

CONSIDERAÇÕES SOBRE INTERNAÇÃO DOMICILIAR E A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM: RELATO DE CASO

HOUSEHOLD AND CONSIDERATIONS ON HOSPITAL INTEGRATION OF FAMILY IN NURSING CARE: A CASE REPORT

HOGAR Y CONSIDERACIONES SOBRE EL HOSPITAL DE INTEGRACIÓN DE LA FAMILIA EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: UN CASO

Anne Caroline Coelho Leal Árias Amorim¹, Prince Vangeris Silva Fernandes de Lima², Andressa Farias Ferreira da Silva³, Fernanda Scarano Paes³, Késia Nina Caetano Silva³, Maysa Pacheco Foizer Ferreira³, Rebeca Caetano de Sá³, Liliane Santos Schuenker⁴

RESUMO

O relato de caso descreve os cuidados de enfermagem dispensados a uma família acompanhada por uma equipe do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar, de uma Região Administrativa do Distrito Federal mediante priorização, baseada na escala de Cascavel, de internação domiciliar de um membro desta por tal serviço público. O contexto inseriu-se segundo

relatos oriundos da Disciplina 'Enfermagem em Saúde da Comunidade 02 e Estágio', ofertada na modalidade obrigatória aos discentes do curso de graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília. Nessa conjuntura, descreveu-se o caso com a identificação do cliente, conceituação da doença que o acomete, como as percepções acadêmicas sobre o contexto familiar, sobrecarga do cuidador principal e conflitos relacionados à dinâmica familiar. Frente às percepções indicaram-se intervenções a serem realizadas; no caso de serviço e família entenderem sua pertinência, considerando o respeito às autonomias individuais e coletivas, serem relevantes na produção de vínculo e corresponsabilização. A disciplina possibilitou sensibilizar os discentes para a importância da assistência

¹ Professora Assistente, Mestre em Saúde Coletiva, Especialista em Saúde da Família e em Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Tutora do Subprojeto "Desenvolvimento de tecnologias para a Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde: subsídios à gestão do cuidado, do acesso e à desospitalização na Regional do Paranoá.", Pró-Saúde III.

² Licenciado e Graduado em Enfermagem. Enfermeiro egresso da Disciplina 'Enfermagem em Saúde da Comunidade 02 e Estágio', Enfermagem, Universidade de Brasília (UNB).

³ Enfermeiras egressas do Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

⁴ Enfermeira licenciada e graduada em Enfermagem. Egressa da disciplina de Licenciatura em 'Práticas de Ensino de Enfermagem', Enfermagem, Universidade de Brasília (UnB).

multiprofissional no domicílio de clientes com quadros clínicos estáveis, embora crônicos e agravados, que suscitem cuidados que extrapolem os ofertados pela Atenção Primária. A experiência foi singular por permitir uma visualização de padrões de relacionamentos, comportamentos e comunicação estabelecidos na dinâmica familiar, que se configuraram como fator de proteção ou de risco para o ente enfermo. A parceria com os profissionais do serviço local foi positiva por apresentar aos discentes uma nova rede de suporte formal ofertado pelo Sistema Único de Saúde, numa dinâmica da família como partícipe no planejamento das intervenções cuidadoras enquanto processo amplo.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Assistência Domiciliar; Enfermagem em Saúde Comunitária; Enfermagem Familiar.

ABSTRACT

The case report describes the nursing care dispensed to a family accompanied by a team of the Regional Center for Home Care in a Federal District Administrative Region through prioritization, based on the scale of Rattlesnake, hospitalization of a

member of this household for a public service. The context was inserted according to reports coming from the Discipline 'Nursing and Community Health in 02 and Stage', offered to students in the form of mandatory undergraduate course in Nursing, University of Brasilia. At this juncture, described a case with customer identification, conceptualization of the disease that affects as academic perceptions of family background, the main caregiver burden related to family dynamics and conflicts. Front perceptions indicated by interventions to be performed; in the case of service and family understand their relevance and considering the respect for individual and collective autonomy are relevant in the production of ties and co-responsibility. The discipline allowed the students to the importance of multidisciplinary assistance at home for customers with stable, although chronic clinical pictures and aggravated, requiring care that exceed those offered by primary health care. The experience was unique for allowing a visualization of patterns of relationships, behaviors and communication established in the family dynamic, which is configured as a factor of protection or risk being ill. The partnership with local service

professionals was positive for introduce to students a new formal support network offered by the National Health System, in the family dynamic as participant in the planning of interventions caregivers while broad process.

Key Words: Primary Health Care; Home Nursing; Community Health Nursing; Family Nursing.

RESUMEN

El informe del caso describe los cuidados de enfermería dispensados a una familia acompañada por un equipo del Centro Regional de Atención Domiciliaria en un distrito de la Región Administrativa Federal a través de la priorización, basada en la escala de Cascabel, la hospitalización de un miembro del hogar para tal servicio público. El contexto se inserta según informes procedentes de la Disciplina 'Enfermería en Salud de la Comunidad 02 e Pasantía', que ofrece a los estudiantes en forma de curso de pregrado obligatoria en Enfermería de la Universidad de Brasilia. En esta coyuntura, se describe un caso con la identificación del cliente, la conceptualización de la solución de la enfermedad que afecta, como académicas percepciones sobre

antecedentes familiares, sobrecarga del cuidador principal y los conflictos relación con la dinámica familiar. Frente la percepciones indicadas por las intervenciones que se deben realizar; en el caso del servicio y de la familia a comprender su relevancia y teniendo en cuenta el respeto por la autonomía individual y colectiva son relevantes en la producción de lazos y la corresponsabilidad. La disciplina permitió a los estudiantes tomen conciencia de la asistencia multidisciplinaria en el domicilio de los clientes con el cuadros clínicos estables, aunque crónica y agravado, requiriendo atención que los superan los ofrecidos por la atención primaria de salud. La experiencia fue única para permitir una visualización de los patrones de relaciones, comportamientos y la comunicación establecida en la dinámica familiar, que se configura como un factor protector o de riesgo para el enfermo. La colaboración con los profissinales del servicio local fue positiva para introducir a los estudiantes a una nueva red de apoyo formal que ofrece el Sistema Nacional de Salud y para que tengan acceso a dinámica familiar como participante en la planificación de las intervenciones y de los cuidadores mientras amplio proceso.

Palabras Claves: Atención Primaria de Salud; Atención Domiciliar de Salud; Enfermería en Salud Comunitaria; Enfermería de la Familia.

INTRODUÇÃO

A recente Política Nacional de Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), definida na Portaria do Ministério da Saúde nº 2.527 ⁽¹⁾, de 27 de outubro de 2011, reaquece discussões importantes, como a perspectiva da gestão em rede, o papel da atenção básica como ordenadora do cuidado e as mudanças no modelo técnico-assistencial. Conceitua-se Atenção Domiciliar no âmbito do SUS como modalidade assistencial substitutiva ou complementar às existentes, caracterizadas por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Dentre as ações desenvolvidas, destaca-se a visita domiciliar, a consulta de profissional de nível superior no domicílio, a identificação da pessoa que cuida do usuário, o planejamento e a realização de procedimentos, como o acompanhamento sistemático à família.

O cuidado domiciliar no SUS vem se destacando como forma de atenção em saúde com enfoque multiprofissional, de forma interdisciplinar ou transdisciplinar que, através de seu processo de trabalho, planeja e executa intervenções com usuários, familiares e cuidadores visando assegurar o melhor cuidado empreendido no âmbito primário de atenção, a partir do apoio da rede de cuidado secundário e terciário, bem como da rede de suporte formal e informal ⁽¹⁾. Em síntese, a internação domiciliar, acompanhada pelo Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) constitui a modalidade de cuidado realizada por uma equipe multiprofissional específica para esse fim, que presta assistência domiciliar a pessoas com quadros clínicos crônicos e agravados, porém estáveis, que exijam cuidados que superam aqueles que possam ser oferecidos pela Atenção Primária ⁽²⁾.

O manancial legal que disciplina a assistência à saúde nas situações de internação domiciliar, no nível da gestão do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), está disposto na Portaria nº 2.416 ⁽³⁾ de 23 de março de 1998, que estabeleceu critérios para

credenciamento de hospitais para a realização de Internação Domiciliar no SUS, bem como na lei nº 10.424 ⁽⁴⁾ de 15 de abril de 2002, que acrescentou à Lei Orgânica de Saúde ⁽⁵⁾ o capítulo VI, que trata do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar.

Ainda sobre o arcabouço de normas jurídicas direcionadas a modalidade de atenção domiciliar em questão, cita-se a Resolução da Diretoria Colegiada nº 11, de 26 de janeiro de 2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a qual dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar que, no mesmo ano, em âmbito local, detalha a instalação do Subsistema de Assistência Domiciliar no âmbito do Distrito Federal por meio da portaria nº 20 da Secretaria de Saúde do Distrito Federal ⁽²⁾. No mesmo ano também foi lançada a Portaria nº 2.529 ⁽⁷⁾ do MS, de 19 de outubro de 2006, que institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, reafirmando aspectos gerais e específicos dos supramencionados atos normativos.

No tocante às possibilidades que se relacionam, direta ou indiretamente, a internação domiciliar, alega-se o potencial para humanizar o atendimento

e o cuidado ao cliente; garantir cuidados e insumos mínimos com economia da hotelaria, redução de internações e reinternações, bem como disponibilização de leitos hospitalares e, conseqüentemente, diminuir custos de assistência e desenvolver parceria entre a equipe de saúde e o cliente/família no processo de tomada de decisões relacionadas ao cuidado em saúde, com responsabilidade equitativamente distribuída ⁽²⁾.

Para um indivíduo ser integrado ao sistema de internação domiciliar deve ser realizado, inicialmente, uma avaliação da incapacidade funcional. Após o parecer positivo do NRAD, são realizadas visitas à casa do usuário para avaliar se o ambiente suporta a instalação dos equipamentos necessários, além da realização de treinamento da pessoa da família que será o cuidador de referência ⁽²⁾. Estudos destacam as estratégias de assistência ambulatorial e domiciliar como formas de superar o modelo técnico-assistencial em saúde e alcançar a integralidade. Essas estratégias permitem responder às necessidades de saúde da população, de forma mais eficiente aos escassos recursos, além de promover a autonomia e atender os

desejos de pacientes e familiares de estarem em suas casas ⁽⁸⁾.

Para atender adequadamente às necessidades de saúde de uma população, se requer do sistema de saúde uma aproximação que contemple as múltiplas interconexões socioculturais que existem entre os clientes, os profissionais de saúde e os membros da comunidade. Dessa forma, considerando que o estado de “enfermidade/doença” é determinado pela experiência subjetiva dos indivíduos e dos membros da comunidade mais do que pelos aspectos clínicos e físicos, os conhecimentos teórico-práticos exigem considerar tanto os aspectos pessoais, como os provenientes das percepções comunitárias, ou seja, culturais, sociais, econômicas e outras que interferem nas redes de apoio para o enfrentamento da situação de ser cuidado no espaço micro-político empreendido pelo âmbito sócio-doméstico ⁽⁹⁾.

O presente relato de caso objetivou descrever os cuidados de enfermagem que foram dispensados a uma família acompanhada por uma equipe do NRAD, de uma Região Administrativa do Distrito Federal mediante priorização, baseada na escala

de Cascavel, de um membro desta portal serviço público.

METODOLOGIA

O estudo relata o caso acerca de cuidados de enfermagem aplicados a um cliente e família numa parceria entre o Núcleo Regional de Atenção Domiciliar, Distrito Federal e o grupo composto por docentes, monitor e alunos da graduação e licenciatura em Enfermagem em ações do Subprojeto 03 do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) “Desenvolvimento de tecnologias para a Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde: subsídios à gestão do cuidado, do acesso e à desospitalização na Regional do Paranoá”. Este descreve um dos trabalhos realizados na Disciplina ‘Enfermagem em Saúde da Comunidade 02 e Estágio’, ofertada na modalidade obrigatória pelo curso na Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

Os discentes foram sensibilizados para as responsabilidades assumidas pela equipe multiprofissional do NRAD, numa dinâmica em que os alunos, divididos em grupos e sob supervisão, assumiram o planejamento do cuidado de Enfermagem dispensado a alguns clientes atendidos pelo

programa de internação domiciliar. O presente relato buscou elucidar a atuação da enfermagem a um dos usuários do programa, quanto aos cuidados específicos dispensados sob a ótica da promoção da saúde e prevenção de agravos dos atores envolvidos no processo de cuidado do cliente pediátrico e família, bem como questões intimamente ligadas à adesão ao tratamento.

Os dados de saúde e doença do cliente e família foram coletados no segundo semestre do ano de 2013, com base em um questionário semi-estruturado, que contemplou questões socioeconômicas, avaliação geral do estado de saúde e estimação de demandas do cliente e família. O seguimento do total de cinco visitas domiciliares foi dado sempre com a supervisão de um docente ou da monitora da disciplina e um dos profissionais do NRAD que estavam dispensando cuidados específicos de saúde ao cliente e família em relato. A cuidadora principal do cliente em relato assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a utilização dos dados coletados para fins acadêmicos.

Também foram realizadas visitas ao Hospital Regional do Paranoá,

Distrito Federal, nas quais foram coletados os dados de interesse que se encontravam no prontuário do cliente, bem como foi realizada a discussão dos casos com a equipe de saúde do NRAD, quanto aos problemas identificados através da análise do prontuário, tal como os que foram reafirmados através das visitas domiciliares. Com o questionário semi-estruturado preenchido, em adição ao coletado nas visitas ao Hospital, se analisou e problematizou a situação acompanhada, a qual culminou na proposição de intervenções a serem realizadas pelos acadêmicos da disciplina e os profissionais do NRAD, caso estes concordem com a pertinência das recomendações.

Optou-se por uma exposição sistemática dos achados. Inicia-se a elucidação dos dados com a identificação do cliente e conceituação da doença que o acomete. Segue-se o relato com as percepções acadêmicas sobre o contexto familiar, sobrecarga do cuidador principal e conflitos relacionados à dinâmica familiar. A explanação se finda com menção às considerações sobre as intervenções realizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cliente de 02 anos, sexo masculino, nascido 'pré-termo' e acometido por Encefalopatia Crônica Infantil Não Progressiva (ECINP); mãe relata problemas perinatais não especificados.

No acompanhamento, durante a disciplina, percebeu-se que as necessidades relacionadas ao cuidado em saúde do cliente estão bem assistidas pelo NRAD e família. Trata-se de uma criança com uma doença crônica, que demanda cuidados de rotina, como dieta, verificação contínua de equipamentos como sonda nasogástrica, traqueostomia, entre outros. Atualmente o usuário participa de um plano de estimulação precoce e aguarda vaga em unidade hospitalar para realização de gastrostomia. A família é composta por três pessoas – o pai, a mãe e a criança – e possui uma rede de suporte informal limitada, principalmente familiar, devido à distância geográfica dos familiares dos pais. O contexto familiar revela um casal que gerou uma criança, mas devido à falta de evidências de alterações durante o pré-natal, este não foi preparado para enfrentar tal situação.

A ECINP é definida como uma perturbação funcional do sistema

nervoso central consequente de Lesão Neurológica Pré, Peri ou Pós-natal, desenvolvida nos primeiros anos de vida. As causas são inúmeras e complexas, coexistindo frequentemente mais de uma causa. As complicações perinatais são as que ocorrem no útero materno, da fecundação ao nascimento, que podem ou não, em seu desenrolar, originar uma criança com necessidades especiais. Dentre os fatores que atingem o bebê no útero, pode-se citar: idade da mãe; multiparidade; intervalo gestacional; fator RH; hipertensão gestacional; rubéola; sífilis; uso de drogas; dentre outros ⁽¹⁰⁾.

Percepções Acadêmicas sobre o contexto Familiar

Apesar do curto período em que se acompanhou o caso, foi possível estimar algumas demandas, principalmente no tocante ao compartilhamento de funções entre os moradores da casa. Verificou-se que a cuidadora principal, a mãe da criança, estava sobrecarregada. A falta de participação paterna nos cuidados de rotina do lar/com a criança enferma, a resistência da cuidadora em ajustar a rotina familiar para melhorar o cotidiano doméstico e a falta de acompanhamento psicológico da

família, por conta dos conflitos entre o casal, culminou na separação.

Nesse sentido, compreender as necessidades individuais e coletivas no cuidado sócio-domiciliar é uma tarefa difícil, principalmente quando a própria família não tem consciência das necessidades de cuidado do ente enfermo que estão aquém e que demanda atenção específica.

Sobrecarga do cuidador principal

Na perspectiva do cliente, que recebe cuidados em níveis satisfatórios, estimou-se em debate travado com a equipe, a necessidade de reavaliação por um fonoaudiólogo para analisar a possibilidade de reiniciar o tratamento que havia sido interrompido anteriormente. Percebeu-se, ainda, que a avaliação da criança por um profissional graduado em Terapia Ocupacional também seria interessante, uma vez que o cliente apresentou, ao exame físico, tônus muscular diminuído.

Mediante as percepções, durante o acompanhamento, optou-se por mencionar a sobrecarga da cuidadora principal, uma vez que este problema se relaciona diretamente aos demais que foram considerados. Notou-se que a cuidadora, não somente no momento da coleta de dados, apresentou discurso

insistente que afirmava sua sobrecarga, conforme explicitada nas falas abaixo:

“Menina, não dá pra trabalhar [de manicure] eu não tenho tempo nem pra colocar a roupa no varal (...)”.

“(...) eu não consigo fazer nada aqui em casa, todo dia tem alguma coisa [atividade ou consulta] pra levar o [nome do filho]”.

“Tem 02 anos que eu não consigo ir à igreja”.

“O pai dele não ajuda em nada aqui dentro”.

Desta forma, julgou-se importante destacar o Diagnóstico de Enfermagem (DE) **Risco de Tensão do papel de cuidador**, relacionado à falta de descanso, de atividades de entretenimento, ao desenvolvimento de problemas psicológicos; a quantidade de tarefas de cuidado; a presença de estressores situacionais que costumam afetar as famílias como vulnerabilidade econômica e separação; por ser o cuidador do sexo feminino e pelo isolamento deste da família. Este diagnóstico é definido pela taxonomia North American Nursing Diagnosis Association ⁽¹¹⁾ como “Risco de vulnerabilidade do cuidador por sentir dificuldade em desempenhar o papel de cuidador na família”.

Conflitos relacionados à dinâmica familiar

O grupo percebeu que a relação entre o casal estava enfraquecida, desgastada e conflituosa e que, frequentemente, a cuidadora culpava o marido pelos problemas que vivenciavam na família. No período houve um pequeno acidente envolvendo o cliente, que lesionou o dente durante uma atividade de recreação; a cuidadora atribuiu a culpa do acontecimento ao pai, que não estava cuidando “adequadamente” do filho. Na percepção dela, o pai o se relaciona com o filho, citando que este trata o filho friamente. A mãe afirmou, ainda, que o pai passa boa parte do tempo fora de casa e que ingere bebida alcoólica em demasia, culminando na decisão do casal de se separar.

Em relação ao problema supracitado, destacou-se o diagnóstico de enfermagem **Processos familiares disfuncionais** relacionados à história familiar de alcoolismo, à habilidade de enfrentamento inadequada, evidenciado por sentimentos de depressão, desvalorização, frustração, insatisfação, tensão, ressentimento que permanece devido à capacidade reduzida dos membros da família de se relacionarem objetivando o crescimento e

amadurecimento mútuo diante dos problemas, prevalecendo sistemas de comunicação fechados, conflitos crescentes e dificuldade para buscarem alternativas viáveis de diversão juntos. A definição deste DE corrobora com funções psicossociais, espirituais e fisiológicas cronicamente desorganizadas, em que a unidade familiar, tende ao conflito, à negação de problemas, à resistência a mudanças, à resolução ineficaz das necessidades e a uma série de crises auto-perpetuadas.

Considerações sobre as intervenções realizadas

Compete à equipe multiprofissional apoiar a família no enfrentamento das dificuldades que se põem, especialmente na criação e manutenção de canais dialógicos e afetivos na relação entre a mãe e seu filho com encefalopatia ⁽¹⁰⁾. Nesse sentido, se reforça que tal modalidade de intervenção precisa se estender aos demais membros da família, o que não a sobrecarregaria e possibilitaria uma participação do pai no processo de crescimento/desenvolvimento do filho enfermo.

A literatura aponta um esforço e envolvimento dos profissionais da saúde no cuidar de clientes com a

doença em questão, apesar das dificuldades relacionadas diretamente às intercorrências, ao diagnóstico e à necessidade de orientações e tratamentos específicos⁽¹⁰⁾.

O grupo compreendeu que as dificuldades acima referidas foram identificadas nos discursos dos familiares entrevistados. Porém, a mãe demonstrou entendimento acerca das necessidades da criança, inclusive em relação ao crescimento e desenvolvimento deste, uma vez que não é a cuidadora principal, mas sim a única cuidadora. Tal fato demandou, por parte da equipe, estimular e disseminar esses conhecimentos que a mãe possui para seu esposo, visando corresponsabilizá-lo frente ao cuidado do filho.

Essa compreensão da mãe se fez insatisfatória em um aspecto específico, o da alimentação da criança. A nutricionista estabeleceu que o horário de administração da dieta mudasse; antes, a alimentação era administrada a cada duas horas, com intervalo de uma hora, mudando para administrações de três em três horas, sem intervalos entre os frascos de dieta. Diante da constatação, foi necessária a reorientação acerca da nutrição da criança, sobre aspectos específicos

desta, no sentido de sensibilizar a mãe para o motivo da mudança, proposta pela nutricionista. A mãe, além de não seguir a nova orientação, relatou que a criança apresentava episódios frequentes de vômito após a infusão da dieta, chegando a 03 ou 04 episódios por dia.

O grupo percebeu que o pai não era hábil quanto ao cuidado do filho, bem como não demonstrava afeto pelo mesmo. Assim, concluiu que esse distanciamento se tratava da não aceitação em ter um filho com necessidades especiais, conforme trecho abaixo explicitado, coletado durante a entrevista com o pai.

“A gente queria e esperava um filho, mas não imaginava que ele nasceria assim”.

Havia uma dificuldade do pai em se adaptar a essa realidade. Segundo relato da mãe, o pai apresentava-se ausente do lar e ausente para os cuidados com o filho. No entanto, o pai relata a necessidade de trabalhar para dar o sustento da família, necessitando ter mais de um trabalho e, por isso, a ausência do lar, visto que a esposa deixou o trabalho para se dedicar aos cuidados destinados ao filho. Julgou-se necessário o encaminhamento do pai ao serviço de psicologia, numa tentativa de

possibilitar que o mesmo supere ou conviva melhor com esse descontentamento.

O trabalho da equipe do NRAD, nesse contexto, visou detectar as demandas da criança, da mãe e do pai, sendo importante incentivar, promover apoio, sensibilizar e auxiliá-los no processo de adaptação a essa realidade, sob a justificativa de que a criança, nessa circunstância específica, demanda recursos de cada um dos cônjuges. A atuação dos acadêmicos de enfermagem, antes de tudo, esteve ancorada no repasse contínuo e na reflexão clínica das demandas que se estimaram aos profissionais do NRAD, uma vez que estes, devido sua inserção no Programa de Internação Domiciliar e por serem parceiros no acompanhamento, discussão e análise das necessidades, terão potencial para dar seguimento às intervenções propostas.

NOTA CONCLUSIVA

A disciplina, teoria somada à experiência da prática profissional, possibilitou sensibilizar os discentes do grupo para a importância do trabalho multiprofissional na assistência à saúde em âmbito domiciliar de clientes com quadros clínicos crônicos e agravados.

Desse modo, a prática docente versou sobre a corresponsabilização, a transdisciplinaridade e, sobretudo, ao direcionamento à imagem-objetivo de qual processo de trabalho adotar, não apenas para permitir a colaboração e trocas de conhecimento, mas, sobretudo, para beneficiar o paciente, sua família, na defesa do SUS como um bem público qualificável. A experiência foi singular no sentido de permitir uma visualização dos padrões de relacionamentos, comportamentos e comunicação que se estabelecem na dinâmica familiar, as quais ora se configuram como fator de risco e em outros, como fator de proteção para o ente enfermo e suas conseqüentes demandas por cuidado. A possibilidade de atuar em parceria com os profissionais do NRAD merece destaque, uma vez que o campo de prática possibilitou a conscientização de uma nova rede de suporte formal, ofertado pelo Sistema Único de Saúde, numa dinâmica em que a família precisa ser contemplada no planejamento das intervenções relacionadas ao cuidado em saúde e que suscita, como em outros cenários assistenciais, o imperativo de revisão das posturas terapêuticas e práticas de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil, Portaria nº. 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 28 de outubro de 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Brasil, Portaria nº. 2416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 26 mar. 1998.
4. Brasil, Lei nº. 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 16 abr. 2002.
5. Brasil, Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1990.
6. Brasil, Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº. 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.
7. Brasil, Portaria nº. 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília, Diário Oficial da União, 19 out. 2006.
8. Combinato DS, Martins STF. (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. *O Mundo da Saúde*. 2012; 36 (3): 433-331.
9. Meirelles BHS, Erdmann AL. Redes Sociais, Complexidade, Vida e Saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá. 2006; 5 (1): 67-74.
10. Valarelli LP, Saes SO, Vieira LM. Encefalopatia Crônica Infantil não

Progressiva: realidade inesperada.
Salusvita, Bauru. 2010; 29 (3): 229-246.
11. North American Nursing
Diagnosis Association. Diagnósticos de
enfermagem da NANDA: definições e
classificação 2009-2011. Porto Alegre:
Artmed; 2009.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2014-06-25
Last received: 2014-06-25
Accepted: 2014-07-09
Publishing: 2014-10-31

Corresponding Address

Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da
Saúde.
Departamento de Enfermagem, Campus Universitário
Darcy Ribeiro.
CEP: 70.910-900
E-mail: annecarolineamorim@gmail.com