolvam as necessidades evidenciadas pelos usuários desse serviço de saúde (HERMIDA, 2006).

O DE, segunda fase do PE, é o processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira fase, culminando na tomada de decisão frente às

demandas que o usuário apresenta (COFEN, 2009). Essas demandas são representadas como DEs que, segundo a NANDA-I (2015), trata de “julgamento clínico a uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade”.

Elas proporcionam as bases para seleção de intervenções de enfermagem a fim de se alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável, garantindo a realização das demais fases operacionais: planejamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados (LINS et al., 2013).

O DE pode ser referente a um problema, a um estado de promoção da saúde ou a um risco potencial. São classificados como: diagnóstico com foco no problema, diagnóstico de risco e diagnóstico de promoção da saúde. Em sua estrutura, podem estar presentes Característica Definidoras (CDs), Fator Relacionado (FR) e/ou Fator de Risco (Fri), que são os indicadores de diagnósticos (NANDA-I, 2015).

CDs são pistas/inferências passíveis de observação, que se agrupam como as manifestações de um diagnóstico, por exemplo, sinais e sintomas clínicos. O FR inclui etiologias, fatos, circunstâncias ou influências relacionadas ao DE. É comumente identificado na anamnese do usuário. FRis aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, da família, do grupo ou da comunidade a um evento não saudável (NANDA-I, 2015).

A classificação dos DEs com foco no problema refere-se ao julgamento clínico de uma resposta humana indesejável, vinculada a uma condição de saúde/processo de vida que existe na pessoa, família, grupo ou comunidade. É composto por FRs e CDs (NANDA-I, 2015).

O diagnóstico de risco envolve o julgamento clínico a respeito da vulnerabilidade do indivíduo, família, grupo ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável frente à condição de saúde/processo de vida. Em sua estrutura, tem-se os FRis (NANDA-I, 2015).

Já o diagnóstico de promoção é o julgamento clínico da motivação e desejo de aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde. São respostas evidenciadas por uma disposição para melhorar comportamentos de saúde específicos. Esses diagnósticos se referem também a indivíduos, família, grupo ou

comunidade. Em sua estrutura, costumam ter apenas as CDs, ainda que possam ser utilizados FRs para melhorar a compreensão do diagnóstico (NANDA-I, 2015).

O levantamento dos DEs deve seguir uma ordem de prioridades com base no grau de ameaças ao nível de bem-estar do cliente, proporcionando foco central nas etapas subsequentes do PE (JUCHEM; ALMEIDA; LUCENA, 2010).

No planejamento, terceira fase do PE, são estabelecidas as prioridades dos diagnósticos levantados e determinados os resultados esperados, as ações/intervenções que compõem o plano de cuidados e que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade (COFEN, 2009).

No plano de cuidados, os resultados esperados/metasp devem ser aprazados, permitindo que sejam mensuráveis e observáveis. As prescrições de enfermagem são direcionadas às reações das condições clínicas correspondentes as complicações fisiológicas e se configuram em cuidados. Difere-se, desse modo, das prescrições médicas (TANNURE; GONÇALVES, 2010).

A implementação, quarta fase do PE, envolve ações prescritas e necessárias à obtenção dos resultados esperados, arquitetados no plano de cuidados com intervenção da enfermagem. Define-se intervenção como um tratamento baseado no julgamento clínico e nos conhecimentos teóricos que o enfermeiro realiza para melhorar os resultados do usuário (NANDA-I, 2015).

A quinta e última fase – avaliação de enfermagem – consiste na ação de acompanhar as respostas do cliente aos cuidados prescritos. É garantida por meio de anotações, observação direta da resposta do indivíduo e relato. Essa fase possibilita a reavaliação do plano de cuidados e a instituição de medidas corretivas. Reforça-se também que, apesar de ser última etapa do PE, por reavaliar pode reiniciar (TANNURE; GONÇALVES, 2010).

Como exposto, percebe-se a complexidade do PE e a presença de desafios à sua implementação nos cenários da prática. Entre eles, tem-se uma maior exigência do mercado de trabalho a cuidados e conhecimentos específicos na área da enfermagem que acompanhem o avanço tecnológico na área médica.

Outras forças restritoras são: desinteresse das instituições empregadoras no cuidado direto e no planejamento da assistência realizado pelo enfermeiro; *deficit* de

recursos humanos; falta de destreza na execução de algumas técnicas, colocando em risco a avaliação da competência profissional e a dificuldade do cumprimento das ações prescritas pelo enfermeiro devido ao despreparo de profissionais da enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

No entanto, esses desafios devem ser vistos como potencializadores e estimuladores da capacidade de reflexão e ação do enfermeiro. No cenário de prática, o profissional enfermeiro deve rever também os significados atribuídos à prática profissional do PE, bem como utilizá-lo no ensino, na assistência, na gestão/ administração ou mesmo na pesquisa em enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

4.3 Atenção Domiciliar: Pressupostos Teórico-legais e Perspectivas

A atenção domiciliar é uma prática remota, descrita no Egito Antigo e na Grécia (BENJAMIN, 1993), e presente desde a Idade Média na Europa. Todavia, com o advento da medicina científica no século XIX ocorreu a transição do termo “pessoa” para “paciente”, reflexo de uma assistência hospitalocêntrica com diminuição da autoridade da família na maneira de cuidar de seu ente familiar (BRANT; MINAYO, 2004).

Frente ao dinamismo da sociedade, com apresentação de novas formas de organização e mudanças na concepção do processo saúde-doença, novas demandas são geradas. Com isso, o modelo biomédico se mostrou limitado a atendê-las. Percebe-se então a contribuição da transição epidemiológica com prevalência de DCNT, bem como a transição demográfica influenciando no aumento da expectativa de vida, advinda de mudanças socioculturais como diminuição da fertilidade e condições melhores de saúde com o desenvolvimento da medicina (BRASIL, 2014b; SILVA et al., 2010).

Essas mudanças fortaleceram práticas diferentes com vistas às respostas sociais aos problemas e às necessidades de saúde. As demandas por melhor qualidade na atenção e nos cuidados integrais e contínuos na saúde fez com que, em 1947, surgissem práticas de atenção domiciliar institucionalizadas nos Estados Unidos com objetivo de descongestionar hospitais, influenciando a América do Norte e a Europa (REHEM; TRAD, 2005).

No Brasil, historicamente se iniciou a proposta da visita domiciliar em 1920 com a criação do curso de visitantes sanitários pela Cruz Vermelha, fortalecendo a ideia de prevenção (CONILL, 2008). A primeira experiência em atendimento domiciliar como serviço foi em 1949 com o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgências (SAMDU), vinculado ao Ministério do Trabalho. Esse serviço tinha por finalidade prestar assistência médica de urgência em ambulatórios e hospitais, em domicílio e local de trabalho, aos segurados ativos e inativos, dependentes e pensionistas dos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos industriários, comerciários, bancários, marítimos e empregados em transportes e cargos e da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos ferroviários e empregados em serviços públicos (BRASIL, 1959).

No setor público, essa prática teve seu marco inicial em 1963 no Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (REHEM;TRAD, 2005). A expansão dessa modalidade de assistência ocorreu em 1990 com a necessidade de regulamentação do funcionamento e com políticas públicas para incorporação nas práticas do SUS (SILVA et al., 2010).

O cenário atual traça a realidade epidemiológica nacional e internacional com predomínio das DCNT. No Brasil, essas doenças são consideradas a principal responsável pelo perfil de morbimortalidade, sendo em primeiro lugar as de origem cardiovascular; em segundo, neoplasias; em terceiro, causas externas (BRASIL, 2014a). Diante disso, e com o aumento da expectativa de vida, houve o aumento da taxa de sobrevivência de indivíduos com doenças e agravos incapacitantes como sequelas provenientes de AVE e lesões medulares, que carecem de cuidados contínuos e diferenciados, havendo a necessidade de criação de novas modalidades de atenção à saúde (BRASIL, 2014b).

A trajetória normativa da atenção domiciliar teve início em 1998 com a portaria n.º 2.416, que estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS (BRASIL, 1998). Destaca-se a também portaria n.º 2.029, que institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL, 2011b). Com vistas a regulamentar essa modalidade assistencial até então pouco consolidada no serviço público tem-se a criação do Programa Melhor em

Casa: Atenção Domiciliar no âmbito do SUS pelo Ministério da Saúde em novembro de 2011 (BRASIL, 2012a; VILLAS BÔAS; SHIMIZU, 2015).

Surge também a portaria n.º 1.600, responsável por instituir a rede de atenção às urgências no SUS (BRASIL, 2011c). A esta rede pertence o programa SOS Emergências, criado pela portaria n.º 1.663 (BRASIL, 2012b), e o Programa Melhor em Casa, garantido por meio da portaria n.º 1.208 (BRASIL, 2013a). As demais normativas legais são apresentadas no quadro 4.

É importante ressaltar que, durante o período de 1998 a 2016, houve o surgimento de várias portarias, algumas delas revogadas, com objetivo de aprimorar a legislação sobre a atenção domiciliar no Brasil e dessa forma promover a conexão dessa modalidade assistencial com outros serviços da RAS com fluxos de atendimento e como dispositivo da política de urgência e emergência (BRASIL, 2014b).

Quadro 4 – Trajetória de regulamentação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no Brasil

ANO	LEI/ PORTARIA/RESOLUÇÃO	DISPOSIÇÃO
1998	Portaria n.º 2.416, de 23 de março de 1998	Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS (BRASIL, 1998).
2001	Portaria n.º 1.531, De 4 de setembro de 2001	Institui, no âmbito do SUS, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva (BRASIL, 2001).
2002	Lei n.º 10.424, de 15 de abril de 2002	Acrescenta capítulo e artigo à lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS (BRASIL, 2002a).
2002	Portaria SAS/MS n.º 249, de 16 de abril de 2002.	Aprova as normas para cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2002b).
2006	Resolução RDC n.º 11, de 26 de janeiro de 2006	Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar (BRASIL, 2006a).
2006	Portaria n.º 2.529, de 19 de outubro de 2006	Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL, 2006b)
2008	Portaria n.º 1531, de 4 de setembro de 2001	Institui o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos portadores de doenças

		neuromusculares (BRASIL, 2001).
2011	Portaria n.º 2.529, de 19 de outubro de 2006	Revogada em agosto de 2011.
2011	Portaria n.º 2.029, de 24 de agosto de 2011	Institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL, 2011b).
2011	Portaria n.º 1.600, de 7 de julho de 2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS (BRASIL, 2011c).
2011	Portaria n.º 2.029, de 24 de agosto de 2011	Revogada em outubro de 2011 (BRASIL, 2011b).
2011	Portaria n.º 2.527, de 27 de outubro de 2011	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL, 2011d).
2011	Manual instrutivo do Melhor em Casa	Cria o Programa Melhor em Casa, em 8 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011e).
2011	Portaria Interministerial n.º 630, de 8 de novembro de 2011	Beneficia com a Tarifa Social de Energia Elétrica a unidade consumidora habitada por família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (BRASIL, 2011f).
2012	Portaria n.º 1.663, de 6 de agosto de 2012	Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências – RUE (BRASIL, 2012b).
2013	Portaria n.º 963, de 27 de maio de 2013	Redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL, 2013a).
2013	Portaria n.º 1.208, de 18 de junho de 2013	Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (atenção domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na rede de atenção às urgências (BRASIL, 2013b).
2016	Portaria n.º 825, de 25 de abril de 2016	Redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas (BRASIL, 2016).

O Programa SOS Emergências é uma ação estratégica prioritária para implementação do componente hospitalar da RUE, realizado em conjunto pelo governo federal, estados e municípios. Visa à qualificação da gestão e do atendimento de usuários do SUS nas maiores e mais complexas portas de entrada hospitalares de urgência do SUS (BRASIL, 2013b).

A atenção domiciliar, vinculada ao SUS, é então garantida por meio do Programa Melhor em Casa, integrado com o Programa SOS Emergências, e inserido na rede de atenção às urgências (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013b).

A portaria vigente que dispõe sobre a atenção domiciliar é a de n.º 825, conceituando-a como uma modalidade de atenção à saúde integrada a RAS e caracterizada por um escopo de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, fornecidas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (BRASIL, 2016).

Nesse cenário, a visita domiciliar é base de toda assistência, pois possibilita que os profissionais compreendam as reais demandas do usuário para que tenham propriedades em elaborar um plano de ação específico para cada caso clínico. Entre as estratégias da atenção domiciliar tem-se o SAD (LOPES et al., 2013).

O SAD se refere a um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, com caráter substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização da EMAD e da EMAP (BRASIL, 2016).

Esse serviço apresenta como integrante indispensável, nessa modalidade de assistência, a figura do cuidador. Pessoa, com ou sem vínculo familiar com o usuário, não apenas apta a auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana, mas também capaz de atuar como elo de integração entre equipe e usuário no suporte com os cuidados necessários (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, o SAD tem como objetivo: reduzir a demanda por atendimento hospitalar; reduzir o período de permanência de usuários internados; humanizar a atenção à saúde com a ampliação da autonomia dos usuários; desinstitucionalizar e otimizar os recursos financeiros e estruturais da RAS (BRASIL, 2016).

O usuário que necessita de assistência domiciliar é classificado em modalidade de Atenção Domiciliar 1 (AD1), modalidade de Atenção Domiciliar 2 (AD2) ou modalidade de Atenção Domiciliar 3 (AD3), de acordo com o seu quadro clínico. A modalidade AD1 destina-se aos usuários do SAD que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de intervenções multiprofissionais. São indivíduos estáveis e com cuidados satisfatórios. Os usuários dessa modalidade são de responsabilidade de equipes da atenção básica, que devem ser amparadas pelos núcleos de apoio à saúde da família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação. O acompanhamento é realizado por meio de visitas regulares em domicílio, de acordo com as especificidades do usuário do serviço (BRASIL, 2016).

As modalidades AD2 e AD3 são de responsabilidade do SAD e se diferenciam pela complexidade e demanda clínica do usuário. Considera-se elegível, na modalidade AD3, os usuários com qualquer situação listada na modalidade AD2,

acrescido de outra condição referente à modalidade AD3 (BRASIL, 2016). Os critérios de avaliação, de cada modalidade, seguem especificados no quadro 5.

Quadro 5 – Critérios de avaliação e classificação clínica do usuário do Serviço de Atenção Domiciliar

MODALIDADE AD2	MODALIDADE AD3
I: Afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação. II: Afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal. III: Necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário. IV: Prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal (BRASIL, 2016).	I: Necessidade de cuidado multiprofissional mais frequente. II: Uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (Ex.: ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2016).

Quanto aos critérios de inelegibilidade, tem-se as seguintes necessidades: monitorização contínua; assistência contínua de enfermagem; propedêutica complementar com demanda potencial para realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento (BRASIL, 2016).

A atenção domiciliar no Brasil apresenta o cenário de gestão articulado pelo Ministério da Saúde no planejamento e construção das diretrizes. A operacionalização dessa atenção se deve aos municípios. Tal como exposto acima, essa atenção apresenta regulamentação específica. O financiamento é de responsabilidade do governo federal, com o repasse aos municípios conforme a modalidade de EMAD habilitada, sendo tipo 1, no valor de R\$50.000/mês; tipo 2, R\$34.000/mês. Para a EMAP, o valor é de R\$6.000/mês. A atenção domiciliar apresenta, em seu rol de serviços, prevalência da assistência clínica (BRASIL, 2016).

Fazendo um paralelo com a dinâmica da atenção domiciliar no cenário internacional, no Canadá, por exemplo, essa dinâmica é de responsabilidade da gestão local, responsável pela formulação de política e diretrizes, operacionalização e vigilância. O financiamento, nesse caso, é proveniente das províncias, acrescido de contribuição federal. Ressalta-se que não há financiamento específico para a atenção domiciliar, sendo ele proveniente do fundo global para os serviços de saúde. A Atenção Domiciliar não é regulamentada pela lei canadense. O perfil clínico dos usuários atendidos é semelhante ao do Brasil. Em tal modelo, apresenta ênfase no atendimento em domicílio e comunidade, com foco na autonomia e na desospitalização. No rol dos serviços fornecidos, tem-se atenção à saúde, serviços de assistência social e serviços de integração social (BRASIL, 2014b).

Na Suécia, a gestão da atenção domiciliar é semelhante a do Brasil. O Ministério da Saúde e de Assuntos Sociais são responsáveis pelo seu planejamento e diretrizes, e a gestão local dos municípios pela sua operacionalização. O financiamento é público e privado, tendo a coparticipação dos usuários de acordo com rendimentos. Quanto à legislação, a atenção domiciliar é regulamentada, sendo obrigatória o seu fornecimento. O modelo assistencial preza por serviços formais de base comunitária que, no entanto, apesar do seu expressivo suporte, apresenta declínio com aumento da mercantilização da assistência (BRASIL, 2014b).

Portugal, Espanha e Colômbia apresentam cenários de atenção domiciliar ainda bastante fragilizados. Nesses três países, não há legislação específica que regulamenta a assistência. Quanto à operacionalização, em Portugal, destacam-se os maiores provedores da atenção domiciliar vinculados às organizações caritativas e instituições privadas com financiamento próprio. Soma-se a isso, o fato de que nesses países, a política de financiamento é pouco desenvolvida. Na Espanha, ela se apresenta por meio da seguridade social acrescida da contribuição do usuário. Quanto ao rol de serviços, prevalece a assistência social (BRASIL, 2014b).

Percebe-se, então, vários cenários de desenvolvimento da atenção domiciliar com diferentes avanços e desafios. No Brasil, o destaque potencial é quanto à forma de financiamento do serviço público sem a coparticipação do usuário, o acesso universal e a regulamentação da atenção domiciliar por meio de arcabouço legal com legislações específicas. Todavia, desafios estão presentes, dentre eles o

caráter complementar em que originou a atenção domiciliar após a lei n.º 10.424, por não ter feito parte do projeto inicial do SUS, lançando um de seus grandes desafios, que é a não explicitação dos serviços disponibilizados e as fontes de financiamento específicas, dificultando sua implementação (BRASIL, 2014b; REHEM; TRAD, 2005).

No que se refere à assistência clínica, a atenção domiciliar também se mostra desafiadora na organização de sua logística assistencial. Na presença de uma dinâmica de trabalho vinculada à realização de visitas domiciliares, isso requer tempo de deslocamento que, por vezes, pode comprometer-lhe a produtividade. Estudo realizado por Villas Bôas e Shimizu (2015) evidenciou consumo com tempo de deslocamento de 41,5% do período total de assistência domiciliar, impactando negativamente na produtividade do serviço. O tempo médio de duração de cada visita domiciliar foi de aproximadamente 55 minutos.

Outro ponto em que a atenção domiciliar exige maior cuidado é quanto ao atendimento. Esse cuidado requer atenção profissional qualificada, com mobilização de competências específicas, especialmente aquelas ligadas ao relacionamento interpessoal com usuários, familiares e equipe multiprofissional. Autonomia, responsabilidade e conhecimento técnico e científico, específico da área, também surgem como competências imprescindíveis nesse trabalho complexo do atendimento domiciliar (SILVA et al., 2014).

O profissional enfermeiro apresenta atuação protagonista nesse rol de competências exigidas pelo atendimento domiciliar. Destaca-se como profissional que desempenha papel fundamental, tanto na gestão dos planos de cuidados em domicílio, quanto no vínculo que estabelece com usuários e famílias (SILVA et al., 2013). Evidencia-se também por meio da sua articulação e elo entre família e equipe multiprofissional, já que isso também é responsabilidade do enfermeiro, a prática de educação em saúde por meio da capacitação do cuidador e familiar, a supervisão dos técnicos de enfermagem e o levantamento das demandas para outros profissionais (FURAKER, 2012; SILVA et al., 2013).

Essas competências do enfermeiro, na atenção domiciliar, configuram-se em tecnologias leves, leve-duras e duras. As leves são representadas pela interação entre enfermeiros e usuários, familiares e/ou cuidadores. Acontecem por meio de

ações como escuta ativa, apoio, conforto, respeito, relação de ajuda e diálogo, comunicação efetiva e estabelecimento de uma relação de confiança (VALLE; ANDRADE, 2015 ; SOUSA ; ALVES, 2015).

As leve-duras são aquelas frequentemente vinculadas ao ensino de cuidados necessários no processo de educação em saúde. O enfermeiro, nesse contexto, deve ser sensível às demandas presentes, além de ter aptidão e desejo em explorar a educação em saúde. Esse tipo de tecnologia apresenta-se também por meio, supervisão clínica e supervisão administrativa (VALLE; ANDRADE, 2015; SOUSA; ALVES, 2015).

As tecnologias duras são as utilizadas na realização de alguns cuidados específicos como procedimentos que envolvem antibioticoterapia endovenosa, nutrição parenteral, diálise peritoneal e oxigenoterapia. Na execução desse tipo de tecnologia, também se fazem presentes as tecnologias leves e leve-duras, uma vez que as ações do enfermeiro no contexto domiciliar são permeadas por vínculo, diálogo, negociação, apoio e conforto a usuários e familiares e educação em saúde com vistas a melhoria no cuidado domiciliar (ANDRADE et al., 2017).

Portanto, a atenção domiciliar, hoje no cenário brasileiro, com diretrizes bem consolidadas e atribuições definidas, corresponde a uma ferramenta eficaz para a promoção da saúde da população brasileira no âmbito da díade: cuidador/paciente (OLIVEIRA et al., 2013). Ela tem sido, sobretudo, referenciada como espaço favorável para um cuidado inovador e singular em saúde, com potencialidade em fornecer assistência centrada nas demandas integrais e nas necessidades do usuário (ANDRADE et al., 2017).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo, transversal, exploratório e de abordagem quantitativa.

5.2 População-alvo e Local

A população-alvo do estudo foi composta por usuários atendidos no SAD, estruturado pelo Programa Melhor em Casa, situado no município de Aparecida de Goiânia do estado de Goiás.

O SAD é composto pela EMAD e EMAP. Em Aparecida de Goiânia, atualmente conta com três EMADs e uma EMAP, com capacidade para atender até 180 usuários, conforme vigência da portaria n.º 825/2016 (BRASIL, 2016).

O número total de usuários no SAD desse município, no período de coleta de dados, foi de 62 (100%). Desses, foram elegíveis e participaram da coleta de dados 40 (64,5%) usuários. O número de perdas e exclusões totalizou 22 (35,4%), sendo que: 1 (1,6%) negou participação; 7 (11,3%) tiveram previsão de alta; 4 (6,4%) eram menores de 18 anos, 1 (1,6%) foi a óbito, 6 (9,7%) estavam em internações e em 3 (4,8%) dos casos houve impossibilidade de marcar visita no período da coleta.

5.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão foram: ser usuário das modalidades AD2 e AD3. Os critérios de exclusão foram: estar em internação hospitalar no período da coleta de dados da pesquisa, ser menor de 18 anos e ter alta prevista do SAD.

5.4 Procedimentos de Coleta de Dados

Os dados foram coletados por duas pesquisadoras enfermeiras e treinadas para isso. Para guiar e padronizar a abordagem dessa etapa, construiu-se um Manual de Coleta de Dados direcionado pelo instrumento de pesquisa.

Para operacionalização da coleta de dados da pesquisa, inicialmente, foi realizada seleção prévia do número de usuários acompanhados pelo SAD que

atendiam aos critérios de inclusão, por meio da leitura de registros da unidade de atendimento. Após esse levantamento, realizou-se o agendamento da coleta de dados via telefone pela pesquisadora responsável.

No dia agendado, as pesquisadoras responsáveis pelas coletas realizaram a leitura minuciosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e após o aceite, com a assinatura do termo, a coleta de dados da pesquisa ocorreu. No período de 30 dias, envolvendo agosto-setembro/2016, foi delimitada a população-alvo do estudo, como acima exposto, e a coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2016.

5.5 Instrumentos de Coleta de Dados

O roteiro de coleta de dados baseou-se no instrumento de Amante, Rossetto e Schneider (2009) e foi adaptado ao contexto de atendimento domiciliar. Foram ainda utilizadas considerações do estudo de Bordinhão (2010) e suporte teórico da TNHB (HORTA, 1979). O roteiro foi estruturado mediante necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais para subsidiar a etapa posterior, em que foram levantados os DEs dos participantes. O instrumento norteou a coleta das informações por meio de anamnese e exame físico.

O levantamento dos DEs foi realizado com a metodologia proposta do modelo *Developing Nurse's Thinking* (DNT). Trata-se de um modelo com quatro componentes: segurança do paciente, domínio de conhecimento, processos de pensamento crítico específicos da enfermagem e prática repetida. Esse componentes são integrados para guiar o pensamento crítico, a interpretação dos dados do cliente, nomear a interpretação e viabilizar a construção do plano de cuidados. O modelo DNT é constituído, portanto, com base na teoria hierárquica da inteligência humana (JENSEN et al. 2014).

Ressalta-se que o modelo DNT, em sua estrutura original, não apresenta o tópico relacionado à promoção da saúde, que questiona a presença de comportamentos no usuário que potencializem o estado de saúde. Essa adaptação foi realizada com objetivo de possibilitar também o levantamento de DEs de promoção da saúde, propostos pela taxonomia NANDA-I (2015). A etapa do

levantamento dos DEs foi realizada pela pesquisadora responsável e por duas acadêmicas do curso da Faculdade de Enfermagem da UFG, treinadas para utilizar o modelo elegido.

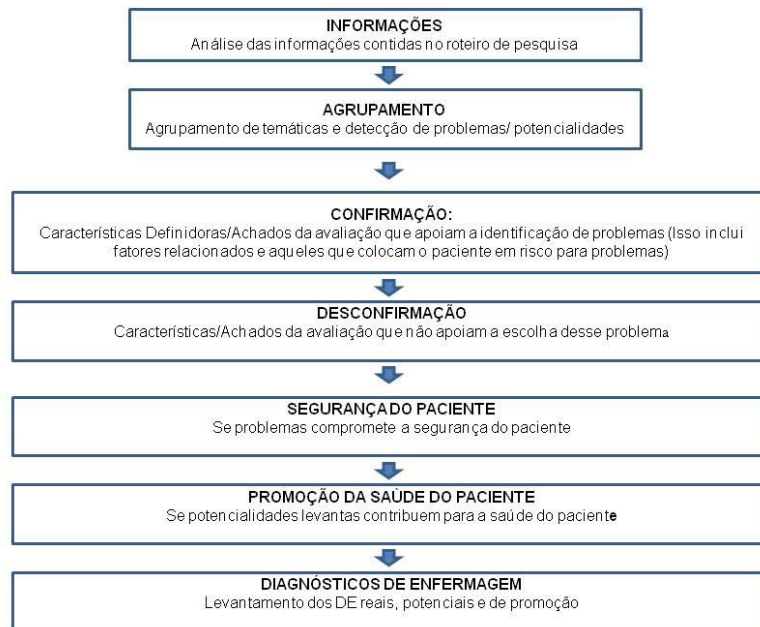


Figura 1 – Fluxograma do método raciocínio diagnóstico do modelo *Developing Nurse Thinking* adaptado de Jensen et al. (2014)

Com vistas a um instrumento de coleta de dados mais refinado e sensível à realidade do SAD, assim como para melhor aplicabilidade, o instrumento passou por três processos de refinamento. O primeiro foi a submissão e avaliação por três enfermeiros, professores e pesquisadores da área quanto à pertinência, clareza, abrangência, organização lógica e tendenciosidade dos itens (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O segundo foi o levantamento de artigos que apontam os DEs mais prevalentes para o perfil da população-alvo do estudo em questão (NANDA-I, 2015). O terceiro foi o teste-piloto com usuários do SAD da unidade Ville de France, responsável pela região sul no município de Goiânia, envolvendo 5% (n=6) da população-alvo total prevista, resultando em seis coletas, não inclusas no estudo.

5.6 Variáveis de Estudo

As variáveis selecionadas para estudo foram:

- a) Características sociodemográficas: idade, sexo, procedência, diagnóstico médico principal, tempo de diagnóstico, comorbidades.
- b) Necessidades psicobiológicas: regulação neurológica, percepção órgãos do sentido (visão, audição, tato, olfato, paladar, dor), oxigenação, regulação cardiovascular, regulação térmica, hidratação, alimentação, eliminações, integridade física, atividade física, sono e repouso, cuidado corporal, segurança física/meio ambiente, sexualidade, terapêutica.
- c) Necessidades psicossociais: comunicação; recreação e lazer; segurança emocional; gregária, amor, aceitação; dinâmica do cuidador; autoestima, autoconfiança, autorrespeito; liberdade e participação; educação para a saúde; autorrealização.
- d) Necessidades psicoespirituais: religião.

5.7 Procedimentos de Análise de Dados

Todas as variáveis obtidas na coleta de dados foram registradas em planilha excel para composição do banco de dados. A análise dos dados foi realizada utilizando-se do programa software *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS), versão 22.0, alimentado por duas acadêmicas treinadas da Faculdade de Enfermagem da UFG.

As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%). A estimativa de prevalência dos DEs foi apresentada com intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

5.8 Considerações Éticas do Estudo

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFG, protocolo CAAE 49352215.8.0000.5083. O usuário e seu representante legal foram

abordados em seus domicílios e convidados a participar da pesquisa por meio do TCLE, sendo orientados quanto aos objetivos do estudo, método da pesquisa, riscos e benefícios, garantia de anonimato e confidencialidade dos dados. Os participantes foram informados ainda sobre a participação como voluntários, sem qualquer ônus ou remuneração, respeitando os princípios éticos da resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013c).

Aos usuários que não apresentavam orientação aló e autopsíquica e comunicação verbal preservada, a coleta foi realizada após consentimento do representante legal/cuidador. Nos casos de aceite, estes foram convidados a assinar/identificar com marca digital no TCLE. Esclarecido que, caso desejassem retirar o aceite durante a pesquisa, tal decisão não acarretaria em nenhum prejuízo para si e para sua família.

6 RESULTADOS

6.1 Dados Sociodemográficos, Econômicos e Clínicos

Participaram do estudo 40 usuários cadastrados e atendidos no SAD de Aparecida de Goiânia. A metade deles era do sexo feminino (50%); a outra metade do sexo masculino (50%). A idade média era de 63,18 anos e mediana de 70 anos. Casados ou em união consensual computaram 50%, com renda per capita de até um salário mínimo 77,5%, sendo que 85% dos participantes eram de outros municípios (Tabela 1).

Os diagnósticos médicos mais prevalentes apontam para as doenças cardiovasculares, identificando-se tanto no motivo de admissão no SAD (35%) quanto entre as comorbidades coexistentes (57,5%). Vinte e nove (72,5%) dos participantes tinham critérios clínicos referentes à modalidade de AD2.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico, econômico e clínico dos participantes do SAD de Aparecida de Goiânia – GO, 2016

	VARIÁVEIS	N (40)	%
Sexo	Feminino	20	50,0
	Masculino	20	50,0
Idade	18-40 anos	7	17,5
	41-60 anos	9	22,5
	61-80 anos	16	40,0
	>80 anos	8	20,0
Estado civil	Casado/União consensual	20	50,0
	Solteiro	8	20,0
	Viúvo	8	20,0
	Divorciado	4	10,0
Naturalidade	Ap. Goiânia	1	2,5
	Goiânia	5	12,5
	Outros municípios de Goiás	17	42,5
	Municípios de outros estados	17	42,5
Renda per capita	Até 1 salário mínimo	31	77,5
	>1 salário mínimo	9	22,5
	Não alfabetizado	14	35,0
Escolaridade	Primário (até 5 anos)	12	30,0
	Ensino fundamental (6-9 anos)	5	12,5
	Ensino médio (9-12 anos)	8	20,0
	Ensino Superior (12-17 anos)	1	2,5
Diagnóstico médico de admissão no SAD	AVE	14	35,0
	DPOC	9	22,0
	TCE	4	10,0

Comorbidades	HAS	23	57,5
	DM	9	22,5
	Disritmia	5	12,5
Modalidade AD	AD2	29	72,5
	AD3	11	27,5

6.2 Categorias Diagnósticas do Grupo Necessidades Psicobiológicas

Os DEs serão apresentados a partir do referencial teórico de Horta (1979), mediante as categorias de necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

A análise diagnóstica permitiu a identificação de 120 DEs distintos da taxonomia NANDA-I (2015), correspondendo a 51,3% do total dos diagnósticos da taxonomia estudada. Dos 120 DEs, 74 (61,7%) retratavam foco no problema; 36 (30%) de risco e 10 (8,3%) de promoção da saúde. Quanto às necessidades, 73 (60,8%) eram psicobiológicas; 39 (32,5%) psicossociais; 6 (5%) necessidades psicoespirituais e 2 (1,7%) referentes aos cuidadores.

O grupo necessidades psicobiológicas apresentou o total de 73 DEs, sendo 45 (61,7%) com foco no problema; 26 (35,6%) de risco e 2 (2,7%) de promoção. Esses DEs do grupo de necessidades psicobiológicas contemplaram 8 dos 13 (61,5%) domínios da NANDA-I, sendo eles subdivididos em: atividade/repouso 25 (34,2%), segurança/proteção 18 (24,7%), nutrição 10 (13,7%), promoção da saúde 7 (13,7%), eliminação e troca 6 (8,2%), conforto 5 (6,8%), percepção/cognição 1 (1,4%), sexualidade 1 (1,4%).

Correspondendo, respectivamente, os domínios supracitados, as categorias diagnósticas e a frequência dos participantes se destacaram da seguinte forma: risco de infecção 40 (100%), *déficit* de autocuidado para alimentação 39 (97,5%), conforto prejudicado 36 (90%), síndrome do idoso frágil 24 (60%), deglutição prejudicada 22 (55%), constipação 13 (32,5%), disfunção sexual 10 (25%) e risco de confusão aguda 2 (5%). Percebe-se, entre essas categorias diagnósticas, o predomínio do tipo real (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos domínios da NANDA-I (2015) e suas categorias diagnósticas mais prevalentes segundo necessidades psicobiológicas de Horta

(1979) e modalidade dos participantes do Serviço de Atenção Domiciliar (n=40) de Aparecida de Goiânia –GO, 2016

Necessidades Psicobiológicas		Modalidade de Atenção Domiciliar	
Domínios de Diagnóstico de Enfermagem*(N=8)	Categoria Diagnóstica (NANDA-I, 2015)	AD2** N=29 (72,5%)	AD3** N=11 (27,5%)
Atividade/Repouso N=25 (34,2%)	Deficit no autocuidado para alimentação	28 (96,5%)	11(100%)
	Deficit no autocuidado para banho	26 (89,6%)	8 (72,7%)
	Deficit no autocuidado para vestir-se	28 (96,5%)	6 (54,5%)
	Deficit no autocuidado para higiene íntima	25 (86,2%)	6 (54,5%)
	Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	19 (65,5%)	8 (72,7%)
	Risco de função cardiovascular prejudicada	18 (62%)	7 (63,6%)
	Mobilidade no leito prejudicada	20 (68,9%)	4 (36,4%)
	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	15 (51,7%)	6 (54,5%)
	Risco de síndrome do desuso	15 (51,7%)	3 (27,3%)
	Risco de perfusão tissular periférica ineficaz	12 (41,4%)	4 (36,4%)
	Intolerância à atividade	5 (17,2%)	8 (72,7%)
	Risco de perfusão renal ineficaz	9 (31%)	4 (36,4%)
	Perfusão tissular periférica ineficaz	5 (17,2%)	7 (63,6%)
	Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz	8 (27,6%)	2 (18,2%)
	Padrão respiratório ineficaz	1 (3,4%)	9 (81,8%)
	Insônia	7 (24,1%)	3 (27,3%)
	Mobilidade Física prejudicada	7 (24,1%)	2 (18,2%)
	Ventilação espontânea prejudicada	1 (3,4%)	6 (54,5%)
	Disposição para melhora do autocuidado	2 (6,9%)	2 (18,2%)
	Capacidade de transferência prejudicada	4 (13,8%)	0,0
	Fadiga	0,0	3 (27,3%)
	Padrão de sono prejudicado	2 (6,9%)	1 (9%)
	Deambulação prejudicada	1 (3,4%)	1 (9%)
	Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	1 (3,4%)	0,0
	Privação de sono	1 (3,4%)	0,0
Segurança/Proteção N=18 (24,5%)	Risco de infecção	29 (100%)	11 (100%)
	Risco de quedas	27 (93,1%)	11 (100%)
	Risco de trauma	28 (96,5%)	9 (81,8%)
	Dentição prejudicada	23 (79,3%)	11 (100%)
	Risco de úlcera por pressão	28 (96,5%)	6 (54,5%)
	Integridade tissular prejudicada	28 (96,5%)	3 (27,3%)
	Risco de integridade da pele prejudicada	26 (89,6%)	4 (36,4%)
	Risco de aspiração	21 (72,4%)	6 (54,5%)
	Risco de sangramento	15 (51,7%)	2 (18,2%)
	Risco de mucosa oral prejudicada	10 (34,5%)	6 (54,5%)
	Desobstrução ineficaz de vias aéreas	9 (31%)	2 (18,2%)
	Risco de integridade tissular prejudicada	3 (10,3%)	1 (9%)
	Risco de lesão do trato urinário	3 (10,3%)	0,0
	Risco de lesão	2 (6,9%)	0,0
	Integridade da pele prejudicada	2 (6,9%)	0,0
	Hipertermia	1 (3,4%)	0,0
	Hipotermia	0,0	1 (9%)
	Risco de disfunção neurovascular periférica	1 (3,4%)	0,0
Nutrição N=10 (13,7%)	Deglutição prejudicada	20 (68,9%)	2 (18,2%)
	Risco de volume de líquidos deficiente	10 (34,5%)	5 (45,5%)

	Obesidade	6 (20,7%)	2 (18,2%)
	Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais	2 (6,9%)	4 (36,4%)
	Risco de glicemia instável	5 (17,2%)	1 (9%)
	Sobrepeso	3 (10,3%)	1 (9%)
	Risco de volume de líquidos desequilibrado	2 (6,9%)	2 (18,2%)
	Risco de desequilíbrio eletrolítico	1 (3,4%)	2 (18,2%)
	Volume de líquidos deficiente	0,0	2 (18,2%)
	Disposição para nutrição melhorada	1 (3,4%)	0,0
Promoção da saúde N=7 (9,6%)	Síndrome do idoso frágil	16 (55,2%)	8 (72,7%)
	Proteção ineficaz	9 (31,0%)	1 (9,0%)
	Estilo de vida sedentário	5 (17,2%)	0,0
	Comportamento de saúde propenso a risco	3 (10,3%)	1 (9%)
	Controle ineficaz da saúde	1 (3,4%)	1 (9%)
	Controle da saúde familiar ineficaz	1 (3,4%)	0,0
	Falta de adesão	0,0	1 (9%)
Eliminação e troca N=6 (8,2%)	Constipação	9 (31%)	4 (36,4%)
	Troca de gases prejudicada	1 (3,4%)	7 (63,6%)
	Motilidade gastrointestinal disfuncional	5 (17,2%)	3 (27,3%)
	Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional	3 (10,3%)	0,0
	Risco de constipação funcional crônica	2 (6,9%)	1 (9%)
	Eliminação urinária prejudicada	3 (10,3%)	0,0
Conforto N=5 (6,8%)	Conforto prejudicado	25 (86,2%)	11 (100%)
	Dor crônica	17 (58,6%)	7 (63,6%)
	Dor aguda	8 (27,6%)	6 (54,5%)
	Síndrome da dor crônica	5 (17,2%)	1 (9%)
	Náusea	1 (3,4%)	1 (9%)
Percepção/Cognição N=1 (1,4%)	Risco de confusão aguda	1 (3,4%)	1 (9%)
Sexualidade N=1 (1,4%)	Disfunção sexual	7 (24,1%)	3 (27,3%)

*A frequência de domínio de diagnóstico de enfermagem pode variar de acordo com as manifestações clínicas de cada participante.

**A frequência de categoria diagnóstica pode variar de acordo com as manifestações clínicas de cada participante.

Quanto aos demais componentes dos diagnósticos de enfermagem, tem-se FR CD e o Fri. Esses componentes serão apresentados a seguir, conforme prevalência nas modalidades AD2 e AD3 do grupo necessidades psicobiológicas, referentes aos diagnósticos de enfermagem apresentados na tabela 2. Os demais FR, CD e FRi serão apresentados nas tabelas 3.

Em **risco de infecção**, destaca-se o FRi “enfermidade crônica” em 28 (96,5%) AD2 e em 11 (100%) AD3. **Déficit no autocuidado para alimentação** apresenta o FR “prejuízo neuromuscular” em 18 (62%) AD2 e em 3 (27,3%) AD3, e a CR “capacidade prejudicada de preparar alimentos” em 25 (86,%) AD2 e em 10 (90,9%) AD3. **Conforto prejudicado** apresenta FR “sintomas relativos à doença” em

24 (82,7%) AD2 e em 11 (100%) AD3, e CD “ansiedade” em 6 (20,%) AD2 e em 8 (72,7%) AD3.

O DE **Síndrome do idoso frágil**, em sua estrutura, destaca o FR “doença crônica” em 16 (55,1%) AD2 e 8 (72,7%) AD3, e a CD “déficit de autocuidado para alimentação” em 16 (55,1) AD2 e 8 (72,7%) AD3. Em **Deglutição Prejudicada** o FR “lesão encefálica” é o que mais se destaca em 13 (44,8%) AD2 e 1 (9%) AD3, e CD “dificuldade para deglutir” em 16 (55,%) AD2 e 3 (27,3%) AD3. O DE **Constipação** em o FR “ingestão insuficiente de líquidos” em 3 (10,3%) AD2 e 3 (27,3%) AD3 e CD “fezes duras e formadas” em 8 (27,%) AD2 e 4 (36,4%) AD3.

Em **Risco de confusão aguda**, o FRi “desidratação” em 0,0 AD2 e 1 (9%) AD3, e por fim, o DE **Disfunção sexual** em o FR “alteração na função do corpo” em 5 (17,2%) AD2 e 2 (18,2%) AD3, e CD “alteração na atividade sexual” em 5 (17,%) AD2 e 2 (18,2%) AD3.

Tabela 3 – Frequência dos diagnósticos de enfermagem com maior ocorrência de cada domínio da NANDA-I (2015) do grupo necessidades psicobiológicas conforme modalidades AD2 e AD3 da atenção domiciliar, 2016.

DOMÍNIO	DE	FATOR RELACIONADO			CARACTERÍSTICA DEFINIDORA		FATOR DE RISCO			
		FR	AD2 N=29 (72,5%)	AD3N=11 (22,5%)	CD	AD2 N=29 (72,5%)	AD3N=11 (22,5%)	FRis	AD2 N=29 (72,5%)	AD3N=11 (22,5%)
Segurança/ Proteção	Risco de infecção	_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Enfermidade crônica	28 (96,5%)	11 (100%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Alteração na integridade da pele	24 (82,7%)	3 (27,3%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Procedimento invasivo	12 (41,4%)	2 (18,2%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Obesidade	2 (6,9%)	2 (18,2%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Desnutrição	1 (3,4%)	2 (18,2%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Estase de fluidos orgânicos	0,0	1 (9%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Diminuição da Hemoglobina	1 (3,4%)	0,0
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Leucopenia	1 (3,4%)	0,0
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Tabagismo	0,0	1 (9%)
				Prejuízo neuromuscular	18 (62%)	3 (27,3%)	Capacidade prejudicada de preparar alimentos	25 (86,%)	10(90,9%)	_____
		Alteração função cognitiva	17 (58,6%)	2 (18,2%)	Capacidade prejudicada de engolir o alimento	16 (55,%)	4 (36,4%)	_____	0,0	0,0
Atividade/R epouso	Deficit no autocuidado para alimentação	Prejuízo musculoesquelético	7 (24,1%)	4 (36,4%)	Capacidade prejudicada de mastigar os alimentos	10 (34,%)	3 (27,3%)	_____	0,0	0,0
		Desconforto	0,0	7 (63,6%)	Capacidade prejudicada de utilizar dispositivos auxiliares	3 (10,%)	0,0	_____	0,0	0,0

		Dor	3 (10,3%)	2 (18,2%)	Capacidade prejudicada de alimentar-se de uma refeição inteira	0,0	2 (18,2%)	_____	0,0	0,0
		Fraqueza	4 (13,8%)	1 (9%)	Capacidade prejudicada de engolir alimentos em quantidade suficiente	0,0	2 (18,2%)	_____	0,0	0,0
		Desordens perceptivas	5 (17,2%)	0,0	Capacidade prejudicada de abrir recipientes	3 (10,%)	0,0	_____	0,0	0,0
		Ansiedade	1 (3,4%)	2 (18,2%)	Desconforto com a situação			_____	0,0	0,0
Conforto	Conforto prejudicado	Sintomas relativos à doença	24 (82,7%)	11 (100%)	Ansiedade	6 (20,%)	8 (72,7%)	_____	0,0	0,0
		Regime de tratamento	6 (20,7%)	4 (36,4%)	Sintomas de Sofrimento	6 (20,%)	4 (36,4%)	_____	0,0	0,0
		Controle situacional insuficiente	1 (3,4%)	1 (9%)	Sensação de desconforto	19 (65,%)	5 (45,5%)	_____	0,0	0,0
		_____	0,0	0,0	Descontentamento com a situação	5 (17,%)	3 (27,3%)	_____	0,0	0,0
		_____	0,0	0,0	Choro	4 (13,%)	2 (18,2%)	_____	0,0	0,0
		_____	0,0	0,0	Medo	3 (10,%)	3 (27,3%)	_____	0,0	0,0
		_____	0,0	0,0	Alteração no padrão do sono	1 (3,4%)	3 (27,3%)	_____	0,0	0,0
		_____	0,0	0,0	Inquietação	1 (3,4%)	2 (18,2%)	_____	0,0	0,0
		_____	0,0	0,0	Irritabilidade	1 (3,4%)	0,0	_____	0,0	0,0
		_____	0,0	0,0	Lamento	1 (3,4%)	0,0	_____	0,0	0,0
Promoção da saúde	Síndrome do idoso frágil	Doença crônica	16 (55,1%)	8 (72,7%)	Deficit de autocuidado para alimentação	16 (55,1%)	8 (72,7%)	_____	0,0	0,0
		Estilo de vida sedentário	14 (48,2%)	8 (72,7%)	Deficit de autocuidado para banho	16 (55,%)	6 (54,5%)	_____	0,0	0,0
		Alteração na função cognitiva	11 (37,9%)	2 (18,2%)	Deficit de autocuidado para higiene íntima	16 (55,1%)	5 (45,5%)	_____	0,0	0,0
		Sarcopenia	3 (10,3%)	5 (45,5%)	Deficit de autocuidado para vestir-se	16 (55,1)	5 (45,5%)	_____	0,0	0,0
		História de quedas	4 (13,8%)	3 (27,3%)	Mobilidade física prejudicada	16 (55,%)	5 (45,5%)	_____	0,0	0,0
		Desnutrição	0,0	1 (9%)	Desesperança	6 (20,%)	3 (27,3%)	_____	0,0	0,0
		_____	0,0	0,0	Intolerância à atividade	3 (10,%)	6 (54,5%)	_____	0,0	0,0

Nutrição	Deglutição prejudicada		0,0	0,0	Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	2 (6,9%)	4 (36,4%)		0,0	0,0
			0,0	0,0	Fadiga	0,0	2 (18,2%)		0,0	0,0
			0,0	0,0	Isolamento social	1 (3,4%)	1 (9%)		0,0	0,0
		Lesão encefálica	13 (44,8%)	1 (9%)	Dificuldade para deglutir	16 (55,%)	3 (27,3%)		0,0	0,0
		Problemas neurológicos	6 (20,7%)	2 (18,2%)	Mastigação insuficiente	8 (27,%)	3 (27,3%)		0,0	0,0
		Anormalidades orofaríngeas	1 (3,4%)	0,0	Fase esofágica anormal, segundo estudo da deglutição	2 (6,9%)	0,0		0,0	0,0
		Defeitos anatômicos adquiridos	1 (3,4%)	0,0	Hiperextensão da cabeça	1 (3,4%)	0,0		0,0	0,0
		Trauma	1 (3,4%)	0,0	Formação prolongada do bolo alimentar	0,0	1 (9%)		0,0	0,0
			0,0	0,0	Tosse	0,0	1 (9%)		0,0	0,0
			0,0	0,0	Recusa do alimento	0,0	1 (9%)		0,0	0,0
			0,0	0,0	Fase oral anormal	1 (3,4%)	0,0		0,0	0,0
			0,0	0,0	Sensação de engasgo	1 (3,4%)	0,0		0,0	0,0
Eliminação e troca	Constipação	Ingestão insuficiente de líquidos	3 (10,3%)	3 (27,3%)	Fezes duras e formadas	8 (27,%)	4 (36,4%)		0,0	0,0
		Lesão neurológica	5 (17,2%)	1 (9%)	Dor à evacuação	4 (13,%)	2 (18,2%)		0,0	0,0
		Ingestão insuficiente de fibras	2 (6,9%)	1 (9%)	Esforço para evacuar	1 (3,4%)	2 (18,2%)		0,0	0,0
		Atividade física diária media inferior à recomendada	2 (6,9%)	1 (9%)	Sangue vivo nas fezes	1 (3,4%)	1 (9%)		0,0	0,0
		Obesidade	2 (6,9%)	1 (9%)	Vômito	0,0	1 (9%)		0,0	0,0
		Dentição inadequada	1 (3,4%)	1 (9%)		0,0	0,0		0,0	0,0
		Hábitos alimentares inadequados	1 (3,4%)	1 (9%)		0,0	0,0		0,0	0,0
		Motilidade gastrintestinal diminuída	0,0	2 (18,2%)		0,0	0,0		0,0	0,0
		Agentes farmacológicos	0,0	2 (18,2%)		0,0	0,0		0,0	0,0
		Fraqueza músculos abdominais	1 (3,4%)	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0
Percepção/	Risco de		0,0	0,0		0,0	0,0	Desidratação	0,0	1 (9%)
			0,0	0,0		0,0	0,0	Desnutrição	0,0	1 (9%)
			0,0	0,0		0,0	0,0	Função	0,0	1 (9%)

Cognição	confusão aguda						metabólica prejudicada			
	_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Idade >=60 anos	0,0	1 (9%)	
	_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Mobilidade prejudicada	0,0	1 (9%)	
Sexualidad e	Disfunção sexual	Alteração na função do corpo	5 (17,2%)	2 (18,2%)	Alteração na atividade sexual	5 (17,%)	2 (18,2%)	_____	0,0	0,0
		Alteração na estrutura do corpo	6 (20,7%)	0,0	Redução do desejo sexual	3 (10,%)	2 (18,2%)	_____	0,0	0,0
		Falta de pessoa significativa	1 (3,4%)	1 (9%)	Alteração na excitação sexual	1 (3,4%)	0,0	_____	0,0	0,0
		_____	0,0	0,0	Limitação sexual percebida	1 (3,4%)	0,0	_____	0,0	0,0

6.3 Categorias Diagnósticas do Grupo Necessidades Psicossociais

O grupo necessidades psicossociais apresentou o total de 39 DE: 26 (66,7%) com foco no problema, 7 (17,9%) de risco e 6 (15,4%) de promoção. No grupo das necessidades psicossociais, as categorias diagnósticas também abarcaram 8 domínios da NANDA-I. Identificaram-se os domínios de enfrentamento/tolerância ao estresse em 17 (43,6%); autopercepção, 9 (23%); papéis e relacionamento, 4 (10,3%); percepção/cognição, 3 (7,7%); promoção da saúde, 2 (5,1%); conforto, 2 (5,1%), atividade/repouso, 1 (2,6%) e segurança/proteção, 1 (2,6%).

Quanto às categorias diagnósticas, a ocorrência maior foi de diagnósticos de risco. Considerando os domínios da NANDA-I, os mais prevalentes foram: **risco de sentimento de impotência** em 26 (65%), **comunicação verbal prejudicada** em 23 (57,5%); **risco de baixa autoestima crônica** em 18 (45%), **risco de solidão** em 11 (27,5%), **processos familiares disfuncionais** em 7 (17,9%), **atividade de recreação deficiente** em 3 (7,5%), **risco de suicídio** em 2 (4,9%) e **manutenção do lar prejudicada** em 1 (2,5%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos domínios da NANDA-I (2015) e suas categorias diagnósticas mais prevalentes segundo necessidades psicossociais de Horta (1979) e modalidade dos participantes do Serviço de Atenção Domiciliar (n=40) de Aparecida de Goiânia–GO, 2016.

Necessidades Psicossociais		Modalidade de Atenção Domiciliar	
Domínios de Diagnóstico de Enfermagem/ N/ f	Categoria Diagnóstica (NANDA-I, 2015)	AD2* N=29 (72,5%)	AD3* N=11 (27,5%)
Enfrentamento/Tolerância ao estresse N=17 (43,6%)	Risco de sentimento de impotência	18 (62%)	8 (72,7%)
	Medo	17 (58,6%)	6 (54,5%)
	Ansiedade	14 (48,3%)	8 (72,7%)
	Risco de resiliência comprometida	12 (41,4%)	6 (54,5%)
	Tristeza crônica	8 (27,5%)	6 (54,5%)
	Regulação do humor prejudicada	5 (17,2%)	3 (27,3%)
	Pesar	2 (6,9%)	4 (36,4%)
	Enfrentamento familiar comprometido	3 (10,3%)	2 (18,1%)
	Sentimento de impotência	2 (6,9%)	2 (18,1%)
	Ansiedade relacionado à morte	0,0	3 (27,3%)

	Enfrentamento ineficaz	2 (6,9%)	0,0
	Disposição para enfrentamento familiar melhorado	2 (6,9%)	0,0
	Resiliência prejudicada	1 (3,4%)	1 (9%)
	Enfrentamento familiar incapacitado	1 (3,4%)	0,0
	Disposição para resiliência melhorada	0,0	1 (9%)
	Disposição para poder melhorado	0,0	1 (9%)
	Síndrome pós-trauma	1 (3,4%)	0,0
Autopercepção N=9 (23%)	Risco de baixa autoestima crônica	15 (51,7%)	3 (27,3%)
	Desesperança	7 (24,1%)	3 (27,3%)
	Risco de baixa autoestima situacional	7 (24,1%)	3 (27,3%)
	Disposição para autoconceito melhorado	3 (10,3%)	2 (18,1%)
	Disposição para esperança melhorada	3 (10,3%)	1 (9%)
	Baixa autoestima situacional	2 (6,9%)	2 (18,1%)
	Risco de dignidade humana comprometida	3 (10,3%)	0,0
	Baixa autoestima crônica	2 (6,9%)	1 (9%)
	Distúrbio na imagem corporal	1 (3,4%)	0,0
Papéis e relacionamentos N= 4 (10,3%)	Processos familiares disfuncionais	6 (20,7%)	1 (9%)
	Processos familiares interrompidos	3 (10,3%)	3 (27,3%)
	Interação social prejudicada	3 (10,3%)	2 (18,1%)
	Relacionamento ineficaz	1 (3,4%)	0,0
Percepção e cognição N=3 (7,7%)	Comunicação verbal prejudicada	20 (68,9%)	3 (27,3%)
	Controle emocional instável	5 (17,2%)	0,0
	Memória prejudicada	1 (3,4%)	0,0
Promoção da saúde N=2 (5,1%)	Atividade de recreação deficiente	2 (6,9%)	1 (9%)
	Disposição para controle de saúde melhorado	6 (20,7%)	2 (18,1%)
Conforto N=2 (5,1%)	Risco de solidão	7 (24,1%)	4 (36,4%)
	Isolamento social	3 (10,3%)	2 (18,1%)
Atividade/Repouso N=1 (2,6%)	Manutenção do lar prejudicada	1 (3,4%)	0,0
Segurança/Proteção N=1 (2,6%)	Risco de suicídio	2 (6,9%)	0,0

*A frequência de categoria diagnóstica pode variar de acordo com as manifestações clínicas de cada participante.

A tabela 5 apresenta os demais componentes dos DEs pertencentes à tabela 4. A seguir, FR, CD e FRi que mais se destacaram.

Em **risco de sentimento de impotência**, destaca-se o FRi “dor” em 12 (41,4%) AD2 e 5 (45,5%) AD3. **Comunicação verbal prejudicada** apresenta o FR “prejuízo sistema nervoso central” em 16 (55,1%) AD2 e 2 (18,2%) em AD3, e a CR “não fala” em 12 (41,4%) AD2 e 3 (27,3%) AD3. **Risco de baixa autoestima crônica** apresenta FRi “afeto inadequado” em 11 (37,9%)AD2 e 3 (27,3%) em AD3.

O DE **risco de solidão**, em sua estrutura, destaca o FRi “isolamento social” em (17,2%) AD2 e 2 (18,%) AD3. Em **processos familiares disfuncionais**, o FR se sobressai em “estratégias ineficazes de enfrentamento”, 4 (13,8%) AD2 e 1 (9%) AD3, e CD “caos” em 4 (13,8%) AD2 e 1 (9%) AD3. O DE **atividade de recreação deficiente** com o FR “atividades de recreação insuficiente” em 2 (6,9%) AD2 e 1 (9%) AD3 e CD “tédio” em 1 (3,4%) AD2 e 1 (9%) AD3.

Em **risco de suicídio**, o FRi “enfermidade física” em 2 (6,9%) AD2 e 0,0 AD3 e, por fim, o DE **manutenção do lar prejudicada** com o FR “organização familiar insuficiente” em 1 (3,4%) AD2 e 0,0 AD3, e CD “dificuldade para manter o ambiente confortável” 1 (3,4%) AD2 e 0,0 AD3.

Tabela 5 – Frequência dos diagnósticos de enfermagem com maior ocorrência de cada domínio da NANDA-I (2015) do grupo necessidades psicossociais conforme modalidades AD2 e AD3 da atenção domiciliar, 2016.

DOMÍNIO	DE	FATOR RELACIONADO			CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			FATOR DE RISCO		
		FR	AD2 N=29 (72,5%)	AD3 N=11 (27,5%)	CD	AD2 N=29 (72,5%)	AD3 N=11 (27,5%)	FRis	AD2 N=29 (72,5%)	AD3 N=11 (27,5%)
Enfrentamento /Tolerância ao estresse	Risco de sentimento de impotência	_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Dor	12 (41,4%)	5 (45,5%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Ansiedade	11 (37,9%)	4 (36,4%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Enfermidade progressiva	8 (27,6%)	4 (36,4%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Enfermidade	10 (3,4%)	2 (18,2%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Desvantagens financeiras	6 (20,7%)	3 (27,3%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Imprevisibilidade do curso da enfermidade	0,0	1 (9%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Baixa autoestima	1 (3,4%)	0,0
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Estratégias ineficazes de enfrentamento	1 (3,4%)	0,0
		Prejuízo sistema nervoso central	16 (55,1%)	2 (18,2%)	Não fala	12 (41,4%)	3 (27,3%)	_____	0,0	0,0
		Condição fisiológica	3 (10,4%)	1 (9%)	Dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos	8 (27,6%)	1 (9%)	_____	0,0	0,0
Percepção/ Cognição	Comunicação verbal prejudicada	Barreira Física	3 (10,4%)	2 (18,2%)	Não consegue falar	4 (13,8%)	0,0	_____	0,0	0,0
		Percepção alterada	2 (6,9%)	1 (9%)	Dificuldade para formar palavras	4 (13,8%)	0,0	_____	0,0	0,0
		_____	0,0	0,0	Desorientação no tempo	1 (3,4%)	1 (9%)	_____	0,0	0,0
		_____	0,0	0,0	Desorientação no espaço	1 (3,4%)	1 (9%)	_____	0,0	0,0
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Afeto inadequado recebido	11 (37,9%)	3 (27,3%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Exposição à situação traumática	9 (31%)	2 (18,2%)
Autopercepção	Risco de baixa autoestima crônica	_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Enfrentamento ineficaz de perda	3 (10,4%)	2 (18,2%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Reforço negativo repetido	2 (6,9%)	0,0
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Participação insuficiente em grupos	1 (3,4%)	0,0
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0			

Conforto	Risco de solidão	—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Isolamento social	5 (17,2%)	2 (18,%)
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Isolamento físico	2 (6,9%)	2 (18,%)
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Privação afetiva	2 (6,9%)	1 (9%)
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Privação emocional	1 (3,4%)	0,0
Papéis e relacionamentos	Processos familiares disfuncionais	Estratégias ineficazes de enfrentamento	4 (13,8%)	1 (9%)	Caos	4 (13,8%)	1 (9%)	—	0,0	0,0
		Habilidades insuficientes de solução de problemas	2 (6,9%)	1 (9%)	Habilidades ineficazes de comunicação	4 (13,8%)	1 (9%)	—	0,0	0,0
		Abuso de drogas	2 (6,9%)	0,0	Escalada de conflitos	3 (10,4%)	1 (9%)	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Característica de criticar;	1 (3,4%)	1 (9%)	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Habilidades insuficientes para solucionar problemas	1 (3,4%)	1 (9%)	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Lutas por poder	0,0	1 (9%)	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Capacidade reduzida dos membros da família de se relacionarem entre si visando ao crescimento e ao amadurecimento mútuos;	1 (3,4%)	1 (9%)	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Deterioração nos relacionamentos familiares	2 (6,9%)	1 (9%)	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Dinâmicas familiares perturbadas	3 (10,4%)	1 (9%)	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Problemas familiares crônicos	2 (6,9%)	1 (9%)	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Depressão	3 (10,4%)	0,0	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Desconfiança	2 (6,9%)	0,0	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Desesperança	4 (13,8%)	0,0	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Sofrimento	3 (10,4%)	0,0	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Solidão	1 (3,4%)	0,0	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Ansiedade	2 (6,9%)	0,0	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Insatisfação	4 (13,8%)	0,0	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Negligência de obrigações para com membro da família	1 (3,4%)	0,0	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Abuso verbal de filhos	3 (10,4%)	0,0	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Agitação	1 (3,4%)	0,0	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Doença física relacionada ao stress	1 (3,4%)	0,0	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Isolamento social	1 (3,4%)	0,0	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Raiva	1 (3,4%)	0,0	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Desvantagem financeira	1 (3,4%)	0,0	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Falta de habilidades necessárias para relacionamentos	1 (3,4%)	0,0	—	0,0	0,0
		—	0,0	0,0	Função de papel alterada	1 (3,4%)	0,0	—	0,0	0,0

		_____	0,0	0,0	Baixa autoestima	1 (3,4%)	0,0	_____	0,0	0,0
		_____	0,0	0,0	Abuso de substancias	3 (10,4%)	0,0	_____	0,0	0,0
		_____	0,0	0,0	Medo	2 (6,9%)	0,0	_____	0,0	0,0
Promoção da saúde	Atividade de recreação deficiente	Atividades de recreação insuficiente	2 (6,9%)	1 (9%)	Tédio	1 (3,4%)	1 (9%)	_____	0,0	0,0
		Extremos de idade	0,0	1 (9%)	_____	0,0	0,0	_____		
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Enfermidade física	2 (6,9%)	0,0
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	História de tentativa de suicídio	1 (3,4%)	0,0
Segurança/ Proteção	Risco de suicídio	_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Idade	1 (3,4%)	0,0
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Doença crônica	1 (3,4%)	0,0
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Economicamente desfavorecido	1 (3,4%)	0,0
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Solidão	1 (3,4%)	0,0
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Divorciado	1 (3,4%)	0,0
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Sexo masculino	1 (3,4%)	0,0
Atividade/ Repouso	Manutenção do lar prejudicada	Organização familiar insuficiente	1 (3,4%)	0,0	Dificuldade para manter o ambiente confortável	1 (3,4%)	0,0	_____	0,0	0,0

6.4 Categorias Diagnósticas do Grupo Necessidades Psicoespirituais

No grupo das necessidades psicoespirituais, diferentemente dos demais grupos, identificou-se apenas o domínio da NANDA-I (2015) princípios da vida, que apresentou o total de 6 DE, sendo 2 (33,3%) deles com foco no problema, 2 (33,3%) de risco e 2 (33,3%) de promoção. O DE **risco de religiosidade prejudicada** esteve presente em 26 (65%), sendo este o de maior ocorrência. Observou-se maior prevalência desse diagnóstico nos usuários modalidade AD3 em relação aos AD2 (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos domínios da NANDA-I (2015) e suas categorias diagnósticas mais prevalentes segundo necessidades psicoespirituais de Horta (1979) e modalidade dos participantes do Serviço de Atenção Domiciliar (n=40) de Aparecida de Goiânia–GO, 2016.

Necessidades Psicossociais		Modalidade de Atenção Domiciliar	
Domínios de Diagnóstico de Enfermagem/ N/ f	Categoria Diagnóstica (NANDA-I, 2015)	AD2* n=29 (72,5%)	AD3* n=11 (27,5%)
Princípios da vida N=6 (100%)	Risco de religiosidade prejudicada	16 (55,2%)	10 (90,9%)
	Risco de sofrimento espiritual	19 (65,5%)	3 (27,3%)
	Sufrimento espiritual	6(20,7%)	7 (63,3%)
	Religiosidade prejudicada	2 (6,9%)	1 (9%)
	Disposição para bem-estar espiritual melhorado	2(6,9%)	0,0
	Disposição para religiosidade melhorada	2 (6,9%)	0,0

*A frequência de categoria diagnóstica pode variar de acordo com as manifestações clínicas de cada participante.

Tal como apresentado acima, **risco de religiosidade prejudicada** foi o diagnóstico de enfermagem que mais se destacou no grupo de necessidades psicoespirituais, o qual pertence ao domínio “princípios da vida”. Em sua estrutura, o FRi “enfermidade” foi o de maior ocorrência em 16 (55,2%) AD2 e em 10 (90,9%) AD3. Os demais FRis serão apresentados na tabela 7.

Tabela 7 – Frequência dos diagnósticos de enfermagem com maior ocorrência de cada domínio da NANDA-I (2015) do grupo necessidades psicoespirituais conforme modalidades AD2 e AD3 da atenção domiciliar, 2016.

DOMÍNIO	DE	FATOR RELACIONADO			CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			FATOR DE RISCO		
		FR	AD2 N=29 (72,5%)	AD3 N=11 (27,5%)	CD	AD2 N=29 (72,5%)	AD3 N=11 (27,5%)	FRis	AD2 N=29 (72,5%)	AD3 N=11 (27,5%)
Princípios da vida	Risco de religiosidade prejudicada	_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Enfermidade	16 (55,2%)	10 (90,9%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Dor	12 (41,4%)	8 (72,7%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Barreiras para praticar a religião	10 (34,5%)	5 (45,5%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Interação social insuficiente	4 (13,8%)	1 (9%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Aflicção	0,0	3 (27,3%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Apoio social	1 (3,4%)	2 (18,2%)
		_____	0,0	0,0	_____	0,0	0,0	Depressão	0,0	1 (9%)

6.5 Cuidador

Entre os cuidadores participantes do estudo, 16 (40%) dos cuidadores responsáveis eram filhos: 37(92,5%) deles do sexo feminino e 18 (45%) desempenhavam a função de cuidador há mais de quatro anos (Figura 2).

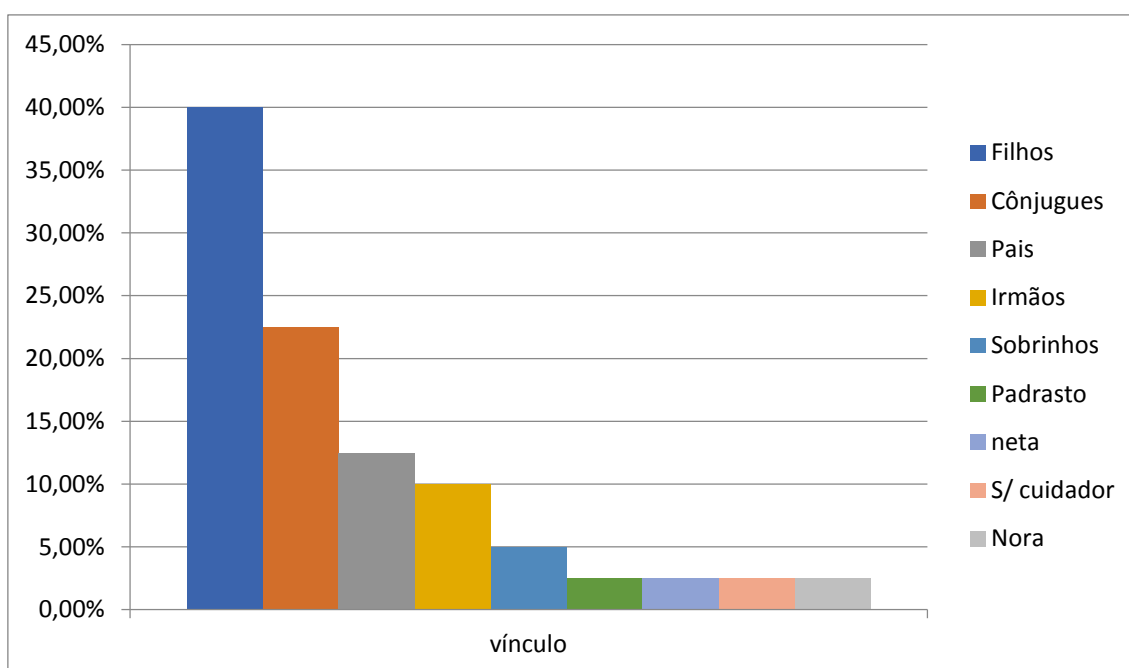


Figura 2 – Distribuição do tipo de vínculo do cuidador com os usuários do Serviço de Atenção Domiciliar de Aparecida de Goiânia–GO, 2016

O DE **risco de tensão do papel do cuidador** ocorreu em 22 (55%) dos participantes e **tensão do papel do cuidador** em 16 (40%). O domínio “papéis e relacionamentos” do grupo de necessidades psicobiológicas foi identificado em alguns cuidadores dos participaram da pesquisa (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição dos domínios da NANDA-I (2015) e suas categorias diagnósticas mais prevalentes nos cuidadores segundo necessidades psicobiológicas de Horta (1979) e modalidade dos participantes do Serviço de Atenção Domiciliar (n=40) de Aparecida de Goiânia–GO, 2016

Domínios de Diagnóstico de Enfermagem/ N/ f	Categoria Diagnóstica (NANDA-I, 2015)	AD2* n=29 (72,5%)	AD3* n=11 (27,5%)
---	---------------------------------------	-------------------------	----------------------

Papéis e relacionamentos	Risco de tensão do papel de cuidador	18 (62%)	4 (36,4%)
	Tensão do papel de cuidador	10 (34,5%)	6 (54,5%)

*A frequência de categoria diagnóstica pode variar de acordo com as manifestações clínicas de cada participante.

Risco de tensão do papel de cuidador foi o diagnóstico de enfermagem que mais se destacou no grupo de necessidades psíquicas, o qual pertence ao domínio “papéis e relacionamentos” com o FRI “cuidador feminino” de maior ocorrência em 16 (55,2%) AD2 e 4 (36,4%) AD3. Os demais FRI serão apresentados na tabela 9.

Tabela 9 – Frequência dos diagnósticos de enfermagem com maior ocorrência identificado entre os cuidadores participantes, classificado pelo domínio da NANDA-I (2015) e conforme modalidades AD2 e AD3 da atenção domiciliar, 2016.

DOMÍNIO	DE	FATOR RELACIONADO			CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			FATOR DE RISCO		
		FR	AD2 N=29 (72,5%)	AD3 N=11 (27,5%)	CD	AD2 N=29 (72,5%)	AD3 N=11 (27,5%)	FRis	AD2 N=29 (72,5%)	AD3 N=11 (27,5%)
Papéis e relacionamentos	Risco de tensão do papel de cuidador	—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Cuidador feminino	16 (55,1%)	4 (36,4%)
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Complexidade das atividades de cuidado	13 (44,8%)	1 (9%)
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Duração excessiva dos cuidados necessários	10 (34,5%)	2 (18,2%)
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Quantidade excessiva de tarefas de cuidado	10 (34,5%)	2 (18,2%)
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Alteração na função cognitiva do receptor de cuidados	7 (24,1%)	1 (9%)
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Estressores	5 (17,2%)	3 (27,3%)
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Doença crônica	5 (17,2%)	2 (18,2%)
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Atividades de recreação insuficientes para o cuidador	5 (17,2%)	1 (9%)
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Isolamento do cuidador	5 (17,2%)	0,0
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Cuidador é conjugue	4 (13,8%)	0,0
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Gravidade da doença do receptor de cuidados	3 (10,3%)	1 (9%)
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	24h	3 (10,3%)	2 (18,2%)
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Prejuízo na saúde do cuidador	2 (6,9%)	0,0
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Receptor de cuidados com alta para casa e com necessidades importantes ou cuidados em casa	2 (6,9%)	0,0
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Defeito congênito	1 (3,4%)	0,0
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Preocupação com a rotina de cuidados	1 (3,4%)	0,0
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Falta de tempo para satisfazer necessidades pessoais	1 (3,4%)	0,0
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Exposição à violência	1 (3,4%)	0,0
		—	0,0	0,0	—	0,0	0,0	Presença de abuso	1 (3,4%)	0,0

7 DISCUSSÃO

7.1 Perfil Sociodemográfico

A presente pesquisa destaca o predomínio de participantes idosos, com mediana de idade de 70 anos, reflexo da transição demográfica. A população brasileira aponta rápido avanço nas transformações desse perfil demográfico, com aumento importante da população idosa até 2060, e com influência na transição epidemiológica. Dessa forma, no presente estudo, tem-se a prevalência dos diagnósticos médicos: AVE (35%), doença pulmonar obstrutiva crônica (22%) e traumatismo craniano (10%), que lideram o *ranking* nacional de morbimortalidade (LEBRÃO, 2007; WHO, 2011; IBGE, 2013; BRASIL, 2014a).

O AVE, diagnóstico médico mais prevalente neste estudo, mundialmente se apresenta como a segunda principal causa de morte, acometendo em especial adultos de meia-idade e idosos. No Brasil, está entre as principais causas de internação e causas de mortalidade, sendo também responsável por 40% das aposentadorias precoces (ALMEIDA, 2012; ROLIM; MARTINS, 2011).

Em relação às comorbidades, em primeiro lugar tem-se a hipertensão arterial sistêmica (57,5%), que é um dos principais fatores de risco para DCNT de origem cardiovascular, cerebrovascular e doença renal crônica (LEUNG et al., 2016). Tal importância é evidenciada com a prevalência de 35% de AVE nos usuários participantes deste estudo.

Em segundo lugar, a diabetes mellitus (22,5%), responsável também por interferir negativamente na qualidade de vida do usuário portador, ao levá-lo à morbidez com complicações macrovasculares e microvasculares (SAZLINA; BROWNING; YASIN, 2013; BRASIL, 2013d). E em terceiro lugar, tem-se a disritmia (12,5%).

Essa notoriedade epidemiológica influenciou no surgimento de planos de enfrentamento como o “Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022” e o “Plano global de ação para Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020” (BRASIL, 2011a; WHO, 2013).

Em relação à renda per capita, 77,5% dos participantes do estudo ganham até um salário mínimo. Esse dado revela a importância do SAD e o desafio a ele lançado, já que se percebe aumento de DCNT em pessoas com menor renda e escolaridade, justificado pela exposição aos fatores de risco, fatores psicossociais desfavoráveis ou por um acesso mais restrito à informação e aos serviços de saúde (CAMPOS et al., 2013).

Por fim, o dado de 85% da população estudada ser proveniente de outros municípios sugere a necessidade de se refletir sobre as fragilidades das políticas públicas de saúde, bem como outras de cunho social no cenário regional e nacional. Ressalta-se que 42,5% dos participantes são naturais de outros municípios goianos e 42,5% de outros municípios brasileiros, apesar de o Brasil apresentar o total de 597 EMADs distribuídas em todo território nacional. Em Goiás, 30 equipes estão presentes em 20 municípios goianos (BRASIL, 2016).

7.2 Perfil Clínico e Categorias Diagnósticas de Enfermagem

A modalidade clínica do tipo AD2 prevaleceu em 2,5% de todos os DEs identificados. Tal achado evidencia a ampla rotatividade de usuários do SAD da modalidade AD3, com evolução rápida para óbito. Sugere também uma fragilidade do serviço na busca ativa, prevista pela portaria que rege o SAD aos usuários classificados nessa modalidade (BRASIL, 2016). É necessário, então, aprimoramento das estratégias de gestão em saúde e articulação entre os serviços.

No entanto, apesar da diferença considerável no quantitativo de participantes nas modalidades AD2 e AD3, o perfil dos diagnósticos de enfermagem, com exceção das necessidades psicoespirituais, se apresentam com similaridade de ocorrência nas duas modalidades.

Percebe-se, pela definição da portaria n.º 825 (BRASIL, 2016), maior complexidade clínica no usuário AD3. No entanto, na mesma proporção, os resultados do presente estudo apresentam os usuários AD2 com várias demandas. Diante dessa situação, entre outros pontos, questiona-se se a classificação clínica desses usuários se está sendo realizada corretamente pela equipe do SAD; se o atendimento assistencial multidisciplinar está sendo eficaz às demandas da

modalidade AD2 e se a rede assistencial de saúde, do município em questão, apresenta suporte adequado ao usuário, garantindo a integralidade em sua linha de cuidado.

Na modalidade AD2, entre outros perfis clínicos, têm-se aqueles usuários do serviço com necessidades de cuidados paliativos em quantidade expressiva neste estudo, e que necessitam de acompanhamento clínico multiprofissional de, no mínimo, semanalmente para controle de dor e outros sintomas (BRASIL, 2016). É uma modalidade assistencial requerida pelos profissionais pertencentes à atenção domiciliar, que reflete o aumento de morbimortalidade por DCNT, e visa à qualidade de vida dos usuários do serviço e seus familiares ao identificar, avaliar e tratar problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (WHO, 2014).

Nesse contexto de cuidados paliativos, a atenção domiciliar se torna imprescindível no que se refere à continuidade do processo de cuidados e resposta às múltiplas necessidades socio sanitárias dos usuários do serviço nessa condição. Em especial, destaca-se a importância dessa dinâmica de atendimento em países onde há limitações de recursos na área da saúde e acesso reduzido de cuidados institucionais. Lança-se, entre outros desafios, o vínculo do SAD em cuidados paliativos com vistas a não fragmentação assistencial por meio de práticas organizativas e integração de serviços de saúde e sociais como acima mencionados (NEVADO; BARBARRO; LOZANO, 2012).

Na análise das categorias diagnósticas de enfermagem, no parâmetro geral, obtiveram-se 120 do total de 234 categorias diagnósticas presentes na taxonomia NANDA-I (2015). Destes, em primeiro lugar, com 60,8%, tem-se o destaque de categoria diagnóstica do tipo real, retratando problemas reais já instituídos. Esses dados evidenciam o perfil de complexidade clínica importante dos usuários do SAD.

Além dos usuários do serviço que se encontram em cuidados paliativos por diversas causas, a complexidade clínica no atendimento da atenção domiciliar também é corroborada por aqueles acometidos por AVE. Estudos evidenciam o intenso grau de dependência desses em suas Atividades da Vida Diária (AVDs), a condição de acamado, o prejuízo locomotor, a dificuldade em falar e outras

alterações que repercutem na qualidade de vida desses sujeitos (OLIVEIRA et al., 2013; PONTE, FEDOSSE, 2016).

Grande parte desses usuários do serviço apresenta sequelas e dispõe de procedimentos invasivos para atendimento de suas necessidades, tais como cânula de traqueostomia, sonda vesical, sonda alimentar de gastrostomia e cuidados inerentes, além de outros cuidados como curativos (OLIVEIRA et al., 2013).

Em segundo lugar, com 34,2%, têm-se as categorias diagnósticas de enfermagem de risco, evidenciando o potencial da clientela em desenvolver novos problemas. É necessário, com isso, que o enfermeiro e os demais integrantes da equipe saibam reconhecer os Fric de tais diagnósticos, pois são elementos-chave no tratamento desses usuários do serviço e pauta-se na prevenção de complicações, redução do tempo de internação, mortalidade e custo hospitalar (CAVALCANTE, 2013).

Com apenas 5%, tem-se as categorias diagnósticas de enfermagem de promoção. Isso retrata a necessidade de melhor investimento no contexto preventivo e com metodologias de promoção da saúde. Dentro do cenário de atendimento domiciliar, há também o incentivo ao cuidador e usuário na adoção de práticas preventivas, na busca de promoção da saúde e prevenção de agravos de doenças (LIMA et al., 2016).

Percebe-se, desse modo, a magnitude da assistência domiciliar e sua essência integral ao exigir do profissional, no contato com a família, ações e interações que não considerem apenas os problemas apresentados pelos usuários. A atenção deve ser dada aos fatores sociais, econômicos, espirituais e culturais, aos recursos disponíveis na casa, às condições de higiene e segurança, inclusive, ao grau de esclarecimento da família (LACERDA, 2010).

No que tange à abordagem integral, a qual o presente estudo se propõe, a seguir serão discutidos os DEs mais prevalentes em cada domínio da NANDA-I, pertencentes aos grupos das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, que se apresentam intimamente inter-relacionadas ao compreender o ser humano em sua totalidade (RIBEIRO et al., 2016). Ressalta-se a ausência de

diagnósticos de promoção da saúde que tenha sobressaído na prevalência entre os domínios de enfermagem dos grupos referidos.

7.2 Necessidades Psicobiológicas

O grupo de necessidades psicobiológicas apresentou maior quantidade de categorias diagnósticas, correspondendo a 73 DEs, comparada aos grupos necessidades psicossocial (39) e psicoespirituais (6). A influência, ainda predominante, do modelo biomédico, focado no atendimento à doença e enfermidades físicas, contribuiu para esse achado, sendo tendência dos profissionais a priorização de aspectos que interferem no funcionamento do organismo para manutenção da vida do usuário (OLIVEIRA et al., 2013; RIBEIRO et al., 2016).

A prevalência das categorias diagnósticas no grupo de necessidades psicobiológicas é devido à complexidade clínica dos usuários participantes do estudo. Entre os principais diagnósticos médicos mais prevalentes, já mencionados acima, o AVE apresenta considerável comprometimento do usuário por ser uma doença dos neurônios motores superiores e que pode suscitar na perda do controle de vários movimentos (SMELTZER; BARE, 2012).

O perfil de cronicidade das DCNT contribui também para magnitude dos achados do grupo de necessidades psicobiológicas, tal como apontou o estudo de Nogueira e Nóbrega (2015), ao evidenciar a prevalência dos diagnósticos de necessidades psicobiológicas em relação ao grupo psicossocial e ausência de levantamento daqueles ligados às necessidades psicoespirituais.

Serão discutidos a seguir os DEs que mais se destacaram em cada domínio NANDA-I (2015) no grupo de necessidades psicobiológicas.

No domínio nutrição, tem-se destaque no DE **deglutição prejudicada**, presente em 55% dos participantes. Esse dado sugere a complexidade clínica dos participantes, evidenciado por uso de dispositivos como sonda de gastrostomia que viabiliza a dieta enteral. Destacam-se o FR “lesão encefálica” e as CDs “dificuldade

para deglutir” e “mastigação insuficiente”, comum nos usuários em cuidados domiciliares, em especial nos sequelados de AVE (OLIVEIRA et al., 2013).

Esse diagnóstico, ao apresentar essas alterações, principalmente a dificuldade para deglutir, sugere também favorecer o aparecimento do DE risco de aspiração, presente neste estudo, porém que não apresenta o realce do mais prevalente no domínio ao qual pertence. A aspiração respiratória é um risco potencial, com incidência em torno de 50% em pacientes pós-AVE. Ressalta-se que aproximadamente a metade desses pacientes que apresentam aspiração respiratória manifestam clínica silenciosa (CAVALCANTE et al., 2013). O DE **deglutição prejudicada** sugere também influência no aparecimento do **deficit no autocuidado para alimentação**.

Deficit no autocuidado para alimentação se destaca no domínio atividade/repouso. Revela demanda e dependência dos usuários do SAD e seu comprometimento nas atividades de vida diária. Essas atividades são as que os cuidadores mais se envolvem, em período integral, mediante a impossibilidade do usuário em desempenhá-las (OLIVEIRA et al., 2013). O diagnóstico de enfermagem **deficit no autocuidado para alimentação** também sugere influência no aparecimento do DE **síndrome do idoso frágil**, ao apresentar-se como uma das características definidoras.

Síndrome do idoso frágil pertence ao domínio “promoção da saúde” e vai ao encontro das necessidades da clientela idosa prevalente. O FR mais presente foi “doença crônica”, apontando que o envelhecimento populacional está diretamente ligado à transição epidemiológica por meio do aumento das DCNT. Sugere também forte influência da DCNT com as comorbidades levantadas no estudo, como a diabetes mellitus e a disritmia (SOUZA et al., 2014). Outros fatores relacionados presentes em síndrome do idoso frágil foram “sarcopenia”, “história de quedas” e “desnutrição”.

Desnutrição é um distúrbio comum nos idosos e impera importância nessa fase de vida ao contribuir com o aumento da mortalidade, susceptibilidade a infecções e redução da qualidade de vida. Interfere inclusive na diminuição da força muscular, representada pelo fator de risco “sarcopenia”, capacidade de ação,

aptidão cardiorrespiratória, contribuindo para incapacidade funcional (STROBL et al., 2013).

A incapacidade funcional, apesar de ser otimizada por outras alterações, é entendida como conjunto de alterações que acarreta maior dependência dos idosos, comumente desencadeada com o envelhecimento. A ocorrência de quedas, representada pelo fator de risco “histórico de quedas” também contribui e é responsável por elevada mortalidade e aparecimento de sequelas irreversíveis (STROBL et al., 2013).

Em relação às características definidoras, evidenciam as incapacidades funcionais do idoso, comprometimento de suas atividades de vida diária e dependência dos cuidadores ao apresentar “*deficit* de autocuidado para alimentação”, “*deficit* de autocuidado para banho”, “*deficit* de autocuidado para higiene íntima” e “*deficit* de autocuidado para vestir-se”.

Como acima apresentado, a **síndrome do idoso frágil** pode contribuir para o aparecimento de infecções, sugerindo sua influência para o **risco de infecção**. Este foi o único DE presente em todos os usuários da pesquisa e está vinculado ao domínio “segurança/proteção”. Possui influência da condição de acamado, presente em grande parte dos usuários do SAD. A condição de acamado favorece o aparecimento de infecções em vários focos, dentre eles o pulmonar, além de comprometer a integridade da pele e viabilizar lesões por pressão, podendo ser porta de entrada e potencializar infecções (SILVA et al., 2013).

O principal fator de risco foi “enfermidade crônica”, sob influência principalmente da diabetes mellitus. Em segundo lugar, evidenciou-se “alteração na integridade da pele”, corroborando o exposto acima. “Obesidade” e “tabagismo” também se fizeram presentes contribuindo para a vulnerabilidade clínica do paciente, ao acarretarem uma pior na saúde física e mental desses sujeitos (CAMPOS et al., 2013). “Procedimentos invasivos” também se apresentam como Frio para infecções, vinculados a ações específicas aos usuários, geralmente presentes naqueles mais graves, dentre eles, têm-se aspirações de cânulas de traqueostomia e vias aéreas superiores, curativos e cateterismos vesicais (OLIVEIRA et al., 2013).

Assim faz-se necessário fortalecer medidas de cunho preventivo e promocional, com os usuários e seus cuidadores, por meio da educação em saúde. A aprendizagem, no contexto de cuidado de enfermagem, visa à construção do saber compartilhado na tríade saúde-doença-cuidado, proporcionando aos envolvidos a capacidade de escolherem e disporem de estratégias para promover, manter e recuperar a saúde (BORBA et. al., 2012). A atenção domiciliar se configura como ferramenta eficaz para a promoção da saúde da população brasileira (OLIVEIRA et al., 2016).

Por fim, vale destacar mais uma vez o aparecimento do Fri “desnutrição”. Condição comum nessa clientela, estudo de Oliveira et al. (2013) constata magreza intensa presente em quase metade dessa população. Desnutrição, além de se apresentar como fator relacionado de **síndrome do idoso frágil** e Fri para o **DE risco de infecção**, está presente também no **DE risco de confusão aguda**.

Esse DE pertence ao domínio percepção/cognição, e é definido por “vulnerabilidade a distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo e que podem comprometer a saúde” (NANDA-I, 2015).

Além da desnutrição, “mobilidade prejudicada”, “desidratação”, “função metabólica prejudicada” e “idade maior ou igual a 60 anos”, apresentam-se como Fris, tornando o idoso mais propenso a alterações sistêmicas.

Constipação se destaca no domínio “eliminação e troca”. No contexto dos usuários do SAD, entre outras causas, tem-se a influência da terapêutica medicamentosa, condição de acamado e alterações clínicas pela doença. O uso de medicamentos analgésicos, principalmente opióides, restrição ao leito, mobilidade física comprometida, diminuição da ingesta alimentar e hídrica, alterações hidroeletrólíticas, danos neurológicos e alterações na motilidade intestinal fazem parte da etiologia da constipação, favorecendo seu aparecimento (AGRA et al., 2013).

A constipação possibilita o surgimento de sintomas físicos como dor, distensão abdominal, náuseas e vômitos, incontinência paradoxal, tenesmo,

impactação fecal e obstrução intestinal (AGRA et al., 2013), acarretando desconforto e sugerindo contribuir para o aparecimento do DE **conforto prejudicado**.

Conforto prejudicado pertence ao domínio “conforto”. Os principais fatores relacionados são, em primeiro lugar, “sintomas relativos à doença” e, em segundo, “regime de tratamento”. Percebe-se então a influência e a repercussão das alterações físicas no campo emocional do usuário por meio de FRs e CDs, sendo elas: “desconforto com a situação”, “choro”, “lamento”, “descontentamento com a situação”, “ansiedade”, “medo”, “inquietação” e “irritabilidade”.

É imperioso lidar com o ser humano em sua totalidade, com aspectos bio-psico-sociais e espirituais, inter-relacionados, que definem a integralidade do cuidar em saúde. Conforme Viegas (2013) isso supõe reconhecer o usuário assistido como ser integral e a saúde como qualidade de vida, não apenas como ausência de doenças.

Por esse percurso, é imprescindível o trabalho da equipe multidisciplinar para que atenda ao usuário em toda a sua subjetividade e totalidade, primando pela qualidade de vida e concretizando sua essência, que é a minimização de danos à saúde (SILVA, 2015). Diante disso, ressalta-se a contribuição da visão holística do profissional enfermeiro, capaz de agir como integrador na equipe. A integração multidisciplinar é de suma importância para a qualidade e integralidade do atendimento, visto também que cada profissão tem suas limitações e especificidades (LOPES et al., 2013).

Por fim, há o DE **disfunção sexual**, referente ao domínio sexualidade. O realce é dado ao fator relacionado “alteração na função do corpo” e à característica definidora “alteração na atividade sexual”.

Como parte do perfil clínico do SAD, têm-se os usuários lesados medulares, nos quais é comum a disfunção sexual devido a alterações físicas, neurais e endócrinas e, conseqüentemente, “alteração na atividade sexual” (TORRECILHA et al., 2014). Biering-Sorensen et al. (2012) apontam também a relação da diminuição da satisfação sexual com problemas intestinais e urinários, úlceras por pressão,

espasticidade e dor, justificando a prevalência do fator relacionado “alteração do corpo”.

Além dessas alterações fisiopatológicas, o usuário também apresenta o impacto sobre a sua autoimagem e emoções com relação à sexualidade (TORRECILHA et al., 2014). O desempenho sexual, para os homens, culturalmente é considerado mais importante que a aparência física, influenciando diretamente em sua autoestima (CARDOSO et al., 2009).

No entanto, é possível se trabalhar estratégias para conservação da sexualidade de acordo com a limitação de cada caso, como a exploração de outras áreas erógenas. A equipe multidisciplinar se torna imprescindível na abordagem integral ao promover orientações e aconselhamentos sobre a atividade sexual com vistas à promoção do bem-estar físico e emocional do paciente (TORRECILHA et al., 2014).

7.4 Necessidades Psicossociais

Como mencionado no tópico necessidades psicobiológicas, os profissionais da saúde têm a tendência de priorizá-las, dificultando a exploração das outras competências essenciais de programas de assistência domiciliar. É necessário um olhar integral em busca de práticas de saúde que melhorem a qualidade de vida dos envolvidos, que vão além da atuação centrada no conhecimento biomédico. Enfatizar as necessidades psicossociais e psicoespirituais é garantir qualidade no atendimento ao assistir o usuário em sua totalidade (OLIVEIRA et al., 2013; RIBEIRO et al., 2016).

O atendimento ao usuário na perspectiva integral vai além das demandas físicas, abarcando grande parte das necessidades e singularidades manifestadas por eles, e concretizando um cuidado na perspectiva existencial. Para tal, a identificação das necessidades psicossociais, bem como aquelas pertencentes ao grupo psicoespiritual, exige uma expertise do enfermeiro no reconhecimento dos problemas situacionais experienciados pelos usuários para então formular diagnósticos de enfermagem de maneira mais assertiva (SOUZA; VALADARES, 2011; RIBEIRO et al., 2016).

No domínio percepção/cognição, o diagnóstico **comunicação verbal prejudicada**, de acordo com a NANDA-I (2015) é definido pela “capacidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e/ou usar um sistema de símbolos”. O comprometimento da comunicação verbal pode ser acarretado por lesões cerebrais ou perda/alteração do aparelho motor da fala. Essas alterações fisiológicas são evidenciadas pela prevalência, no presente estudo, do fator relacionado “prejuízo no sistema nervoso central” e a característica definidora “não fala” (LIMA et al., 2016).

A presença desse DE condiz com o que mostra a literatura quanto aos usuários sequelados de AVE com 20 a 40% da ocorrência de problemas na fala. Esse comprometimento é uma das sequelas mais frequentes. As alterações nas funções linguístico/cognitivas limitam a condição de organizar, planejar e executar as tarefas cotidianas. Além de aumentar a dependência de tais tarefas pelos usuários envolvidos, elas interferem na qualidade de vida e fragilizam as interações sociais que promovem (PONTE; FEDOSSE, 2016).

Sabe-se que a comunicação é um processo intimamente ligado ao ser humano, componente importante da saúde mental, pois o homem é, por excelência, um ser de comunicação. Alterações na comunicação podem desenvolver outras, como sentimento de frustração potencialmente indutor de quadro depressivo ou seu agravamento (CHAVES et al., 2013).

Alteração na comunicação é, portanto, uma sequela importante no contexto social dos usuários do SAD, necessitando maior atenção da enfermagem na abordagem terapêutica ao usar e incentivar a comunicação suplementar e/alternativa, recurso auxiliar para que esses usuários possam participar de situações dialógicas e abordar suas condições de vida (BAHIA; CHUN, 2014).

Mediante o que foi acima exposto, e o ser humano sendo avaliado em sua totalidade, o diagnóstico de enfermagem **comunicação verbal prejudicada** aponta influenciar e está inter-relacionado com o aparecimento do **risco de baixa autoestima crônica, risco de sentimento de impotência, risco de solidão e risco de suicídio**, a seguir apresentados.

Risco de baixa autoestima crônica pertence ao domínio autopercepção, com o principal fator de risco “afeto inadequado recebido”. Presentes também os fatores de risco “exposição à situação traumática”, “enfrentamento ineficaz de perda” e “participação insuficiente em grupos”, sugerindo contribuir com alterações emocionais e saúde mental.

As alterações psiquiátricas, em especial a depressão, é uma complicação frequente em usuários no pós-AVE, sendo questionado o seu aparecimento como consequência orgânica do estado de doença e/ou reação psicogênica a essa nova condição imposta. Essa condição de vida e deficiências adquiridas após a lesão alteram o potencial do usuário em manter um senso positivo de bem-estar subjetivo (CAMÔES BARBOSA et al., 2011; PONTE; FEDOSSE, 2016).

Percebe-se também alterações na autopercepção em usuários em cuidados paliativos, como oncológicos, provocando baixa autoestima e prejuízo na interação social, no desempenho de papéis e relacionamentos, sugerindo a inter-relação dos diagnósticos de enfermagem **risco de baixa autoestima crônica** e **risco de solidão** (RIBEIRO et al., 2016).

No domínio “enfrentamento/tolerância ao estresse” tem-se o diagnóstico **risco de sentimento de impotência**, com destaque aos fatores de risco “ansiedade” e “enfermidade progressiva”. “Dor” se apresenta como o principal fator de risco, o que sugere interferir diretamente na qualidade de vida e expõe a necessidade de implementar estratégias mais eficazes para o controle desse sintoma.

Qualidade de vida pode ser compreendida como um conjunto de fatores que propicia o bem-estar das pessoas e acarreta condições adequadas de vida. Isso exige que os profissionais atuem com vistas à humanização das práticas de saúde para que possam assegurar o bem-estar dos indivíduos (BAHIA; CHUN, 2014).

No domínio promoção da saúde, tem-se o diagnóstico **atividade de recreação deficiente**. Os fatores relacionados são “atividade de recreação insuficiente” e “extremos de idade”, e a característica definidora “tédio”. Sugerem serem resultados do comprometimento da condição fisiológica dos usuários do SAD

e seu nível de independência e autonomia que prejudicam, entre outras atividades, as atividades de lazer (PONTE; FEDOSSE, 2016).

Risco de solidão segue no domínio “conforto” que, segundo definição da NANDA-I (2015), é “vulnerabilidade a experimentar desconforto associado a desejo ou necessidade de mais contato com os outros, que pode comprometer a saúde”.

O principal Fri encontrado foi o isolamento social, parecendo ser resultado das múltiplas restrições e condição clínica complexa do usuário do SAD. Devido à possibilidade de morte iminente, característica presente nos cuidados paliativos, sentimentos como medo, tristeza e ansiedade relacionada à morte são vivenciados. Dessa forma, a progressão da doença tende a prejudicar o conforto do usuário (RIBEIRO et al., 2016).

Em “segurança/proteção” aparece o DE **risco de suicídio**, cujo fator de risco é “enfermidade física”. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio é um ato deliberado iniciado e executado por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal (OMS, 2001).

O suicídio é um grave problema de saúde pública. Na maioria dos países, está entre as dez principais causas de morte e entre as mais frequentes em adolescentes e adultos jovens (OLIVEIRA et al., 2016). Estudos com dados da OMS apontam para 2020 aproximadamente 1,53 milhão de mortes por suicídio e um número de 10 a 20 vezes maior de tentativas (MACENTE; ZANDONADE, 2011).

Diversas circunstâncias podem aumentar o risco de suicídio por serem produtoras de estresse, dentre elas é possível citar o isolamento social e distúrbios psíquicos como a depressão. Estes podem ser potencializados pela “enfermidade física”, Fri do DE em questão (MACENTE; SANTOS; ZANDONADE, 2009).

Essa problemática, mais uma vez, requer atuação multidisciplinar no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde mental, qualidade de vida, educação, proteção, recuperação da saúde e prevenção de danos (BRASIL, 2006c). O usuário, diante da integralidade do ser, deve ser assistido nessa perspectiva, e ter elementos como lazer e religião fortalecidos, consenso na literatura como fatores

protetores contra o percurso suicida (WELANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005).

Em **processos familiares disfuncionais**, sobressaem os Fris “estratégias ineficazes de enfrentamento”, “habilidades insuficientes de solução de problemas” e as características definidoras “habilidades ineficazes de comunicação” e “escalada de conflitos”.

Eles sugerem dificuldade na dinâmica familiar em lidar com o processo saúde-doença e os desafios lançados pela atenção domiciliar. É uma realidade comum nesse cenário, pois os familiares lidam com usuários a partir de sua complexidade clínica, longe da estrutura hospitalar. A dinâmica familiar pode então sofrer alterações como inversões de papéis, gerando situações estressoras, desgastantes e frustrantes (PONTE; FEDOSSE; 2016).

Dessa forma, o atendimento domiciliar apresenta cuidados a longo prazo, em que a resolutividade visa não apenas o tratamento e a cura da doença, mas também o trabalho com diversas situações no contexto familiar com objetivo de evitar que esse contexto também adoeça (LACERDA, 2010).

Processos familiares disfuncionais também sugerem a influência no aparecimento do DE **manutenção do lar prejudicada**, pertencente ao domínio “atividade/repouso”. Em sua estrutura conta com o FR “organização familiar insuficiente” e a CD “dificuldade para manter o ambiente confortável”.

É comum sua ocorrência e, por vezes, há conflitos na dinâmica familiar proveniente de uma organização familiar insuficiente, que sobrecarrega o cuidador, que agrega também a execução das tarefas domésticas em sua rotina. Conciliá-las com os cuidados exige habilidade na organização do tempo que nem sempre é possível, já que ser cuidador é uma atividade totalmente absorvente. Essa situação aponta contribuir para o diagnóstico **manutenção do lar prejudicada** (OLIVEIRA et al., 2013).

Estudo realizado por Oliveira et al. (2013), ao avaliarem a prática das atividades desempenhadas pelos cuidadores, mostrou prevalecer aquelas referentes

às atividades básicas e instrumentais do cotidiano, consumindo quase a totalidade de tempo diário do cuidador com uma mediana de 18h/dia. Nas horas não destinadas aos usuários, o cuidador desempenhava atividades de casa. Isto reafirma a prática comum do cuidador em conciliar essas responsabilidades e revela a escassez de tempo disponível para desempenhar com excelência as atividades domésticas.

7.5 Necessidades Psicoespirituais

Nesse grupo, ressalta-se o aparecimento de apenas um domínio dos DEs da NANDA-I (2015): “princípios da vida”. O DE mais presente foi **risco de religiosidade prejudicada** e “enfermidade”, o Fri que mais se destacou.

A religião é uma crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do Universo. A dimensão espiritual trabalha aspectos referentes ao significado da vida e razão de viver (GOBATTO; ARAUJO, 2010). Religião e espiritualidade contribuem para o enfrentamento dos usuários às adversidades as quais estão expostos no contexto de doença, pois acreditar e ter esperança em algo os auxilia a manter crenças e continuar motivados para a vida (RIBEIRO et al., 2016).

Vale ressaltar que a religiosidade auxilia no enfrentamento da “enfermidade” e que a própria enfermidade também se comporta como Fri para a religiosidade prejudicada (NANDA-I, 2015). Todavia, estudos identificam fragilidades e lacunas no que se refere à exploração das necessidades psicoespirituais e ao atendimento as suas demandas (RIBEIRO et al., 2016; NOGUEIRA; NÓBREGA, 2015).

A ausência de abordagens e intervenções psicoespirituais é reflexo de obstáculos na avaliação clínica do grupo de necessidades psicoespirituais. A saber: dificuldade que o usuário tem em sua abordagem devido ao seu caráter íntimo e subjetivo; falta de tempo, conhecimento e competência dos profissionais envolvidos para diagnosticar essas necessidades e intervir de maneira adequada; escassez de recursos humanos, realidade comum nos cenários de prática de saúde, comprometendo a organização e a gestão dos cuidados de enfermagem (CASTELO-BRANCO; BRITO; FERNANDES-SOUSA, 2014).

É imperativo o investimento de serviços de saúde na atenção às necessidades psíquicas dos usuários envolvidos. Sabe-se também que no processo de terminalidade, situação comum no SAD, o usuário tende a explorar mais sua crença em Deus e na vida após a morte, reavaliando a própria vida e sobrepondo suas necessidades psíquicas às físicas (CASTELO-BRANCO; BRITO; FERNANDES-SOUSA, 2014).

A enfermagem, nesse contexto, promove o diferencial ao oferecer apoio ou possibilitar crescimento espiritual, os quais auxiliam o usuário a se reequilibrar e manter a conexão comum com o poder superior (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2012)

A atenção às necessidades psíquicas na assistência à saúde repercute então positivamente no bem-estar dos usuários envolvidos, além de permitir aos profissionais uma visão integral do usuário e suas diferentes dimensões. Essa visão supera as limitações do modelo biomédico, ainda prevalente, e humaniza a assistência ao trabalhar a integralidade do ser (ARRIEIRA et al., 2011).

7.6 Cuidador

Os cuidadores participantes da pesquisa, em sua maioria era filho e apresentava vínculo com os cuidados há mais de quatro anos. Destaca-se o maior envolvimento do sexo feminino, 37 (92,5%), semelhante ao que apontam outros estudos (GRAÇA et al., 2013; EBRAHIMZADEH et al., 2013). Essa realidade, culturalmente prevalente, reforça o papel social da mulher em seu envolvimento como cuidadora do lar, da família e do familiar dependente (NOGUEIRA et al., 2012).

Para o levantamento de dados do cuidador, parte do instrumento de coleta de dados foi destinado a ele, sendo possível o levantamento de dois DES da NANDA-I (2015) que retratam esse envolvimento.

Predominou-se o DE **risco de tensão do papel de cuidador**, pertencente ao domínio “papéis e relacionamento”. Corroborando outros estudos, destaca-se, entre os Fris, o “cuidador feminino”. A “complexidade das tarefas de cuidado”, “duração

excessiva dos cuidados necessários” e “quantidade excessiva de tarefas de cuidado” são outros Fris com ocorrência importante (OLIVEIRA et al., 2013; PONTE; FEDOSSE, 2016).

Os Fris destacados evidenciam a magnitude da responsabilidade do cuidador. A demanda dos cuidados é diretamente relacionada à condição clínica do usuário e ao comprometimento de sua autonomia. Isso envolve não apenas as atividades de vida diária que o usuário é incapaz de fazer, mas também todas as outras demandas administrativas (OLIVEIRA et al., 2013).

Esse contexto possibilita o surgimento da sobrecarga do cuidador, considerada uma perturbação, resultante do trabalho em lidar com a dependência física e incapacidade mental do usuário que necessita de atenção e cuidados. Repercute como um conjunto de problemas físicos, mentais e socioeconômicos que sofre esses cuidadores, principalmente aqueles que são familiares, afetando suas atividades de vida diária, relacionamentos sociais e equilíbrio emocional (SANTOS et al., 2010; GRAÇA et al., 2013).

O **DE risco de tensão do papel do cuidador** reafirma a importância do conhecimento desses potenciais problemas que podem envolver os cuidadores para que seja possível o desenvolvimento de políticas públicas de saúde com foco neles. Percebe-se a inexistência de ações governamentais voltadas às famílias das pessoas com deficiências, sendo necessário um olhar para a qualidade de vida do cuidador, compreendendo suas necessidades e percepções sobre a vida e exigindo da equipe de saúde intervenções mais abrangentes para incluí-lo (PRUDENTE; RIBEIRO; PORTO, 2017).

Mediante aos DEs discutidos, percebe-se a complexidade do atendimento do SAD ao usuário, família e cuidadores e os desafios lançados tendo em vista a garantia da continuidade e humanização da assistência na RAS.

8 CONCLUSÃO

Os DEs evidenciam a complexidade do atendimento do SAD, com desafios a serem superados na assistência ao usuário, à família e na dinâmica da RAS. O quantitativo expressivo de DEs levantado, prevalecendo aqueles com foco no problema, evidenciam esses desafios na assistência ao usuário com notória complexidade clínica em uma rede assistencial de saúde com várias lacunas.

O predomínio de DE do grupo de necessidades psicobiológicas e a respectiva abrangência de domínios da taxonomia NANDA-I mostram a multiplicidade de demandas clínicas dos usuários do SAD, bem como os pontos a serem melhorados na dinâmica do serviço estudado, buscando integralidade de atenção.

Diante disso, a escolha da TNHB foi assertiva para a abordagem integral no atendimento do SAD, com múltiplas demandas biopsicossociais e espirituais. Possibilitou o levantamento das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais dos usuários assistidos, podendo subsidiar uma atenção à saúde o mais próximo possível do ideal.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Determinar o perfil dessa clientela é relevante por instrumentalizar o serviço no uso de ferramentas de sistematização e qualificação da atenção à saúde, como o PE. Maior investimento na dinâmica assistencial do SAD se faz necessário para favorecer a identificação dessas demandas e melhorar a qualidade do atendimento. Dentre essas estratégias, tem-se o instrumento de coleta de dados e o manual de coleta de dados construídos pela pesquisadora, que poderão contribuir para operacionalização do processo de enfermagem nesse serviço.

Os resultados do estudo também viabilizam a construção de protocolos clínicos, propostos pela política de humanização para aprimoramento da assistência. Permite, portanto, a elaboração de protocolo e fluxograma de SAE com abordagem do PE.

Observou-se, de forma relevante, no contexto de atendimento, a figura do cuidador, o qual revelou-se uma das essências do SAD pelas repercussões sobre os indivíduos cuidados. Assim, verificou-se a necessidade imperiosa de planejar intervenções envolvendo-o, considerando a situação de predomínio de cuidadoras mulheres e a ocorrência do DE “risco de tensão do papel do cuidador”.

A enfermagem, como apresentado por outros estudos e corroborado por este, assume papel protagonista na dinâmica da atenção domiciliar. Além das habilidades no relacionamento interpessoal com usuário, família e equipe, e notória coordenação do cuidado com ações de tecnologia leve, leve dura e dura, apresenta também potencial habilidade de gestão. O uso dessas ferramentas de organização do serviço impacta na qualidade e na continuidade do atendimento.

O método de raciocínio diagnóstico realizado se fez necessário para obter acurácia no levantamento dos DEs ao viabilizar a organização do pensamento, a interpretação dos dados do usuário, a nomeação desses dados com o levantamento dos DEs, para então estruturar o desenvolvimento de planos de cuidados, garantindo as demais etapas operacionais do PE. A escolha do método DNT foi positiva ao favorecer o raciocínio crítico e ser potencialmente aplicável nos cenários de prática.

O estudo, portanto, contribuirá para a prática clínica de enfermagem ao trabalhar com a PBE, que qualifica e humaniza o atendimento seguindo as propostas do HumanizaSUS. Para o ensino e a comunidade científica, o estudo se destaca por contribuir com as publicações sobre as temáticas SAD e PE, ainda incipientes.

Ressalta-se a necessidade de se desenvolver o protocolo e fluxograma de SAE e uso do PE no SAD estudado, reafirmando o objetivo do mestrado profissional: garantia de aplicabilidade e contribuição científica nos cenários de prática. Ressalta-se também a necessidade de estudos futuros para validação do instrumento e manual de coleta de dados utilizados.

REFERÊNCIAS

AGRA, Glenda et al. Constipação em pacientes com doença oncológica avançada em uso de opioides. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, n. 4, v. 37, 2013. Disponível em: <www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155558/A13.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

ALMEIDA, Sara Regina Meira. Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. **RevNeurocienc**, Campinas, n. 4, v. 20, 2012. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2004/editorial%2020%2004/edSara.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

AMANTE, Lúcia Nazareth; ROSSETTO, Annelise Paula; SCHNEIDER. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Rev Esc Enferm**, USP, 2009, n.1, v.43, p. 54-64, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100007 Acesso em: mar. 2015.

ANDRADE, Angélica Mônica. et al. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **RevBrasEnferm**, n. 1, v. 70, 2017. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0210.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

AQUINO, Daise Ribeiro; FILHO, Wilson Danilo Lunardi. Construção da Prescrição de Enfermagem Informatizada em uma UTI. **CogitareEnferm**, n. 1, v. 9, 2004. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1706>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira et al. Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer. **CiencCuidSaude**, n. 2, v. 10, 2011. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15689/pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. **Fundamentos de enfermagem**: Introdução ao processo de enfermagem. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

BACKES, Dirce Stein; SCHWARTZ, Eda. Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: Desafios e Conquistas do Ponto de Vista Gerencial. **Rev Ciência Cuidado Saúde**, n. 2, v. 4, 2005. Disponível em: <Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: Desafios e Conquistas do Ponto de Vista Gerencial>. Acesso em: 20 fev. 2017.

BAHIA, Mariana Mendes; CHUN, Regina Yun Shon. Qualidade de vida na afasia: diferenças entre afásicos fluentes e não fluentes usuários de Comunicação Suplementar e/ou Alternativa. **Audiol Commun Res**, São Paulo, n. 4, v. 19, 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312014000400352&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 10 fev. 2017.

BARROS, A. L. B. L; GUTIÉRREZ, M. G. R. Sistematização da Assistência de Enfermagem sob o referencial do cuidar. In: VII SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (SINADEN), 2004, Belo Horizonte, MG. **Anais...** Belo Horizonte: ABEn, 2004. p. 45-52.

BENEDET, Silvana Alves; BUB, Maria Bettina Camargo. **Manual de diagnóstico de enfermagem:** uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001.

BENJAMIN, A. E. An historical perspective on home care policy. **The Milbank Quartely**, New York, n. 1, v. 1, 1993. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8450819>>. Acesso em: 3 abr. 2017.

BIERING-SORENSEN Ida et al. Sexual function in a traumatic spinal cord injured population 10-45 years after injury. **J Rehabil Med**, n. 11, v. 44, 2012. Disponível em: <<https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-1057>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BORBA, Anna Karla de Oliveira et al. Práticas educativas em diabetes Mellitus: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, n. 1, vol. 33, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100022>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BORDINHAO, Rosaura Costa. **Processo de Enfermagem em uma unidade de tratamento à luz da teoria das necessidades humanas básicas**. 2010. 148f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/26477>>. Acesso em: 20 de nov. 2016

BRANT, Luiz Carlos; MINAYO, Carlos Gomez. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica a psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19838.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto n.º 46.349, de 3 de julho de 1959**. Brasília, DF, 1959. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=177109>>. Acessado em: 25 mar. de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2416, de 23 de março de 1998**. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <www.saude.ba.gov.br/dae/Port2416.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1531, de 04 de setembro de 2001**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1531_04_09_2001.htm>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n.º 10.424, de 15 de abril de 2002**. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm>. Acesso em: 20 mar 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS n.º 249, de 16 de abril de 2002**. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <<http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/legislacaooidoso/portaria%20249%20-%20ministerio%20da%20saude.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2004. (Textos básicos de Saúde). Disponível em: <<http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000125646.PDF>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução RDC n.º 11, de 26 de janeiro de 2006**. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html>. Acesso em: 10 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.529, de 19 de outubro de 2006**. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006.htm>. Acesso em: 10 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>. Acesso em: 5 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011a. 13-19p. (Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html>. Acesso em: 15 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.htm>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011**. Brasília, DF, 2011d. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dae/Port2527.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do Melhor em Casa**. Brasília, DF, 2011e. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial n.º 630, de 8 de novembro de 2011**. Brasília, DF, 2011f. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_630_08_11_2011.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF, v.1, 2012a. 15p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1663, de 6 de agosto de 2012**. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015.

_____. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.htm>. Acesso em 10 nov. 2015.

_____. **Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013**. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html>. Acesso em 10 fev. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2013**. Brasília, DF, 2013c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília, DF, 2013d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde**, 2014a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS: Resultados do laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar**. Brasília, DF, 2014b. 17-46p. (Técnica Navegador SUS).

_____. **Portaria n.º 825, de 25 de abril de 2016**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/27/PORTARIA-825.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1208 de 18 de junho de 2013**. Brasília, DF, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.htm. Acesso em: 10 abr. 2015.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das intervenções de enfermagem**: NIC. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

CAMÕES BARBOSA Alexandre et al. Factores preditivos de depressão pós-acidente vascular cerebral: estudo retrospectivo numa unidade de reabilitação. **Acta MedPort**, v. 24, 2011. Disponível em: <http://ojs.josekarvalho.net/index.php/pubmed2ojs/article/view/1929>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

CAMPOS, Maryane Oliveira et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.3, v.18, 2013. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300033>. Acesso em: 15 mar. 2017.

CARDOSO, Fernando Luiz et al. Implicações do conhecimento corporal no comportamento sexual. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, n. 4, v. 23, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-55092009000400004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 fev. 2017.

CASTELO-BRANCO, Maria Zita; BRITO, Dalila; FERNANDES-SOUSA; Clementina. Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: revisão integrativa. **Aquichan**, n. 1, v. 14, 2014. Disponível em: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2126/html>. Acesso em: 13 mar. 2017.

CAVALCANTE, Thaissa Frota et al. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “risco de aspiração” em pacientes com acidente cerebrovascular. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 21, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_31.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2017.

CHAVES Daniel Bruno Resende et al. Comunicação verbal prejudicada - investigação no período pós-acidente vascular encefálico. **Rev RENE**, n. 5, v. 14, 2013. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1315>>. Acesso em: 16 fev. 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n.º 358/2009**. Brasília, 2009. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html> Acesso em: 20 mar. 2015.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio Histórico-conceitual sobre a Atenção Primária a Saúde: desafio para a organização dos serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

CORRÊA, Léa C et al. Coleta de dados de enfermagem em unidade coronária: validação de instrumento. **Arq. Ciências saúde**, UNIPAR, n. 2, v. 15, 2008. Disponível em: <bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript...xis>. Acesso em: 6 mar. 2017.

CRUZ DALM. Processo de enfermagem e classificações. In: GAIDZINSKI, R. R. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEALEY, Carol. **Cuidando de feridas**: um guia para as enfermeiras. 3ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

EBRAHIMZADEH, Mohammah Hossein et al. Quality of life and the related factors in spouses of veterans with chronic spinal cord injury. **Health Qual Life Outcomes**, 2013. Disponível em: <<https://hql.o.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-11-48>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

FULY, Patrícia dos Santos Claros; LEITE, Josete Luzia; LIMA, Suzinara Beatriz Soares. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **RevBrasEnferm**, Brasília, n. 6, v. 61, 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a15v61n6.pdf>. Acesso em: 12 mar 2017.

FURAKER, Carina. Registered Nurses' Views on Competencies in Home Care. **Home Health Care Manag Pract**, n. 5, v. 24, 2012. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1084822312439579>>. Acesso em: 10 Mar 2017.

GARCIA, Telma Ribeiro; EGRY, Emiko Yoshikawa. **Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Ed. Artmed: Porto Alegre, 2010.

_____; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, n. 1, v.13, p. 188-193, 2009.

GOBATTO, Caroline Amado; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcante Ferreira. Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. **Rev SBPH**, n. 1, v. 13, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a05.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

GRAÇA, Ágatha et al. Quality of life of primary caregivers of spinal cord injury survivors. **RevBrasEnferm**, n. 1, v. 66, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 20 mar. 2017.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira. Elaboração e validação de instrumento de entrevista de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, n. 3, v. 59, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300012>. Acesso em: 5 abr. de 2017.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**, EPU, São Paulo, 1979. Disponível em: <https://docs.google.com/fileview?id...hl=pt_BR>. Acesso em: jul. 2015.

IBGE. **Projeção da população por sexo e idade: 2000/2060**. Rio de Janeiro, vol. 40, 2013. (Série Relatórios Metodológicos). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm>. Acesso em: 10 mar. 2017.

JENSEN, Rodrigo; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro; TESORO, Mary Gay; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Tradução e adaptação cultural para o Brasil do modelo DevelopingNurse'sThinking. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 2, v. 22, 2014. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00197.pdf. Acesso em: 5 set. 2016.

JUCHEM, Beatriz Cavalcante; ALMEIDA, Míriam de Abreu; LUCENA, Amália de Fátima. Novos diagnósticos de enfermagem em Imagenologia: submissão à NANDA Internacional. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, n. 3, v. 63, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a22v63n3.pdf>> Acesso em: 20 mar. 2015.

LACERDA, Maria Ribeiro. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. **CienSaudeColet**, n. 5, v. 15. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500036>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

LEBRÃO, Maria Lúcia. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, n. 17, v. 4, 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pd>>. Acesso em: 10 mar 2017.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasof, 2006.

LEUNG, Alexandre A.; NERENBERG, Karla; DASKALOPOULOU, Stella S. et al.. Hypertension Canada's 2016 Canadian Hypertension Education Program Guidelines for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. **Can J Cardiol.** n. 5, v. 35, 2016. Disponível em :<[http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(16\)00192-6/fulltext](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(16)00192-6/fulltext)>. Acesso em: 5 mar. 2017.

LIMA, Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **RevBrasEnferm**, n. 4, v. 69, 2016. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0785.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

LINS, Thais Honório et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE. **Rev. Eletr. Enf**, n.1, v.15, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16503.doi>> Acesso em: 20 mar. 2015.

LOPES, Maria Helena Antunes et al. Importância da integralidade das ações no serviço de atenção domiciliar: artigo de revisão. **NBC**, Belo Horizonte, n.5, v. 3, 2013. Disponível em: <<http://www3.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/bio/article/view/450/383>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. **RevBrasClinMed**, n. 2, v. 8, 2010. Disponível em: <www.amemg.com.br/arquivos/espiritualidade.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

MACENTE, Luciene Bolzam; SANTOS, Elem Guimarães; ZANDONADE, Eliana. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura Pomerana no interior do estado do Espírito Santo. **J BrasPsiquiatr**, n. 4, v. 58, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000400004>. Acesso em: 10 abr. 2017.

_____; ZANDONADE, E. Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (de 1980 a 2006). **J Bras. Psiquiatr**, n.3, v. 60, p. 151-157, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000300001>. Acesso em: 10 abr.2017.

MARQUES, D. K. A.; MOREIRA, G. A. C.; NÓBREGA, M. M. L. Análise da teoria das necessidades humanas básicas de Horta. **Rev. Enferm**, UFPE [Online], n.4, v.2, p.410-16, 2008. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/336>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

NANDA-I. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações**. 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NEVADO, Dolores Corrales; BARBARRO, Alberto Alonso; LOZANO, Maria Ángeles Rodrigues. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales em la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. **GacSanit**, v. 26, 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003700>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

NEVES, Rinaldo de Souza. Sistematização da assistência de Enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de Horta. **Rev. Bras. Enferm**, n. 8, v. 58, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400016>. Acesso em: 10 fev. 2017.

NISHIO, Elizabeth Akemi; FRANCO, Maria Teresa Gomes. **Modelo de Gestão em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 2011.

NOGUEIRA, Paula Cristina et al. Burden of care and its impact on health-related quality of life of caregivers of individuals with spinal cord injury. **Rev Latino AmEnferm**, n. 6, v. 20, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600006>. Acesso em: 10 fev. 2017.

NOGUEIRA, Luciana Gomes Furtado; NÓBREGA, Maria Miriam Lima. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada. **RevEscEnfermUSP**, n. 1, v. 49, 2015. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0054.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

OLIVEIRA, Ana Railka de Souza et al. Competências essenciais de programas de assistência domiciliar para pacientes com acidente vascular cerebral. **Rev. Eletr. Enf**, n. 2, v. 15, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.18046>>. doi: 10.5216/ree.v15i2.18046. Acesso em: 10 mar. 2017.

OLIVEIRA, Eliane Nazaré et al. Aspectos epidemiológicos e o cuidado de enfermagem na tentativa de suicídio. **Revista Enfermagem Contemporânea**, n. 2, v. 5, 2016. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/967>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

OMS. **Relatório mundial da saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra. 2001. Disponível em: <www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso em 10 mar. 2017.

PIVOTO, F. L. **Proposta de processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo pós-operatório cardiológica**. 2008, 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande, 2008. Disponível em: <bdtd.furg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=160>. Acesso em: 10 mar. 2017.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl.Tatan.; HUNGLER, Bernadetti P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004.

PONTE, Aline Sarturi; FEDOSSE, Elenir. Lesão Encefálica Adquirida: impacto na atividade laboral de sujeitos em idade produtiva e de seus familiares. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 10, v. 21, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016001003171&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 5 mar. 2017.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 6ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

PRUDENTE, Cejane Oliveira Martins; RIBEIRO, Maysa Ferreira Martins; PORTO, CelmoCeleno. Qualidade de vida de cuidadores familiares de adultos com lesão medular: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 1, v. 22, 2017. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0123.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

REHEM, Tânia Cristina Moraes Santa Bárbara; TRAD, Leny Alves Bomfim. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a24v10s0.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

RIBEIRO Juliane Portella; CARDOSO Letícia Silveira; PEREIRA Cláudia Maria Silva et al. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. **Rev fund Care online** n. 4, v. 8, 2016. Disponível em: <www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/4016/pdf>. Acesso: em 5 mar. 2017.

ROLIM, Cristina Lúcia Rocha Cubas; MARTINS Mônica. Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. **Cad Saúde Pública**, n. 11, v. 27, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/04.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

SANTANA, Adriana Cristina. **Mapeamento das intervenções e atividades de enfermagem no atendimento as pessoas com úlceras vasculares**: aplicação da teoria da Wanda Horta. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem. Universidade de Federal de Goiás, ano 2012. Disponível em: https://ppgenf.fen.ufg.br/up/127/o/Adriana_Cristina_de_Santana.pdf. Acesso em: 10 mar. 2017.

SANTOS, Alessandra Alcides de Sá; VARGAS, Maldonado; OLIVEIRA, Cristiane Costa da Cunha et al. Avaliação da sobrecarga dos cuidadores de crianças com paralisia cerebral. **Ciênc. Cuid. Saúde**, n. 3, v. 9, 2010. Disponível em: <periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9405/6643>. Acesso em: 10 mar. 2017.

SAZLINA, ShariffGhazali; BROWNING, Colette; YASIN, Shajahan. Interventions to promote physical activity in older people with type 2 diabetes mellitus: a systematic review, **Public Health**, v. 23, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3870318/>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

SILVA, Fabiane Carmo Santos. O princípio da integralidade e os desafios de sua aplicação em saúde coletiva. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, n. 4, v. 7, 2015. Disponível em: <<http://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/373>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

SILVA, Kênia Lara et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 1, v. 44, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

_____; SENA, Roseni Rosângela; SILVA, Paloma Moraes et al. The nurse's role in home care: its implications for the training process. **CiencCuidSaude**, n. 3, v. 13, 2014. Disponível em: <http://www.periodi>

cos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19227/pdf_334>. Acesso em: 5 fev. 2017.

_____. Supplementary home health care services and the inclusion of nursing in Belo Horizonte / Minas Gerais (Brazil). **Acta Paul Enferm**, n. 3, v. 25, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/en_v25n3a14.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2017.

_____; MOREIRA, Marléa Chagas. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm**, n. 2, v. 24, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/03.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

_____; _____. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. **Rev. Eletr. Enf.**, n. 3, v. 12, 2010. Disponível em :<<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.7274>>Acesso em: 10 mar. 2015.

SMELTZER S. C.; BARE B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Tradução de Brunner e Suddarth. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SOUSA, Janaina Meireles; ALVES, Eliolenai Dornelles. Nursing competencies for palliative care in home care. **Acta Paul Enferm**, n. 3, v. 28, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/en_1982-0194-ape-28-03-0264.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

SOUZA AngeliSoare; VALADARES Glaucia Valente. Desvelando o saber/ fazer sobre diagnósticos de enfermagem: experiência vivida em neurocirurgia oncológica. **RevBrasEnferm**, n. 5, v. 64, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a14v64n5.pdf>>.Acesso em: 5 abr. 2017.

STROBL R et al. Distribution and determinants of functioning and disability in aged adults : results from the German KORA-Age study. **BMC Public Health**, v.13, 2013.

TANNURE, Meire Chuere; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TORRECILHA, Larissa Amaral; COSTA, Bianca Teixeira; LIMA, Felipe Bandeira et al. O perfil da sexualidade em homens com lesão medular. **FisioterMov**, n.1, v. 27, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/fm/v27n1/0103-5150-fm-27-01-0039.pdf>.Acesso em: 5 abr. 2017.

VICTORIA, Cesar Gomes; BARRETO, Maurício Lima; LEAL, Maria do Carmo et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **The Lancet**, Londres, 2011. Disponível em: <Disponível em:<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/352563>>.Acesso em: 20 abr. 2017.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 18, 2013. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413> Acesso em: 24 set. 2014.

VILLAS BÔAS, Maria Leopoldina de Castro; SHIMIZU, Helena Eri. Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal. **Acta Paul Enferm**, n. 1, v. 28, 2015. Disponível em: www.scielo.br/pdf/appe/v28n1/1982-0194-appe-028-001-0032.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

WERLANG, Blanca Susana Guevara ; BORGES, Vivian Roxo; FENSTERSEIFER, Liza. Índícios de potencial suicida na adolescência. **Psic Rev**, São Paulo, n. 14, v. 1, 2005. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/18125/13480>>. Acesso em: 10 Abr 2017.

WHO. **Global health and aging**. Bethesda: National Institutes of Health, 2011. Disponível em: www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

_____. **Global Action Plan for Prevention and Noncommunicable Diseases Control 2013-2020**. Geneva, Switzerland. 2013. Disponível em: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/>. Acesso em: 20 mar. 2017.

_____. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. London. 2014. Disponível em: www.who.int/nmh/GlobalAtlasofPalliativeCare.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

ANEXO A- Carta de anuência da secretaria municipal de saúde de Aparecida de Goiânia

 PREFEITURA DE APARECIDA Transformando a cidade. Melhorando sua vida.	 SUS
<u>TERMO DE ANUÊNCIA</u>	
A Secretaria Municipal de Saúde do município de Aparecida de Goiânia está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado Sistematização da assistência de enfermagem no serviço de atenção domiciliar do município de Aparecida de Goiânia-Go, coordenado pela pesquisadora Ana Claudia Nascimento de Sousa, desenvolvido em conjunto com a pesquisadora Dra. Nilza Alves Marques Almeida, respectivamente discente e docente do Programa de Pós- graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás. A Secretaria Municipal de Saúde do município de Aparecida de Goiânia assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados durante os meses de Novembro de 2015 até Abril de 2016. Declaramos ciência de que nossa instituição é co-participante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso da pesquisadora responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.	
Goiânia, 14 de Setembro de 2015	
 _____ Vânia Cristina Rodrigues Oliveira Secretária Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia	
Rua Antônio Batista Sandoval, Área Pública nº 3 – Centro – Aparecida de Goiânia – Goiás CEP: 74.980-970 Telefone: (62) 3545 – 5883 – Email: agendavaniacristi@gmail.com	

ANEXO B- Anuência escola municipal de saúde pública de Goiânia



**PREFEITURA
DE GOIÂNIA**

Secretaria Municipal de Saúde
Superintendência de Administração e Gestão de Pessoas
Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas
Escola Municipal de Saúde Pública

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Da: Escola Municipal de Saúde Pública	
Ao: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
Protocolo: EMSP/SMS 18.2016	
Título da pesquisa:	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA
Objetivo geral:	Analisar o perfil clínico e os diagnósticos de Enfermagem dos usuários do Serviço de atenção domiciliar no município de Aparecida de Goiânia.
Pesquisador responsável:	Ana Cláudia Nascimento de Sousa
Orientadora:	Nilza Marques Alves de Almeida
Período de coleta:	Maio a julho de 2016
Instituição:	Universidade Federal de Goiás
Curso:	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
Natureza:	Mestrado

Após análise do projeto de pesquisa acima citado, a Secretaria Municipal de Saúde informa a viabilidade de execução do mesmo junto às unidades de saúde. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades no presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela inseridos, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Entretanto, a execução deste projeto dependerá da aprovação em um Comitê de Ética em Pesquisa, mediante apresentação do parecer ético consubstanciado junto à Escola Municipal de Saúde Pública. Ressaltamos que os princípios ético-legais devem ser seguidos, conforme a Resolução CNS 466/2012.

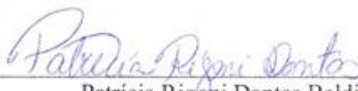
Goiânia, 25 de maio de 2016.

Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadora da Esc. Mun. de Saúde Pública
Cristiane O. C. de Albuquerque
Coordenadora
Decreto Nº 1456 / 2015

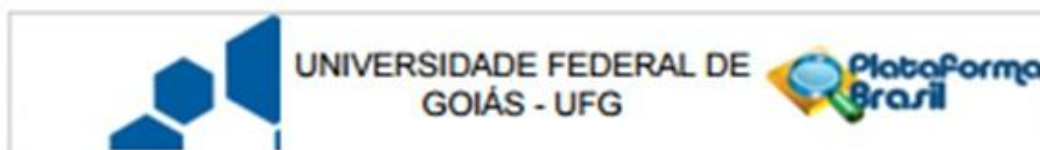
Cristiane Oliveira Cavalcanti de Albuquerque
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
Portaria 027/2014

www.goiania.go.gov.br

ANEXO C- Carta de apoio psicológico

	PREFEITURA DE APARECIDA Transformando a cidade. Melhorando sua vida.	
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APARECIDA DE GOIÂNIA SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR- PROGRAMA MELHOR EM CASA		
PESQUISA: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA-GO		
CARTA DE APOIO PSICOLÓGICO		
Prezado cliente, a presente pesquisa realizará a coleta de dados na sua residência, no horário e ambiente da casa de sua escolha. Caso seja necessário um suporte psicológico, temos a psicóloga da equipe de apoio, que pode oferecer esse suporte a você. Caso tenha interesse é só nos ligar nos telefones (62) 3535-9990 ou (62) 3545-9991, solicitando esse atendimento.		
Atenciosamente,		
 Patricia Rigoni Dantas Baldi Psicóloga do Serviço de Atenção Domiciliar Aparecida de Goiânia <i>Patricia Rigoni Dantas Baldi</i> Patricia Rigoni Dantas Baldi Psicóloga CPF - 061007872		
Rua Antônio Batista Sandoval, Área Pública nº 3 – Centro – Aparecida de Goiânia – Goiás CEP: 74.980-970 Telefone: (62) 3545 – 5883 – Email: agendavaniacristi@gmail.com		

ANEXO D - Anuência do comitê de ética e pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA-GO

Pesquisador: Ana Claudia Nascimento de Sousa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49352215.8.0000.5083

Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.417.506

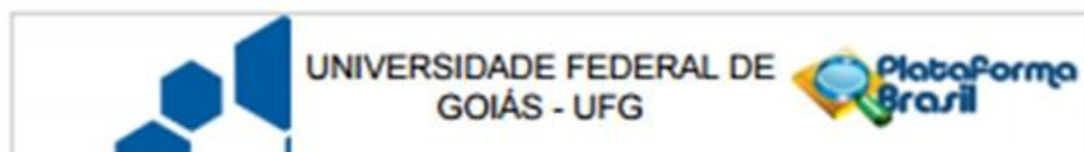
Apresentação do Projeto:

Constitui um estudo descritivo, transversal, exploratório de abordagem quantitativa, a ser desenvolvido no Serviço de Atenção Domiciliar, estruturado pelo programa ministerial Melhor em Casa, situado no município de Aparecida de Goiânia do estado de Goiás. A população será composta por usuários cadastrados e atendidos neste serviço. A coleta de dados ocorrerá no domicílio do usuário, após o consentimento deste ou representante legal, por meio de dois instrumentos- 1) avaliação sócio-demográfica do cliente; 2) roteiro de anamnese e exame físico, embasado na Teoria de Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta com abordagem integral. O estudo propõe a avaliação do perfil clínico e os diagnósticos de enfermagem para elaboração de Protocolo e Fluxograma de Sistematização da Assistência de Enfermagem no Serviço de Atenção Domiciliar. Para tanto, como ponto de partida para nortear o processo de reflexão deste estudo, definiu-se como questão de pesquisa: Qual o perfil clínico e os diagnósticos de enfermagem dos usuários do Serviço de Atenção Domiciliar do município de Aparecida de Goiânia-Goiás?

Objetivo da Pesquisa:

O Estudo propõe como Objetivo Geral analisar o perfil clínico e os diagnósticos de enfermagem dos usuários do Serviço de Atenção Domiciliar do município de Aparecida de Goiânia-GO. Em

Endereço: Prédio da Railorta Térreo Cx. Postal 131
 Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970
 UF: GO Município: GOIÂNIA
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpl.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.417.586

específico: - Traçar o perfil sociodemográfico e clínico de usuários do Serviço de Atenção Domiciliar; - Levantar os Diagnósticos de Enfermagem a partir das características clínicas do usuário do serviço; - Identificar a prevalência dos Diagnósticos de Enfermagem; e - Elaborar protocolo e fluxograma de Sistematização da Assistência de Enfermagem para o Serviço de Atenção Domiciliar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador informa que a pesquisa oferece riscos físicos, psicológicos ou de ordem moral mínimos, pois poderá apresentar desconforto em relação ao exame físico que exige avaliação corporal, ou com relação às perguntas e ao tempo necessário para respondê-las. Assim, visando minimizar estes desconfortos, é proposta a realização destes em local privativo da residência e com utilização do tempo que o participante dispuser. Um suporte psicológico também será disponibilizado por uma profissional pertencente a Equipe Multidisciplinar de Apoio- EMAP, do Serviço de Atenção Domiciliar de Aparecida de Goiânia. Os direitos ao sigilo, anonimato, à desistência de participação e de pleitear indenização foram garantidos. Com relação aos benefícios, estes foram informados e caracterizam-se como indiretos, onde a realização do estudo contribuirá para a atuação da enfermagem nessa área de atenção domiciliar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Constitui uma investigação de relevância, adequadamente fundamentada, a metodologia proposta está em conformidade com os objetivos propostos e documentação completa. Cronograma proposto está adequado, assim como a previsão para início das atividades de coleta, considerando a avaliação pelo CEP. Orçamento atende as necessidades do estudo sendo informado que será de responsabilidade do pesquisador. As adequações solicitadas foram atendidas e os questionamentos contemplados. Anexaram declaração de que somente participará maiores de 18 anos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados os seguintes documentos:

- Projeto de Pesquisa Completo
- Informações Básicas do Projeto - Plataforma Brasil (PB)
- Instrumento de coleta de dados: formulário sociodemográfico e anamnese e exame físico.
- Folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável e representante da instituição proponente.
- Termos de Anuência da Coordenação de Serviço de Assistência Domiciliar e da Secretaria Municipal de

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
 Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970
 UF: GO Município: GOIÂNIA
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prp.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.417.586

Saúde de Aparecida de Goiânia.

- Termo de compromisso assinado pelo pesquisador responsável e o outro membro da equipe.
- Currículo Lattes dos membros da equipe de pesquisa.
- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (para menores de 18 anos).
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Excluíram os participantes menores de 18 anos. Portanto o modelo do TALE anteriormente anexado deixa de ter efeito.

Somos favoráveis à aprovação do presente protocolo de pesquisa smj deste comitê.

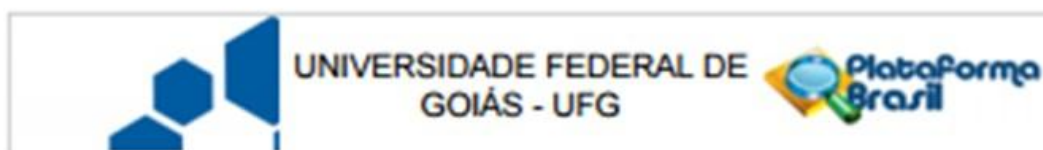
Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Pesquisadores	Declaração_exclusao menores 18 anos.pdf	19/02/2016 10:54:35	João Batista de Souza	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_582061.pdf	20/01/2016 11:22:55		Aceito
Outros	carta_encaminhamento_CEP.docx	09/12/2015 11:05:50	Ana Claudia Nascimento de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMITE.docx	09/12/2015 11:05:17	Ana Claudia Nascimento de Souza	Aceito
Outros	TCLE_2.docx	09/12/2015 00:36:54	Ana Claudia Nascimento de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TALE.docx	09/12/2015 00:33:53	Ana Claudia Nascimento de Souza	Aceito

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
 Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970
 UF: GO Município: GOIÂNIA
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prplufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.417.586

Ausência	TALE.docx	09/12/2015 00:33:53	Ana Claudia Nascimento de Sousa	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	09/12/2015 00:32:07	Ana Claudia Nascimento de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/12/2015 00:31:34	Ana Claudia Nascimento de Sousa	Aceito
Outros	cartapsicologia.pdf	14/09/2015 22:25:22	Ana Claudia Nascimento de Sousa	Aceito
Outros	anuenciachebiasad.pdf	14/09/2015 22:24:52	Ana Claudia Nascimento de Sousa	Aceito
Outros	anuenciasecretaria.pdf	14/09/2015 22:24:25	Ana Claudia Nascimento de Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromisso.pdf	14/09/2015 22:23:41	Ana Claudia Nascimento de Sousa	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	14/09/2015 22:23:12	Ana Claudia Nascimento de Sousa	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	08/09/2015 00:22:56	Ana Claudia Nascimento de Sousa	Aceito
Outros	roteiro_anamnese_examefisico_Diagnos- ticos.docx	08/09/2015 00:20:28	Ana Claudia Nascimento de Sousa	Aceito
Outros	formulario_sociodemografico.docx	08/09/2015 00:19:39	Ana Claudia Nascimento de Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 22 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

Endereço: Prédio da Rectoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cnp.prpl.ufg@gmail.com

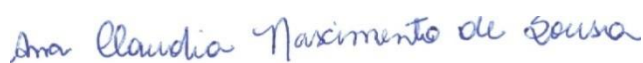
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você/Sr./Sra. (ou o/a seu filho/filha) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a), da pesquisa intitulada **“Sistematização da assistência de enfermagem no serviço de atenção domiciliar do município de Aparecida de Goiânia-Go”**. Meu nome é Ana Claudia Nascimento de Sousa sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é enfermagem. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra pertence à pesquisadora responsável. Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizado(a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas *sobre a pesquisa* poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável, via e-mail (ananack5@hotmail.com) e, inclusive, sob forma de ligação a cobrar, através do seguinte contato telefônico: (62) 8300-4909. Ao persistirem as dúvidas *sobre os seus direitos* como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62)3521-1215.

1. Informações Importantes sobre a Pesquisa:

Título: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA-GO

Esta pesquisa tem como objetivo geral: Analisar o perfil clínico e os diagnósticos de enfermagem dos usuários do Serviço de Atenção Domiciliar do município de Aparecida de Goiânia-GO. O estudo visa contribuir com o trabalho de enfermagem do Serviço de Atenção Domiciliar de Aparecida de Goiânia, e melhorar o atendimento aos clientes desse serviço. A sua participação neste estudo será mediante entrevista, aplicada por meio de uma visita domiciliar, sendo dois questionários, um para saber o seu perfil sócio condição social e financeira como usuário do Serviço de Atenção Domiciliar e um questionário de entrevista e exame físico para a avaliação das suas condições de saúde e saber qual o Diagnóstico de Enfermagem relacionado ao seu problema de saúde para elaborar documentos para o Serviço de Atenção Domiciliar que melhorem a assistência de enfermagem a todos os usuários do serviço. A sua participação nessa pesquisa oferece riscos físicos, psicológicos ou de ordem moral mínimos. Você poderá apresentar desconforto em relação ao exame físico que exige avaliação corporal, quanto as perguntas e ao tempo que necessita dispor para respondê-las. Esses desconfortos serão minimizados com a realização do exame físico em local privativo de sua residência e com utilização do tempo que você dispuser. Caso você precise de suporte psicológico após a entrevista, este será disponibilizado por uma profissional psicóloga pertencente a Equipe Multidisciplinar de Apoio- EMAP, do Serviço de Atenção Domiciliar de Aparecida de Goiânia.



Assinatura por extenso do(a)
participante

Assinatura por extenso do(a) pesquisador
responsável

Nenhum benefício direto proveniente da pesquisa será garantido a você. Mas, os benefícios poderão ser evidenciados na medida em que os resultados deste estudo favorecerem a implementação do protocolo e fluxograma de Sistematização da Assistência de Enfermagem para o Serviço de Atenção Domiciliar pelo qual você é atendido. Da mesma forma serão garantidos: o direito ao sigilo e anonimato, (isto é, outras pessoas que não pertencem da pesquisa, não ficarão sabendo de sua participação); a ausência de ônus ou bônus decorrentes da sua participação nesta pesquisa (isto é, a participação na pesquisa não envolve nenhum ganho ou custo para você); o direito à desistência a qualquer momento de participar da pesquisa sem que lhe traga algum prejuízo, entre outros aspectos. Os dados fornecidos por você serão utilizados para este estudo e, também armazenados em banco de dados para análise estatística e publicações futuras sobre os diagnósticos de enfermagem. O armazenamento será no prazo de cinco anos e após a publicação, o banco de dados será destruído. Você autoriza o armazenamento desses dados com a finalidade apresentada? () Sim () Não. Se em algum momento, no desenvolvimento desta pesquisa você se sentir lesado/prejudicado, poderá, pelas vias legais, pleitear indenização, que será concedida mediante a confirmação de eventuais danos decorrentes da sua participação nesta pesquisa.

1.2 Consentimento da Participação da Pessoa como Sujeito da Pesquisa:

Eu, ..., inscrito(a) sob o RG/CPF/n.º de prontuário/n.º de matrícula, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “**Sistematização da assistência de enfermagem no serviço de atenção domiciliar do município de Aparecida de Goiânia-Go**”. Informo ter mais de 18 anos de idade, e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui, ainda, devidamente informado(a) e esclarecido(a), pelo pesquisador(a) responsável Ana Claudia Nascimento de Sousa, sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou prejuízo no atendimento. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.
Goiânia, ... de de 2016

Assinatura por extenso do(a)
participante

Ana Claudia Nascimento de Sousa
Assinatura por extenso do pesquisador
responsável

Testemunhas em caso de uso da assinatura datiloscópica

Testemunha 1

Testemunha 2

Assinatura datiloscópica



APÊNDICE B- Instrumento de coleta**DADO DE IDENTIFICAÇÃO**

Iniciais: _____

nº cadastro: _____

Data de nascimento: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Naturalidade _____

Diagnóstico Médico Principal: _____ Tempo de Diagnóstico: _____

Comorbidades: () HAS () DM () Disritmia () Outras

2.NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

A/B-Estado de consciência: () Sem alterações- () Alerta
() Alterado- () Torporoso () Sonolento () Inconsciente () Coma vigil
() Inquietação

A/B-Estado de orientação: () Orientado () Desorientado

A/B-Prejuízo Neurológico: () Não () Sim- () AVE () TCE () Alzheimer () Epilepsia () Outro

PERCEÇÃO ORGÃOS DO SENTIDO

Visão

A-Acuidade visual: () Preservada () Não preservada B-() *N.A

A/B-Usa óculos/lentes: () Não () Sim

A/B-Mucosa ocular: () Sem alterações- () Hidratada () Íntegra () Normocorada
() Alterada- () Desidratada () Hipocorada

A/B-Pupilas : () Sem alterações- () Isocóricas () Miose () Midríase
() Alterada- () Anisocóricas

A/B-Fotorreatividade pupilar: () Preservada () Não preservada

A-Movimentos oculares: () Preservado () Não preservado B-() N.A.

Audição

A/B-Acuidade auditiva: () Preservada () Não preservada B-() N.A.

A/B-Usa aparelho: () Não () Sim

Tato

Sensibilidade tátil

A-Preservada em: MMSS? () Sim MMII () Sim
() Não () Não
B-() N.A. B-() N.A.

Sensibilidade térmica

A-Preservada em: MMSS? () Sim MMII () Sim
() Não () Não
B-() N.A. B-() N.A.

Sensibilidade dolorosa

A-Preservada em: MMSS? () Sim MMII () Sim
() Não () Não
B-() N.A. B-() N.A.

Propriocepção

A-Preservada em: MMSS? () Sim MMII () Sim
() Não () Não
B-() N.A. B-() N.A.

Olfato

A/B-Acuidade olfativa: () Preservada () Não preservada B-() N.A.

Paladar

A/B-Acuidade no paladar- SAL: () Preservada () Não preservada B-() N.A.

A/B-Acuidade no paladar- DOCE: () Preservada () Não preservada B-() N.A.

A/B-Acuidade no paladar- AZEDO: () Preservada () Não preservada B-() N.A.

Dor

A-O Sr./Sra. teve dor nos últimos 3 meses? () Não () Sim

A- O Sr./Sra. apresenta dor há mais de 3 meses?() Não () Sim

B-Nos últimos 3 meses, o (a) paciente apresentou comportamento de dor: () Não () Sim

B- O (a) paciente apresenta comportamento de dor há mais de 3 meses?: () Não () Sim

A/B-O que alivia essa dor?:() N.A. () Medicamentos () Massagem () Fisioterapia () Outros:

A/B-O que ajuda a causar dor? : () N.A. () Inflamação () Infecção () Compressão nervo () Dano SNC () Outros: _____

A-De zero a dez, qual a nota o Sr./Sra, geralmente dar a essa dor? Consideramos zero como sem dor, e 10 como a pior dor que você já teve.

B-Pela expressão do rosto e demais sinais de dor que o (a) paciente apresenta, qual nota você acha que essa dor tem? Consideramos zero como sem dor, e 10 como a pior dor possível.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor										Dor máxima

A/B-Em qual local o Sr.(a)/paciente sente dor?

() Em 1 só local: _____ Tempo de início (meses): _____ Intensidade _____

() Mais 1 só local: _____ Tempo de início (meses): _____ Intensidade _____

Local 2: _____ Tempo de início (meses): _____ Intensidade _____

Local 3: _____ Tempo de início (meses): _____ Intensidade _____

Local 4: _____ Tempo de início (meses): _____ Intensidade _____

Local 5: _____ Tempo de início (meses): _____ Intensidade _____

OXIGENAÇÃO

A/B-Respiração: () Sem alterações- () Eupneico

() Alterada- () Dispneia frequente () Dispneia ao esforço () Outros: _____

A/B-BAN: () Não () Sim

A/B-Anormalidade: () Sem Alterações

() Alterada - () VAS () Laringe () Orofaringe

A/B-Dispositivos: () Não

() Sim- () Cateter V: _____ L/dia () Máscara V: _____ L/dia () TQT

A/B-FR: () Sem alterações 12-20 ipm

() Alterada- () >20ipm () < 20 imp

A/B-Cianose- MMSS: () Não () Sim MMII: () Não () Sim

Exame Torácico

A/B-Inspeção: Forma: () Sem alterações- () Elíptico

() Alterada- () Tonel () Funil () Pombo () Outros: _____

A/B-Coloração: () Sem alterações- () Normocorado

() Alterada- () Hipocorado () Hiperemiado

A/B-Palpação: () Sem alterações

() Alterada- () Nódulos () Tumores

A/B-Ausulta: () Sem alterações- () Murmúrios vesiculares

() Alterada- () Ruídos adventícios () Roncos () Sibilos

A/B-Tosse: () Não () Sim- () Produtiva () Seca () Hemoptise

A/B-Aspiração: () Não () Sim

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

A/B-PA: _____ mmHg A/B-Pulso: _____ bpm

A/B-Pulso: () Sem Alterações- () Regular () Palpável () Cheio

() Alterado- () Filiforme () Irregular () Impalpável

A/B-Coloração da pele: () Sem alterações- () Corado

() Alterado- () Hipocorado

A/B-Perfusão tissular periférica MMSS: () Sem alterações - () ≤ 3s

() Alterada - () >3s

A/B-Perfusão tissular periférica MMII: () Sem alterações - () ≤ 3s

() Alterada - () >3s

A/B-Edema: () Não

() Sim- () MMSS () MMII () Anasarca

REGULAÇÃO TÉRMICA

A/B-Temperatura: _____ °C

HIDRATAÇÃO

A/B-Qual a quantidade de líquidos ingeridos diariamente (sem considerar dieta): _____ L

A/B-O Sr./Sra./ O paciente apresenta condições de acesso de líquidos e alimentos (capacidade

segurar; força, coordenação): () Sim () Não

ALIMENTAÇÃO

A/B-Dieta: () Oral () Enteral

A/B-O Sr.(a) apresenta dificuldade para engolir? () Não () Sim

A/B- O Sr.(a) apresenta dificuldade para mastigar?() Não () Sim

A/B-Dispositivos: () Não

() Sim- () Gastrostomia () SNE () SNG

A/B-Quantidade/dia (refeições/dieta): _____

A/B-Se o Sr./Sra./o paciente mantém alimentação via oral, o que geralmente come? _____

A- O Sr./Sra conhece sobre alimentos saudáveis: () Sim () Não B-() N.A.

A/B-Peso referido: _____ Medida perna: _____ Altura: _____ IMC: _____ HGT: _____

A/B- O Sr./Sra./ O paciente apresentou perda de peso no último mês? () Não

() Sim. Quantidade: ____ Kg

Perda: ____ %

Cavidade Oral:

A/B-Mucosa: () Sem alterações- () Normocorada () Íntegra

() Alterada- () Hipocorada () Não íntegra

A/B-Dentes: () Sem alterações

() Alterado-() Não íntegros () Cariados () Faltosos

A/B-Higiene adequada: () Sim () Não

A/B-Edema: () Não () Sim

Sinais e sintomas gástricos:

A-O Sr./Sra. sente náuseas?Isto é, vontade de vomitar: () Não () Sim B-() N.A.

A- O Sr./Sra. apresenta queimação no estômago? () Não () Sim B-() N.A

A- O Sr (a) saciedade precoce?Isto é, estômago fica cheio rápido, mesmo sem comer muito: () Não () Sim B-() N.A.

A-O Sr (a) tem falta de apetite? () Não () Sim B-() N.A.

A/B- O Sr./Sra./ paciente apresenta vômitos? () Não () Sim

A/B- O Sr./Sra./ paciente apresenta vômitos com sangue? () Não () Sim

A/B- O Sr./Sra./ paciente apresenta arrotos aumentados? () Não () Sim

A/B- O Sr./Sra./ paciente apresenta refluxo? () Não () Sim

Exame abdominal

A/B-Abdome: () Sem alterações- () Normotenso () Plano

() Alterado- () Tenso () Distendido () Globoso () Ascítico () Avental () Escavado

A/B-RHA: () Sem alterações- () Normativos

() Alterado-() Ausentes () Hipoativos () Hiperativos

A/B-Circunferência abdominal: _____ Circunferência quadril: _____ Relação circunferências: _____

A/B-Relação circunferências: () Sem alterações- () Normal

() Alterada- () Acima () Abaixo

ELIMINAÇÕES

Urinário

A/B-Faz uso de algum dispositivo para urinar? () Não

() Sim- () CAT () SVD () Urostomia () Cistostomia () Nefrostomia

A/B-Como está a urina? () Sem alterações- () Espontânea () Clara

() Alterada- () Oligúria () Poliúria () Noctúria () Concentrada

() Disúria () Odor () Hematúria () Incontinência

A/B- O Sr./Sra /paciente apresenta bexiga neurogênica? Isto é, uma bexiga que você não tem controle para urinar: () Não () Sim

A-O Sr./Sra tem a sensação de urgência para urinar?Isto é, a vontade de urinar e necessidade urgente de liberar a urina? () Não () Sim B-() N.A.

A- O Sr./Sra sente a bexiga cheia? ()Sim ()Não B-()N.A.
 A- O Sr./Sra sente quando esvazia a bexiga? ()Sim ()Não B-()N.A.

Intestinal

A/B- O Sr./Sra /paciente faz uso de algum dispositivo para evacuar? ()Não
 ()Sim- ()Colostomia ()Ileostomia ()Jejunostomia

A/B-Como está o funcionamento do intestino? ()Sem alterações- ()Regular
 ()Alterado- ()Constipação ()Diarréia

A/B-Como estão as fezes? ()Sem alterações- ()Pastosas e formadas
 ()Alteradas- ()Duras e formadas ()Líquidas

A/B- O Sr./Sra /paciente apresenta alguma dessas alterações: dor ao evacuar, sangue nas fezes e hemorroidas? ()Não ()Sim- ()Dor ao evacuar ()Sg. Fezes ()Hemorroidas

A-O Sr./Sra. apresenta aquela urgência em evacuar? Isto é, a vontade de urinar e necessidade urgente de liberar as fezes:()Não ()Sim B-()N.A.

INTEGRIDADE FÍSICA

ESCALA DE BRADEN				
Percepção Sensorial	Totalmente limitado 1	Muito limitado 2	Levemente limitado 3	Nenhuma limitação 4
Umidade	Completamente molhada 1	Muito molhada 2	Ocasionalmente molhada 3	Raramente molhada 4
Atividade	Acamado 1	Confinado à cadeira 2	Anda ocasionalmente 3	Anda frequentemente 4
Mobilidade	Totalmente imóvel 1	Bastante limitado 2	Levemente limitado 3	Não apresenta limitação 4
Nutrição	Muito pobre 1	Provavelmente inadequada 2	Adequada 3	Excelente 4
Fricção e Cisalhamento	Problema 1	Problema potencial 2	Nenhum Problema 3	
Risco/Score	6-9 pontos Altíssimo Risco	Alto Risco 10-12 pontos	Médio Risco 13-14 pontos	Moderado Risco 15-18 pontos

Fonte: WY Paranhos, V Santos - RevEscEnferm USP, 1999, e adaptada ao instrumento.

ESCALA PUSH*											
*Apenas para LPP e UV											
Ferida nº:				Local:				Estágio:			
Etiologia:				Tempo de existência							
Comprimento X Largura	0 0 cm ²	1 < 0.3 cm ²	2 0.3-0.6 cm ²	3 0.7-1.0 cm ²	4 1.1-2.0 cm ²	5 2.1-3.0 cm ²	6 3.1- 4.0 cm ²	7 4.1-8.0 cm	8 8.1-12.0 cm ²	9 12.1-24.0 cm ²	10 >24.0 cm ²
Quantidade Exsudato	0 Ausente	1 Pequena	2 Moderada	3 Grande							
Tipo de Tecido	0 Ferida Fechada	1 Tecido Epitelial	2 Tecido de Granulação	3 Esfacelo	4 Tecido Necrótico						

Fonte: Santos VLCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Adaptação transcultural do PressureUlcerScaleHealing (PUSH) para língua portuguesa. Rev Latino-am Enfermagem. 2005;13(3):305-13- adaptada ao instrumento.

Pontuação PUSH: _____

LPP	Ferida 2	Ferida 3	Ferida 4	Ferida 5	Ferida 6	Ferida 7
Etiologia						
Local						
Tempo existência						
Estágio						
Comprimento (céfalo-caudal)						
Largura						
Área total (cm ²)						
Pontuação PUSH						

CARACTERÍSTICAS DA FERIDA SEGUNDO TIME			
Ferida nº:		Local:	
Etiologia:		Tempo de existência	
Tecido* *Apenas para feridas que não são LPP e UV	Exsudato		Bordas/Área perilesional
	Quantidade	Característica	
() Epitelização () Granulação () Esfacelo () Escara	() Pequena () Moderada () Grande	() Serossanguinolento () Seroso () Purulento () Outro	() Epitelização () Edemaciada () Regulares () Hiperemia () Maceração () Outro

ATIVIDADE FÍSICA

Escala de Performance Status ECOG	
Grau	Definição
0	Totalmente ativo e sem restrições de atividades
1	Restrito a atividades físicas, mas deambulando e apto a realizar atividades laborais leves
2	Incapaz de realizar atividades laborais, mas deambulando e com o autocuidado presente
3	Autocuidado limitado e confinado ao leito ou cadeira durante mais de 50% do período em que permanece acordado
4	Impossível o autocuidado e totalmente confiado ao leito ou à cadeira

Locomoção/ Músculo-esquelético

A/B-O Sr (a)/paciente anda? () Sim - () Uso de objeto/aparelho para deambular () Sem objeto/aparelho

() Não- () Cadeirante () Acamado

A/B-Marcha: () Sem Alterações () Alterações () N.A.

A/B-Equilíbrio prejudicado: ()Não ()Sim
 A/B- O Sr (a)/paciente consegue se mover-se na cama sozinho? ()Sim ()Não
 A/B- O Sr (a)/paciente consegue se transferir cama-cadeira sozinho? ()Sim ()Não
 A/B- O Sr (a)/paciente aqueles tremores no músculo, involuntários, chamados de espasmo muscular?
 ()Não ()Sim
 A/B-Amplitude de movimento MMSS- ()Sem Alterações
 ()Alterada- ()Limitada ()Ausente
 A/B-Amplitude de movimento MMII- ()Sem Alterações
 ()Alterada- ()Limitada ()Ausente
 A/B-Tônus muscular: ()Eutônico ()Hipotônico
 A/B-Massa muscular: ()Diminuída ()Preservada
 A/B-Rigidez articular: ()Não ()Sim
 A/B-Prejuízo musculoesquelético: ()Não ()Sim
 A/B-Prejuízo neuromuscular: ()Não
 ()Sim- ()Paraplegia ()Tetraplegia

SONO E REPOUSO

A/B-Como está o sono? ()Preservado
 ()Não preservado- ()Insônia ()Hipersonia ()Troca de turnos
 A/B-O Sr (a)/paciente dorme durante o dia? Quantas horas: ()Não
 ()Sim- ()Até 5h ()6-7h ()8h e mais
 A/B-Quantas horas de sono à noite? ()8h e mais ()7-6h ()5h e menos
 A/B- Como o Sr (a)/paciente acorda? ()Sem alterações
 ()Alterado- ()Cansaço ()Sonolência
 A-O Sr (a) tem aquele cansaço que não passa, chamado fadiga? ()Não ()Sim () B-N.A.
 .

CUIDADO CORPORAL

A/B-Quais cuidados são necessários no dia a dia? ()Curativo ()Higienização ()Manejo de sondas/Alimentação () Medicação ()Cateterismo ()
 Outros _____
 A/B- Quais desses cuidados o Sr (a)/paciente consegue desempenhar sozinho?
 ()Não
 ()Sim- ()Curativo ()Higienização ()Manejo de sondas/Alimentação () Medicação
 ()Cateterismo
 () Outros _____

SEGURANÇA FÍSICA/ MEIO AMBIENTE

A/B-Já teve alguma queda? ()Não ()Sim

SEXUALIDADE

A-O Sr (a) possui atividade sexual ativa? ()Sim ()Não
 B- O Sr(a) adapta e cria alternativas para que o paciente possa manter padrão de sexualidade?
 ()Sim ()Não
 A-O Sr (a) apresenta alguma dessas alterações a seguir?
 ()Problemas com ereção ()Diminuição do desejo sexual ()Falta de pessoa significativa
 ()Alteração estrutura do corpo(ex: anomalia, doença, trauma etc) () Outros

TERAPÊUTICA

A/B- Quais tratamentos são prescritos ao Sr (a)/ paciente?
 ()Oxigenioterapia ()Fisioterapia () suplementação nutricional ()Outros: _____
 A/B-Quais medicamentos usa?

A-O Sr (a) apresenta dificuldade em seguir as orientações do regime terapêutico prescrito?
 ()Não ()Sim B-()N.A.

3- NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**COMUNICAÇÃO**

A/B-Verbal preservada: () Sim-

() Não- () Afonia () Dislalia () Disartria () Disfasia () Afasia

A/B-O Sr (a) / paciente consegue se expressar/comunicar com o corpo? () Sim () Não

A/B- O Sr (a) / paciente consegue se expressar/comunicar com as expressões do rosto?

() Sim () Não

A-Você consegue se comunicar bem com as pessoas? () Sim () Não B-() N.A.

A-Você se esquece muito das coisas? () Sim () Não () Parcial B-() N.A.

RECREAÇÃO E LAZER

A-O Sr (a) faz algo para se divertir?

() Sim. O quê? _____

() Não

B-O que você, cuidador, percebe que causa divertimento ao paciente? _____ () N.S.D

SEGURANÇA EMOCIONAL

A/B-Quantos trabalham na casa? ____ Qual a profissão do Chefe de família? _____

A/B-Qual a renda familiar, do mês, da casa? _____

A- O Sr (a) apresenta medo de alguma coisa: () Sim () Não Se sim, o que causa medo? _____

B- O paciente demonstra comportamento de medo? () Sim Se sim, o que causa medo _____

() Não () N.S.D

GREGÁRIA, AMOR, ACEITAÇÃO

A/B-Qual o estado Civil? () Casado () Solteiro () Viúvo () Divorciado () União consensual

A/B-A casa que moram é: () Própria () Alugada () Cedida () Financiada

A/B-Quantos residem na casa? ____ Número de Filhos: ____ Número filhos na casa: ____

A/B-Qual o vínculo do cuidador responsável (s) com o paciente? _____

Há quanto tempo cuida (am)? _____

A/B-O Sr (a) / paciente possui família? () Sim () Não. Tem vínculo próximo?: () Sim () Não

A/B- O Sr (a) / paciente possui amigos? () Sim () Não. Tem vínculo próximo?: () Sim () Não

A-O Sr (a) se considera amado? () Sim () Não

A-O Sr (a) se considera capaz de amar as pessoas? () Sim () Não

A-O Sr (a) se considera acolhido/bem recebido/tratado pelas pessoas? () Sim () Não

A-O Sr (a) se sente triste com algo? () Não () Sim. Se sim, à que? _____

A-Essa tristeza é frequente? () Não () Sim

A-O Sr (a) se acha ansioso? () Não () Sim. Se sim, à que? _____

A-Qual nota o Sr (a) dá para sua sensação bem-estar ? 0 – 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10

B-() N.A.

B-Os familiares, amigos e demais tem o hábito de abraçar, beijar e demonstrar afeto ao paciente?

() Sim () Não () N.S.D.

B- O paciente demonstra sinais de afeto e amor às pessoas? () Sim () Não () N.S.D.

B- O paciente é bem recebido/acolhido/tratado pelas pessoas? () Sim () Não () N.S.D.

B- O paciente se demonstra triste com algo? () Não () Sim. Se sim, à que? _____

B-Essa tristeza é frequente? () Não () Sim

B- O paciente apresenta comportamento sugestivo de ansiedade, como inquietação? () Não () Sim

() N.S.D. Se sim, o que você acha que influencia na ansiedade? _____

A/B-O Sr (a)/paciente chora com frequência e facilidade? () Não () Sim

Dinâmica do cuidador (destinada ao cuidador):

A/B- O envolvimento do Sr (a), nos cuidados com o paciente, compromete a sua vida pessoal e profissional? () Não () Sim

A/B- O Sr (a) mantém seu vínculo com o trabalho/mercado de trabalho? () Sim () Não () N.A. (não estava inserido no mercado de trabalho)

A/B- Com uma palavra, como o Sr (a) define a sua vida profissional, em meio a sua responsabilidade e dedicação como cuidador?

Resposta espontânea: () Não houve – () Não soube dizer () Outro

() Houve. Palavra: _____

A/B-Agora, dessas palavras, qual (is) tem a ver com o que o (a) sr (a) sente em relação a sua responsabilidade e dedicação como cuidador (a)?

() Renúncia () Satisfação () Crescimento pessoal () Crescimento espiritual () Frustração
() Angústia () Tristeza () Tranquilidade () Desgaste físico () Desgaste emocional
() Desgaste mental () Outro _____

A/B- Como Sr (a) administra a sua vida pessoal, cuidando do paciente?

() Alterna com outro cuidador e consegue preservá-la de forma satisfatória
() Alterna com outro cuidador e não consegue preservá-la de forma satisfatória
() Não alterna, e mantém a vida pessoal de forma satisfatória
() Não alterna, e não consegue manter a vida pessoal de forma satisfatória
() Outro _____

A/B- Em relação a sua função de cuidador (a), qual a palavra que representa/mostra o estado emocional do (a) Sr (a):

Resposta espontânea: () não houve – () Não soube dizer () Outro

() Houve. Palavra: _____

A/B-Dessa lista de palavras, como o (a) Sr (a) costuma sentir: () Frustração () Impaciência () Nervosismo () Raiva () Tranquilidade () Serenidade () Outro: _____

AUTO-ESTIMA, AUTO- COFIANÇA, AUTO- RESPEITO

A-Como o Sr.(a) descreve sua imagem corporal de hoje em dia? _____

A- Desta forma, o Sr (a) gosta da sua imagem/ apresentação? () Sim () Não B-() N.A.

A-Se Sr. (a) pudesse mudar alguma coisa no seu corpo, o que mudaria? _____

B-() N.A.

A- O Sr. (a) gosta do seu jeito de ser: () Sim () Não B-() N.A.

A-Se Sr. (a) pudesse mudar alguma coisa no jeito de ser, o que mudaria? _____

B-() N.A.

A- O Sr (a) se aceita: () Sim () Não B-() N.A.

A- O Sr (a) sente culpa de alguma coisa? () Sim () Não. Se sim, à que? _____

A- O Sr. (a) apresenta arrependimentos? () Sim () Não . Se sim, à quê? _____

A- O Sr (a) se incomoda com: () Sim - () Dor () Envelhecimento () Regime de tratamento
() Perda de função de parte do corpo () Doença
() Não

B- O paciente demonstra sentir culpa a alguma coisa? () Não () Sim () N.S.D

Se sim, à que? _____

B- O paciente demonstra arrependimentos? () Não () Sim () N.S.D. Se sim, à quê? _____

B- O paciente demonstra falta de esperança? () Não () Sim () N.S.D.

B-O paciente apresenta incômodo com: : () Sim - () Dor () Envelhecimento () Regime de tratamento

() Perda de função de parte do corpo () Doença () N.S.D.
() Não

LIBERDADE E PARTICIPAÇÃO

A- O Sr.(a) se considera livre? () Sim () Não B-() N.A

A- O Sr.(a) se considera participativo na sua casa, no seu contexto: () Sim () Não B-() N.A.

A-O Sr.(a) se considera participativo nos cuidados com a casa? () Sim () Não

B- O paciente é participativo na casa, no seu contexto? () Sim () Não () N.S.D.

B- O paciente é participativo nos cuidados com a casa? () Sim () Não () N.S.D

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A/B-Escolaridade: () Ensino Fundamental (6-9 anos) () Ensino Médio (9-12 anos)

() Ensino Superior (12-17 anos) () Não alfabetizado

() Primário (até 5 anos)

A/B- Profissão: _____

A/B-Antecedes: () Tabagismo () Alcoolismo () Outros: _____

A-Apresenta conhecimento sobre diagnóstico, tratamento, exames, e seu estado de saúde atual?
() Sim () Não B-() N.A.

A-O que o Sr.(a) faz para melhorar a sua saúde? _____

B-() N.A.

AUTO-REALIZAÇÃO

A/B-O Sr.(a)/ paciente trabalha no momento? () Sim () Não

A/B- O Sr.(a)/ paciente é aposentado? () Sim () Não Beneficiado? () Sim () Não. Qual? _____

A- O Sr.(a) se considera realizado profissionalmente/pessoalmente: () Sim () Não B-() N.A.

4.NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

A/B-Qual a religião do Sr.(a)/paciente? () Católico () Evangélico () Espírita () Outra

A/B- O Sr.(a)/paciente vai à igreja/centro/templo: () Sim () Não

A/B-Tem hábito de receber representante religioso/espiritual em sua casa?
() Sim, líder do grupo religioso/espiritual () Sim, pessoas que também congregam e que não são líderes () Não

A-O Sr.(a) tem o hábito de rezar/orar em casa? () Sim () Não B-() N.A.

A-O que mais valoriza na vida: _____ B-() N.A.

DIÁRIO DE CAMPO		
FACILIDADES	DIFICULDADES	IMPRESSIONES/ OBSERVAÇÕES

PROCESSO RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO- NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS				
PROBLEMA	CONFIRMAÇÃO: Características Definidoras Achados da avaliação que apoiam a identificação de problemas (Isso inclui fatores relacionados e aqueles que colocam o paciente em risco para problemas)	DESCONFIRMAÇÃO Características Achados da avaliação que NÃO apoiam a escolha desse problema	ESTE PROBLEMA AFETA A SEGURANÇA DO PACIENTE? SE SIM, COMO?	EXISTEM PONTOS QUE CONTRIBUEM PARA SAÚDE DO PACIENTE? SE SIM, COMO?
PROCESSO RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO- NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS				
PROBLEMA	CONFIRMAÇÃO: Características Definidoras Achados da avaliação que apoiam a identificação de problemas (Isso inclui fatores relacionados e aqueles que colocam o paciente em risco para problemas)	DESCONFIRMAÇÃO Características Achados da avaliação que NÃO apoiam a escolha desse problema	ESTE PROBLEMA AFETA A SEGURANÇA DO PACIENTE? SE SIM, COMO?	EXISTEM PONTOS QUE CONTRIBUEM PARA SAÚDE DO PACIENTE? SE SIM, COMO?

PROCESSO RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO- NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS				
PROBLEMA	CONFIRMAÇÃO: Características Definidoras Achados da avaliação que apoiam a identificação de problemas (Isso inclui fatores relacionados e aqueles que colocam o paciente em risco para problemas)	DESCONFIRMAÇÃO Características Achados da avaliação que NÃO apoiam a escolha desse problema	ESTE PROBLEMA AFETA A SEGURANÇA DO PACIENTE? SE SIM, COMO?	EXISTEM PONTOS QUE CONTRIBUEM PARA SAÚDE DO PACIENTE? SE SIM, COMO?

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM- NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM- NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM- NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

APÊNDICE C- Manual para coleta de dados

Universidade Federal de Goiás
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

**Pesquisa: Sistematização da Assistência de Enfermagem no Serviço de Atenção Domiciliar do município de Aparecida de
Goiânia-Go**

MANUAL PARA COLETA DE DADOS

Pesquisadora responsável: Ana Claudia Nascimento de Sousa

Orientador: Nilza Alves Almeida

Co-orientador: Suelen G. Malaquias

Goiânia, 2016

Este documento tem por finalidade guiar a coleta de dados referente a pesquisa- Sistematização da Assistência de Enfermagem no Serviço de Atenção Domiciliar do município de Aparecida de Goiânia-GO. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, a ser desenvolvido no setor de Atenção Domiciliar do município de Aparecida de Goiânia, vinculado ao programa Melhor em Casa.

Para a realização da coleta de dados, deve-se:

- 1- Realizar em espaço privativo, que ofereça condições propícias para realização do exame físico e anamnese. Definir a permanência do cuidador ou outra pessoa representativa, conforme determinação do paciente, caso consiga responder.
- 2- Realizar inicialmente a anamnese. Para tal finalidade, temos perguntas sinalizadas como “A”, “B” e “AB”. Aquelas do tipo “A” são destinadas à pacientes conscientes e responsivos. Tipo “B”, aos pacientes inconscientes, desorientados e/ou impossibilitados, e tipo “AB”, que se refere aos dois perfis de paciente;
- 3- Após determinar o perfil do paciente, sinalizar com o marca-texto, as perguntas a serem realizadas, para melhor direcionamento da anamnese;
- 4- Aos pacientes perfil “B” assinalar o “Não se aplicar” ou “Não Sei Dizer”, presente em vários pontos do questionário. O “Não se aplica” refere às perguntas não condizentes a sua condição de resposta. “Não Sei Dizer”, quando o cuidador não sabe responder ao questionamento;
- 5- Direcionado ao paciente perfil “A”, deixar por último, a avaliação da sexualidade e perguntas referentes as necessidade psicossociais e psicoespirituais, Neste momento, permanecer apenas o pesquisador e paciente, para manter a privacidade do mesmo.
- 6- Em seguida, realizar o exame físico;
- 7- A área da ferida, presente no item “Integridade física”, será avaliada com o auxílio do “filme transparente” e réguas de papel, descartáveis, para melhor definição e precisão das medidas. Usar um pedaço de “filme transparente” para cada ferida. Usar uma régua, para aferição de toda ferida. Atenção ao aferir as dimensões da ferida. Altura, a ser considerada na direção céfalo-caudal, em sua maior extensão, e a largura, na formação do angulo de 90°;
- 8- Direcionado ao cuidador, avaliar o subitem “Dinâmica do cuidador”, presente no item “Gregária, Amor, Aceitação”. Realizar em espaço privativo ao cuidador, após a anamnese e exame físico do paciente;

- 9- Por último, preencher a planilha referente ao diário de campo, detectando as facilidades, dificuldades e impressões/observações referentes à coleta de dados. Tais informações serão preciosas para a estruturação de outras pesquisas e artigos futuros.

ITEM DE AVALIAÇÃO/ DEFINIÇÃO	PROCEDIMENTO	PARÂMETRO
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA		
ESTADO DE CONSCIÊNCIA Sabe-se que o rebaixamento nível de consciência é evidenciado pela presença de irritabilidade, menor capacidade de concentração, recusa a cooperar.	Avaliar a abertura dos olhos, resposta verbal e a resposta motora. Deve-se ter cautela ao avaliar o estado de consciência, com pacientes que demonstram perdas sensoriais.	Sem Alterações Consciente- Responde a perguntas espontaneamente; Alerta- Acordado e consciente; Com Alterações: Torporoso- Estado de embotamento geral, físico e psíquico, que, com frequência, se acompanha de sonolência; Sonolento- Estado de adormecimento pouco profundo, porém difícil de superar, que pode ter diversas causas como falta de sono, doenças infecciosas febris, afecções do sistema nervoso, intoxicações etc; Inconsciente- Privação permanente ou temporária da consciência. Incapaz de responder a perguntas e comandos; Coma vigil- Coma em que o paciente, embora

		permanença inconsciente apresenta os olhos arregalados configurando um olhar vago e perdido e o rosto sem expressão; Inquietação- Estado de inquieto, do que se acha em agitação.
ESTADO DE ORIENTAÇÃO Orientação é a capacidade do indivíduo se situar no tempo e no espaço.	Se acordado e consciente, avaliar o estado de orientação. Para avaliação autopsíquica perguntar como: Qual o seu nome? Quantos anos você tem? Para avaliação alopsíquica, perguntar: Que lugar é esse? Que dia é hoje?	Sem alterações: Orientado - Se identifica corretamente e identifica corretamente espaço e tempo; Com alterações: Desorientação- Sem condições de responder as perguntas corretamente;
PREJUÍZO NEUROLÓGICO	Questionar a presença de doenças que desencadeiam prejuízo neurológico.	AVE- Acidente Vascular Encefálico TCE- Traumatismo Crânio-Encefálico Alzheimer- Enfermidade incurável que se agrava ao longo do tempo, se apresenta como demência, ou perda de funções cognitivas, causada pela morte de células cerebrais. Epilepsia- A epilepsia é um distúrbio do cérebro que se expressa por crises repetidas.
PERCEPÇÃO SENSORIAL		
VISÃO	Se dependente de óculos, solicitar o uso deste. Para realização do teste de acuidade visual,	Acuidade Visual Preservada- capaz de detecção no teste dos

	aos conscientes e responsivos, dispor do teste dos dedos. A 1m de distância, perguntar quantos dedos o paciente visualiza. Testar cada olho, vendando o contra-lateral; Realizar o exame físico do olho. Avaliar a condição da mucosa, ao tornar o olho mais evidente. Avaliar a apresentação das pupilas. Solicitar que o paciente feche os olhos, e logo após solicitar a abertura. Incidir foco de luz e avaliar fotorreatividade destas. Avaliar movimento ocular, solicitando que o paciente siga o movimento do dedo com os olhos. Posicionar indicador no nível dos olhos do paciente, com distância de 15-30 cm e mover lenta e suavemente dentro do campo de visão normal; Atenção: Avaliar a apresentação das pupilas, se miose ou midríase, antes do teste de fotorreatividade para que não tenha alteração.	dedos; Não preservada- Insucesso no teste dos dedos; Mucosa Ocular- Sem alterações Mucosa hidratada- úmida; Mucosa Íntegra- sem lesões e sangramento local; Mucosa normocorada- vermelho vivo; Mucosa Ocular- Com alterações Mucosa Desidratada- pouco úmida; Mucosa Hipocorada- vermelho mais opaco; Pupilas- Sem alterações Pupila Isocórica- com o mesmo tamanho; Miose- pupilas com diâmetro reduzido; Midríase- pupilas com diâmetro aumentado; Pupilas- Com alterações Pupila Anisocórica- tamanho diferentes; Fotorreatividade pupilar preservada- Acomodação e contração de ambas pupilas com a incidência do foco de luz. Observa-se rapidez e igualdade do reflexo; Fotorreatividade não preservada- não apresenta alterações com a incidência do foco de luz; Movimentos oculares preservados- capazes de realizar os movimentos com simetria; Movimentos oculares não preservados- incapaz de realizar os movimentos com simetria;
--	---	---

AUDIÇÃO	Inicialmente, solicitar a retirada de qualquer aparelho auditivo usado. Avaliar a habilidade de ouvir, tampando um dos ouvidos, e testando o outro com um sussurro ou estalar de dedos. Repetir com o outro ouvido.	Acuidade auditiva Preservada- apresenta sinais de entendimento do som e consegue diferenciá-lo. Não preservada- Não apresenta sinal de entendimento.
TATO	<u>Sensibilidade Tátil</u> Aplicar chumaço de algodão, com os olhos do paciente fechados. Parte superior (MMSS)- parte interior dos braços, parte superior das mãos; Parte inferior (MMII)- perna e parte superior dos pés; Pedir ao paciente para dizer se apresenta a sensação e localizá-la; <u>Sensibilidade Térmica</u> Com algodão molhado com álcool, avaliar sensibilidade térmica “fria” em MMSS e MMII; <u>Sensibilidade dolorosa</u> Usar espátula quebrada. Aplicar a parte quebrada da espátula nas regiões destinadas a MMSS e MMII; Questionar ao paciente local pressionado; <u>Propriocepção</u> Agarrar dedo do pé (MMII) e mão (MMSS), segurando com o polegar e indicador. Movimento para cima e para baixo e solicitar que o paciente diga qual a posição do dedo.	Preservado- reconhece a área estimulada pela sensibilidade tátil, térmica, dolorosa e a propriocepção; Não preservado- Não reconhece a área estimulada;

OLFATO	Pedir ao paciente para identificar, com os olhos fechados, os aromas: café e limão;	Preservado - reconhece os aromas; Não preservado - não reconhece;
PALADAR	Pedir ao paciente, com os olhos fechados, para identificar o doce, o salgado e azedo, no terço posterior da língua.	Preservado - reconhece o gosto; Não preservado - não reconhece;
DOR	Questionar a presença da dor, localização, tempo de início, fatores que aliviam e que causam dor. Para avaliar intensidade, questionar nota da dor, 0-10.	Escala numérica- nota "0" equivale a ausência de dor. Nota "10" equivale a pior dor sentida; Ausência de dor- nota 0 Dor leve- nota 1-3 Dor moderada - nota 4-7 Dor intensa- nota 8-10 Dor aguda- presença da dor menos de 3 meses; Dor crônica- presença da dor a mais de 3 meses;
OXIGENAÇÃO		
RESPIRAÇÃO	Despir paciente a avaliar a dinâmica de movimentação do tórax. Dilatação nos espaços intercostais e transpiração intensa indica que o paciente está se esforçando para respirar.	Sem alterações: Eupneico - padrão respiratório normal, sem dificuldade;

		Com Alterações: Dispnéia freqüente ou ao esforço- dificuldade de respirar; Frequência Respiratória: Sem alterações- 12-20ipm; Com alterações- < 12ipm ou > 12ipm BAN- Batimento Asa do Nariz, durante a respiração. Representa esforço respiratório;
DISPOSITIVOS Cateter- haste oca ou plena, que serve para explorar um orifício ou canal natural; Máscara de Venturi- sistema de alto fluxo em que o oxigênio passa sobre um orifício sob pressão, causando aspiração do ar ambiente para o interior da máscara. Assim o paciente recebe uma mistura de oxigênio e ar ambiente; Traqueostomia- Incisão na parede anterior da traquéia. Essa abertura permite a introdução de uma cânula na traquéia.	Avaliar a presença de uso de equipamentos para auxiliar na respiração.	Sem alterações- ausência do uso de dispositivos; Com alterações- Uso dos dispositivos para auxiliar no suporte ventilatório;
CIANOSE É resultante da má oxigenação do sangue, com resultado a coloração azulada da pele.	Observar se há a presença de coloração azulada da pele. Em MMSS avaliar em- lábios, leitos ungueais, conjuntivas das pálpebras e nas palmas das mãos; Em MMII- leitos ungueais e sola dos pés; Atenção- Em pacientes negros, observar a presença de cianose em áreas onde a pigmentação ocorre em menor quantidade:	Presença- alteração de cor (azulada) nas partes avaliadas; Ausência- não há alteração de cor;

	conjuntiva, esclera, mucosa oral, língua, lábios, leito ungueal, palmas das mãos e solas dos pés;	
TÓRAX/FORMA	Inspecionar o formato e a simetria do tórax anterior e posterior. A coluna normal é sem desvio lateral. Posicionar o paciente verticalmente, para tal avaliação,	Sem alterações: Elíptico- É mais amplo que profundo, ou seja, o seu diâmetro lateral é maior do que o diâmetro ântero-posterior.  NORMAL Com Alterações: Tonel- É aquele em que o diâmetro ântero-posterior é igual ao transversal. É frequentemente relacionado ao enfisema pulmonar, mas pode, algumas vezes, ser encontrado em idosos que não tenham essa doença.  Tonel

		Funil- (Peito escavado) O tórax em funil, ou infundibuliforme, caracteriza-se na porção inferior do esterno.  infundibuliforme Pombo- (Peito em quilha) O esterno, no tórax de pombo, fica deslocado para frente com aumento do diâmetro ântero-posterior. As cartilagens costais adjacentes ao esterno abaulado ficam deprimidas.  Cariniforme
TÓRAX/COLORAÇÃO	Com o tórax despido, avaliar a coloração deste.	Sem alterações: Normocorado- coloração normal ou que se cora normalmente, de acordo com a tonalidade da pele; Com alterações: Hipocorado- diminuição da cor. Hiperemiado- com rubor.

TÓRAX/PALPAÇÃO	Palpar músculos torácicos e esqueleto para observar a presença de nódulos, massas, pulsação e movimentos anormais. Se dor e sensibilidade, evitar palpar com profundidade.	Nódulos- Massa sólida e elevada caracterizada por pequena dilatação/saliência em forma de nó. Tamanho 0,2 – 0,5 cm; Tumores- produção patológica, não inflamatória, de tecido com nova formação. Geralmente lesão elevada e sólida com mais de 2cm.
TÓRAX/AUSCULTA	A ausculta avalia o movimento de ar através da árvore traqueobrônquica e detecta muco ou rotas de ar obstruídas. Em adulto, o diafragma do estetoscópio é colocado firmemente na pele, sobre a parte <u>posterior</u> da caixa torácica. Devem-se comparar os lados direito e esquerdo, da mesma região auscultada. Atenção: Caso não seja possível a ausculta do tórax posterior, realizar na parte anterior.	Sem alterações: Murmúrios Vesiculares- Sons suaves, tipo brisa e de baixa tonalidade. Com alterações: Ruídos Adventícios- Sons anormais; Roncos- Sons altos, em tom grave, grossos. Podem se encerrar com a tosse; Sibilos- Sons em tom agudo, musicais como guincho, ouvidos continuamente durante a inspiração e expiração.
TOSSE/ASPIRAÇÃO Tosse- Reflexo fisiológico, complexo e que pode também ser reproduzido voluntariamente. Consiste em uma inspiração profunda com o fechamento da glote, seguida de expiração brusca, sacudida e barulhenta, destinada a expulsar das vias respiratórias toda substância que irrita ou que entrava o pulmão. Aspiração de Vias Aéreas- procedimento destinada esvaziar por sucção, o excesso das	Avaliar a presença de tosse espontânea, e a reproduzida voluntariamente, solicitar ao paciente a sua realização. Questionar a realização do procedimento de aspiração de Vias Aéreas: região nasal, orofaríngea e traqueal (TQT).	Alterações: Tosse Produtiva- ruidosa. Evidencia presença de muco; Tosse Seca- Sem ruídos. Hemoptise- Hemorragia da membrana mucosa do pulmão. Expectoração com sangue;

Vias Aéreas.		
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR		
PRESSÃO ARTERIAL (PA) Pressão que o sangue exerce na parede das artérias/capilares.	Aferir, preferencialmente, em MSE, com o membro no nível do coração;	Sem Alterações: Normotenso- 90 x 60- 139 x 89mmHg Com alterações: Hipertenso- $\geq 140 \times 90$ mmHg Hipotenso- $< 90 \times 60$ mmHg
PULSO É o batimento que se percebe em uma artéria e que corresponde, em condições fisiológicas, às contrações sistólicas cardíacas. Trata-se da frequência cardíaca.	Examinar o pulso radial com a parte distal da polpa do segundo e terceiro dedo. Aplicar pressão firme. No entanto, evitar a oclusão do pulso. Contar por 1 minuto.	Sem alterações: Regular- onda de pulso em intervalos regulares; Palpável- pulso com força, em condições de ser sentido/apalpado; Cheio- pulso que dá sensação de artéria cheia; Normocardico- frequência pulso sem alterações, 60-100bpm; Com alterações: Filiforme- pulso mole e muito pequeno. Seu traçado gráfico é um simples fio; Irregular- Intervalo da onda de pulso interrompido por uma batida adiantada, atrasada ou ausente; Impalpável- pulso sem força, sem condições de ser sentido/apalpado; Taquicardico- Frequência pulso acima de 100bpm; Bradicardico- Frequência pulso abaixo de

		60bpm.
COLORAÇÃO DA PELE	Avaliar locais aonde as anormalidades são facilmente identificadas, como palidez, icterícia e eritema. Locais indicados: rosto, mucosa oral, conjuntiva, leito ungueal, esclera. Palidez- rosto, mucosa oral, conjuntiva e leitos ungueais; Icterícia- inspeção da esclera do paciente; Eritema, que pode indicar alterações circulatórias. Atenção: Em negros, o eritema não é facilmente observado, portanto, deve-se apalpar a área suspeita para detectar calor e notar a presença de inflamação da pele.	Sem alterações: Corado- Coloração da pele normal, de acordo com a raça. Pele morena normal aparenta bege. Pele negra normal, aparenta ser acizentada; Com alterações: Hipocorado- Redução da cor. Pálido; Ictérico- Coloração amarelada da pele, em decorrência do aumento dos pigmentos biliares no sangue e da sua impregnação na pele. Hiperemiado- Coloração avermelhada. Indica congestão sanguínea.
PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA	Medir o enchimento capilar apertando o leito ungueal com força, durante vários segundos. Liberar a pressão e observar quanto tempo demora a unha voltar para a sua cor normal. Avaliar no leito ungueal da mão e pé.	Sem alterações: Enchimento capilar < =3s Com alterações: Enchimento capilar > 3s
EDEMA Edema é o excesso de líquido em um tecido orgânico.	Observar toda a extensão corpórea na busca por edema. A pele edematosa parece alargada e brilhante.	MMSS- Membros Superiores, considerados braços e antebraços direito e esquerdo; MMII- Membros inferiores, considerados pernas e coxas direita e esquerda;

		Anasarca- edema generalizado;
REGULAÇÃO TÉRMICA		
TEMPERATURA CORPORAL Grau de intensidade do calor de um corpo, medido com o termômetro	Aferir temperatura, com o termômetro digital, em região axilar.	Sem alterações: Normotérmico- Temperatura normal, 35°C-37,4°C; Com alterações: Estado febril- 37,5- 37,9°C Hipertermia (febre) >= 38°C Hipotermia- Abaixo de 35°C
HIDRATAÇÃO		
Hidratação: Introdução de água no organismo.	Questionar a quantidade de líquido ingerido por dia. Considerar água, chás, sucos.	Sem alterações: Ingesta adequada: 2-3L/dia Com alterações: Ingesta baixa: < 2L/dia
ALIMENTAÇÃO		
DIETA/ALIMENTAÇÃO	Questionar a qualidade, quantidade e via de administração da dieta/alimentação realizada; Questionar sobre a mastigação e deglutição;	Sem alterações: Oral- alimentação mantida pela cavidade oral; Mastigação preservada- capacidade de formar bolo alimentar; Com alterações: Enteral- alimentação mantida por meio de dispositivos como Sonda Nasogástrica, Sonda Nasoentérica e Sonda de Gastrostomia; Disfagia- Incapacidade ou dificuldade de engolir;

DISPOSITIVOS PARA ALIMENTAÇÃO Dispositivos usados para otimizar/viabilizar a alimentação.	Detectar o uso de dispositivos para efetivar a nutrição.	Gastrostomia- abertura de uma fístula na região gástrica para alimentação, indicada a pessoa impossibilitada se alimentar pela boca; SNE- tubo flexível introduzido pelo nariz, que percorre o esôfago até o intestino, indicada a pessoa impossibilitada se alimentar pela boca; SNG- tubo flexível introduzido pelo nariz, que percorre o esôfago até o estômago, indicada a pessoa impossibilitada se alimentar pela boca;
MEDIDAS	Questionar peso, e considerar o referido. Quanto à estatura realizar a medida do comprimento da perna, para estimar a altura. A perna deve permanecer fletida sobre a coxa, e permanecer no ângulo de 90°. Posicionar a fita métrica, paralelamente à fíbula, entre a região superior do joelho e a base do calcânhar. A estatura aproximada é obtida por meio da seguinte fórmula: Estatura homem= $64,19 - (0,04 \times \text{idade(anos)} + 2,02 \times \text{CP(cm)})$ Estatura Mulher = $84,88 - (0,24 \times \text{idade(anos)} + 1,83 \times \text{CP(cm)})$ Com lanceta/agulha hipodérmica, realizar punção em extremidade lateral do dedo anular, e aferir a glicemia ao acaso com a gota de sangue e aparelho de HGT;	Peso- medido em Kg Estatura- medida em metros IMC- Resultado do peso dividido pela altura, em metros quadrado. Desnutrido- < 18,5 Kg/m² Normal- 18,5-25 Kg/m² Sobrepeso- 25,1-29,9 Kg/m² Obesidade classe I- 30-34,9 Kg/m² Obesidade classe II- 35-39 Kg/m² Obesidade classe III- >40 Kg/m² HGT- A aferição da glicemia, na coleta de dados, se dará ao acaso, não se configurando com os valores de referência de jejum. Para tal, os valores de glicemia ao acaso são: Glicemia normal- até 200mg/dl Hipoglicemia ao acaso- <70mg/dl. Glicemia abaixo do indicado;

		Hiperglicemia ao acaso- > 200mg/dl. Glicemia acima do indicado;
CAVIDADE ORAL	Com o auxílio da espátula, realizar a abertura da cavidade oral, evidenciando todas as áreas ao retraindo lábios inferiores e superiores. Solicitar também o levantamento da língua;	Sem alterações: Mucosa normocorada- Coloração normal, se apresentando vermelho-rosada, brilhante; Mucosa Íntegra- Sem lesões, continuidade da mucosa preservada; Dentes íntegros- continuidade preservada, que não se encontram quebradiços; Higiene preservada- ausência de saburra e restos alimentares; Com alterações: Mucosa hipocorada- Pouco corada, opaca e sem brilho; Dentes não íntegros- continuidade interrompida; Dentes cariados- presença de descoloração esbranquiçada, marrom ou negra; Edema- inchaço na mucosa bucal;
SINAIS E SINTOMAS GÁSTRICOS	Perguntar ao paciente/cuidador a presença de sinais e sintomas gástricos, que evidenciem alterações;	Com alterações: Náuseas- vontade de vomitar, seguida ou não, de vômito; Pirose- Sensação de queimação epigástrica, que se irradia ao longo do esôfago em direção à faringe e que pode ser acompanhada de regurgitação ácida; Saciedade precoce- capacidade de estar satisfeito rapidamente, após início de ingestão alimentar; Inapetência- Diminuição ou falta de apetite;

		Vômitos- expulsão súbita, pela boca, do conteúdo do estômago; Hematêmese- vômito acompanhado de sangue; Eructação- eliminação de gases pela boca; Refluxo gastroesofágico- Patologia do sistema digestório. Movimento do conteúdo líquido de um conducto orgânico em sentido contrário ao do movimento normal.
Exame Abdominal- Inspeção Primeira etapa do exame físico do abdome. Trata-se de avaliação visual.	Pacientes devem relaxar durante o exame abdominal. Um endurecimento dos músculos abdominais atrapalha a precisão da palpação e ausculta. Caso o paciente mantenha controle sobre a micção, solicitar o esvaziamento vesical antes do início do exame; Deitar o paciente em decúbito dorsal, com os braços ao lado corpo e os joelhos ligeiramente dobrado. Pequenos travesseiros são colocados sobre os joelhos. Se o paciente coloca os braços abaixo da cabeça, os músculos do abdômen podem se contrair. Solicitar que paciente relate e aponte áreas com dor e sensibilidade. Avaliar áreas sensíveis por último; Observar que quando os gases causam distensão, os flancos não incham. Se os líquidos são a causa do problema, os flancos incham.	Sem alterações: Normotenso- Que está com a tensão normal; Plano- plano horizontal do processo xifóide até a sínfise púbica; Com alterações: Tenso- Apresentação alterada. Ex: acúmulo de líquido, concentração de gases, contração musculatura; Distendido- músculos “esticados” e “estendidos” na região abdominal; Globoso- abdome protruso, que se projeta numa esfera convexa do plano horizontal. Na presença de distensão, o abdome inteiro protraí-se; Ascítico- Abdome distendido pelo acúmulo de líquido na cavidade peritoneal. A pele se apresenta com aparência brilhante e esticada; Avental- Abdome que pende como uma bolsa flácida por cima da sínfise púbica. É observado, por exemplo, em obesos idosos ou na mulher que teve várias gestações; Escavado- Projeção côncava que parece afundar na parede muscular abdominal;

Exame Abdominal- Ausculta Segunda etapa do exame abdominal. Dispõe do suporte do estetoscópio para a ausculta dos Ruídos Hidroaéreos- RHA, que são sons intestinais produzidos pela passagem audível de ar e líquido;	Se o paciente tem uma sonda nasogástrica ou intestinal conectada para sucção intermitente, ela deve ser desligada momentaneamente. Os sons de sucção obscurecem os sons intestinais; Dividir o abdome em quatro quadrantes imaginários; Auscultar cada quadrante por 1min; Os sons intestinais podem demorar 1/2s à vários segundos. Normalmente leva de 5-20s para ouvir um som intestinal;	Sem alterações: RHA normoativos- audíveis 5-35x/min Com alterações: RHA ausentes- ausência detectada em <u>5min</u> contínuo de ausculta; RHA hipoativos- Pouco ativos. Auscultados menos de 5x/min; RHA hiperativos- sons altos, “gorgolejantes”, chamados de borborigmo. Auscultados mais de 35x/min;
EXAME ABDOMINAL- Circunferências Consiste na aferição da circunferência cintura e quadril.	Apalpar região do abdome, na busca por áreas sensíveis e massas/nódulos. CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA – com a fita métrica aferir a circunferência do abdômen na altura do umbigo. CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL – Com a fita métrica aferir a circunferência do quadril na altura da maior circunferência das nádegas. Durante a aferição das circunferências ter o cuidado para que a fita fique bem posicionada, sem dobras e alinhada horizontalmente. A fita não deve ser apertada.	Circunferência cintura- Registrar em “cm”; Circunferência quadril- Registrar em “cm”

Relação circunferências- Resultado da divisão da circunferência abdominal pela circunferência do quadril;

		Risco			
	Idade	Baixo	Moderado	Alto	Muito alto
Homens	20-29	< 0,83	0,83-0,88	0,89-0,94	> 0,94
	30-39	< 0,84	0,84-0,91	0,92-0,96	> 0,96
	40-49	< 0,88	0,88-0,95	0,96-1,00	> 1,00
	50-59	< 0,90	0,90-0,96	0,97-1,02	> 1,02
	60-69	< 0,91	0,91-0,98	0,99-1,03	> 1,03
Mulheres	20-29	< 0,71	0,71-0,77	0,78-0,82	> 0,82
	30-39	< 0,72	0,72-0,78	0,79-0,84	> 0,84
	40-49	< 0,73	0,73-0,79	0,80-0,87	> 0,87
	50-59	< 0,74	0,74-0,81	0,82-0,88	> 0,88
	60-69	< 0,76	0,76-0,83	0,84-0,90	> 0,90

Fonte: Bray & Gray, 1988.

ELIMINAÇÕES

DISPOSITIVOS/ DERIVAÇÕES	Questionar, ao paciente/cuidador a realização de cateterismo vesical de alívio. Avaliar a presença de dispositivos que auxiliam a micção.	Sem alterações-Diurese espontânea Com alterações- uso de dispositivos CAT-Cateterismo de Alívio SVD- Sonda Vesical de Demora; Urostomia- Criação cirúrgica de uma abertura artificial dos condutos urinários na parede abdominal. Cistostomia- abertura de um novo orifício da bexiga pela parede abdominal; Nefrostomia- abertura cirúrgica de uma comunicação entre o rim e o exterior para drenagem;
URINÁRIO	Questionar o paciente/cuidador a respeito da condição da urina. Caso, durante o exame físico, esteja represada em saco coletor ou fraldas, anotar as características com a	Sem alterações: Espontânea- sem o auxílio de dispositivos; Clara- coloração menos intensa;

	avaliação direta.	Com alterações: Oligúria- diminuição da quantidade de urina emitida em 24hs; Poliúria- Aumento do volume urinário eliminado em 24hs; Noctúria- diurese noturna; Concentrada- coloração mais intensa e volume reduzido; Disúria- Dor/Ardência ao urinar Odor- cheiro forte, que supera o característico da urina normal. Hematúria- presença de sangue na urina; Incontinência urinária- incapacidade de controlar a micção de forma voluntária;
ALTERAÇÕES DA MICÇÃO Micção- ato de liberar a urina.	Questionar o paciente/cuidador, alterações da micção.	Bexiga neurogênica- Ausência do controle da bexiga e micção por lesão neurológica; Urgência para urinar- Necessidade urgente de urinar. Dificuldade no controle do esfíncter para conter a micção; Sensação bexiga cheia- Capaz de sentir bexiga cheia; Sensação para esvaziar bexiga- Capaz de

		sentir a bexiga esvaziar;
Intestinal		
DERIVAÇÕES	Avaliar a presença de derivações cirúrgicas que auxiliem a evacuação. Observar a presença na região abdominal.	Sem alterações- abdome íntegro. Funcionamento intestinal fisiológico; Com alterações- uso de dispositivos. Colostomia- ligação do cólon, na parede interna do abdome ou da região lombar; Ileostomia- Anastomose do íleo na parede abdominal; Jejunostomia- Anastomose à parede abdominal do intestino delgado;
RITMO INTESTINAL	Questionar o paciente/cuidador, sobre o funcionamento intestinal.	Sem alterações: Regular- Sem alterações, mantendo o ritmo habitual, na presença de fezes pastosas e formadas; Alterações: Constipação- Dificuldade e/ou impossibilidade de evacuar. Prisão de ventre; Diarréia- Evacuações freqüentes ou fezes amolecidas e/ou líquidas. Dor ao evacuar- Dor durante a evacuação; Sangramento anal- Presença de sangue, rajas ou volume maior, na região anal. Pode-se constatar durante a higienização, evacuação ou

		manchas nas fraldas/roupas íntimas; Hemorróidas- pequenas vasos sanguíneos dilatados que ocorrem na região do ânus; Urgência em evacuar- Necessidade urgente de evacuar. Dificuldade no controle do esfíncter para conter a evacuação;
INTEGRIDADE FÍSICA		
ESCALA DE BRADEN Instrumento de avaliação do risco de desenvolvimento de Lesão por Pressão. Fornece seis parâmetros de avaliação, e o somatório final fica entre 6 e 23.	Avaliar umidade- Usar as pontas dos dedos sem luvas para palpar superfícies da pele, e observar maciez, secura, crostas e flocos. Flocos ocorrem quando a pele é esfregada, semelhantes a caspas. Avaliar, com exame físico e anamnese, os demais critérios da escala: Atividade, Mobilidade, Nutrição e Fricção e Cisalhamento;	Percepção sensorial /Score 1- Totalmente limitado 2- Muito limitado 3- Levemente limitado 4- Nenhuma limitação Umidade/Score 1- Completamente molhada 2- Muito molhada 3- Ocasionalmente molhada 4- Raramente molhada Atividade/Score 1- Acamado 2- Confinado à cadeira 3- Anda ocasionalmente 4- Anda frequentemente Mobilidade/Score 1- Totalmente imóvel 2- Bastante limitado 3- Levemente limitado

		4- Nenhuma limitação Nutrição/Score 1- Muito pobre; 2- Provavelmente inadequada 3- Adequada 4- Excelente Fricção e Cisalhamento/Score 1- Problema 2- Problema potencial 3- Nenhum problema Score total Altíssimo risco: 6-9 pontos; Alto risco: 10-12 pontos; Médio risco: 13-14 pontos Moderado risco: 15-18 pontos
ESCALA DE PUSH Instrumento destinado de avaliação do processo de cicatrização da ferida e intervenção de Lesões Por Pressão e Úlceras vasculogênicas; Área da ferida- É o maior comprimento (no sentido céfalo-caudal) versus a maior largura (linha horizontal da direita para esquerda); Exsudato- Líquido orgânico rico em proteínas, de natureza inflamatória formado pela passagem de soro através das paredes vasculares dos tecidos vizinhos. Quantidade de	Incidir sobre a ferida o filme transparente e delimitar, por dentro da ferida, a área com a caneta; Medir a área da ferida; Avaliar a quantidade de exsudato na ferida, após a remoção da cobertura e antes da aplicação de qualquer agente tópico; Avaliar a aparência do leito da ferida;	Área- Resultado da multiplicação do maior comprimento céfalo-caudal e altura, apresentada em centímetros quadrados (cm²); Área/Score: 0- 0 cm² 1- < 0.3 cm² 2- 0.3-0.6 cm² 3- 0.7-1 cm² 4- 1.1- 2 cm² 5- 2.1- 3 cm² 6- 3.1-4 cm² 7- 4.1-8 cm² 8- 8.1- 12 cm²

exsudato classificado como ausente, pequena, moderada ou grande. Aparência ferida: Tipo de tecido prevalente nessa região, especificada como tecido necrótico, esfacelo, tecido de granulação, tecido epitelial e ferida fechada. Tecido necrótico (escara) – coloração preta, marrom ou castanha, que adere firmemente ao leito ou às bordas da ferida, e pode apresentar-se mais endurecido ou amolecido, comparativamente à pele peri-ferida; Esfacelo- tecido de coloração amarela ou branca, que adere ao leito da ferida e apresenta-se como cordões, ou crostas grossas, podendo ainda ser mucinoso; Granulação- tecido de coloração rósea ou vermelha, de aparência brilhante, úmida e granulosa; Epitelial- Novo tecido róseo ou brilhante que se desenvolve a partir das bordas, ou como “ilhas” na superfície da lesão (feridas superficiais); Ferida fechada ou recoberta- Aquela completamente recoberta com epitélio.		9- 12.1- 24 cm² 10- > 24cm² Quantidade de exsudato: Ausente- Não possui. Ferida limpa, seca e/ou fechada; Pequena- quantidade mínima; Moderada- quantidade razoável; Grande- quantidade considerável, que pode extravasar e saturar completamente a cobertura secundária; Exsudato/Score: 0- Ausente 1- Pequena 2- Moderada 3- Grande Aparência/Score 0-Ferida Fechada 1-Tec.Epitelial 2-Tec.Granulação 3-Tec. Esfacelo 4-Tec. Necrótico
CARACTERÍSTICA DA FERIDA SEGUNDO TIME		TECIDO Epitelização- tecido viável, rosado; Granulação- tecido viável, avermelhado; Esfacelo- tecido desvitalizado, amarelado; Escara- tecido desvitalizado, enegrecido;

		EXSUDATO Serossanguinolento- que contém mistura de sangue e serosidade; Seroso- que tem aparência de soro; Purulento- que contém pus; BORDAS Epitelização- tecido de epitelização Edemaciada- inchadas Regulares Hiperemia- coloração avermelhada Maceração-
ATIVIDADE FÍSICA		
ESCALA Escala Performance Status ou ECOG	Avaliar atividade e capacidade do autocuidado, do paciente. Determinar o grau de atividade, conforme a classificação da escala.	Grau 0- Totalmente ativo e sem restrições de atividades; Grau 1- Restrito a atividades físicas, mas deambulando e apto a realizar atividades laborais leves; Grau 2- Incapaz de realizar atividades laborais, mas deambulando e com o autocuidado presente; Grau 3- Autocuidado limitado e confinado ao leito ou cadeira durante mais de 50% do período em que permanece acordado; Grau 4- Impossível o autocuidado e totalmente confiado ao leito ou à cadeira

LOCOMOÇÃO/ MÚSCULO-ESQUELÉTICO		
INSPEÇÃO- MOBILIDADE FÍSICA - MARCHA A avaliação da função músculo-esquelética enfoca o grau de movimentos articulares, a força e o tônus muscular, e a condição das articulações e músculos.	Se paciente não acamado, solicitar que fique em pé e ande em linha reta. Normalmente, a marcha envolve os braços livremente pendentes aos lados e a cabeça e o rosto liderando o corpo. A postura ereta normal envolve o alinhamento paralelo dos quadris com ombros. Idoso freqüentemente anda com passos menores e uma maior base. Tende também a adotar uma postura inclinada para frente com os quadris e joelhos flexionados e os braços dobrados nos cotovelos, levantando o nível dos braços.	Sem alterações: Deambulação preservada- ato de andar, mantendo equilíbrio e sintonia entre as partes do corpo envolvidas; Aparelho/objeto para deambular- Auxiliam na marcha/deambulação, garantindo equilíbrio e estabilidade; Amplitude preservada MMSS e MMII- Alterações: limitado ou ausente Cadeirante- dependente de cadeira de rodas; Acamado- preso ao leito;
PALPAÇÃO-TÔNUS MUSCULAR	Apalpar toda a musculatura e observar como o músculo se apresenta. Tônus muscular é a ligeira resistência muscular sentida pelo examinador quando a extremidade relaxada é passivamente movimentada através da sua amplitude de movimento; Solicitar ao paciente a deixar uma extremidade relaxada ou firme;	Eutônico- tônus muscular normal e preservado, que causa uma resistência pequena e uniforme ao movimento através de toda a amplitude; Hipotônico- tônus muscular diminuído;
PREJUÍZO MUSCULOESQUELÉTICO	Avaliar a presença de alterações musculoesqueléticas.	Preservado- ausência de alterações Não preservado- alterações musculoesqueléticas. Ex: amputações;

		problemas em articulações.
PREJUÍZO NEUROMUSCULAR	Avaliar a presença de danos neuromusculares.	Alterada Paraplegia- paralisia dos dois membros inferiores, geralmente causada por lesão medular; Tetraplegia- paralisia dos quatro membros Hemiplegia- paralisia da metade do corpo
SONO E REPOUSO		
	Questionar o padrão de sono, horas destinadas e apresentação ao acordar.	Sono Preservado- Sem alterações. Paciente se apresenta descansado; Alterado: Insônia- dificuldade ou impossibilidade de dormir; Hipersonia- Excesso de sono; Troca de turnos- Horas reduzidas de sono à noite, compensadas durante o dia; Fadiga- cansaço, esgotamento.
SEXUALIDADE		
	Avaliar a sexualidade ao questionar a respeito	Preservada- sexualidade preservada com

	sobre atividade sexual e/ou outras formas de estímulo. Caso paciente seja consciente e orientado, solicitar que o cuidador se retire, e mantenha a privacidade. Caso paciente não seja consciente e orientado, direcionar pergunta ao cuidador dispondo das perguntas tipo “B”.	atividade sexual presente e/ou outros estímulos; Não preservada- ausência.
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS		
COMUNICAÇÃO	Avaliar a capacidade da comunicação verbal, do paciente, durante a anamnese.	Comunicação Verbal - mantida por meio da fala. Comunicação não-verbal- mantida por meio de expressões faciais, gestos etc. Alterações: Afonia- perda da voz; Dislalia- comprometimento da fala, decorrente do defeito dos órgãos da fala; Disartria- Fala difícil e defeituosa, decorrente do comprometimento dos músculos da língua ou de outras partes, essenciais à fala. O funcionamento mental está intacto. Incapacidade de escrever, em pessoas sem defeito na capacidade de compreender e de ler/escrever; Disfasia- comprometimento da fala, resultante de uma lesão cerebral; Afasia- alteração ou perda da capacidade de

		expressar-se por meio da voz, da escrita ou por sinalização, ou impossibilidade de compreender a linguagem falada ou escrita, em decorrência de uma disfunção em centros cerebrais;
-RECREAÇÃO E LAZER; -SEGURANÇA EMOCIONAL -GREGÁRIA, AMOR, ACEITAÇÃO -AUTO-ESTIMA, AUTO-CONFIANÇA, AUTO-RESPEITO -LIBERDADE E PARTICIPAÇÃO -EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE -AUTO-REALIZAÇÃO	Questionar, a respeito dos demais itens do agrupamento “Necessidades Psicossociais”, ao paciente/cuidador. Manter contato visual, durante o questionário. Caso paciente/cuidador se constranja ou recusa em responder a perguntar, pular para a próxima;	Tais necessidades podem se apresentar não atendidas, mediante alterações como: -Ausência de atividades que causam divertimento; - Baixa renda; -Presença de medos, arrependimentos, culpas; -Ausência de família/amigos com vínculo próximo; - Dificuldade em receber e expressar afeto; -Presença de ansiedade, tristeza, choro freqüente e falta de esperança; - Não aceitação da imagem/apresentação; - Não aceitação do seu jeito de ser; - Ausência de participação no contexto da casa e cuidados com o lar; -Ausência de conhecimento sobre o diagnóstico e tratamento; - Ausência de aposentadoria/benefício; -Ausência de realização profissional e/ou pessoal;
DINÂMICA DO CUIDADOR	Direcionar apenas ao cuidador, em outro ambiente da casa, mantendo a privacidade deste.	Percebe a sobrecarga do cuidados e tensão do papel do cuidador, por meio das definições deste contexto (perguntas abertas), e por meio do comprometimento da vida pessoal e profissional.

NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS

Questionar, a respeito dos demais itens do agrupamento “Necessidades Psicoespirituais”, ao paciente/cuidador. Manter contato visual, durante o questionário. Caso paciente/cuidador se constranja ou recusa em responder a perguntar, pular para a próxima.

REFERÊNCIAS

FERNANDES, L.M.; CALIRI, M. H. L. Uso da escala de braden e glasgow para identificação do risco para úlceras por pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. Rev. Latino-am Enfermagem.2008. Novembro-Dezembro; 16(6);
 MOFFATT, C.J.;Preparação do leito da ferida na prática- Documento de orientação EWMA. London: MEP Ltd, 2004. Disponível em: WWW.ewma.org;
 POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 6ªed. ELSEVIER. Rio de Janeiro. 2005;
 SANTOS et al. ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO PRESSURE ULCER SCALE FOR HEALING (PUSH) PARA A LÍNGUA PORTUGUESA. Rev-latino am Enfermagem. 2005. Maio-junho. 13(3): 305-13.
 SILVA, C. R. L.; SILVA, R. C. L.; VIANA, D. L. DICIONÁRIO ILUSTRADO DE SAÚDE. 4ªed. YENDIS. São Paulo. 2009.
 BARROS, A.L.B.L.; Anamnese e exame físico. Artmed. Porto Alegre. 2002..

