

## **A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE ACAMADO DOMICILIADO**

*The importance of multidisciplinary team care in the quality of life of bedridden patients  
at home*

**Fernanda Araujo Costa** <sup>1</sup>    
**Ângelo Altair de Oliveira** <sup>2</sup>  

Recebido: 29-06-2023

Aprovado: 04-08-2023

**Resumo:** Este estudo tem como objetivo apresentar a relevância do atendimento da equipe multiprofissional na qualidade de vida de um paciente acamado domiciliar, da sua família e do cuidador. Esta pesquisa é bibliográfica, realizada através de uma abordagem qualitativa, de natureza básica, descritiva analítica. Ao escolher o tema sobre equipe multiprofissional e paciente acamado domiciliar, tinha-se o intuito de fazer uma verificação sobre como o paciente acamado em domicílio era atendido pelo Sistema Único de Saúde, questões como se existia equipe especializada para esse atendimento, quem poderia ser atendido e em quais circunstâncias. A metodologia de pesquisa foi desenvolvida nas seguintes etapas: escolha do tema e elaboração da pergunta norteadora; busca na literatura; análise crítica dos materiais e síntese do conhecimento. Partindo da pergunta norteadora: qual a importância do atendimento da equipe multiprofissional na qualidade de vida do paciente acamado domiciliado? Foram analisados textos e leis, que regulamentam e apontam o papel dessa equipe na vida do paciente e do cuidador, não realizando corte temporal. No decorrer da pesquisa concluiu-se que existe todo um protocolo que vai desde a seleção dos pacientes que podem ser atendidos, até o planejar de ações integrativas, que sejam dinâmicas e flexíveis ao ambiente domiciliar a ser seguido pelas equipes de saúde, alguns lugares não são assistidos com equipes próprias de atenção domiciliar, devido a não terem o número exigido de habitantes, porém contam com apoio das Unidades Básicas de Saúde ou Estratégia da Saúde da Família local.

**Palavras-chave:** Tratamento Humanizado; Atenção Domiciliar; Direitos Humanos.

**Abstract:** This study aims to present the relevance of the multidisciplinary team's care in the quality of life of a bedridden patient at home, his family and the caregiver. This

---

<sup>1</sup> Discente do Curso de Especialização em Direitos Humanos e Garantias Fundamentais (IFMT). E-mail: nanda26araujo@hotmail.com

<sup>2</sup> Mestre em Desenvolvimento Comunitário (UNICENTRO). SEDUC-MT. E-mail: angeloaltairoliveira@gmail.com

research is bibliographic, carried out through a qualitative approach, of a basic, analytical descriptive nature. When choosing the topic on multidisciplinary team and bedridden patients at home, the intention was to verify how the patient bedridden at home was assisted by the Unified Health System, questions such as whether there was a specialized team for this care, who could be assisted and under what circumstances. The research methodology was developed in the following stages: choice of theme and elaboration of the guiding question; literature search; critical analysis of materials; and synthesis of knowledge. Starting from the guiding question: what is the importance of the assistance of the multidisciplinary team in the quality of life of bedridden patients at home? Texts and laws were analyzed, which regulate and point out the role of this team in the life of the patient and the caregiver, without making a temporal cut. During the research it was concluded that there is a whole protocol that goes from the selection of patients who can be attended to the planning of integrative actions, which are dynamic and flexible to the home environment to be followed by the health teams, some places are not assisted by their own home care teams, as they do not have the required number of inhabitants, but are supported by the Basic Health Units or the local Family Health Strategy.

**Keywords:** Humanized Treatment; Home Care; Human Rights.

## 1 Introdução

O modelo assistencial de atendimentos domiciliares vem sendo corriqueiramente indicado para atender as necessidades de pessoas com doenças crônicas e dependentes e é defendido a partir de valores como o da convivência familiar e do afeto, deixando o paciente mais próximo da família, diminuindo seu anseio e de familiares, bem como de uma melhor qualidade de vida do paciente, uma vez que os profissionais acabam orientando melhor os familiares nas práticas diárias com o paciente, e conseqüentemente acaba humanizando ainda mais os profissionais da equipe de saúde multiprofissional, pois em meio as visitas domiciliares, há sempre um aprendizado, seja com o paciente ou com os demais moradores da residência, e, obviamente, da redução de custos relacionados ao leito hospitalar, como também diminuição de risco de aquisição de novas doenças, através de vírus e bactérias a que ficam expostos nos leitos hospitalares, fazendo com que esse modelo a cada dia venha crescendo mais.

Esta pesquisa partiu da pergunta norteadora: qual a importância do atendimento da equipe multiprofissional na qualidade de vida do paciente acamado domiciliado? Teve início ainda no primeiro semestre de 2022, realizando as leituras e levantamentos necessários nos periódicos encontrados e continuou no decorrer do segundo semestre do mesmo ano, na fase de discussão e exposição estratégicas de tornar mais acessível essas informações.

O presente estudo foi desenvolvido durante a Pós-graduação *Latu Senso* em Direitos Humanos e Garantias Fundamentais, ofertado pelo Instituto Federal de Mato Grosso, Campus Confresa, em parceria com o Centro de Direitos Humanos Dom Pedro Casaldáliga. As aulas ocorreram de fevereiro a dezembro de 2022, sendo a defesa deste referido escrito em abril de 2023.

Fez-se necessário escrever sobre este tema devido serem ainda visíveis as desinformações de familiares de pacientes acamados em domicílios a respeito do mesmo. Muitos não sabem, ou até não procuram saber sobre seus direitos, que podem ser efetivados pelas secretarias municipais de saúde, e acabam deixando por vezes muitos entes sofrendo em uma cama até findar sua vida, situação essa que fere a dignidade e direitos humanos.

O objetivo desse manuscrito é apresentar a relevância do atendimento da equipe multiprofissional na qualidade de vida de um paciente acamado domiciliar, da sua família e do cuidador, pois, tratando-se de um processo muito complexo e muitas vezes os familiares não terem conhecimento e maturidade para lidar com a situação de ter um paciente acamado no domicílio, muitos dependem quase que totalmente do apoio e colaboração dessas equipes multiprofissionais.

## **2 Referencial Teórico**

### *2.1 Saúde como direito humano fundamental*

A saúde como direito começou a ser defendida há séculos, seja dentro do meio religioso ou filosófico, quando, por exemplo, em 1188, na Espanha, a saúde como direito

foi concedida pelo Rei Afonso IX e em 1215, na Inglaterra, através da *Magna Charta Libertatum*. Mesmo que inicialmente a saúde não tenha sido defendida para todos e somente para uma minoria que era classificada como prioritária devido suas posses. No século XVIII, com as Revoluções liberais aconteceu o pontapé inicial das reivindicações a favor dos direitos humanos para os oprimidos, buscando-se constitucionalizar os direitos fundamentais. A partir desse período começa a surgir as Declarações de Direitos, que foi evoluindo com discursões para esclarecer sobre os reais direitos do homem, não somente de liberdade, mas também direitos sociais. (BARTOLOMEI e CARVALHO, 2005)

Após a 2ª Guerra Mundial, como uma resposta aos eventos trágicos deixados pelo conflito armado, no ano de 1945 os países signatários criaram a Organização das Nações Unidas (ONU), com o objetivo de obter cooperação humanitária, econômica e social a nível internacional, buscando solucionar possíveis conflitos, que viessem acontecer. Assemelhando-se à Liga das Nações criada na Primeira Guerra Mundial, a ONU, promulgou em 1948 a Declaração Universal dos Direitos Humanos, onde no art. 25 trata sobre o direito à saúde (SÜSSEKIND, 1986).

Art. 25 1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social. (UNICEF, 2023).

Para a efetivação do direito à saúde, foi criada em 1948 a Organização Mundial da Saúde (OMS), subordinada à ONU. Mediante a tantos desastres no pós-guerra, a OMS desenvolveu um conceito de saúde caracterizado por ausência de doenças, definição essa que sofreu alterações ao longo do tempo, chegando ao conceito que temos na atualidade sobre saúde, como “perfeito bem-estar físico, mental e social” da pessoa. Mas

dificilmente consegue-se atingir o nível dessa definição, pois o perfeito bem-estar é prejudicado por inúmeros fatores (SILVA, SCHRAIBER e MOTA, 2019).

## 2.2 A garantia do direito humano à saúde no Brasil

No Brasil, o direito à saúde recebeu na Constituição Federal de 1988 a seguinte definição:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL,1988, Art. 196).

A partir da promulgação da Constituição Cidadã de 1988, consagrada como direito fundamental, a saúde pública passou a ser estruturada no país, através da Lei 8080/90, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), uma das maiores políticas públicas de saúde do mundo (Barcarollo, 2020). E com a criação do SUS o serviço de saúde foi organizado da seguinte forma: atendendo de baixa complexidade, média complexidade e alta complexidade.

Por atendimento de baixa complexidade pode-se citar o caso de um aferimento de pressão arterial e consulta com um Médico Clínico Geral. Média complexidade, atendimento de algumas especialidades, que demandam exames preliminares e até internamento hospitalar, e alta complexidade, uma cirurgia, uma internação na UTI etc. (CARVALHO, 2013).

Os princípios e diretrizes do SUS estão contidos na lei 8.080/90:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios. I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de

informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e 11 XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, Lei 8.80/90, art. 7.)

Na figura 01, traz de forma visual os princípios do SUS, para que os usuários possam compreendê-los mais facilmente:



Figura 1: Fluxograma dos princípios do SUS  
Fonte: <https://cartaodosus.info/principios-do-sus/>

O SUS foi implantado de forma gradual: sendo primeiro o SUDS (Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados); depois, a incorporação do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) ao Ministério da Saúde; a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) define as diretrizes para o funcionamento e a organização do SUS, e, a Lei 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, sendo

essas também consideradas a legislação básica do SUS, juntamente com a Constituição Federal (artigos 196 a 200) (HANNA SOBRINHO, 2014; ARCARI, 2020).

### *2.3 Atendimento domiciliar ao paciente acamado*

Em 2011, a portaria nº 2.527, de 27 de outubro, regulamentou a atenção domiciliar, posteriormente revogada e regida por uma nova portaria. Resguardando, assim, os pacientes que não apresentam condições de irem até a Unidade Básica de Saúde-UBS.

A Atenção Domiciliar é definida da seguinte forma:

Nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013, portaria 963, cap. I, art. 2, § I).

Com base na definição acima citada, pode-se classificar dois tipos de pacientes que usufruem dessa portaria, pacientes domiciliados e os pacientes acamados. “No primeiro caso o paciente apresenta diferentes graus de incapacidades, podendo ser temporárias ou definitivas, impossibilitando assim a execução de atividades de vida diárias e chegar até o atendimento” (Brasil, 2003). “No segundo caso, O paciente encontra-se restrito ao leito, exigindo cuidados especiais” (Brasil, 2020). Para que a assistência seja efetiva deve seguir os princípios do SUS na integralidade, seja através do atendimento da internação do acompanhamento domiciliar e/ou da visitação domiciliar. Essa forma de atendimento visa a melhora da qualidade de vida em todos os aspectos do paciente, de sua família e do cuidador.

Sabendo que a saúde demanda de muitos profissionais para conseguir proporcionar a todos os pacientes um atendimento de qualidade, Silveira e Gutierrez (2014) destacam que a equipe multiprofissional deve ser composta de enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentista e assistente espiritual.

A Portaria 963/2013, no parágrafo II, alínea b, deixa explícito que a implantação das equipes de atendimento está vinculada ao número de habitantes. Municípios de pequeno porte, que não alcançam 20 mil habitantes, são agrupados a municípios próximos, sendo que para o atendimento são formadas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) tipo II e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), ou apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Distinguir o que é basicamente necessário para um paciente acamado é fator primordial para a avaliação da atenção domiciliar. A presença e atuação qualificada de uma equipe multiprofissional é condição essencial para a implantação de um cuidado efetivo. Vale ressaltar o quão importante é a parceria no processo multiprofissional de cuidar, garantindo, assim, o desenvolvimento de uma rede atuante, que privilegie o espaço social como local para execução de ações de proteção e manutenção da saúde. A tríade (família/paciente/equipe) do cuidado domiciliar compõe um universo complexo, subjetivo e de constantes variações. Todos os membros dessa tríade se unem na busca de um único objetivo, isto é, o “cuidar”, atravessando barreiras, que devem ser vencidas a todo instante (VIEIRA; BEZERRA e FEITOSA, 2015).

A literatura traz diferentes conceitos e definições sobre a assistência domiciliar. A definição adotada para esse estudo é a estabelecida pela Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 (Brasil, 2016): assistência domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde que envolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e palição em domicílio de forma integrada com as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A assistência domiciliar é desenvolvida a partir do diagnóstico clínico que levanta potenciais e limitações do paciente e visa a adaptação e restauração da saúde e suas funções, repondo a independência e autonomia do indivíduo no repouso do seu lar, quando o diagnóstico e tratamento não necessitam de uma internação hospitalar. Ou seja, trata-se, portanto, da continuidade de assistência hospitalar ofertada na residência do paciente (BRASIL, 2019).

#### 2.4 *Qualidade de vida*

Para estudiosos em qualidade de vida, da Organização Mundial de Saúde (OMS), *The Whoqol Group*, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Ferreira, Neto, Latorre, 2011). Este conceito é amplo e complexo, envolve a saúde física, emocional, englobando ainda o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com fatores do meio ambiente (Pereira *et al*, 2006). A literatura disponível sobre a qualidade de vida do paciente acamado integrante das UBS ainda é insuficiente, pois para implementar a qualidade de vida de um indivíduo é necessário, inicialmente, saber o que é qualidade de vida para aquela pessoa.

### 3 Procedimentos metodológicos

Este estudo tem como objetivo apresentar a relevância do atendimento da equipe multiprofissional na qualidade de vida de um paciente acamado domiciliar, da sua família e do cuidador. Esta pesquisa é bibliográfica, realizada através de uma abordagem qualitativa, de natureza básica, descritiva analítica. Este método foi escolhido porque aqui se pretende observar, descrever de forma a contribuir para a discussão da temática de forma inicial, cabendo futuras pesquisas para aprofundar a temáticas (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Este estudo foi desenvolvido nas seguintes etapas: escolha do tema e elaboração da pergunta norteadora; busca na literatura; análise crítica dos materiais e síntese do conhecimento. Partindo da pergunta norteadora “qual a importância do atendimento da equipe multiprofissional na qualidade de vida do paciente acamado domiciliado?” Foram analisados textos e leis, que regulamentam e apontam o papel dessa equipe na vida do paciente e do cuidador.

Foram realizadas a busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-Brasil), pelas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine) e portal da Scientific Electronic Library Online (SciELO). Utilizaram-se as palavras-chaves “equipe multiprofissional, paciente acamado, atendimento domiciliar”, não foi seguido recorte temporal.

Seguido da identificação dos artigos, procedeu-se a leitura dos títulos e resumos, posteriormente a leitura na íntegra das publicações. Após este procedimento, passou-se à análise e discussão do tema que é aqui apresentado.

A pesquisa teve início ainda no primeiro semestre de 2022, realizando as leituras e levantamentos necessários nos periódicos encontrados, e continuou no decorrer do segundo semestre do mesmo ano na fase de discussão e exposição dos resultados encontrados. No primeiro semestre do ano de 2023, deu-se a apresentação final da pesquisa.

#### **4 Resultados e discussões**

A Constituição Federal brasileira define Saúde como direito social e dever do Estado, envolvendo a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS): universal no acesso, igualitário no atendimento e equânime na distribuição dos recursos, devendo obedecer as diretrizes de descentralização, atendimento integral, e a participação da comunidade (COHN & ELIAS, 2005).

Portanto, a legislação brasileira entende que o direito à saúde deve ser garantido gratuitamente pelo Estado, promovida pelo SUS, uma das maiores políticas públicas do mundo. Dentro dessas políticas podemos contar com a atenção domiciliar, que é indispensável como estratégia facilitadora, onde se estabelece o elo entre o usuário e a equipe multiprofissional, buscando, ao máximo, assegurar às famílias o cuidado requerido (Costa & Costa, 2011). Quando o profissional é inserido no núcleo familiar, de modo

eficaz passa a conhecer o processo saúde-doença e os cuidados domiciliares. (FERNANDES, 2010).

O diferencial da assistência domiciliar é justamente em ações inovadoras, permite às equipes em diferentes aspectos exercer um cuidado ampliado, que não se restringe apenas ao cuidado biológico da patologia, mas também, biológico, psicológico e emocional, com ações integrativas de saúde (BRASIL, 2019), podendo ser visto na Figura 2.



Figura 2: Fluxograma de atenção domiciliar.

Fonte: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7749/1/mod11.pdf>

O serviço de atenção domiciliar é uma assistência temporária, podendo ser usada de forma contínua se não houver estabilização suficiente para cuidados fornecidos pela atenção básica. Trata-se, portanto, de uma assistência composta por uma equipe multidisciplinar, ou seja, a Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Destinada aos pacientes com demanda de procedimentos com maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, como, por exemplo, curativos complexos, drenagem de abscesso e necessidade de monitoramento frequente de sinais vitais (SANTILLO, 2020).

As Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) também podem fornecer orientação no momento de adaptação do usuário e cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia, próteses, sondas e ostomias, aspirador de vias aéreas para higiene brônquica, uso de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido. Também podem ser atendidas pessoas que necessitam de acompanhamento domiciliar em pós-operatório, pessoas que possuam deficiência permanente ou transitória, em reabilitação e que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação. Também podem ser acompanhadas pessoas necessitem de atenção nutricional, permanente ou transitória, e cuidados paliativos (FONTINELE, 2018).

A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) é a responsável pelo cuidado do paciente domiciliado. O que difere as EMADs das equipes de atenção básica está no tipo de atendimento prestado aos pacientes domiciliados e na composição de equipe profissional. Na equipe EMAD deverá conter, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta ou assistente e de três a quatro auxiliares/técnicos de enfermagem, mas isso varia conforme o número de habitantes no município. Já uma equipe Multiprofissionais de Apoio (EMAP) terá de ser composta por no mínimo três profissionais de nível superior, eleitos nas seguintes categorias: as equipes poderão ser compostas de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais (BRASIL, 2013).

Espera-se que os profissionais dessas equipes sejam capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, envolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2019). A composição multiprofissional da equipe do serviço de atendimento domiciliar, além de promover melhor qualidade de vida aos usuários atendidos, também apresenta movimentos de cuidados direcionados aos familiares e cuidadores. O vínculo construído entre eles e a equipe do serviço de atendimento domiciliar impacta diretamente a qualidade do cuidado prestado aos usuários.

Os usuários em cuidados domiciliares são pessoas que se encontram em situações de restrição crônica ao leito, ou de uso contínuo de medicamentos, ou de equipamentos como concentradores de oxigênio, uso de sondas e cateteres, são pacientes em cuidados paliativos, em tratamento de úlceras abertas e na recuperação, acamados crônicos, usuários com AIDS, com acompanhamento do desenvolvimento de bebês prematuros, entre outros. (FEUERWERKER & MERHY, 2008).

O conceito de qualidade de vida é abrangente e complexo e não representa somente a saúde, mas envolve diferentes abordagens, como a econômica, a psicológica, a biomédica e a geral ou holística. A qualidade de vida pode ser compreendida como a oferta ao sujeito do mínimo de condições para que ele possa desenvolver o máximo de suas habilidades e potencialidades. A equipe do serviço de atendimento domiciliar assume o papel de equipe de referência no cuidado de determinadas demandas terapêuticas, devido estar mais capacitada para lidar com as demandas. O paciente acamado apresenta diferentes necessidades e a equipe multiprofissional deverá identificá-las e, ainda, se possível, satisfazê-las com base em uma relação de confiança, sendo que para auxiliar na busca de melhor qualidade de vida do paciente, cabe a esses profissionais promover momentos de descanso, apoio emocional e cuidado espiritual (Fonseca; Rebelo, 2011). Devendo se atentarem às condições de habitação, às relações afetivas entre familiares, aos fatores sociais, aos recursos disponíveis na casa do paciente, às condições de higiene e de segurança que lhe sejam fornecidas, ao grau de esclarecimento da família e às condições de vida, em termos socioeconômicos, culturais e familiares (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

A importância da equipe multidisciplinar reside no cuidado sob várias perspectivas distintas, identificação e acompanhamento de doenças através de uma abordagem multiprofissional especializada, da qual exige-se uma assistência que, além de ser específica para cada indivíduo, busque entender, acentuar e melhorar os sintomas desencadeados por determinada enfermidade, fato que poderá aumentar, tanto a qualidade de vida quanto as chances de sobrevivência do paciente e, ainda, estabelecer uma relação calcada na humanização e confiança entre o sujeito afetado, juntamente com sua família,

e os profissionais de saúde (SANTIAGO, ET AL, 2020). Ademais, o compartilhamento de experiências diferentes por cada profissional que compõe a equipe possui um propósito em comum de recuperar a saúde do enfermo e reinseri-lo novamente no seu seio familiar, profissional, social, entre outros, em um período que seja breve e adequado. Vale ressaltar que essa prestação de serviços holística proporciona, aos que procuram atendimento, um melhor plano terapêutico, pois mediante uma comunicação interdisciplinar e um relacionamento interpessoal efetivo, menores serão as chances de consequências irreversíveis aos pacientes (BARBOSA, et al., 2020). É fundamental que esse profissional tenha habilidade de comunicação, pois isso garante o melhor desenvolvimento de suas práticas clínicas.

As equipes multiprofissionais de saúde enfrentam um expressivo grau de tensão durante as visitas domiciliares. Deparam-se com dificuldades técnicas, por não contar com preparo exclusivos para certas circunstâncias; dificuldades materiais, pois nem sempre a rede básica de apoio dispõe de todos os materiais necessários em determinadas situações de atenção domiciliar e, sobretudo, dificuldades de tempo, pois considerando o tempo de deslocamento e a alta demanda de atendimento, muitos profissionais não conseguem dar a devida atenção aos pacientes (FEUERWERKE; MERHY, 2008).

## **5 Considerações finais**

O direito à saúde, que há séculos era usufruído apenas por uma fração de pessoas, sofreu importantes transformações e atualmente é um direito humano fundamental alcançado e garantido a todos que se encontram no território brasileiro, previsto em Constituição Federal. A Declaração Universal dos Direitos Humanos serve de base para cada País criar condições para a efetivação do direito à saúde.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, as pessoas que não têm como financiar os cuidados com sua saúde encontram amparo legal e estatal. O que antes era proporcionado somente a quem trabalhava com carteira de trabalho assinada, ou pertencia a um estrato social favorável, passa a ser garantido a todos, pois este serviço é

muito relevante para pessoas em situação de vulnerabilidade social, que enfermas, antes só podiam contar com obras da piedade, santas casas, boticários, curandeiros e formas do senso comum para buscar a cura de seus achaques, quando não vinham à óbito por ausência de atendimento médico. Com a criação do SUS, atualmente todos de qualquer classe social e poder aquisitivo estão assegurados a ter atendimento desde baixa complexidade até a alta complexidade, como um leito na UTI, por exemplo.

Dentro do SUS, com criação de inúmeras políticas para aprimorar cada vez mais o sistema, e abranger maiores áreas da população, criou-se o serviço de atendimento domiciliar, dando àqueles pacientes acamados, o direito e dignidade de serem cuidados no seio familiar, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente e aos familiares.

Muito se tem feito para melhorar a eficácia do Serviço de Atendimento Domiciliar, mas ainda há muito o que ser pensado e reformular. É nítido que esse suporte faz toda diferença na vida das pessoas acamadas, e como a cada dia que passa as demandas só aumentam, a partir deste estudo levanta-se a necessidade de aumentar o número de profissionais que compõem as equipes que prestam esse atendimento, tentando assim cobrir maiores áreas.

Ao escolher o tema sobre equipe multiprofissional e paciente acamados domiciliar, tinha-se o intuito de fazer uma verificação sobre como o paciente acamado em domicílio era atendido pelo Sistema Único de Saúde, em questões como se existia equipe especializada para esse atendimento, quem poderia ser atendido e em quais circunstâncias. No decorrer da pesquisa notou-se que existe todo um protocolo a ser seguido pelas equipes de saúde, ainda que alguns lugares não são assistidos com equipes próprias de atenção domiciliar, devido a não terem o número exigido de habitantes, mas contam com apoio das Unidades Básicas de Saúde ou Estratégia da Saúde da Família local. Sugere-se aos usuários que precisam desse serviço, que busquem as UBS, Atenção Básica ou Secretarias Municipais de Saúde e solicitem o apoio, a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente que se encontra acamado em domicílio.

Como o atendimento à saúde está em frequente aperfeiçoamento, precisa-se aprofundar mais nesse tema, estudos de campo poderão ajudar no desempenho de

melhores práticas, orientações para os usuários deste serviço, sejam pacientes ou os familiares/cuidadores, nas práticas diárias com pacientes acamados, garantindo de forma eficiente o sagrado direito humano fundamental, que traz dignidade.

## 6 Referências

ARCARI, J. **Legislação do Sistema Único de Saúde**. 2020.

BARCAROLLO, R.C. **Mobilização social do direito e efetivação do direito fundamental à saúde**. 139 f. **Dissertação (Mestrado em Planejamento em Planejamento e Análise de Políticas Públicas) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2020.**

BARBOSA, B. C., SOUSA, C.A.EU.DS C., & MORAIS, EU. DE ANÚNCIOS S. Percepção da equipe multidisciplinar acerca da assistência humanizada não centro hospitalar. **Rev. SOBECC, 212-218**. (2020).

BARTOLOMEI, C. E. F.. CARVALHO, M. S.. DELDUQUE, M. C.. Saúde, Direito de Todos e Dever do Estado. **Senatus, v.4, n.1, p 60-65**, Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde. Experiência do serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição**; organizado por José Mauro Ceratti Lopes [Internet]. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. 2003: 49p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde.** Brasília-DF. 2020: 98p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Brasília-DF. 2 volumes; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União República Federativa do Brasil. V. 25, n. 3, p. 1491-2, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016: redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as Equipes habilitadas.** Diário Oficial da União República Federativa do Brasil. V. 26, n. 38, p. 33-8. 2019.

BRASIL. Presidência Da República. Casa Civil. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990,** 2020.

CARVALHO, G. **A saúde pública no Brasil,** 2013.

COHN, A.; ELIAS, E. P. **Saúde no Brasil – Políticas e Organização de serviços.** São Paulo: Cortez, 2005.

COSTA, A. D; COSTA, M. E. D. Assistência do enfermeiro ao paciente incapacitado por acidente vascular cerebral. **Revista Enfermagem Integrada [serial on the internet]. 2011 [cited 2013 Aug 20];4(1):698-704.**

FERREIRA, D R. NETO, G F F. LATORRE, G F S. Medidas de qualidade de vida em pacientes acamados submetidos ao tratamento fisioterapêutico de um programa de saúde familiar. **EFDeportes.com, Digital. Revista Buenos Aires, Año 16, Nº 159,** Agosto de 2011.

FERNANDES, J. M. **O papel do cuidador frente ao paciente acamado e a responsabilização da equipe de saúde da família.** Araçuaí (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

FEUERWERKER, LCM, MERHY EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Pública 2008;24(3):180-8.**

FONSECA, J. V. C; REBELO, T. Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. **Rev Bras Enferm [serial on the internet]. 2011 [cited 2013 Sep 2];64(1):180-4.**

FONTINELE J, K. **Programa de Saúde da Família (PSF) – Comentado**. Goiânia: AB editora, 3ª edição revisado e atualizado 2018.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família**. Texto & Contexto Enferm [serial on the internet]. 2006 [cited 2013 July 14];15(4):645-53.

HANNA SOBRINHO, M.I.A. **Formação médica – evolução do curso de medicina da UFPR**, 2014.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria**. v.1, n.28, p. 27-38, jan/abr. 2006.

SANTILLO, H. **Programa de Saúde da Família**. Ministério da Saúde, Brasília. 2020.

SANTIAGO, K. M.A., MAGALHÃES, BMS., BENTO, G.A.O., FERREIRA, G. M., LEITE, v. EU.T., & de NEGREIROS M, KV (2020). **Importância da Equipe Multidisciplinar não Acompanhamento de crianças Portadoras De Fibrose cística (FC) e Se nós familiares**. Semana de pesquisa fazer centro Universitário Tiradentes-SEMPESq-Alagoas, (8).

SILVA, M. J. S, SCHRAIBER, L. B. e MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. V. 29 (1), e290102, 2019.

SILVEIRA, MH. CIAMPONE, MHT. GUTIERREZ, BA. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. 2014; 17 (1): 7-16.

SÜSSEKIND, A. **Direitos Sociais na Constituinte**. Rio de Janeiro: Freitas Barros, p.21, 1986.

UNICEF. **Declaração universal dos direitos humanos**. Disponível em:< <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>> acesso em março de 2023.

VIEIRA, H F; BEZERRA, A L D; SOBREIRA, M V S; SILVA, J B D; FEITOSA, A D N A. Assistência de enfermagem ao paciente acamado em domicílio: uma revisão sistemática. **FIEP BULLETIN - Volume 85 - Special Edition - ARTICLE I** – 2015.

