



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

ANA CAROLINA DE SOUZA

**O OLHAR DO PROFISSIONAL EM FORMAÇÃO SOBRE A ATENÇÃO
DOMICILIAR**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino
Coorientadora: Dra. Daniele Cristina Godoy

**Botucatu
2023**

ANA CAROLINA DE SOUZA

**O OLHAR DO PROFISSIONAL EM FORMAÇÃO SOBRE A ATENÇÃO
DOMICILIAR**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção de Mestra em
Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a. *Dra. Eliana Goldfarb Cyrino*
Coorientadora: *Dra. Daniele Cristina Godoy*

Botucatu
2023

S729o	Souza, Ana Carolina de O olhar do profissional em formação sobre a Atenção Domiciliar / Ana Carolina de Souza. -- Botucatu, 2023 152 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu Orientadora: Prof.^a. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino Coorientadora: Dra. Daniele Cristina Godoy 1. Atenção Primária à Saúde. 2. Assistência Domiciliar. 3. Educação Interprofissional. 4. Equipe de Assistência ao Paciente. I. Título.
-------	--

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de Medicina, Botucatu. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu querido pai, Pedro Branco, (in memoriam), ao ser humano mais gentil que pude conhecer. Dono de uma história de vida que me enche de orgulho. Sempre esteve ao meu lado apoiando minhas escolhas. Ao seu esforço e dedicação eu tenho imensa gratidão.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, LÚCIA, parceira e amiga. Presente nos momentos mais difíceis, sempre me amparando e me dando forças para continuar. Junto ao meu pai, sempre emprenhados com a minha formação e educação.

Ao meu companheiro THIERRES, por todo apoio e parceria neste momento importante da minha vida,

À minha orientadora ELIANA CYRINO pela oportunidade e confiança no meu trabalho. Agradeço ao imenso carinho que recebi da professora Eliana, se fazendo presente em momentos muito importantes na minha vida.

À minha coorientadora DANI por todo companheirismo e parceria. Uma pessoa muito querida e especial a qual tenho imensa admiração e respeito.

Ao meu querido irmão PEDRO HENRIQUE pelo suporte e carinho nesta caminhada.

À minha amiga LENI, que muito me ajudou e esteve ao meu lado a todo momento. Compartilhei muitas dificuldades e conquistas, com quem aprendi muito também.

Ao RAFAEL por ajuda e disponibilidade, pessoa muito importante presente no momento mais difícil da minha vida, que vem me dando suporte para continuar.

Aos meus COLEGAS DO MESTRADO, que apesar do pouco tempo que tivemos a oportunidade de estarmos juntos presencialmente, seguimos ao longo destes anos unidos e apoiando uns aos outros. Aos colegas: CAROL, MONA, BÁRBARA, KATHERINE, RODRIGO e JOÃO, muito obrigada pela parceria.

À professora JAQUELINE que sempre se preocupou em conhecer as minhas necessidades e me dar suporte de maneira muito cuidadosa e gentil.

À LUCIENE que sempre me incentivou a continuar meu trabalho e me deu muito suporte do começo ao fim desta jornada.

Aos professores ADRIANO e JOÃO MARCOS por toda preocupação, cuidado e generosidade.

À JÚLIA e VIRGÍNIA, pessoas que tiveram uma passagem muito importante na minha vida, com as quais pude dividir muitos momentos marcados por conversas maravilhosas.

Às minhas amigas CAROL, HELÔ e BÁRBARA pelo companheirismo e apoio.

Aos profissionais que participaram contribuíram no desenvolvimento desta pesquisa.

Aos COLABORADORES DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA, unidade a qual tenho muito carinho, lugar onde fui acolhida durante a residência e o mestrado.

O espaço do GRUPO DE ATENÇÃO DOMICILIAR me aproximou ainda mais do usuário e o seu contexto. Pude conhecer dezenas de histórias de vida, e com elas eu chorei, ri, aprendi, troquei experiências e também me calei diante da realidade e as condições em que estas pessoas se encontram, com sentimento de impotência diante da tamanha desigualdade que estas pessoas foram submetidas. AOS USUÁRIOS, eu agradeço a oportunidade de poder conhecê-los na intimidade do seu lar.

Agradeço ao apoio financeiro concedido pela CAPES durante cinco semestres do mestrado, fundamental para a continuidade deste trabalho.

APRESENTAÇÃO

Hoje, perto de completar meus 29 anos, me identifico como uma mulher albina e com deficiência visual. Essa identificação me chegou tardiamente, muito em decorrência da invisibilidade enfrentada por nós, pessoas albinas, que apesar de todas as características que nos acompanham, como a pele extremamente branca, somos invisíveis a muitos olhos.

Chegar até aqui não foi uma tarefa fácil, além de ter que encontrar forças para enfrentar um melanoma maligno, eu também luto diariamente para ocupar o meu espaço dentro de uma sociedade preconceituosa e capacitista.

Sou a única albina da minha família, fui e sou muitas vezes a única albina em outros lugares, na escola, na graduação, na residência e no mestrado. Por todos os lugares em que passei eu tive que apresentar e contar um pouco da minha história, que talvez um dia se torne um livro. Sou filha de pai e mãe cearenses, que saíram do Nordeste como tantas outras famílias rumo à capital paulista. Eu e o meu irmão nascemos em São Paulo, onde moramos durante doze anos, depois nos mudamos para a cidade de Juazeiro do Norte no Ceará.

Iniciei a graduação cheia de inseguranças e medos, pois todo o processo que envolveu a minha educação sempre foi muito desafiador e pouco inclusivo. E na faculdade seria diferente? Não, as letrinhas pequenas, os livros enormes e professores exigentes estavam ali, e muitas vezes eu tive que me adaptar à rotina imposta.

Foi durante esse período da graduação que tive a oportunidade de conhecer os meus limites, as minhas dificuldades e também os meus direitos enquanto uma pessoa com deficiência. Conheci histórias de outras pessoas

albinas nas redes sociais, pude me sentir representada e encorajada em suas trajetórias.

No segundo ano da faculdade, eu consegui uma bolsa integral de estudos pelo PROUNI, através do ENEM, exame este que realizei usufruindo o direito de condição especial, prova ampliada e tempo adicional, que até então eu desconhecia. Acredito que a partir daí eu pude sentir a importância da equidade, pois no momento em que eu recebo apoio e suporte, que abraça minha necessidade, eu tenho possibilidade de realizar e concluir determinada função com êxito.

Conclui a graduação em fisioterapia em 2017. Com o diploma em mãos saí da casa dos meus pais e voltei para São Paulo, com mais um sonho engatado, fazer residência na área da saúde. No ano seguinte, iniciei a residência multiprofissional em Saúde da Família, na Faculdade de Medicina de Botucatu. A experiência da residência foi muito transformadora e intensa, eu pude atuar junto à uma equipe de diferentes profissionais que desenvolvia um trabalho dentro do SUS, mais precisamente na Atenção Primária à Saúde. Essa imersão me aproximou cada vez mais da Saúde Coletiva e na defesa do SUS.

Durante a residência, entre os anos de 2018 a 2020, eu e um grupo de residentes chegamos no Centro de Saúde Escola, num espaço que realizava visitas domiciliares. Nossa inserção nessa atividade me deu a oportunidade de estudar mais sobre o assunto e despertou o interesse em desenvolver o meu Trabalho de Conclusão da Residência dentro desse contexto.

A partir da realização de meu TCR, em 2020, decidi que deveria aprofundar meus estudos sobre o tema da Atenção Domiciliar. Assim me inscrevi e fui selecionada para realizar o mestrado acadêmico em Saúde Coletiva, em continuidade ao trabalho que havia iniciado. Tinha muitas

indagações que precisavam ser melhor estudadas, principalmente no que se refere à qualificação da Atenção Domiciliar na APS e o papel desempenhado por uma equipe interprofissional em formação, como é o caso das residências multiprofissionais na saúde. Ressalto que para além deste estudo me envolvi muito com todo o processo de desenvolvimento do grupo de Atenção Domiciliar e que inclusive acabei por desenvolver o papel de apoio à coordenação deste grupo. Destaco ainda que fica uma indagação sobre até onde deve ir o trabalho da APS na Atenção Domiciliar e a necessidade de uma rede efetiva que dialogue com a mesma.

Quando estava já terminando esta dissertação, já trabalhando na APS, na ESF, em São Paulo, na comunidade de Paraisópolis, fui realizar uma visita à uma paciente albina. Ela era mãe de duas crianças, com muitas manchas de queimadura na pele. Ela me contou que não conhecia nenhuma mulher albina, apenas homens. Nós duas ficamos muito emocionadas de nos encontrarmos assim, naquele lugar e naquela situação. Ela me falou que achava muito difícil, se não impossível, uma mulher albina fazer faculdade e trabalhar como fisioterapeuta.

Finalizo essa apresentação ressaltando que ser uma pessoa com deficiência é acima de tudo ser uma pessoa como qualquer outra, cheia de imperfeições, medos e desejos. Eu acredito na equidade e sei que através dela nós podemos ser o que a gente quiser.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Modalidades da Atenção Domiciliar.....	37
Quadro 2: Caracterização dos profissionais entrevistados.....	55
Quadro 3: Caracterização dos pacientes acompanhados pelo grupo de atenção domiciliar, CSE, Botucatu, 2022.....	68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Momento de discussão.....	63
Figura 2: Visita do grupo a uma instituição de longa Permanência.....	64
Figura 3: Atividade de Educação Permanente.....	65
Figura 4: Painel Ilustrativo do grupo de AD.....	72
Figura 5: Legenda ilustrativa do grupo de AD.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
APS	Atenção Primária à Saúde
CSE	Centro de Saúde Escola
DCN	Diretrizes Curriculares Nacional
EIP	Educação Interprofissional
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
IUSC	Programa de Interação Universidade Serviço Comunidade
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
PICS	Prática Interprofissional Colaborativa em Saúde
PPC	Projetos Pedagógicos de Cursos
PROMED	Programa de Incentivos às mudanças curriculares nos cursos de medicina
Pró-Saúde em Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

Resumo.....	22
Abstract.....	25
Introdução	27
Capítulo I: APS e necessidades em saúde	30
As mudanças nas necessidades em saúde: o papel da atenção primária à saúde.	31
Capítulo II: A Atenção Domiciliar na APS	32
Recorte histórico da atenção domiciliar	33
A atenção domiciliar no Sistema Único e Saúde	33
Capítulo III: Formação e atuação na AD.....	40
A formação profissional na área da saúde	41
A reorganização da atenção domiciliar no centro de saúde escola de Botucatu	42
Objetivos	44
Objetivo geral	45
Objetivos específicos.....	45
Metodologia.....	46
Descrição do local do estudo.....	47
Universo da pesquisa	48
Produção e análise dos dados.....	49
Preceitos Éticos.....	51
Resultados	53
Caracterização dos profissionais entrevistados	54
A prática da visita domiciliar: como era antes do grupo?	55
A elaboração do instrumento interprofissional: suas contribuições ao espaço da visita domiciliar	57
O grupo de Atenção Domiciliar.....	60
Práticas realizadas pelo Grupo de Atenção Domiciliar	61
Características dos pacientes em acompanhamento pelo grupo.....	65
O impacto da pandemia: o que mudou?	69
Outras contribuições para o grupo de Atenção Domiciliar.....	70

Análise temática do conteúdo.....	72
O percurso até aqui.....	73
Por onde estive depois da graduação: vivências anteriores.....	74
A residência/especialização como minha primeira experiência profissional.....	75
A bagagem da graduação	76
Como cheguei até o Grupo de Atenção Domiciliar.....	78
Conhecendo a prática da Atenção Domiciliar.....	80
O que eu sei sobre a Atenção Domiciliar?	81
Da graduação para a casa do paciente.....	83
Minhas experiências anteriores com visita domiciliar	85
O papel do grupo na minha formação	89
Aprendendo com o outro.....	90
Potencialidades e fragilidades do Grupo de Atenção Domiciliar	92
Discussão	98
A formação em saúde e o trabalho no SUS.....	99
O Grupo de Atenção Domiciliar e a Clínica Ampliada.....	104
Considerações finais.....	112
Referências	115
Anexos	125
ANEXO I: Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE	126
Apêndice	129
APÊNCIDCE I: Roteiro Entrevista.....	130
APÊNCIDCE II: Instrumento Multiprofissional para Assistência Domiciliar	131
APÊNDICE III: Ficha de encaminhamento.....	135
APÊNDICE IV: Instrumento Multiprofissional para Assistência Domiciliar Expandido	136
APÊNDICE V: Parecer Consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa	147

RESUMO

A Atenção Domiciliar (AD) na perspectiva do Sistema Único de Saúde, vem se destacando como uma importante estratégia frente às mais diversificadas necessidades de saúde demandadas pela população brasileira. Suas ações emergem dos preceitos da Clínica Ampliada e se fortalecem através da atuação interprofissional. A visita domiciliar compõe a AD. No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a visita domiciliar possibilita a aproximação entre a unidade de saúde e o território. Este estudo tomou como campo a AD dentro de uma unidade básica de saúde o Centro de Saúde Escola (CSE) e teve como objetivos: analisar uma experiência de formação profissional em AD no cenário da APS, conhecer a percepção dos profissionais em formação da área da saúde sobre a prática da AD; descrever o processo de trabalho do grupo de atenção domiciliar e o processo de elaboração de um instrumento interprofissional no campo da AD. Esta pesquisa se caracteriza como um estudo de caso e de caráter exploratório utilizando-se da metodologia qualitativa. Foram entrevistados 24 profissionais residentes e especializando inseridos no grupo de AD no CSE. As entrevistas foram gravadas e transcritas, tiveram duração média de 40-60 minutos. A produção e análise dos dados ocorreu em três momentos: Descrição densa do grupo de AD, com apresentação da história de sua implementação, atividades desenvolvidas, composição da equipe e processo de trabalho, estes dados foram resgatados do Trabalho de Conclusão de Residência e do diário de campo da pesquisadora, a partir do registro etnográfico e observações das práticas do grupo. Caracterização das situações acompanhadas pelo grupo. Conhecimento da percepção dos profissionais sobre a AD através da entrevista semiestruturada. As entrevistas foram analisadas com base no referencial teórico e da análise temática do conteúdo. O conjunto do material produzido possibilitou a definição de três grandes eixos temáticos: o percurso até aqui; conhecendo a prática da atenção domiciliar e o papel do grupo na minha formação. Essa investigação permitiu reconhecer as potencialidades e contribuições do grupo de atenção domiciliar na formação profissional dos residentes e especializando, em um contexto fragilizado pela pandemia de Covid-19. A pesquisa também nos trouxe o conhecimento das lacunas existentes no processo de formação na área da saúde. A experiência com visita domiciliar, o trabalho interprofissional, o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular e as discussões de caso foram vivenciadas pela maioria dos entrevistados durante a pós-graduação, sobretudo, no grupo de atenção domiciliar. A ideia ao descrever as atividades do grupo e toda sua história, significa trazer esta experiência como referência de prática colaborativa para outros serviços que busquem a AD

na perspectiva da APS. A apropriação dos conceitos que permeiam a prática da atenção domiciliar foi alcançada durante as atividades do grupo. Foi possível identificar a evolução destes profissionais do início ao fim do seu ciclo. Percebemos a importância do contato com o instrumento interprofissional e o seu papel norteador no contexto domiciliar. A prática interprofissional possibilitou o compartilhamento dos saberes, aproximando o profissional do seu núcleo e dos demais campos de atuação. Pode-se concluir, que a relevância do grupo se estende para além das contribuições no processo de formação profissional na saúde, contemplando os demais atores envolvidos, sobretudo os usuários, o serviço, e os profissionais da unidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Assistência Domiciliar; Educação Interprofissional; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Home Care (HC) from the perspective of the Unified Health System, has been highlighted as an important strategy in face of the most diverse health needs demanded by the Brazilian population. Its actions emerge from the precepts of the Expanded Clinic and are strengthened through interprofessional action. Home visits make up home care. In the context of Primary Health Care (PHC), home visits make it possible to bring the health unit closer to the territory. This study focuses on home care within a basic health unit, the Centro de Saúde Escola (CSE). This work aims to analyze an experience of professional training in home care in the PHC scenario, to know the perception of professionals in training in the health area about the practice of HC; to describe the work process of the home care group and the process of creating an interprofessional instrument in the field of HC. This research is a case study and exploratory in field using qualitative methodology. A total of 24 resident professionals and specialists included in HC group were interviewed. The interviews were recorded and transcribed, with an average duration of 40-60 minutes. Data production and analysis took place in three moments: Dense description of the home care group with presentation of the history of its implementation, activities developed, team composition and work process, these data were rescued from the Residency Completion Work and from the diary from the researcher's fieldwork, based on the ethnographic record and observations of the group's practices. Characterization of the situations monitored by the group. Knowledge of the professionals' perception of home care through semi-structured interviews. The interviews were analyzed based on the theoretical framework and thematic content analysis and define three major thematic axes: the journey up to here; knowing the practice of HC and the role of the group in my training. This investigation made it possible to recognize the potential and contributions of the home care group in the professional training of residents and specialization students, in a context weakened by the Covid-19 pandemic. The research also brought us knowledge of the existing gaps in the training process in the health area. The experience with home visits, interprofessional work, the development of the Singular Therapeutic Project and case discussions were experienced by most of the interviewees during postgraduate studies, especially in the home care group.

The idea, when describing the group's activities and its entire history, means bringing this experience as a reference for collaborative practice for other services that seek home care from the PHC perspective. The appropriation of the concepts that permeate the practice of home care was achieved during the group's activities. It was possible to identify the evolution of these professionals from the beginning to the end of their cycle. We realized the importance of contact with the interprofessional instrument and its guiding role in the home context. The interprofessional practice enabled the sharing of knowledge, bringing professionals closer to their core and other fields of activity. It can be concluded that the relevance of the group extends beyond the contributions in the process of professional training in health, contemplating the other actors involved, especially the users, the service, and the professionals of the unit.

Keywords: Primary Health Care; Home Assistance; Interprofessional Education; Patient Assistance Team.

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar na perspectiva do Sistema Único de Saúde, vem se destacando como uma importante estratégia frente às mais diversificadas necessidades de saúde demandadas pela população brasileira. Suas ações emergem dos preceitos da Clínica Ampliada e se fortalecem através da atuação interprofissional.

A visita domiciliar compõe a atenção domiciliar. No contexto da Atenção Primária à Saúde, a visita domiciliar possibilita a aproximação entre a unidade de saúde e o território. Conhecer o cotidiano dessas famílias, bem como compreender a relação que estes indivíduos estabelecem com o território e outros agentes determinantes à saúde é imprescindível. As ações serão desenhadas de acordo com as vulnerabilidades identificadas pela equipe.

O modo como o cuidado se constrói na modalidade da atenção domiciliar requer formação e conhecimento necessário para um manejo adequado. A experiência da visita domiciliar praticada no período da graduação se faz necessária, permitindo que o aluno conheça o usuário e o seu contexto. O contato com um serviço de saúde durante a formação aproxima o aluno das necessidades de saúde da comunidade e também possibilita conhecer um pouco do processo de trabalho.

O desenvolvimento do trabalho interprofissional neste cenário favorece a construção de um cuidado ampliado, beneficiando os usuários, que serão assistidos em sua totalidade, e também aos profissionais, durante o compartilhamento dos saberes e o “aprender com o outro”.

Os programas de residência multiprofissional em saúde são excelência na formação de recursos humanos para o trabalho no SUS. Os profissionais buscam este caminho como uma oportunidade de aprofundar os seus conhecimentos. A estrutura dos programas e os seus cenários de atuação promovem o trabalho em equipe através das práticas colaborativas.

A apresentação e contextualização do grupo de atenção domiciliar, enquanto um cenário de práticas de residentes e especializandos foi minuciosamente descrita nesta pesquisa.

As percepções e o olhar destes profissionais sobre a atenção domiciliar puderam ser compreendidos e analisados, possibilitando a construção de categorias que descreveram melhor sua trajetória até a pós-graduação, suas experiências com visita domiciliar e o papel do grupo em sua formação.

CAPITULO I: APS E NECESSIDADES EM SAÚDE

As mudanças nas necessidades em saúde: o papel da atenção primária à saúde.

Os serviços de saúde se moldam de acordo com as necessidades demandadas pela população, desse modo os profissionais de saúde inseridos nesse contexto precisam dispor de formação qualificada para o manejo dessas condições (MELLO et al., 2018).

A pandemia de Covid 19, decretada em março de 2020, trouxe muitas mudanças na organização dos serviços de saúde, desafiando os diferentes níveis de atenção a saúde, principalmente a atenção primária, que é uma das principais portas de acesso ao SUS. Este novo cenário evidenciou a importância do fortalecimento das ações que permeiam as práticas na APS, sobretudo a relevância da prevenção em saúde (FARIAS et al., 2020).

O trabalho na APS requer uma formação profissional que perpassasse os saberes do núcleo, que não se limite apenas ao conhecimento da área de formação, mas que curse um caminho em direção ao trabalho em conjunto e de forma interprofissional (PREVIATO e BALDISSERA, 2018).

Os objetivos da APS podem ser alcançados através da adoção de iniciativas como à Prática Interprofissional Colaborativa em Saúde (PICS), que pode ser compreendida como a relação do trabalho entre profissionais de diferentes formações que compartilham seus saberes sem fragmentar o cuidado aos usuários de um serviço de saúde (MATUDA et al., 2015).

CAPITULO II: A ATENÇÃO DOMICILIAR NA APS

Recorte histórico da atenção domiciliar

A prática da atenção domiciliar (AD) é considerada secular, seus primeiros relatos surgem no antigo Egito e na Grécia, sendo um precursor dessa modalidade. A prestação de cuidados no lar foi por muito tempo uma das únicas vias de ofertar cuidados de saúde. As classes tradicionais recebiam em sua casa o médico que atendia toda família. A atuação de curandeiros, parteiras e boticários eram comuns da época (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000).

O século XIX foi marcado por uma grande modificação na configuração do cuidado, caracterizado pelo aumento do número de hospitais e centros de saúde. O então cenário visualizava o sujeito como doente, um ser dependente de cuidados centrado no médico, a família diante disso perdia sua autonomia (BRANT; MINAYO, 2004).

A expansão da AD no Brasil aconteceu a partir da década de 1990, onde o setor privado ganha espaço no mercado, surgindo empresas especializadas na prestação de cuidados no lar, ocupando os grandes centros urbanos. A crescente demanda com necessidade em AD pode ser justificada pelo aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população, assim também como o acometimento por doenças crônico-degenerativas (BRAGA et al., 2015; FEURWERKER, 2008).

A atenção domiciliar no Sistema Único e Saúde

Existem muitos termos atribuídos a oferta de cuidados no domicílio, Lacerda et al. (2006), elenca alguns deles: internação domiciliar, visita

domiciliar, atendimento domiciliar, assistência domiciliar, “home care”, “domiciliary care”, entre outros.

A AD é uma modalidade de atenção à saúde que está firmemente ligada à Rede de Atenção à Saúde (RAS). Suas práticas envolvem ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, desenvolvidas em âmbito domiciliar, cujo o foco é a continuidade do cuidado. A construção do cuidado no lar, ou seja, fora do hospital, proporciona uma atenção mais humanizada e personalizada de acordo com as singularidades, assim também como maior agilidade na recuperação dos usuários, maior autonomia e otimização dos leitos hospitalares (BRASIL, 2017).

Embora a prática da AD esteja presente em todos os níveis de atenção à saúde dentro do SUS, a maior parte acontece no campo da APS. A partir do reconhecimento do seu papel, de organizadora e reorganizadora dos serviços de saúde, também se faz essencial para a garantia de uma assistência longitudinal e integral, assim, como seu caráter resolutivo (SAVASSI, 2016).

Considerando a prática da AD no contexto da APS, é primordial o destaque à figura do cuidador, que desempenha função de cuidar de maneira mais próxima ao indivíduo e sua família. A função de cuidar pode muitas vezes sobrecarregar ou até mesmo adoecer quem a realiza, por isso, a equipe de saúde precisa olhar o cuidador como um sujeito que também necessita atenção e cuidados (BRASIL, 2020).

A AD, na perspectiva do SUS, dispõe de alguns critérios para a sua indicação, de maneira geral, essa modalidade de atenção é indicada para as situações onde o indivíduo se encontra permanentemente ou temporariamente impossibilitado de acessar um serviço de saúde, mas há outros aspectos a serem considerados para sua indicação (BRASIL, 2017).

A indicação da AD deve ser pautada através da compreensão do indivíduo como um ser biopsicossocial, com uma carga extra de subjetividade, com um olhar voltado para as vulnerabilidades, acesso geográfico, de transporte, considerando os indicadores sanitários e da violência do território. A incapacidade física não é o único fator que determina a dificuldade de acesso a um serviço de saúde, as questões sociais, intelectuais e culturais também precisam ser consideradas (BRASIL, 2020).

A identificação e compreensão das relações do usuário com as redes familiares e coletivas são extremamente importantes, e para a obtenção dessas informações a utilização de ferramentas como o genograma e o ecomapa são imprescindíveis na prática da AD (BRASIL, 2020).

O delineamento da AD se dá a partir das necessidades de cada indivíduo, determinando por exemplo a periodicidade das visitas e ao tipo de equipe responsável pelo cuidado, que podem ser realizados pelas equipes da APS ou serviços especializados. Os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) são operacionalizados por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), que oferecem cuidados complementares aos realizados na APS e em serviços de urgência, bem como substitutivo ou complementar à internação hospitalar (BRASIL, 2020).

A Atenção Domiciliar se organiza em três modalidades, conforme o quadro abaixo:

Quadro 1: Modalidades da Atenção Domiciliar

AD 1	Indicada ao usuário que requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. É de responsabilidade das equipes de atenção básica e devem ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação.
AD 2	Indicada ao usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização apresente: afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidades de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamento parenterais ou reabilitação, afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal. Necessidades de cuidados paliativos, com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.
AD 3	Indicada ao usuário com qualquer das listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade, por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea, demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar. As modalidades AD 2 e AD 3 são de responsabilidades do SAD.

AD: Atenção Domiciliar. Adaptado de Brasil (2017).

O SAD é composto por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), que pode ser constituída como EMAD tipo 1, EMAD tipo 2 e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). A EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD (BRASIL, 2017).

A EMAD tipo 1 deve ser composta minimamente por: profissional(is) médico(s), enfermeiro(s), fisioterapeuta(s) e profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem. A EMAD tipo 2 deverá ser composta por: médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou assistente social e profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem. A composição da EMAP terá minimamente três profissionais de nível superior, dentre eles: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional (BRASIL, 2017).

A interação presente na rotina das equipes que desenvolvem suas práticas de maneira interprofissional, tem a possibilidade de trocar suas experiências e saberes, e com isso essa colaboração há parceria na cooperação para o exercício das práticas e na construção do cuidado através da constante oportunidade de exercitar o diálogo (BATISTA, 2012).

A atuação da equipe interprofissional no âmbito da Atenção Domiciliar proporciona para o usuário e sua família um acompanhamento focado na integralidade do cuidado. Para esses profissionais tal experiência possibilita uma visão ampliada de cada caso, o que contribui para o desenvolvimento de ações como Projeto Terapêutico Singular (PTS), que leva a percepção das condições encontradas e o reconhecimento das contribuições dos diferentes profissionais (BRASIL, 2015).

A complexidade das situações enfrentadas no campo da saúde desafia os serviços tencionando-os a produzir estratégias frente às necessidades. A construção de um Projeto Terapêutico Singular tem se mostrado como uma possibilidade no manejo destas condições.

Para Cunha (2005), o PTS se constrói no mesmo ambiente das discussões de casos clínicos e das reuniões de equipes, permitindo que os

profissionais de saúde troquem suas percepções e ampliem o seu olhar para aquele indivíduo e o seu contexto.

O Projeto Terapêutico Singular é um trabalho realizado pela equipe interdisciplinar de saúde com vistas ao acompanhamento de um caso específico que envolve um sujeito ou uma comunidade. O caso trabalhado em um PTS deve ser eleito pela equipe considerando a necessidade de atenção ampliada à situação. Geralmente, são situações onde já foram tentadas ações pontuais e não se atingiu o resultado esperado devido a certa dificuldade em sua condução. Também são trabalhadas as vulnerabilidades do indivíduo ou comunidade (BVS-OPAS, 2021).

Para Oliveira (2007), o sucesso na construção e desenvolvimento do PTS depende da realização de quatro etapas essenciais:

1- Diagnóstico: delineamento da situação problema, identificando os aspectos sociais, psicológicos e orgânicos que influenciam no caso. É importante identificar os sujeitos envolvidos, as vulnerabilidades e a rede de apoio existente. A elaboração de um genograma e ecomapa mostra-se como uma boa ferramenta para registro gráfico da situação problema.

2 - Definição de metas: é importante que a equipe trabalhe com metas a serem alcançadas a curto, médio e longo prazo. Essas metas devem ser negociadas com o sujeito do PTS e demais pessoas envolvidas.

3 - Divisão de responsabilidades: as tarefas de cada um devem ser claras, incluindo do sujeito do PTS. Definir também um profissional que será responsável pelo maior contato entre o caso e a equipe de saúde é uma estratégia que pode facilitar a continuidade da assistência, além da reavaliação e reformulação de ações do PTS.

4 - Reavaliação: momento onde a equipe fará a discussão do caso, verificando o que teve êxito e o que precisa ser reformulado para ter melhor

resposta. A periodicidade da reavaliação deve ser definida pela equipe interdisciplinar no planejamento das ações.

CAPITULO III: FORMAÇÃO E ATUAÇÃO NA AD

A formação profissional na área da saúde

A Educação Interprofissional em saúde apresenta-se atualmente como a principal estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde (BATISTA, 2012).

A articulação entre o Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), trouxe uma nova configuração no cenário de formação profissional na área da saúde, no âmbito da graduação e pós-graduação, possibilitando mudanças, desde a intervenção nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) como na implementação de programas, projetos e políticas com o objetivo de aprimorar a formação em saúde e consequentemente qualificar a assistência do SUS (DIAS; LIMA e TEIXEIRA, 2013).

A modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) foi introduzida e implementada em 30 de junho de 2005 pela promulgação da Lei nº11.129. Está configurada como pós-graduação do tipo *latu senso*, voltada para a educação em serviço, destinada às profissões que compõem a área da saúde, com exceção à medicina (BRASIL, 2006).

Para Romanholi (2014), a visita domiciliar é uma ferramenta potente no processo de formação em saúde, que possibilita a aquisição de habilidades essenciais para identificar as necessidades da população, que pode ser pautada na integralidade e na humanização do cuidado.

Para o paciente, o ambiente hospitalar, pode ser considerado como um local desconhecido composto por regras e exigências, assim também como é o domicílio do indivíduo para o profissional de saúde, que necessita de maleabilidade e perfil para adentrar ao espaço do outro (BRASIL, 2016; COELHO e SAVASSI, 2004; SAVASSI et al., 2014).

O presente estudo possui como cenário de prática o Centro de Saúde Escola (CSE) que é uma unidade auxiliar da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) inserida na Atenção Primária à Saúde. Os residentes e especializandos dentro da sua grade de atividades têm como campo de prática o CSE.

Esse ambiente possibilita o contato com diversos meios que permeiam a prática em saúde, como atendimento e assistência à população nos diferentes ciclos da vida, e também na idealização de novas práticas, como o desenvolvimento de um espaço voltado à Atenção Domiciliar no contexto da APS.

A atuação dos profissionais em formação, residentes e especializandos, será relatada nessa pesquisa por meio das suas percepções e vivências, que envolvem a prática interprofissional no campo da Atenção Domiciliar dentro da APS. A construção dessas “novas práticas” envolve desde a produção de um espaço voltado à atenção no domicílio como a ocupação proativa desses profissionais em processo de formação.

A reorganização da atenção domiciliar no centro de saúde escola de Botucatu

Em 2018, os residentes e aprimorandos da Faculdade de Medicina de Botucatu, que realizavam suas atividades no Centro de Saúde Escola, participavam das visitas domiciliares da unidade. A atuação desses profissionais nas visitas domiciliares possibilitou a consolidação de um espaço interprofissional, que vai muito além da visita domiciliar. Ao longo desses quatro anos, o espaço recebeu dezenas de profissionais em formação de diferentes áreas da saúde que deixaram suas contribuições sendo uma

das principais a identidade do espaço que hoje tem o nome de “Grupo de Atenção Domiciliar’.

Esse estudo se justifica pela vertente de que a prática interprofissional vivenciada por residentes e especializando no cenário da Atenção Domiciliar pode contribuir no seu processo de formação. Ampliar essa perspectiva na Atenção Primária à Saúde pode ser uma estratégia favorável para qualificar o trabalho e a assistência à saúde.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar uma experiência de formação profissional em Atenção Domiciliar no cenário da Atenção Primária à Saúde.

Objetivos específicos

1. Conhecer a percepção dos profissionais em formação na área da saúde sobre a prática da Atenção Domiciliar;
2. Descrever o processo de trabalho do “grupo de Atenção Domiciliar”;
3. Descrever o processo de elaboração de um instrumento multiprofissional no campo da Atenção Domiciliar.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como um estudo de caso, com delineamento dos dados de caráter descritivo e de abordagem qualitativa.

O estudo de caso contempla a produção de dados realizados através da análise documental, da observação participante e se insere no contexto das metodologias etnográficas. Nesse sentido, é importante que os fenômenos estudados sejam interpretados, considerando o contexto em sua totalidade e não apenas em razão das relações internas (MORAES, 2006).

Vale ressaltar que a presente pesquisa trata de um estudo de continuidade ao Trabalho de Conclusão de Residência da pesquisadora, envolvendo a mesma temática e campo de pesquisa (SOUZA, 2020).

Descrição do local do estudo

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Escola (CSE) que é uma unidade auxiliar de estrutura complexa da Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP. Esta unidade realiza integração docente-assistencial para atenção primária à saúde, desenvolvendo ensino, pesquisa e extensão de serviços e assistência à comunidade.

Foi criado em 1972 e desde seu início até a presente data é campo de estágio para alunos de graduação e pós-graduação, e ainda, para capacitação de recursos humanos. Com referência à pesquisa, consolida-se em um centro de investigação em APS, com o intuito de firmar os princípios do SUS e explorar novas tecnologias de organização do cuidado primário em saúde. Em seu território atende aproximadamente 30.000 usuários, integrando a rede municipal de saúde. Em 2022 o Centro de Saúde Escola completou 50 anos de desenvolvimento de ações na APS.

Universo da pesquisa

Foi composto por 24 profissionais, 2 especializandos, do programa de Especialização em Rede de Atenção no Sistema Único de Saúde e 22 residentes do 1ºano, pertencentes aos Programas Multiprofissionais: Saúde da Família, Saúde do Adulto e do Idoso e Saúde Mental, e do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, da Faculdade de Medicina de Botucatu, que estão inseridos no Centro de Saúde Escola, junto ao grupo de Atenção Domiciliar.

O "Grupo de Atenção Domiciliar" reúne-se, desde 2018, no Centro de Saúde Escola todas às terças-feiras das 8h às 12h, sob a coordenação de profissionais do CSE e atualmente sob a coordenação da fisioterapeuta da unidade. O grupo é composto majoritariamente por residentes, vinculados à Faculdade de Medicina de Botucatu. De certa maneira o grupo foi se estruturando e de moldando a partir do trabalho dos residentes.

As atividades do grupo normalmente são iniciadas com discussões sobre os pacientes e famílias em acompanhamento pelo grupo, ou com a discussão sobre pacientes trazidos pela unidade, que necessitam de VD, quando o grupo delibera a necessidade do acompanhamento do caso na AD. Após essa discussão, havendo indicações de incluir o caso à essa modalidade de assistência são levantadas as necessidades do usuário e sua família, configurando o quadro de profissionais que fará esse acompanhamento no sentido de se propor um PTS1 para cada paciente em visita.

Quando as visitas já estão agendadas é discutido novamente pelo grupo inteiro, saindo para a visita o profissional mediador com no máximo 4 residentes, preferencialmente de áreas diferente. Os demais profissionais que não foram na visita permanecem neste espaço para o desdobramento de outras atividades, como o estudo de determinado caso para construção

do Projeto Terapêutico Singular (PTS), agendamento das visitas, discussão com a Rede de Atenção à Saúde e outras atividades voltadas para a organização do fluxo de encaminhamento.

Produção e análise dos dados

A produção dos dados ocorreu em três momentos:

O primeiro se propôs realizar uma descrição densa do “Grupo de Atenção Domiciliar”, trazendo um pouco sobre sua implementação, objetivos, como esse espaço se organiza, incluindo a composição da equipe e a organização do processo de trabalho junto a ela, enfatizando-se a triagem dos pacientes a serem acompanhados, bem como a discussão dos mesmos e a realização da visita.

Para tal etapa propõe-se o uso de diário de campo pela pesquisadora, com o qual a mesma construiu um registro etnográfico a partir da observação desta prática, olhando e vivenciando-a. O diário de campo foi produzido pelos relatos das experiências observadas e escutadas no cotidiano da investigação (ROCHA, ECKERT, 2008).

O segundo momento se propôs a caracterizar os pacientes acompanhados pelo grupo, onde as informações que detalham cada paciente são construídas a cada uma das visitas, das discussões em grupo, dos dados contidos nos instrumentos de avaliação e na ata das reuniões. São apresentados os pacientes acompanhados entre março e junho de 2021. A representação desses dados está disponibilizada em um quadro.

O instrumento citado anteriormente foi desenvolvido em maio de 2018 pela equipe inserida na rotina de visita domiciliar do Centro de Saúde Escola, que tinha em sua composição residentes, aprimorandos e

profissionais do serviço. A construção do instrumento se deu a partir da necessidade vivenciada na prática do serviço. O instrumento caracteriza-se como uma ferramenta para avaliação no domicílio, de caráter interprofissional.

A proposta de elaboração do instrumento para avaliação domiciliar teve por objetivo a abordagem ampliada com olhar interprofissional, onde qualquer profissional da saúde pudesse aplicá-lo a partir de uma orientação prévia. Foram elencados pontos específicos de cada área que pudessem conter numa avaliação multiprofissional, embasada cientificamente na literatura tendo como referência o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde de 2012 e outras fontes.

O instrumento elaborado apresenta uma abordagem objetiva, contemplando as seguintes categorias: identificação, dados do cuidador, genograma, ecomapa, condições do lar, exame físico, aspectos psicossociais e demais observações. Apresenta-se em duas versões, uma simples que é utilizada na rotina do Grupo de Atenção Domiciliar”, e a versão expandida, que foi elaborada para orientar os profissionais e residentes recém-chegados no grupo. O modo expandido do instrumento apresenta uma abordagem mais teórica, como definições de conceitos e exemplos de preenchimento (APÊNDICE II e III).

O terceiro momento se preocupa em conhecer a percepção dos residentes e especializando sobre Atenção Domiciliar. Para o alcance dessa etapa foi utilizada uma entrevista semiestruturada, conduzida através de um roteiro com perguntas norteadoras elaboradas pela pesquisadora (Apêndice A). O roteiro da entrevista passou por algumas alterações, que foram necessárias após a aplicação de uma entrevista piloto.

Em decorrência da pandemia de Covid 19, se fez necessário alterar o formato da condução das entrevistas, algo que para o momento era inviável

de ser realizado presencialmente. Portanto, as entrevistas foram realizadas em ambiente virtual, com auxílio da plataforma Google Meet.

As entrevistas foram gravadas por meio do recurso “gravação” do Google Meet. Após a realização das entrevistas, foi realizada a transcrição das mesmas, que estão sendo analisadas, usando como referencial teórico a análise temática de conteúdo (BARDIN,1977), o que permite caracterizar a vivência e a percepção dos residentes sobre atenção domiciliar, bem como o potencial de tal atividade do grupo no processo de formação destes profissionais. A análise identificou os núcleos temáticos, mediante critérios de categorização: repetição e relevância.

No momento da transcrição, assim como nas demais etapas desta pesquisa, os nomes dos entrevistados, e a menção de terceiros como, por exemplo, colegas e usuários, foram resguardadas, sendo substituídos por nomes fictícios. Ao final da pesquisa, as gravações serão apagadas com o propósito de resguardar a imagem dos participantes. A pesquisadora dispõe de uma conta Google institucional- UNESP que possibilita o acesso aos recursos de gravação e armazenamento de dados.

Preceitos Éticos

Esta pesquisa é uma continuidade do trabalho de conclusão de residência multiprofissional em Saúde da Família, desenvolvido pela pesquisadora e que traz uma primeira aproximação sobre a construção e desenvolvimento da atenção domiciliar em um serviço de atenção primária em Botucatu. O referido trabalho foi submetido pelo Comitê de Ética e Pesquisa CEP da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, sendo este aprovado com o parecer nº 3.721.276.

Durante todos os momentos de desenvolvimento do presente estudo está sendo respeitada a Resolução nº 466 de dezembro de 2012, que defende a dignidade dos seres humanos quanto à participação em pesquisas científicas, considerando os preceitos éticos da não maleficência, beneficência, autonomia e justiça. Vale ressaltar que durante o processo de execução dessa pesquisa foram solicitados documentos essenciais para a sua realização.

Os residentes e especializandos que participaram dessa pesquisa foram convidados pela pesquisadora, e as entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade de ambos. Os participantes foram orientados sobre os objetivos e métodos da pesquisa. As entrevistas aconteceram de forma remota, por meio da plataforma Google. Após aceitar participar da pesquisa foi lido e entregue a cada entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), impresso em duas vias.

RESULTADOS

Caracterização dos profissionais entrevistados

Foram entrevistados 24 profissionais de diferentes programas de pós-graduação, com inserção no grupo de Atenção Domiciliar do CSE em 2020 e 2021. O quadro abaixo apresenta o perfil dos profissionais que foram entrevistados.

Quadro 2: Caracterização dos profissionais entrevistados.

Sexo	Profissão	Programa
Mulheres: 21	Assistente social: 01	Especialização em Redes de Atenção
Homens: 03	Dentista: 01	
	Enfermeiro: 02	Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
	Farmacêutico: 01	
Idade (média) 24,04 anos	Fisioterapeuta: 05	Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso
	Médico: 02	
	Nutricionista: 04	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
	Prof. Ed. Física: 02	
	Psicólogo: 05	Residência Multiprofissional em Saúde Mental
	Terapeuta Ocupacional: 01	

Ao longo de cada ano, o Centro de Saúde Escola recebe em suas duas unidades alunos da graduação e pós graduação das diferentes áreas da saúde. Os alunos são inseridos dentro das práticas que a unidade desenvolve, sendo elas nas seguintes áreas: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto e do idoso, saúde mental, assistência social, reabilitação e o centro de testagem e aconselhamento. As atividades de cunho coletivo, multi e

interprofissional, como o matriciamento e a visita domiciliar, também fazem parte do programa dos alunos e residentes e contemplam todas as áreas assistenciais da unidade.

A prática da visita domiciliar no CSE acontecia às terças-feiras no período da manhã, e tinha como objetivo garantir assistência aos usuários que eram impossibilitados de comparecer à unidade, que na maioria dos casos eram pessoas idosas, com limitações físicas, restritas ao leito e com necessidade de atendimentos pontuais para realização de procedimentos específicos, como trocas de curativos e sondas, orientações nutricionais e fisioterapêuticas.

A prática da visita domiciliar: como era antes do grupo?

Em março de 2018, o CSE recebe um novo grupo de profissionais de diferentes programas de formação, vinculados à Faculdade de Medicina de Botucatu, dentre eles as residências multiprofissionais em Saúde da Família, Saúde Mental, Saúde do Adulto e do Idoso e o aprimoramento em saúde pública e saúde mental.

Nesse período, a unidade tinha reservado dentro da sua rotina um espaço na semana para realizar as visitas domiciliares. Os residentes foram aos poucos se inserindo neste espaço, realizando as visitas domiciliares junto com a equipe.

A partir daí, a unidade passa a contar com o apoio dos residentes para a realização semanal das visitas domiciliares, tendo em vista a complexidade das situações e a necessidade da continuidade do cuidado, para além de um procedimento pontual.

Durante o percurso no espaço da visita domiciliar, os residentes sentiram a necessidade de organizar o processo de trabalho, tendo em vista o aumento da demanda e a complexidade das situações acompanhadas, que requerem maior atenção, discussão e estudo para um manejo adequado.

Outras demandas foram levantadas pelos residentes, principalmente em relação à prática interprofissional, considerando que aquele era um espaço com profissionais da saúde de diferentes áreas, mas que estavam ali em prol de objetivos comuns, tanto no que diz respeito diretamente à formação, aprender e ensinar, como também garantir aos usuários uma atenção integral e ampliada.

Pensando na singularidade de cada sujeito, de cada casa e de cada família, e numa atenção não fragmentada, os residentes se mobilizaram para estudar mais sobre a temática da Atenção Domiciliar, como uma estratégia de apropriação e compreensão dessa modalidade, pois as situações acompanhadas exigiam muito mais do que uma visita domiciliar.

Uma pausa nas visitas domiciliares se fez necessária, visto a necessidade em discutir as situações acompanhadas de uma forma mais densa, e para isso os profissionais tinham que estudar as situações dos usuários encontradas, buscar informações nos prontuários e com os membros da equipe que conheciam um pouco da história daquelas famílias. Cabe ressaltar que esses profissionais, majoritariamente, eram recém-formados e muitos realizaram sua primeira visita domiciliar no CSE, além da primeira experiência de discussão de caso, de PTS e do trabalho multi e interprofissional.

A elaboração do instrumento interprofissional: suas contribuições ao espaço da visita domiciliar

Os residentes do programa multiprofissional em saúde da família, dentro de outras atividades, estavam estudando sobre genograma e ecomapa no processo de territorialização das unidades. Diante do desejo e da necessidade de conhecer a história de vida dessas pessoas visitadas, as duas ferramentas foram sugeridas e posteriormente apresentadas pelos residentes, pois a maioria desconhecia ou tinha pouca experiência com as ferramentas. Este foi o passo inicial para construção do atual instrumento interprofissional de avaliação na Atenção Domiciliar, que até a presente data é utilizado no CSE.

Para a condução de uma avaliação menos fragmentada e ampliada, os residentes discutiram sobre a importância da abordagem de outros pontos dentro da especialidade de cada área, trazendo um primeiro recorte, de forma clara e objetiva dentro de um instrumento possível de ser preenchido por qualquer profissional do grupo.

O instrumento interprofissional foi elaborado em maio de 2018, pelos residentes e aprimorandos, com a supervisão dos profissionais da unidade que acompanhavam as visitas domiciliares, e posteriormente foi implementado na rotina das visitas, com o intuito de nortear a avaliação no domicílio, através de uma abordagem mais ampla. O instrumento, além de conter o genograma e o ecomapa, possui outras categorias, como os dados do usuário, nome completo, telefone, endereço e nome do cuidador, e pontos mais específicos, como condições do lar, exame físico, aspectos psicossociais, demais observações e um campo para o desenvolvimento do plano terapêutico para cada paciente. (APÊNDICE II)

Para compreender aquele momento descrevo aqui a história de um paciente acompanhado neste início de trabalho (2018).

Hortência tinha 92 anos, era viúva e morava com uma de suas filhas, Magnólia de 65 anos. Naquele ano, a dona Hortência estava fazendo tratamento de um câncer pulmonar, que infelizmente evoluiu para metástase. Essa condição piorou muito o estado de saúde geral da dona Hortência, que também fazia tratamento de outras comorbidades.

O caso da senhora Hortência chega na Atenção Primária através da equipe da Terapia Antálgica do Hospital das Clínicas de Botucatu, encaminhando a paciente para sua unidade de referência, o Centro de Saúde Escola, com pedido de atendimento domiciliar para a paciente que seguia em cuidados paliativos e de fim de vida.

Fizemos algumas visitas para a senhora Hortência, com o intuito de conhecer um pouco mais sobre sua história de vida. Chegando na casa fomos recebidos pela Magnólia, que estava muito abalada e expressivamente cansada. Ela nos conta sobre os seus medos de perder a mãe, e sobre seu esgotamento dos últimos anos que sempre esteve à frente dos cuidados da mãe, e que por isso não estava conseguindo cuidar de si. Magnólia nos conta que sente muitas dores e que a piora no estado de saúde da sua mãe lhe deixou muito deprimida. Nos dividimos para acolher as duas e o nosso papel foi realmente de prestar um acolhimento diante da situação do caso.

Tivemos poucos momentos com a senhora Hortência, ela faleceu algumas semanas depois. Magnólia estava muito abalada. Nós mantivemos contato com a magnólia durante todo o processo de luto. Ela estava com muita dificuldade para dormir e com muitas dores no corpo. Discutimos a possibilidade de inseri-la primeiramente num acompanhamento fisioterapêutico junto com uma abordagem da saúde mental, Magnólia

aceitou a proposta do acompanhamento e toda semana ela vinha até a unidade.

Conseguimos oferecer esse acolhimento para ela nesse momento de tanta dor e sofrimento. Sugerimos num segundo momento, diante da melhora da sua condição, o grupo do CSE de exercícios para mulheres, que tem o objetivo para além do exercício físico, mas também a construção de um coletivo de mulheres que se fortalecem juntas a partir das suas diferenças e semelhanças. Magnólia permaneceu no grupo conosco por um bom tempo.

Um dia desses encontrei a Magnólia na sala de espera do CSE, nós estávamos de máscara, o que dificultou que eu a reconhecesse num primeiro momento. Ao passar por ali ela me chamou, e disse: Há quanto tempo, Ana! Saudades de você e das meninas do grupo. Ela me deu um abraço apertado e me agradeceu por tudo.

Me questionei várias vezes sobre a complexidade desse caso e de todos os outros que pude acompanhar, me perguntando em cada um deles o que podemos fazer e qual é o nosso papel frente às diferentes situações. Acredito que a gente precisa sentir, ouvir e se fazer presente, porque, às vezes, na nossa cabeça, a gente começa a construir uma série de objetivos para aquele paciente de acordo com as nossas expectativas, muito em torno do que a gente quer ver como resultado e coisas mais simples, que estão diante dos nossos olhos, passam despercebidos.

O espaço do grupo, assim como todos os outros espaços frequentados pelos residentes ocorrem de forma temporária e rotativa, em formato de ciclos, um grupo finaliza sua passagem para que um novo grupo inicie suas atividades. Considerando essa questão da rotatividade e somado ao fato de que esses profissionais, em processo de formação, muitos deles, estão iniciando sua carreira nesse momento, são recém-formados, onde tudo é

muito novo. Pensando nisso, o instrumento foi elaborado em duas versões, a simples, que é utilizada na rotina das visitas domiciliares e a expandida, que é uma versão teórico-explicativa de como preencher o instrumento. (Apêndice II)

O grupo de Atenção Domiciliar

Todo processo de elaboração do instrumento até a sua implantação, foi um grande divisor de águas para a consolidação do espaço que temos hoje. Em 2018, a necessidade era estruturar o formato da avaliação, pois cada um queria abordar sua área e isso fragmenta muito o cuidado e isola a atuação profissional. O instrumento vem como um recurso facilitador na construção do trabalho em equipe de forma interprofissional, possibilitando que o outro compreenda a importância de conhecer o trabalho do seu colega, e como a aquisição desse conhecimento pode ser transformadora quando inserida dentro da sua prática, ampliando o olhar para determinada situação e reconhecendo a troca como uma potencialidade.

O instrumento foi o primeiro passo com o foco de reorganizar o processo de trabalho dentro desse espaço, abriu portas para que o grupo caminhasse em direção do matriciamento, da clínica ampliada e das práticas interprofissionais colaborativas.

O instrumento foi um grande precursor na identificação do espaço enquanto grupo, que inicialmente se denominava como “grupo de visita domiciliar”, posteriormente, em virtude aos momentos de estudos para apropriação dos temas e no processo de elaboração do instrumento, houve a identificação do espaço, considerando todas as práticas nele realizadas que se estendiam

além da visita domiciliar, enquanto um grupo de Atenção Domiciliar de caráter interprofissional.

Práticas realizadas pelo Grupo de Atenção Domiciliar

Desde de maio de 2018, que um coletivo de profissionais de diferentes áreas e campos de atuação se encontram às terças-feiras no período da manhã. Nos últimos quatro anos, as atividades e práticas realizadas em âmbito domiciliar, no Centro de Saúde Escola, passaram por um processo de reestruturação e organização. O protagonismo dos profissionais em formação, residentes e especializando, sob a coordenação da fisioterapeuta desta unidade e junto à contribuição dos grupos anteriores, possibilitou a garantia de um espaço inovador e atualmente consolidado, com foco na Atenção Domiciliar dentro da APS.

Os pacientes chegam até o grupo através do encaminhamento realizado pelos profissionais do CSE. O grupo acompanha algumas famílias desde sua implantação em 2018, e também recebe com frequência novos casos.

Cada encontro possui uma série de atividades que se desenvolvem ao longo da manhã. A discussão é a prática mais frequente no grupo de Atenção Domiciliar, ela está sempre presente em todos os momentos, desde o início, durante a apresentação das atividades do dia, das visitas agendadas, das atualizações dos pacientes, como na chegada de casos novos e também antes e depois das visitas.

Normalmente, a rotina das atividades acontece em quatro momentos: discussão inicial, visita domiciliar, outras atividades e a discussão final.

Discussão inicial: esse primeiro momento proporciona um resgate dos objetivos propostos para o dia, bem como, apresentar a programação das atividades, das visitas agendadas e a distribuição dos profissionais que farão a VD. A discussão inicial acontece antes da realização de cada visita, neste momento ocorre um breve resumo do paciente em seguida discute-se quais são os objetivos da visita.

Geralmente, a discussão sobre os pacientes novos acontece nesse momento, onde o profissional vem até o grupo e apresenta o paciente, após essa discussão o grupo delibera a inclusão ou não de cada paciente.

Figura 1: Momento de discussão



Visita Domiciliar: Uma prática da atenção domiciliar. Realizada após a discussão e contato prévio com a família. Em cada encontro, geralmente, o

grupo realiza entre uma a três visitas domiciliares. Devido a característica multiprofissional e em quantidade satisfatória, torna possível que um grupo de 4 profissionais, ou mais, realize a visita domiciliar.

Outras atividades: O grupo de AD conta no presente momento com a participação de 25 pós-graduandos. Durante a prática da VD apenas uma parte do grupo se desloca, permanecendo no espaço a outra parte, que fica responsável por realizar outras atividades, como por exemplo, agendar as visitas domiciliares, entrar em contato com outros pontos da rede, buscar prontuários, solicitar e checar exames, discutir o caso com outros profissionais do serviço, preencher evoluções e o instrumento e estudar a situação do paciente.

Figura 2: Visita do grupo a uma instituição de longa Permanência



Discussão final: Cada grupo (visita domiciliar e outras atividades), compartilha como suas tarefas aconteceram, ressaltando seus pontos de vista, desdobramentos, desfechos, expectativas e demandas. Nesse momento ocorre a divisão das responsabilidades entre os profissionais e a organização prévia do próximo encontro.

Figura 3: Atividade de Educação Permanente



Em dias específicos acontece dentro do espaço do grupo atividades que complementam a prática. Vale ressaltar que o grupo se compõe majoritariamente por residentes, que estão vivenciando suas primeiras experiências durante a pós-graduação, mais precisamente no grupo de Atenção Domiciliar. Esse complemento à prática envolve o desenvolvimento das atividades de educação permanente, matriciamento e organização do

processo de trabalho no contexto da Atenção Domiciliar no campo da Atenção Primária à Saúde.

As práticas de educação permanente acontecem durante todo o processo de desenvolvimento do estágio e particularmente na chegada de cada novo grupo, como um novo ciclo. Este momento se preocupa em abordar as seguintes temáticas: o que é atenção domiciliar, acolhimento, matriciamento, o trabalho na APS, prática interprofissional, como utilizar o instrumento de avaliação e a construção do Projeto Terapêutico Singular. Durante os anos de 2020 e 2021, a pesquisadora pôde conduzir essas atividades junto ao grupo, em parceria com outros profissionais que colaboraram no desenvolvimento das atividades de educação permanente.

Características dos pacientes em acompanhamento pelo grupo

As práticas do grupo caminham muito ao encontro do conceito ampliado de saúde e também pela definição da modalidade de Atenção Domiciliar. Grande parte dos usuários do CSE são idosos, e esta população também faz parte da caracterização do perfil dos usuários assistidos pelo grupo.

O objetivo do grupo busca assistir de forma permanente ou temporária o sujeito e sua família que se encontram impossibilitados de comparecerem à unidade de saúde, e ou quando a atenção domiciliar é a via de cuidado mais indicada.

Os pacientes acompanhados perpassam os limites do campo da saúde e muitas vezes da complexidade da Atenção Primária, configurando-se como pacientes com situações complexas e com necessidade de um manejo, muitas vezes, intersetorial e em outros níveis de atenção à saúde. Pode se perceber

muitas vezes a necessidade de uma atenção que precisa se articular na organização em rede e não apenas em um serviço, face à complexidade das demandas.

Toda família é representada por uma pessoa índice e uma pessoa responsável pelo cuidado, que na maioria das vezes é um cuidador familiar. O papel de cuidar está intimamente ligado com a sobrecarga de trabalho, acúmulo de funções e conflitos e a pessoa que cuida também se encontra carente de cuidados.

Em 2022, o grupo pôde acompanhar dez famílias. A representação do perfil dos pacientes está disposta no quadro abaixo.

Quadro 3: Caracterização dos pacientes acompanhados pelo grupo de atenção domiciliar, CSE, Botucatu, 2022.

PESSOA ÍNDICE	Sexo	Vínculo	Idade	Características dos pacientes	Tempo de acompanhamento	Frequência das visitas
Margarida E Lírio	F; M	Cônjuges	92	Dificuldades para realizar a marcha- risco de queda; Redução da acuidade visual; outras comorbidades; resistentes para receberem apoio e cuidados.	Março de 2022	Semanal
Tulipa	M		78	Redução da mobilidade física; outras comorbidades; Conflitos familiares e com a cuidadora.	Fevereiro de 2022	Quinzenal
Calêndula	F		28	Quadro de tetraplegia acompanhado de limitação funcional, deformidade em MMII.	Junho de 2021	Quinzenal
Rosa	F		28	Traumatismo Crânio Encefálico.	Março de 2022	Semanal
Flora	F		40	Distúrbios alimentares e mentais; Comportamento agressivo. Déficit cognitivo.	Março de 2021	Mensal
Cravo	M		08	Epilepsia.	Junho de 2020	Quinzenal
Azaleia	F		55	Complicações após uma cirurgia cardíaca; segue em cuidados paliativos; realiza apenas movimentos oculares.	Mai de 2021	Quinzenal

Íris	F		92	Demência e complicações pós Acidente Vascular Cerebral.	Março de 2020	Mensal
Girassol, Violeta E Camélia	M; F; F	Pai; Mãe; Filha	82; 78; 54	Neuropatia diabética, redução da acuidade visual, dificuldades em realizar o cuidado de si; Comorbidades gerais e sobrecarga com os cuidados que realiza para o marido e a filha; Deficiência intelectual grave.	Agosto de 2018	Semanal
Begônia E Amarílis	F; F	Mãe; Filha		Dificuldades para realizar a marcha- risco de queda; Relação conflituosa entre mãe e filha; A filha é a cuidadora e se encontra sobrecarregada e também necessita de cuidados.	Março de 2022	Quinzenal

Pessoa Índice: Indivíduos acompanhados pelo grupo; Sexo: Feminino e masculino; Idade expressa em anos; Frequências das Visitas: Mês em que se iniciou acompanhamento.

O impacto da pandemia: o que mudou?

No mesmo período em que as atividades da pós-graduação, residências e especialização, se iniciaram em março de 2020, o mundo inteiro foi surpreendido com a pandemia. Esse novo cenário exigiu mudanças em todos os setores, inclusive na área da saúde, que trouxe os profissionais da rede para atuação na linha de enfrentamento à covid-19.

Os serviços de saúde se organizaram para acolher as novas necessidades da população. O Centro de Saúde Escola precisou estruturar sua equipe e modificar toda rotina de atendimentos, desmarcar consultas e exames, cancelar atividades coletivas e em grupos. As atividades do grupo foram interrompidas durante dois meses e foram retomadas no início de junho de 2020.

O retorno das atividades do grupo de Atenção Domiciliar foi marcado como um momento muito importante na história do grupo. Os residentes que passavam pelo CSE, antes da pandemia, já estavam alocados para participarem do grupo, porém com o cancelamento das atividades coletivas e demais atendimentos, esses profissionais foram inseridos nas linhas de cuidado frente à pandemia, atuando no atendimento à população que procurava a unidade em busca de informações, como também nas tendas de atendimento e através do teleatendimento.

O desejo por parte dos residentes em realizar suas práticas de forma interprofissional e com um foco diferente do que eles estavam realizando nesse primeiro momento da pandemia, fez com que o grupo retornasse suas práticas. Com a recomendação do distanciamento social o grupo precisou se deslocar para fora do CSE, e passou a acontecer no salão do prédio da associação dos ferroviários, local este bem próximo da unidade.

Aos poucos as situações que eram acompanhados anteriormente pelo grupo foram retomados e apresentados aos novos integrantes. Novas demandas também chegaram, inclusive de usuários com sequelas pós infecção ao coronavírus. A partir daí o grupo torna-se mais numeroso e mais diversos, com a participação de novas profissões e programas e passa a contar com a coordenação da fisioterapeuta da unidade, que é responsável pelas atividades do grupo.

Outras contribuições para o grupo de Atenção Domiciliar

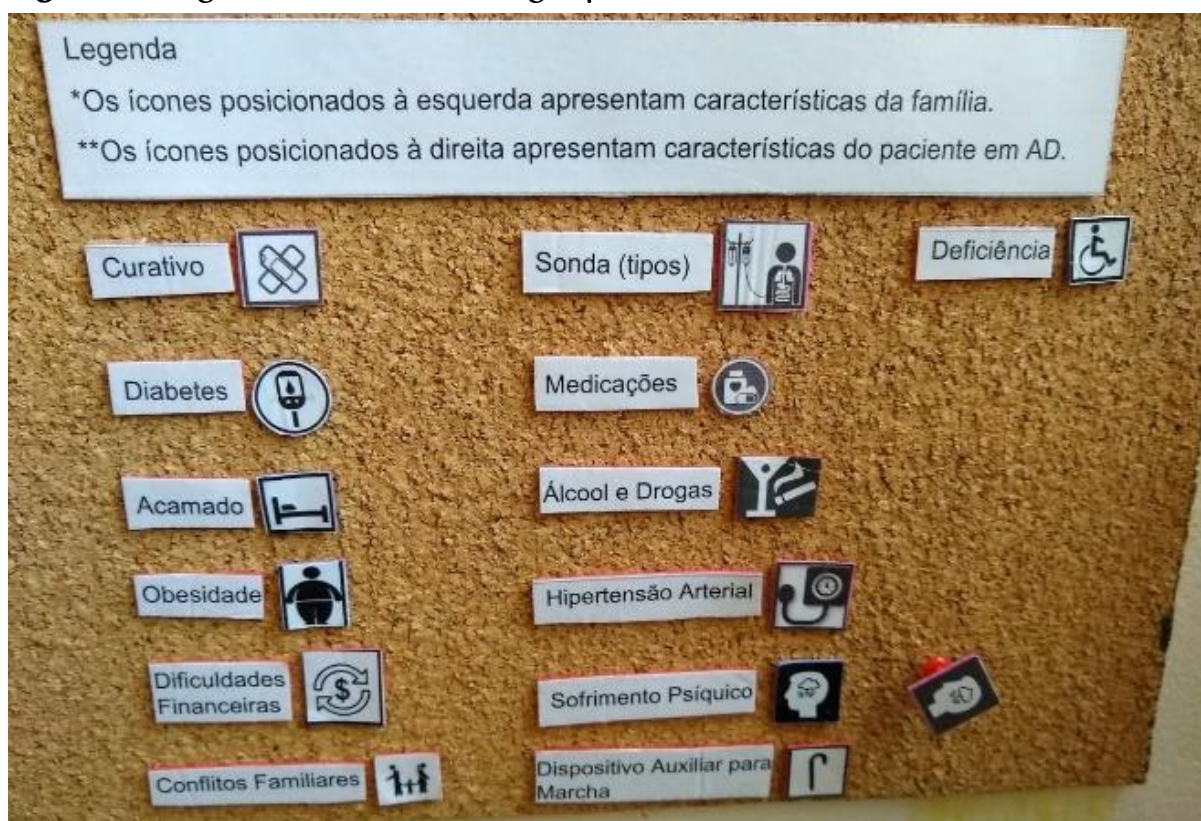
Dentre as ações desenvolvidas pelos profissionais que participaram ao longo das atividades do grupo de Atenção Domiciliar, muitas contribuições foram conquistadas em prol da organização do processo de trabalho.

O painel ilustrativo foi uma dessas ações com o intuito de estruturar melhor os casos, deixando-os mais visíveis e com informações primordiais para a identificação das necessidades de cada família. Cada casinha representa uma família, e os ícones ao seu redor

Figura 4: Painel Ilustrativo do grupo de AD



Figura 5: Legenda ilustrativa do grupo de AD



Ficha de compartilhamento: a elaboração desta ficha também foi uma iniciativa dos residentes que passaram no grupo em 2020. Naquele momento, o grupo estava assistindo muitos pacientes e a unidade estava encaminhando novos casos para o grupo. Além facilitar o compartilhamento entre a unidade e o grupo, a ficha também permitia um breve levantamento sobre a condição do paciente, permitindo uma prévia triagem. (Apêndice IV).

Análise temática do conteúdo

O conhecimento da percepção dos profissionais em formação sobre atenção domiciliar foi alcançado através das entrevistas, por meio da análise temática do conteúdo. O conjunto do material produzido possibilitou a

definição três grandes eixos temáticos: 1.o percurso até aqui, 2. conhecendo a prática da atenção domiciliar e 3. o papel do grupo na minha formação.

O percurso até aqui

Depois da graduação eu trabalhei durante um ano com plantão de pronto-socorro, dava plantão na ambulância, no transporte de pacientes graves de uma unidade até a outra. Durante esse um ano de trabalho, eu descobri que era a residência de medicina da família e da comunidade que eu queria fazer. Aí eu prestei na UNESP de Botucatu e consegui.

Comecei a fazer a residência em março de 2020, que foi também o mês que começou a pandemia, a minha residência está extremamente permeada pela pandemia de Coronavírus. Ela está se desenvolvendo ao redor dessa pandemia, e ao redor desses pacientes com Covid dentro da Atenção Primária. (O1F22)

O primeiro eixo temático - *O percurso até aqui* - refere-se a um conjunto de núcleos temáticos que narram a trajetória do aluno até sua chegada no programa de residência ou especialização. Essa contextualização possibilitou o conhecimento das experiências anteriores. A partir deste eixo construíram-se quatro núcleos temáticos que tratam do percurso do aluno até a pós-graduação:

1. Por onde estive depois da graduação: vivências anteriores
2. A residência/especialização como minha primeira experiência profissional;
3. A bagagem da graduação.
4. Como cheguei no grupo de Atenção Domiciliar;

Por onde estive depois da graduação: vivências anteriores

A conclusão da graduação é marcada como um momento de tomada de decisão ao recém formado que geralmente opta por uma área de atuação para seguir carreira. A escolha da área pode ser guiada a partir das experiências vivenciadas durante os períodos de estágios obrigatórios na graduação, assim como na primeira experiência profissional. Todas as experiências são importantes, todas somam na bagagem e contribuem para a escolha da área de desejo de atuação e formação.

O período pandêmico será marcado para sempre em nossas vidas, trazendo mudanças, desafios e experiências. A pandemia se desenvolveu ao mesmo tempo em que muitos recém formados experienciaram suas primeiras vivências na área da saúde durante o processo de formação profissional, uma formação extremamente permeada pela pandemia.

Ao olharmos para os diferentes programas de residência e especialização que atuam no Centro de Saúde Escola, é possível perceber a diferença e abrangência dos campos de práticas destes programas.

A residência multiprofissional na atenção à saúde do adulto e do idoso, por exemplo, se desenvolve majoritariamente na Atenção Terciária, atuando apenas quatro meses no CSE, enquanto o programa multiprofissional em saúde da família está inserido ao longo dos dois anos de residência.

Dessa forma, a atuação profissional na APS apareceu como um cenário novo e desconhecido em algumas entrevistas, muitos destes profissionais desenvolviam suas práticas fora da atenção primária.

Depois da faculdade eu trabalhei quatro anos na prefeitura da minha cidade, dois anos como Agente Comunitário de Saúde e depois mais dois anos no departamento de esportes como técnico desportivo do município. Após isso comecei a fazer outro curso e

larguei quando entrei na residência em 2020 e hoje sou R2 na Saúde da Família. (06M22)

Eu terminei a faculdade no final de 2019, e em 2020 eu comecei a trabalhar. Era uma área que eu sempre gostei, que foi a área hospitalar. Eu fiquei quase um ano, e eu peguei bem o comecinho da pandemia, né? E no momento eu não tinha essa ideia da residência aqui na UNESP, né eu acabei passando e logo cheguei no CSE e me deparei com a Atenção Primária. Eu não tinha ideia de como funcionava, qual era a função do fisioterapeuta na Atenção Primária. (02F22)

Me formei em 2017, logo depois eu trabalhei em clínicas particulares, e em 2019 eu trabalhei na rede pública de saúde. Eu sou pós-graduada em Gestão em Saúde. (13F22)

Os trechos das entrevistas apresentadas até aqui trazem um pouco da trajetória e dos caminhos percorridos pelo profissional, desde a saída da graduação até o contato posterior com outro tipo de vínculo, profissional e ou de formação. Muitos destes profissionais puderam vivenciar uma experiência após a conclusão do curso.

A residência/especialização como minha primeira experiência profissional

O caminho traçado até a residência ou especialização é relatado pela maioria dos entrevistados como algo desejado e planejado. Esses programas de pós-graduação, em especial as residências, dispõe de bolsa e carga horária de 60 horas semanais, características que despertam o interesse desde o período da graduação.

Alguns trechos trazem o desejo da formação para o desenvolvimento do trabalho no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária. É possível conhecer os diferentes caminhos percorridos entre cada profissional, desde a escolha da área até o processo seletivo. A maioria desses profissionais é recém-formado e este momento da pós-graduação é a sua primeira

experiência profissional e o primeiro contato com outras práticas no âmbito da APS.

Os programas de residência e especialização dividem muitos dos campos de práticas, favorecendo a interação entre os profissionais e os programas. A maioria dos profissionais da especialização enxerga a residência como um próximo passo em seu caminho de formação.

Eu não trabalhei antes da residência, eu terminei a faculdade no final de 2019 e iniciei a residência no início de 2020. A residência foi a minha primeira experiência profissional. (19F22)

Eu fiquei um ano estudando para a residência, eu sempre quis fazer, e eu queria mais na área hospitalar, só que aí eu conheci a residência daqui de Botucatu que abrange todas as áreas, desde atenção primária, que é lá no CSE, até neuro que é a questão ambulatorial lá no hospital e a parte de UTI. (14F22)

Eu sempre quis fazer residência em Saúde da Família. Eu conheci a residência no quarto ano e então eu decidi que eu queria trabalhar no SUS e na Atenção Primária, principalmente. Eu não consegui passar e aí eu prestei a especialização em Redes de Atenção do SUS que era uma segunda opção, claro que eu pretendia mais a residência por conta dos dois anos e pela bolsa também, né? Eu continuei estudando pro processo seletivo e aí eu prestei a prova de novo e entrei na residência. (09F22)

Eu entrei na residência em 2020, com esse desejo de trabalhar no SUS, de conhecer melhor a Saúde Coletiva e como ela se organiza. (23F22)

Depois da faculdade eu iniciei a especialização em Redes de Atenção no SUS e após eu ingressei na Residência em Saúde da Família. (18F22)

A bagagem da graduação

O período da graduação e o conjunto de toda a trajetória acadêmica possibilita ao aluno o primeiro contato com as práticas que permeiam sua

futura profissão. A metodologia do ensino, o formato das aulas, as atividades de extensão acadêmica e os estágios possibilitam a construção da “bagagem”, que armazena e transporta essas experiências para outros espaços depois da graduação.

Cada formação se constrói de maneiras diferentes. Cada aluno vem de um lugar, de uma instituição diferente e com grades curriculares similares ou não. Essas bagagens, dentro de um espaço coletivo, se complementam de alguma forma e enchem de novas experiências a bagagem existente.

O contato durante a graduação com a interprofissionalidade é um grande diferencial, que contribui no processo de formação e qualificação profissional. A vivência de práticas como a interprofissionalidade, ainda na graduação, aproxima o aluno da grandiosidade do SUS e da Saúde Pública. As atividades de pesquisa desenvolvidas na graduação despertam o desejo de seguir carreira acadêmica e na docência.

Durante a graduação eu participei, vivi e respirei a interprofissionalidade. Lá o campus é muito voltado pra isso, fora a saúde pública em si. Desde o primeiro ano a gente tem aula com as outras profissões, que são seis, serviço social, nutrição, educação física, psicologia e a fisioterapia. Todos que estão no NASF e que compõe a residência na qual eu estou, então para mim não foi muita novidade trabalhar com esses profissionais, na verdade só acrescentou mais ainda. (21F22)

Durante a graduação, foi um momento de muita descoberta sobre o meu curso e sobre a minha profissão. Eu entrei em diversas áreas, fiz estágios, até que eu cheguei com a professora C, que estava desenvolvendo um projeto que eu acabei ajudando. Eu fui me encontrando nesse lado da Saúde Pública e aí eu acabei conhecendo a especialização. Um dos meus objetivos é ir para a parte acadêmica, ir para o mestrado e para o doutorado, eu tenho o desejo muito grande de dar aula, então, a especialização está servindo como um ponto pra eu entrar nesse caminho. (12F22)

Na metade de 2020, eu meio que entrei numa crise existencial, eu não sabia o que eu ia fazer da vida. E aí eu comecei a pensar no que eu gostava durante a graduação e lá é muito forte a Atenção

Primária. Na graduação a gente teve muito, e eu sempre gostei. (22F22)

Na questão acadêmica e sobre Saúde Pública, sem dúvida o projeto de extensão e o PET Saúde, que pude participar durante a graduação, me enriqueceram demais. Eu descobri sobre a residência no meio da faculdade, pra mim fazia muito sentido fazer uma residência depois da graduação, e eu penso no mestrado e talvez no doutorado. (08M22)

Como cheguei até o Grupo de Atenção Domiciliar

Eu entrei no grupo mais tardiamente por conta da pandemia. Na verdade, o grupo já existia, vinha de algum tempo, mas eu sinto também que a gente construiu uma parte dele juntos. No começo da residência tava tudo muito confuso na cabeça, a gente não sabia muito bem o que era o espaço, como ele funcionava e tudo mais, mas daí a gente teve aquelas dinâmicas, de diferença de atenção domiciliar, visita domiciliar, assistência domiciliar... o que ajudou um pouco a definir como seria o nosso papel naquele grupo, e como que a gente poderia contribuir para o espaço. Eu fiquei muito feliz de participar dele, porque é um dos únicos períodos da residência que a gente tem de forma inter. (21F22)

O caminho até o grupo foi um percurso descrito pelos entrevistados como um momento de muita expectativa, pois o trabalho interprofissional, na APS e no contexto da atenção domiciliar despertou interesse desses profissionais, visto que muitos vivenciaram esta experiência apenas no grupo de atenção domiciliar do CSE.

Me fizeram o convite para participar do grupo de Atenção Domiciliar. Como é um espaço muito inovador, para mim, enquanto graduação eu nunca tive essa experiência, né? De vários profissionais juntos pensando, ainda mais em Atenção Domiciliar, né? É algo muito diferente. Bem rica a experiência, não é em qualquer lugar que a gente vai ter essa oportunidade, então, eu aceitei de imediato. (05F22)

Eu conheci o grupo durante o meu trabalho de territorialização de conhecimento do CSE, onde é minha prática da residência no primeiro ano. (01F22)

A comunicação entre os profissionais em formação sobre as práticas do grupo de atenção domiciliar com os colegas que, não conheciam ou que não estavam inseridos no grupo, deu mais visibilidade a este espaço. Essa interação trouxe mais profissionais e novas categorias, como profissionais da educação física e farmácia.

Uma colega participava do grupo de visita domiciliar e ela sempre falava: “hoje eu tenho VD”, um dia eu perguntei pra ela o que que era “VD”, ela me explicou e eu falei: será que eu posso ir? Daí eu fui. Até então não tinha nenhum farmacêutico no grupo. Daí eu fui, e depois eu perguntei para coordenadora se eu poderia continuar participando, ela falou que sim, aí eu falei com a minha preceptora, provavelmente os próximos farmacêuticos irão estar também. (24F22)

Cada programa possui um cronograma de atividades diferente, às vezes, os alunos realizam suas práticas de forma integrada aos outros programas, como é o caso do grupo de Atenção Domiciliar.

Os residentes do programa multiprofissional em saúde do adulto e do idoso, permanecem quatro meses em cada ciclo, todos na atenção terciária, exceto o ciclo no Centro de Saúde Escola, por onde acessam as práticas da Atenção Domiciliar. Os outros programas, saúde da família, saúde mental e especialização ficam inseridos por quase um ano no grupo.

A chegada ao grupo também foi marcada pela pandemia. O primeiro ano, para todos, foi o mais difícil, exigiu uma maior reorganização dos serviços e interrupção de muitas práticas. Já no ano seguinte, o cenário, para os profissionais, estava mais adaptado às novas necessidades de saúde.

O CSE foi o meu primeiro ciclo, e... eu gostei muito, apesar que eu peguei bem no comecinho da pandemia, todos os grupos foram cancelados..., mas aí depois começou as visitas domiciliares, e aí eu gostei muito, porque o paciente tinha muito medo de ir para o serviço, né? E a gente indo na casa dele, ele se sente mais seguro com relação a contaminação. (14F22)

O grupo se caracteriza como um espaço de assistência e de formação em saúde, com o desenvolvimento de práticas interprofissionais. A cada ano e a cada novo ciclo este espaço vem se consolidando.

Podemos reconhecer que o fortalecimento do grupo está diretamente relacionado à atuação e o protagonismo dos profissionais residentes e especializando. Visto que esta atuação majoritária, como exemplo, fez que o grupo retornasse as suas atividades, tanto no sentido de assistir as demandas estacionadas em função da interrupção das práticas do grupo devido à pandemia, como o desejo em realizar seu trabalho em um cenário interprofissional.

O grupo de Atenção Domiciliar, ele na verdade no nosso ano da residência, foi retomado um pouco pelos residentes mesmo, né? Por um desejo nosso de conseguir voltar o grupo, que por conta da pandemia tinha parado. E aí eu comecei a participar assim. De início eu ia todas as semanas e depois eu passei a ir a cada quinze dias, por conta da atuação do NASF, não consegui ver tudo. (23F22)

Dessa forma, a inserção destes profissionais em espaços como o grupo de atenção domiciliar tem um papel muito importante para além da formação profissional, envolve uma forte parceria entre o serviço e os seus profissionais, que trabalham em conjunto para alcançar o mesmo objetivo, assistir à população de forma integral e com qualidade. No momento da pandemia todo este sentimento apareceu como algo muito presente nas experiências dos residentes e mesmo dos especializando.

Conhecendo a prática da Atenção Domiciliar

Eu acho que atenção domiciliar é mais nesse sentido, de um olhar integral e individualizado, porque cada caso é um caso, não existe uma receita. E também tem um olhar para a família, para o

cuidador... não é só o sujeito em si, mas envolve todo o contexto em que ele está inserido, né? quando a gente vai até o domicílio do usuário a gente consegue ver em quais condições ele está, quando a gente conversa com ele a gente consegue colher uma narrativa e escutar dele quais são as demandas, e diante disso a gente consegue traçar condutas que vão servir para ele, para a família e o para o cuidador. (21F22)

O segundo eixo temático - *Conhecendo a prática da Atenção Domiciliar* - reúne um conjunto de núcleos temáticos relativos ao conhecimento dessa modalidade de atenção. A análise das entrevistas possibilitou a construção de três núcleos temáticos que tratam do conhecimento da prática da atenção domiciliar:

1. O que eu sei sobre a Atenção Domiciliar?
2. Minhas experiências anteriores com visita domiciliar
3. Da graduação para a casa do paciente

O que eu sei sobre a Atenção Domiciliar?

O grupo de Atenção Domiciliar se organiza para acolher os profissionais que ali se inserem. Como vimos no desenvolvimento das práticas, este espaço realiza algumas atividades de educação permanente, com o objetivo de introduzir a temática da Atenção Domiciliar aplicada à realidade do grupo.

Os trechos das entrevistas apresentados revelam que, o conhecimento sobre os conceitos da atenção domiciliar, ocorreu durante a experiência no grupo. Esse conhecimento se deu durante a prática das visitas domiciliares e também nos momentos de discussão e educação permanente, como um bloco teórico. O reconhecimento nas falas dos profissionais sobre “um

cuidado para além da visita domiciliar” demonstra entendimento das características e dos objetivos dessa modalidade.

Eu percebi que era uma coisa mais ampla do que eu achava que era, porque quando a gente fala em Atenção, não é só visita, né? Não é uma coisa pontual, é uma coisa que precisa ser continuada e que envolve outros profissionais. O foco é a resolutividade, né? (17F22)

Os profissionais ao trazerem suas concepções sobre o conceito da Atenção Domiciliar, destacam pontos muito importantes e diretamente relacionados à proposta desta modalidade. Ressaltam como primordial o olhar ampliado para o sujeito e tudo o que está em sua volta, sua família, seu lar, seu território, sua história de vida e como essas relações acontecem. Apontam ainda que, a Atenção Domiciliar, possibilita a continuidade do cuidado de acordo com a necessidade de cada indivíduo, e que esta é uma via de atenção que não se limita às condições independentes de mobilidade para acessar um serviço de saúde.

É uma atenção singular, isso foi uma coisa que me chamou muita atenção, e tem uma abordagem diferente, né? Tem uma abordagem familiar e orientação familiar muito presente. Considera alguns aspectos da vivência da pessoa, o tipo de família, como essa família se estrutura, como se dá às relações entre a família, mas também as relações no território. Entender a importância do território que essa pessoa está inserida. E as relações com a comunidade que ela tem. (09F22)

Não sei se chega a ser um atendimento domiciliar, mas acho que vai da palavra “Atenção”, sabe? Da gente ser responsável por um paciente e conseguir fazer todos os caminhos pra ele chegar até o serviço. [...] Eu acho que depende da singularidade do sujeito, então, se o sujeito necessita de atendimento domiciliar ele acontece, mas não é um atendimento sempre, toda semana, é quando ele precisa. (7F22)

Eu não tinha noção que esse conceito de Atenção Domiciliar englobava tanta coisa. Que realmente é você pensar o indivíduo

como um todo, em todas as necessidades e vulnerabilidades dele.
(05F22)

Ressaltam a importância do trabalho de forma inter e multiprofissional através de uma abordagem ampliada num campo de atuação plural. A necessidade de dispor de um olhar ampliado, foi muito mencionado dentro das falas na maioria das entrevistas, como uma possibilidade de trabalhar de forma articulada e intersetorial através da discussão com os outros pontos da rede.

Não se limita a visitas domiciliares pontuais, não se limita a uma profissão, não é só o médico, não está prevista só para o médico fazer, só para o enfermeiro fazer, não! É um campo de atuação plural, na minha concepção. (01F22)

Atenção Domiciliar é você conseguir levar o cuidado até o ambiente do usuário, tentando entender quais são as limitações daquele espaço, daquela família, daquele conjunto, de pessoas que vivem com essa pessoa. E isso engloba todas as questões, a questão social, a financeira, e a cultural. Eu acredito que a Atenção Domiciliar seja esse momento que a gente consegue levar o cuidado mais próximo onde o usuário está. E independente de ele ter mobilidade ou não, mas acho que é levar até ele essa possibilidade de cuidado em saúde. [...] É também pensar intersetorialmente, discutir e articular com outros serviços [...] é importante ter um olhar ampliado, olhar o sujeito pra além daquilo que a gente identifica como patologia ou doença, mas identificar o quê que ele tem de potência ali. (23F22)

É possível identificar nas falas dos protagonistas que eles perceberam a potencialidade da atenção domiciliar para além das questões pertinentes ao campo da saúde, observando-se uma visão ampliada e intersetorial.

Da graduação para a casa do paciente

A gente não teve nenhuma experiência de visita domiciliar, nem na forma de conceito, nem a visita propriamente dita, nem durante a graduação também. Nada de conceituação sobre isso, meu primeiro contato foi na residência mesmo. (19F22)

A visita domiciliar como prática experienciada no período da graduação não pôde ser vivenciada pela maioria dos profissionais entrevistados. Percebe-se que mesmo durante os estágios em serviços que habitualmente dispõe da visita domiciliar, dentro da sua rotina assistencial, como no caso das Unidades Básicas de Saúde, tal vivência não foi realizada.

Em visita, não. Eu até fui pra unidades de saúde, né? Fui até convidar pessoas, no portão da casa, mas entrar mesmo e fazer visita, não. Não pude ter essa oportunidade. No grupo foi a minha primeira experiência. (05F22)

Alguns profissionais referiram experiências que se assemelham a uma visita domiciliar, como o desenvolvimento de atividades em instituições de longa permanência e orientações para o usuário feitas do portão, sem entrar no domicílio daquele indivíduo.

No domicílio de alguém não, a gente tinha estágio supervisionado numa instituição de idosos, foi a única experiência perto de uma visita domiciliar. (13F22)

A única visita que eu fui, que eu me lembre, foi uma, mas bem informal pra dar uma orientação bem rápida. Então, eu não tive muita experiência com a visita, infelizmente. (10M22)

A primeira visita domiciliar, para muitos destes profissionais, foi realizada durante a inserção no Grupo de Atenção Domiciliar, ou seja, realizada no momento da pós-graduação.

Na minha formação da graduação eu não tive nenhuma prática que voltasse à atenção domiciliar, então foi a minha primeira experiência. (11F22)

Não tive, de visita domiciliar não. Nos meus dois últimos anos da faculdade eu fazia estágio em uma unidade básica de saúde, só que eu nunca cheguei a fazer uma visita domiciliar, os pacientes iam ao serviço e a gente fazia os atendimentos lá mesmo. (14F22)

Na graduação, não. A minha formação na minha faculdade para a educação física, era mais voltada na licenciatura para a área escolar, e no bacharelado muito mais voltado para a área de academia, né? Pouco se falava em saúde pública, pouco se falava em SUS. (06M22)

Foi possível identificar que diferentes categorias profissionais não tiveram a visita domiciliar como campo de prática durante a formação acadêmica, dentre as dez categorias profissionais, seis não vivenciaram nenhuma experiência com visita domiciliar. São estas: dentista, educação física, farmácia, nutrição, psicologia e serviço social.

Minhas experiências anteriores com visita domiciliar

Tive sim. Nós já fizemos visitas pra avaliar pacientes idosos em relação ao estado mental, ver o contexto daquele indivíduo, avaliar as questões das atividades de vida diária e instrumental e a rede de apoio daquele indivíduo. Mas, também tive visitas pontuais pra realizar a assistência mesmo. Por exemplo, troca de curativo, troca de sonda, que são coisas mais pontuais, e de certa forma você não aborda outros aspectos. Mas, eu tive essas duas possibilidades, tanto para realmente uma visita onde eu me sento e converso com a família, com o paciente, entendendo a situação que ele vive, como também para práticas assistenciais. (20F22)

A Atenção Domiciliar possibilita uma atuação muito ampla e diversificada. Essa grandiosa modalidade pode se desenvolver nos diferentes

níveis de atenção para todos os ciclos da vida, tanto na rede pública como na iniciativa privada.

Eram pacientes idosos que tinham dificuldade de locomoção, andavam com o andador, mas tinham muita dificuldade de chegar até a UBS, e a UBS era ladeira a cima, então não conseguiam chegar. Só que assim, eram pacientes que se alimentavam sozinhos, que tinha alguém dentro de casa cuidando deles, mas eles ainda tinham uma capacidade de autocuidado. Então, na minha cabeça, visita domiciliar era paciente idoso que tinha dificuldade de andar, mas que come sozinho, faz a própria comida... Eu não tinha ideia de pegar um paciente paliativo, entendeu? Pra mim, paciente paliativo era atenção terciária, era hospital, ou então, era na casa, institucionalizados que não seriam da atenção primária, ledão engano. (22F22)

Considerando o campo da Atenção Domiciliar como um cenário plural e muito amplo, as experiências vivenciadas pelos profissionais com a visita domiciliar ocorreram de diferentes formas. Alguns profissionais tiveram a oportunidade, durante a graduação, de ter um primeiro contato com as práticas interprofissionais, através de iniciativas como o PET- Saúde e disciplinas específicas que, apresentam atividades coletivas e a interação com outras áreas, o que possibilitou o contato com ferramentas importantes, como o PTS.

E eu tinha um outro olhar desse grupo de Atenção Domiciliar, eu atendia home care na minha cidade, então, eu tinha muito aquele olhar voltado para o atendimento domiciliar, e não “aquele olhar”, né? (02F22)

Na graduação eu tive experiências com visitas domiciliares no programa de Interação Universidade Serviço Comunidade (IUSC). A gente sempre foi preparado pra ter o cuidado de entrar na casa do indivíduo, de respeitar aquele momento da família, respeitar aquele local e ter um olhar pra isso, né? Então... só que na graduação, no IUSC, essas visitas eram muito pontuais, né? Então, era pra conhecer o primeiro território. A gente pegava uma família e a gente ia visitar

essa família, e a gente fazia visitas periódicas pra essa família falando sobre diversos assuntos. (15F22)

Eu fazia um grupo com crianças numa ESF. Era um grupo de atividades objetivando uma criação de vínculo e de habilidades sociais. Em um determinado dia, a mãe de uma dessas participantes teve um bebê, e a filha não pôde mais frequentar as nossas atividades, porque a única pessoa que levava era a mãe. Eu e uma colega que atuava junto comigo fizemos uma visita com o intuito de saber como ela estava, como tinha sido os dias, como estava a família, qual que era também esse ambiente que ela morava. Foi uma visita curta, mas que aproximou a gente a essa família e entendemos um pouco mais os aspectos subjetivos que influenciam no comportamento e na emoção da criança. (11F22)

Sim, mas só foi por conta do PET. A gente discutia com a enfermeira da unidade que, era nossa preceptora do PET. Uma vez por mês a gente separava pra fazer visitas para os que mais precisavam mesmo, para a pessoa que realmente tá com um problema e não consegue levantar da cama. Depois a gente falava sobre tudo o que tinha acontecido. Eram as cinco áreas, medicina, enfermagem, nutrição, a fisio e a psico, e os nossos tutores eram uma nutri e uma psicóloga. A gente já chega com outra visão no grupo de VD, né? Quando tem uma experiência. (17F22)

No primeiro ano, a gente fazia visitas domiciliares ou só acompanhávamos a ACS. No segundo ano, a gente perguntava um pouco mais sobre doenças, sobre medicação... no terceiro e quarto ano, a gente fazia aferição de pressão, algumas coisas mais simples, mas assim, no intuito da gente se familiarizar por esse tipo de modalidade de atenção. (01F22)

Outras experiências que perpassam o setor saúde e caminham em direção à intersetorialidade também foram relatadas, assim como visitas domiciliares de caráter uniprofissional para a realização de procedimentos pontuais ofertada à um público específico e com dificuldade de acessar um serviço de saúde.

A gente ia em atendimento aos idosos que não podiam ir até o posto de saúde, durante o estágio. A gente fazia o atendimento mesmo, mas era o atendimento fisioterapêutico, era uma reabilitação, ia duas vezes na semana na casa da pessoa, que

necessitava desse atendimento, era basicamente isso durante a graduação. (02F22)

Na área da saúde, não. Eu atuei na área de cooperativas populares, eu acompanhava um grupo de produtores rurais. E aí esses produtores tinham uma rede de economia solidária e eu fazia parte dessa rede, né? Então, eu era meio que a mediação entre a cidade e o campo, fazia essa mediação com os produtores e com os consumidores da rede. Então, a gente fazia visita aos locais de moradia. (23F22)

Foi possível perceber dentro de algumas falas uma certa comparação entre as experiências dos profissionais com visitas domiciliares e as atividades desenvolvidas pelo grupo de Atenção Domiciliar. Alguns profissionais relataram que, as práticas do grupo acontecem de uma forma mais ampla e organizada, e que a sua inserção no grupo possibilitou a compreensão dessa amplitude que a Atenção Domiciliar apresenta.

O modelo era bem parecido com o que a gente tem, a gente tinha acesso ao prontuário antes e ao caso antes de realizar a visita, mas a gente não fazia uma discussão antes. A gente ia pra visita com o conhecimento que cada um extraiu do prontuário. [...] a gente era uma equipe que cuidava da dor, dores agudas ou crônicas, mas de difícil controle, e a maioria dos casos eram relacionados à oncologia, em estado terminal ou paliativo sem perspectiva de melhora. Então, a gente ia atuar diretamente com esses pacientes. Elas ocorriam uma vez por semana e também era multi. (04F22)

Durante a graduação, numa disciplina em que a gente tinha que fazer um PTS, a gente fez algumas visitas pra uma família, conversamos, colhemos narrativa e montamos um PTS, Era interprofissional, no meu grupo tinha uma psicóloga, uma TO e eu. Chegou um pouco perto da Atenção, mas fora isso... um serviço assim, eu nunca tive contato. (21F22)

Não foi uma visita como a nossa do CSE, foi só a nutrição, então, foi algo bem pensando só na nutrição, não pensou em todo o olhar. [...] Foi um caso muito assustador pra gente que nunca tinha tido contato. Ele tinha 27 anos, eu não lembro qual enfermidade, mas ele nasceu com alguma questão que o impossibilitava de andar, se alimentar e ele não tinha desenvolvimento intelectual. A gente foi na casa totalmente despreparado, a gente não sabia o que a gente ia encontrar, sabe? Sem o auxílio. Foi um caso muito diferente do que a gente encontra no grupo de Atenção Domiciliar que a gente discute

o caso e a gente já vai entendendo um pouco como é a situação daquele paciente, a situação familiar... (12F22)

Ao relatarem o acontecimento dessas visitas alguns profissionais pontuaram a importância delas para o reconhecimento do território daquelas pessoas e a compreensão de como as relações acontecem dentro do domicílio.

O papel do grupo na minha formação

Eu acho que pra mim serviu pra eu ver mesmo como que uma equipe multidisciplinar pode se desenvolver a atenção do paciente, porque eu nunca tinha tido contato. (24F22)

O terceiro eixo temático - *O papel do grupo na minha formação* - reúne um conjunto de núcleos temáticos relacionados às contribuições do espaço de práticas do grupo de Atenção Domiciliar na formação dos profissionais residentes.

Os profissionais, residentes e especializandos, trazem suas experiências no grupo a partir do trabalho interprofissional e como esta prática possibilita o compartilhamento dos saberes e potencializa a construção do cuidado integral para o usuário.

Na análise das entrevistas dentro deste eixo construíram-se dois núcleos temáticos agrupados a seguir em:

- 1 - Aprendendo com o outro.
- 2 - Potencialidades e fragilidades do Grupo de Atenção Domiciliar.

Aprendendo com o outro

Este núcleo temático abarca de forma densa e aprofundada as experiências construídas no espaço do grupo de AD que envolve o aprender com o outro. O “outro”, enquanto o próximo, o colega da mesma profissão ou de uma categoria diferente, mas que está ali no mesmo espaço olhando para o mesmo indivíduo e para a mesma família.

Eu acho bastante enriquecedor, porque a gente sai daquela caixa, daquela coisa que só olha pra si, que só olha pra aquelas condutas ditadas, e consegue abrir um leque de outros conhecimentos e de outros olhares também. (04F22)

Eu não tive contato com outras profissões durante a graduação, pra mim, isso era um buraco muito grande na minha formação. E no Centro de Saúde Escola, dentro desse grupo, eu consegui perceber a potencialidade de outras profissões. [...] foi o contato com outras profissões, e dentro desse contato saber primeiro o que eles fazem, e segundo como que eles podiam me matriciar dentro dos casos que eu via e atendia. (01F22)

Eu vi o grupo como uma maneira de ganhar mais conhecimento, né? Era um local onde a gente tinha vários profissionais, muitas profissões diferentes, e foi um local onde eu cresci muito profissionalmente. Vendo a visão de cada um, dependendo de cada caso, de como cada profissão pode atuar em cada caso que passava ali pela gente, né? E ver que cada profissão tinha sim uma opinião para dar, não ficava restrito somente à uma área. (06M22)

Os profissionais destacam em suas falas a riqueza do trabalho desenvolvido de forma interprofissional e o quanto esta prática, realizada de forma conjunta e colaborativa amplia o olhar e transporta o profissional para uma outra perspectiva diferente do que ele pôde aprender na graduação, muito além daquilo que lhe compete enquanto atribuição de núcleo.

O espaço do grupo e o seu papel para a formação destes profissionais é referido muitas vezes como um lugar único e imprescindível para a realização das práticas interprofissionais. O conhecimento adquirido aqui será direcionado para outros lugares, bem como todas as experiências que configuram o trabalho na Atenção Domiciliar no cenário da Atenção Primária à Saúde.

A visita domiciliar pôde ser apresentada aos profissionais em formação de uma maneira diferente das experiências anteriores, pois o contato desta modalidade no grupo de AD possibilitou o contato com ferramentas importantes para o desenvolvimento das práticas de saúde no campo da APS, como o Projeto Terapêutico Singular, apoio matricial e a participação nas discussões dos casos.

Estes momentos são relatados nas falas dos entrevistados como uma prática marcante dentre os demais cenários de práticas da residência/especialização, destacado o grupo de AD como um dos únicos espaços em que a prática interprofissional acontece de fato.

Para minha formação, foi muito importante. Primeiro, porque foi o único espaço garantido de trabalho multiprofissional, né? [...] mas eu também aprendi a pensar não só na enfermagem, por exemplo, na lesão, no diabetes, na forma de medicação que não tá tomando direito, e considerar outras coisas importantes em outras óticas de outros profissionais. (15F22)

O grupo foi a minha primeira vez em visita, meu primeiro contato com vários profissionais de outras formações, foi a minha primeira vez discutindo um caso de forma multiprofissional, foi a primeira vez de construção de um protocolo, de construção em conjunto... a primeira vez de um PTS. Eu acho que o grupo significou a primeira vez de muitas coisas, então eu acho que o espaço do grupo pra mim assim foi uma experiência que eu vou levar pro resto da vida. [...] Eu não sabia como fazia uma visita. (19F22)

Outro ponto importe que aparece com frequência nos trechos das entrevistas é o resultado a partir do trabalho interprofissional que, para além de todas as potencialidades, essa troca entre os profissionais possibilita o conhecimento do que o outro profissional faz, como atua e quais suas atribuições.

Conhecer o que cada profissional pode e deve realizar no plano de cuidado do paciente, onde o profissional, muitas vezes, desconhece a atuação dos membros da sua equipe. O conhecimento das atribuições profissionais em uma equipe possibilita a ampliação do olhar durante a construção do cuidado para aquele indivíduo.

Acho que essa é a palavra, é enriquecedor pra minha trajetória na residência. Agora eu olho com outros olhos, por exemplo, o profissional de educação física, tipo, eu consigo saber o que ele faz ali, antes eu não sabia o que ele poderia fazer ali, e agora é tudo muito mais claro. (07F22)

Fortaleceu essa questão da troca com o outro profissional de você pedir ajuda, de você chamar para fazer junto. (21F22)

Esse grupo é um grupo que reúne profissões diferentes, às vezes, dois ou três profissionais da mesma área, que até os profissionais da mesma área têm visões diferentes sobre abordagens, e isso é natural, é muito individual, né? Eu até falei para a coordenadora que o espaço da VD é o espaço que eu mais aprendo dentro da residência até então. [...] Você aprende com ferramentas de outras profissões, com metas de outras profissões e você consegue puxar aquilo pra sua, eu acho que isso tem sido fundamental pra mim, tem contribuído de maneira que não teria se não fosse o espaço da VD. (08M22)

As questões da nutrição, eu não tinha a menor ideia sobre dieta, espessante, alimentação por sonda, traquejo que é uma coisa mais voltada a fisioterapia, as questões de medicação com a médica... poder observar a maneira que outros profissionais conduzem, como o exame físico, que é algo que eu não faço. (16F22)

Potencialidades e fragilidades do Grupo de Atenção Domiciliar

A construção deste núcleo temático apresenta as fragilidades e potencialidades apontadas pelos profissionais em formação sobre as práticas do grupo de atenção domiciliar. O conhecimento destes apontamentos nos aproximou do olhar destes profissionais e como eles destacam os pontos fortes do espaço, trazem sugestões de melhoria e pontuam o que consideram frágil.

As potencialidades destacadas referiram-se ao trabalho interprofissional e tudo o que esta prática representa, aproximando da discussão de caso e construção do plano terapêutico numa perspectiva mais ampla.

Eu acho que a potencialidade é conseguir também pensar na clínica ampliada. Tinha alguns casos que a gente acompanhava, que eu pensava assim: --O quê mais a gente vai fazer? --O quê que a gente consegue fazer por esse sujeito? (23F23).

Eu enxergo como potencialidade as mais diferentes profissões discutindo o mesmo caso, isso pra mim é muito potente, isso é algo que me faz aprender muito dentro da VD (08M23).

Os profissionais consideraram o grupo como um espaço de formação, onde puderam vivenciar novas práticas, aprimorar os seus conhecimentos e desenvolver sua autonomia profissional. Houve destaque no modo como as atividades do grupo acontecem e como ele se organiza, mencionando mais uma vez que, estas ações não se estendem aos outros serviços por onde passam.

O amadurecimento profissional é muito grande, então, hoje eu tenho muito menos medo de atender um paciente do que há dois anos atrás, muito por conta da VD (22F23),

Compreendem a potência que o espaço possibilita através das práticas colaborativas e percebem sua atuação como uma potência. Atuar

neste espaço, para os profissionais, é poder ter sua fala respeitada. O grupo é visto como um lugar onde estes profissionais se sentem desafiados pela complexidade da atenção domiciliar, e este desafio possibilita o contato com ferramentas avaliativas e materiais de estudo que ampliaram seus conhecimentos. O instrumento avaliativo é um bom exemplo, configurando-se como uma produção que valoriza a construção deste conhecimento.

Eu acho que as discussões e a nossa presença são potencialidades, e principalmente do jeito que a gente faz. De sentar, pegar o caso, discutir, de pensar junto, de ver quais são as necessidades, para só depois pensar na visita, eu acho que isso é muito potencial, e como eu disse, não acontece em outros espaços (19F23).

A coordenação e supervisão das atividades do grupo foi considerada pelos profissionais como uma potencialidade do espaço. A coordenadora do grupo está no serviço há mais de 20 anos e acompanha atividades de visita domiciliar desde o início. Nas entrevistas, os profissionais reforçaram estes pontos e referiram a condução das atividades do grupo como uma mediação horizontal e não hierárquica, estimulando-os a refletir sobre as singularidades de cada situação acompanhada.

Eu acho muito potente a mediação. Eu sinto que a mediação da Orquídea não é nada hierarquizada, eu não me sinto acuada ou com medo de manifestar a minha posição por ela ser uma profissional contratada do serviço. Acho que isso é muito potente porque estimula muito a nossa participação como profissionais (09F23).

Acaba sendo um espaço de preceptoria também. A supervisão da Orquídea, nos dá mais segurança, estimulando para que a gente pense mais nos casos (15/F23).

As fragilidades referidas pelos profissionais fazem apontamentos sobre a relação do grupo com o CSE, com a forma em que as atividades estão organizadas e sobre a rotatividade dos profissionais no grupo. Cabe destacar

outra questão muito levantada pelos profissionais, relacionada ao tempo reservado para as atividades do grupo, referindo pouco tempo dedicado à atenção domiciliar.

Ter somente um espaço dentro da nossa grade semanal é pouco, porque são casos tão complexos e são tantos casos, que era difícil de conseguir encaixar todas as nossas discussões em uma manhã e voltar a revisita-las durante a semana (O1F23).

A fragmentação presente e frequente no momento das discussões das situações acompanhadas nas visitas, foi referida como uma fragilidade. Esta também pôde ser percebida durante a observação das práticas, nos momentos em que percebemos os profissionais preocupados com questões apenas relacionadas à sua formação.

Eu vejo que algumas pessoas ficam mais na parte clínica do que pensando em questões sociais, questões de lazer para aquele indivíduo, então, eu acho que isso é um ponto que precisa ser trabalhado (12F23).

Quando perguntado sobre a relação do grupo com o CSE, os entrevistados consideraram pouco envolvimento e até um certo distanciamento dos profissionais do serviço com o grupo de atenção domiciliar, apontando inclusive que outros profissionais do serviço não participam do grupo e muitas vezes desconhecem os objetivos e as atividades que o grupo realiza. De certa forma o momento em que este estudo se realizou caracteriza-se como aquele de forte impacto da pandemia nos serviços de saúde e nesse sentido a maior parte dos profissionais do CSE estava muito envolvida com a necessidade de respostas concretas da pandemia, como o atendimento de pacientes com sintomas respiratórios e a realização de exames de testagem de Covid-19.

Acho que uma fragilidade também é a falta de diálogo com o serviço, às vezes, eu sinto que o serviço não entende muito o papel do grupo ou não apoia muito (09F23).

Parece que o grupo de Atenção Domiciliar é uma coisa meio que à parte do serviço do Centro de Saúde Escola (15/F23).

Não vejo o CSE se envolvendo tanto com o grupo, comparado às outras atividades do CSE. É um local de residentes, e sem residente não funciona. Se acabar as residências o grupo acaba (21F23).

Os entrevistados apontam a necessidade da participação ativa dos profissionais do CSE junto ao grupo. Referem que, no momento de realização do presente estudo, sem a participação dos residentes, não havia grupo. Percebemos um distanciamento entre residentes e profissionais do CSE a partir do momento em que o grupo da AD passa a desenvolver o processo de construção e discussão de suas atividades em um espaço externo à unidade, devido a necessidade do distanciamento social no início da pandemia.

Um dos desafios relacionados a dificuldade na realização das práticas interprofissionais pelas equipes está associada com a sobrecarga no trabalho e a falta de tempo para integração com os outros profissionais da equipe. Os autores sugerem participação da gestão e instituição para que desenvolvam ações que incentivem estas práticas colaborativas, viabilizando o trabalho interprofissional (FARIAS et al, 2018).

A complexidade das situações e a grande demanda foi uma fragilidade destacada pelos profissionais, que também enfatizaram a participação do serviço para um melhor manejo das situações acompanhadas. Nessa perspectiva, foi tido como frágil a ausência do Agente Comunitário de Saúde (ACS), reconhecendo o seu papel e importância na construção do cuidado, atuando como um elo entre a comunidade e o serviço de saúde. Nesse

sentido, há necessidade de explicitar que, no município de Botucatu, não há ACS nas unidades básicas de saúde.

A quantidade de casos. Tinha momentos que a gente tinha muitos casos e aí a gente conseguia dar pouca atenção pra cada um deles (15F23).

Outra fragilidade é a falta de ACS, porque é um profissional de saúde também, é um profissional extremamente importante dentro da Atenção Primária, então, não ter alguém que seja parte da comunidade lá dentro pra falar pra gente sobre a culturalidade daquelas pessoas, pra trazer um histórico diferente fragiliza o grupo (01F2023).

A fragilidade talvez seja o tempo que a gente tem disponível. É uma manhã na qual a gente tem que adequar a discussão, adequar a agenda, adequar as visitas e a discussão pós visita (04F23).

Ao apresentarem suas sugestões, percebemos o desejo pela ampliação do tempo das atividades do grupo, melhorias na organização e processo de trabalho e maior participação do CSE nas discussões e demais momentos do grupo.

Acho que duas vezes na semana seria o ideal, talvez deixar um dia só pra discussão e o outro só pra visita, a gente aumentaria a nossa possibilidade de visita e não perderia a riqueza das discussões (08M23).

Se o espaço do grupo acontecesse lá no CSE, se tivesse um espaço lá para que os profissionais de lá pudessem participar e ver como é, eu acho que é uma possibilidade (10M23).

Assim fica claro que na percepção dos protagonistas deste estudo, este serviço de assistência tem grande potência e necessita de uma boa integração entre residentes e os profissionais do CSE, tanto para ter sucesso em suas ações e atividades como para vislumbrar um acompanhamento dos processos.

A formação em saúde e o trabalho no SUS

A Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017, define as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação na área da saúde, direcionando uma formação para o trabalho no SUS, a partir dos seguintes pressupostos: (1) Defesa da vida e defesa do SUS; (2) Atendimento às necessidades sociais em saúde; (3) Integração ensino-serviço-gestão-comunidade; (4) Integralidade e Redes de Atenção à Saúde; (5) Trabalho interprofissional; (6) Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) e componentes curriculares coerentes com as necessidades sociais em saúde; (7) Utilização de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa; (8) Valorização da docência na graduação, do profissional da rede de serviços e do protagonismo estudantil; (9) Educação e comunicação em saúde; (10) Avaliação com caráter processual e formativo; (11) Pesquisas e tecnologias diversificadas em saúde; (12) Formação presencial e carga horária mínima para cursos de graduação da área da saúde. Estes aspectos orientam a formação de acordo com os princípios do SUS, de encontro com a integralidade do cuidado através da formação interprofissional (BRASIL, 2018).

O conhecimento sobre a trajetória dos profissionais entrevistados nos aproximou da realidade em relação ao processo de formação na área da saúde no Brasil. Mesmo com tamanha diversidade entre as categorias profissionais, bem como as diferentes instituições de ensino superior, foi possível identificar algumas fragilidades na formação em saúde.

Ao analisarmos as entrevistas é possível perceber que, a formação para o trabalho no SUS, esteve distante durante a graduação da maioria dos profissionais. Percebe-se ainda um distanciamento bem maior em relação à Atenção Primária à Saúde e todo seu papel como coordenadora do cuidado.

A formação em saúde deve ser pautada de acordo com o conceito ampliado de saúde, se desprendendo do foco à doença e direcionando seu olhar para um cuidado ampliado dentro de uma perspectiva integral e humanizada (MONTANARI, 2018).

Ao olharmos para o histórico de como a formação em saúde vem se consolidando, percebe-se que nas últimas décadas houve um grande avanço em prol da qualificação da formação em saúde, como a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e o movimento de integração entre as práticas pedagógicas com as práticas em saúde. Os autores reforçam a necessidade de uma formação com profunda imersão aos aspectos subjetivos do indivíduo, produção de habilidades técnicas e específicas, bem como o conhecimento do SUS. Destacam a importância do desenvolvimento do ensino nos serviços de saúde, possibilitando ainda na formação, o contato mais próximo com as práticas profissionais, com o processo de trabalho e o conhecimento da vasta dimensão sobre os determinantes em saúde (PASSOS et al, 2020 e REUBENS-LEONIDIO et al, 2021)

Alves et al. (2013) dão ênfase a importantes ações estratégicas com o propósito de formação de recursos humanos propostos através da parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), que juntos desenvolveram algumas iniciativas, tais como: Programas de Incentivos às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Polos de Capacitação de Saúde da Família, os diversos Programas de Residência em Saúde, entre outros.

O trabalho no campo da saúde precisa ser compreendido como uma atuação singular e complexa. Essas características exigem maior diversidade profissional e uma gama profunda de conhecimentos, para que os profissionais caminhem em direção à uma prática pautada na autonomia e

complementada pelos saberes do núcleo e do campo profissional. Porém, quando olhamos para o processo de formação na área da saúde percebe-se que estes aspectos não estão consolidados, havendo distanciamento entre a Educação Interprofissional (EIP), algo que fragiliza a produção de práticas hábeis na atenção à saúde da população (MONTANARI, 2018.; COSTER et al, 2008; NORMAN, 2005).

A institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos. Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (Campos, 2000).

A formação de profissionais especialistas é um ponto basilar na estruturação da saúde pública, e no Brasil, cabe ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação de recursos humanos. A residência é uma modalidade de ensino-serviço, guiada pelos princípios e diretrizes do SUS, e é o padrão de excelência na pós-graduação em saúde para atuação em diferentes níveis de atenção (PASSOS, OLIVEIRA e SILVA 2020).

Bitencourt et al (2020), através de sua pesquisa documental puderam analisar arquivos institucionais de 6 cursos de graduação na área da saúde de uma universidade federal brasileira, cujo objetivo voltado em caracterizar o processo de formação e relacionar com o trabalho no SUS. Os autores analisaram 325 planos de ensino de disciplina e de estágios obrigatórios de cursos vigentes no ano de 2016. Os resultados evidenciaram fragilidades nos planos de ensino. Para os autores, a formação se desenvolve muito apoiada nas práticas tecnicistas e hospitalocêntricas.

A pesquisa aponta o distanciamento na abordagem de temas primordiais para o trabalho no SUS, como: educação permanente, liderança, integralidade, humanização e prática interprofissional. Os autores trouxeram destaque aos estágios curriculares obrigatórios e o seu papel na integração ensino-serviço-comunidade na construção da formação crítica e reflexiva, vivenciada na rotina dos serviços e em contato com as necessidades da população, possibilitando uma formação mais potente.

A qualidade das ações em saúde pode ser promovida através das práticas colaborativas e do trabalho em equipe. A operacionalização da interprofissionalidade, por si só, é um grande desafio, tornando-se mais desafiador ao considerar os termos colaboração e trabalho em equipe como sinônimos (PEDUZZI, 2018).

Constituir-se como uma equipe requer trabalho - é uma construção, um processo dinâmico no qual os profissionais se conhecem e aprendem a trabalhar juntos para reconhecer o trabalho, conhecimentos e papéis de cada profissão. Conhecer o perfil da população adscrita, ou seja, as características, demandas e necessidades de saúde dos usuários e população; definir de forma compartilhada os objetivos comuns da equipe; e realizar - também de forma compartilhada - o planejamento das ações e dos cuidados de saúde, tal como a construção compartilhada de projetos terapêuticos singulares para usuários e famílias em situações de saúde de maior complexidade. O trabalho em equipe interprofissional envolve elementos do contexto social, político e econômico (PEDUZZI, 2018).

Para Costa et al (2018), a Educação Interprofissional valoriza a aprendizagem conjunta, aproximando a interação entre os diferentes cursos, promovendo o conhecimento dos outros núcleos com a possibilidade de ampliar o seu próprio núcleo. Desenvolve papel importante na

construção das competências no trabalho em equipe e em prol das mudanças no processo de trabalho em saúde.

O contato com os diferentes núcleos profissionais e o conhecimento sobre as necessidades da população vivenciadas no período da graduação através da atuação nos serviços de saúde, contribuem para uma formação mais qualificada. Para que isto se concretize é imprescindível que haja qualificação dos docentes e dos profissionais de saúde que terão contato com os alunos em seus campos de prática (REUBENS-LEONIDIO, 2021).

A escolha do programa de pós-graduação, seja a residência ou a especialização, se deu para a maioria dos profissionais entrevistados como uma possibilidade de aprofundar as experiências vividas durante a graduação, assim também para alcançar novos conhecimentos e sanar as lacunas do processo de formação.

Os programas de residência multiprofissional em saúde são buscados pelos profissionais como a oportunidade de aprimorar seus saberes, naquilo que escapou durante a graduação. Espera-se conhecer mais sobre o SUS e, assim, se capacitar profissionalmente de acordo com os seus princípios, almejando ser um profissional para o SUS (PINTO e CYRINO, 2022).

A imersão vivenciada no período da pós-graduação possibilita a lapidação do conhecimento, aproxima o aluno de outras experiências e facilita a compreensão de teorias durante o desenvolvimento rotineiro de suas práticas.

Conhecer a trajetória de cada profissional que desenvolveu parte de suas atividades no grupo de Atenção Domiciliar foi imprescindível para que pudéssemos compreender as dimensões que permeiam o processo de formação na saúde, bem como as idiosincrasias deste coletivo que, se configura como um grupo plural e dinâmico.

O conhecimento das fragilidades no processo de formação fez com que a organização das atividades desenvolvidas pelo grupo pudesse alcançar algumas destas lacunas e garantir o conhecimento básico sobre as práticas da atenção domiciliar no campo da Atenção Primária à Saúde.

Visto que o Centro de Saúde Escola é um dos principais campos de práticas dos alunos da graduação e pós-graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu e sobretudo dos profissionais aqui entrevistados, lhe cabe o papel de ator responsável no processo de formação.

O conhecimento das fragilidades na graduação é imprescindível para o rearranjo das práticas e resgate/aprendizado dos conceitos pertinente a determinada modalidade, para que assim suas lacunas sejam preenchidas.

O Grupo de Atenção Domiciliar e a Clínica Ampliada

Ao longo destes anos, as atividades do grupo de atenção domiciliar do CSE passaram por inúmeras transformações, começando pelo próprio nome, anteriormente chamado de grupo de visita domiciliar. O estudo para elaboração do instrumento foi pensado a partir das situações acompanhadas pelo grupo em 2018.

Durante este momento de aprofundamento, vários questionamentos foram surgindo, principalmente em relação ao tipo de modalidade que o grupo de enquadrava, pois já se pensava muito além da visita domiciliar, e tudo desenvolvido por lá era diferente dos serviços que temos como referência, como o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e o Programa Melhor em Casa,

Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a

necessidade do paciente, esse cuidado em casa pode ser realizado por diferentes equipes. Quando o paciente precisa ser visitado de maneira mais espaçada, por exemplo, uma vez por mês, e já está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família/Atenção Básica de sua referência. Já os casos de maior complexidade são acompanhados pelas Equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Apoio (EMAP), do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) - Melhor em Casa (BRASIL, 2021).

É importante destacar que o município de Botucatu não está vinculado ao programa Melhor em Casa e também não apresenta Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) ou de Apoio (EMAP).

O conhecimento sobre as percepções acerca da Atenção Domiciliar pelos profissionais em formação foi construído através do relato das suas experiências com visitas domiciliares anteriores às práticas do grupo. Ao indagar o profissional durante a entrevista sobre o que ele entende a respeito da modalidade, predominantemente, os profissionais compararam seus conhecimentos anteriores com as práticas do grupo.

A experiência no grupo expandiu o conceito da Atenção Domiciliar aproximando o profissional do usuário, conhecendo-o melhor na singularidade e intimidade do seu lar.

O grupo, para além da assistência, também é um espaço de formação em saúde, e foi considerado pelos entrevistados como um momento de muito aprendizado e contato com novas práticas através do trabalho com o outro.

Almeida (2019), ao conhecer as competências relacionais em assistência domiciliar na perspectiva do profissional de saúde, resultando

em: empatia, conhecimento teórico, comunicação, gestão do cuidado, delimitar papel profissional e promover autonomia.

O conhecimento e construção dessas competências foram vivenciadas no contato com os serviços de Atenção Domiciliar.

O grupo de atenção domiciliar tem se configurado como um espaço potencial para a promoção do trabalho em equipe, visto que há participação efetiva de todos os membros acerca dos casos acompanhados, tornando sempre as discussões orgânicas e promovendo interação entre os profissionais.

Outro ponto positivo, é o cuidado não se concentrar apenas nas mãos de um profissional ou categoria específica, propiciando um cuidado integral ao usuário. Além disso, a constituição de espaços de educação permanente, tratando de temas transversais da saúde, promove a ampliação dos conhecimentos individuais dos profissionais e construção de conhecimentos coletivos pelos mesmos (SOUZA et al, 2022).

A coordenação das atividades do grupo foi referida como uma potencialidade para os profissionais entrevistados, que consideraram o espaço também como um momento de supervisão e preceptoria. A forma como os encontros eram mediados pôde estimular estes profissionais a pensarem de maneira menos fragmentada nas situações acompanhadas pelo grupo.

O preceptor é considerado um profissional que atua no campo de ensino dentro do ambiente de trabalho. Assim, sua atuação está ao mesmo tempo inserida com o processo de formação em serviço e em aspectos assistenciais e gerenciais do próprio serviço em que atuam, permitindo atingir um processo educacional singular (RIBEIRO et al, 2020).

Tivemos o conhecimento de que, a visita domiciliar, não pôde ser realizada pela maioria dos alunos entrevistados, durante o período de graduação. As experiências de VD que foram relatadas, aconteciam de forma segmentada ou uniprofissional, com o objetivo de realizar procedimentos pontuais. As práticas no contexto domiciliar eram bem específicas à sua categoria profissional, não havendo momentos posteriores para discutir e se pensar em questões mais amplas.

Os cuidados domiciliares têm sido uma frente importante no manejo das mais diferentes necessidades de saúde. Nessa perspectiva, é preciso qualificar a formação profissional para alcançar estas demandas. Os espaços de atuação multi e interprofissional, bem como a abordagem sobre a atenção domiciliar potencializam a formação e preparam o profissional para atuação nesta área (SOUZA et al, 2022; BRAGA et al, 2016).

A visita domiciliar, pode ser considerada como um momento singular do exercício da comunicação estudante-comunidade, com implicações no modo como os estudantes, com o apoio de seus professores, desenvolvem o processo de comunicação com as famílias. Cabe ao professor mediar para que ocorra um diálogo rico no qual se permita aflorar a subjetividade dos participantes, passando a ser ambos sujeitos do cuidado (ROMANHOLI e CYRINO, 2012).

O contato com a interprofissionalidade foi algo melhor explorado durante a pós-graduação, sobretudo durante o desenvolvimento das atividades no grupo. Os profissionais referiram o grupo como um lugar de muito conhecimento, aproximando-os de fato das práticas interprofissionais no contexto da APS e atenção domiciliar.

A atenção domiciliar perpassa o modo tradicional na oferta de cuidados, ultrapassando o setor saúde, com a possibilidades de substituir e produzir novos meios de cuidados (BRASIL, 2012).

Considerando essas características, a visita domiciliar, para o profissional que a realiza, é um desafio, pois é um ambiente desconhecido quando comparado com a familiaridade com o hospital (SAVASSI, 2016). Há necessidade de que as equipes conheçam o território das famílias, as multiplicidades de dinâmicas familiares, considerando suas comorbidades, valores e saberes ao cuidado (PROCÓPIO, 2019).

O trabalho interprofissional possibilita a integração entre os diferentes saberes, permitindo que se conheça diferentes possibilidades de atuação. Este compartilhamento acontece na prática, contribuindo para que estes profissionais desenvolvam suas habilidades com mais segurança, comprometidos com a integralidade do cuidado e mais qualificados para conhecimento e enfrentamento das complexidades que a atenção à saúde requer (CECCIM, 2018).

Conhecer minimamente a história daquela família é imprescindível para que possamos elencar, para além do plano terapêutico, as possíveis imprevisibilidades. Para Romanholi (2010), a visita domiciliar foi referida por um grupo de alunos e professores do curso de medicina, numa disciplina com o objetivo de aproximar os alunos da comunidade, como um momento de muita tensão e constrangimento. Professores e estudantes, muitas vezes, durante as visitas domiciliares se depararam com situações pouco trabalhadas no ensino médico.

Ao considerarmos os objetivos e as características que permeiam a atenção domiciliar percebemos o quanto a visita domiciliar é importante na formação de profissionais da saúde. Sua prática possibilita o contato com outros serviços e com pontos diferentes da RAS. Se desenvolve através das discussões de casos, do apoio matricial e das práticas interprofissionais, favorecendo o contato com genograma, ecomapa e a construção do PTS (SOUZA, 2020).

A visita domiciliar tem uma perspectiva pedagógica e assistencial, pois, ao mesmo tempo em que o aluno está aprendendo a se comunicar com um outro diferente dele, traz, para essa família, temas e questões que a mesma vai lhe apresentando sobre seu modo de lidar com os problemas de saúde. É desse diálogo na casa que surge uma abertura para tratar do sofrimento e da relação com os serviços (ROMANHOLI, 2010).

As práticas desenvolvidas pelo grupo de atenção domiciliar acontecem de forma interprofissional, para os residentes, é um cenário potente na sua formação, para o usuário, há ampliação do seu cuidado através de um olhar mais integral (SOUZA, 2020).

A visita domiciliar, na perspectiva do SUS, possibilita ao estudante conhecer o domicílio como um espaço singular. O que se observa no lar dessas pessoas pode retratar os determinantes de saúde daquela família. A VD promove o vínculo, o acolhimento e a humanização dos cuidados em saúde, favorecendo uma formação integral em direção à Clínica Ampliada (SILVA.; PERES e CARCERERI, 2017).

A clínica ampliada considera fundamental ampliar o “objeto de trabalho” da clínica. Em geral, o objeto de trabalho indica o encargo, aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. A Medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças; para a clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas. (CAMPOS e AMARAL, 2017).

A disciplina IUSC, Interação Universidade Serviço Comunidade, ofertada aos cursos de graduação em medicina e enfermagem da Faculdade

de Medicina de Botucatu. O IUSC vem se consolidando coletivamente através das experiências dos estudantes e dos professores.

As práticas se pautam na integralidade das ações em saúde. Os cuidados são focados na família, possibilitando ao aluno o conhecimento do que é determinante à saúde dessas pessoas, como elas se relacionam com o seu território, observadas através de uma ótica biopsicossocial (CYRINO et al, 2006).

A maneira como os profissionais caracterizaram o espaço do grupo e contaram de suas experiências, pôde-se perceber o uso de alguns termos que se referem aos preceitos da clínica ampliada, como: “um olhar ampliado no cuidado do paciente”, “conhecer o contexto do paciente” e “garantir um cuidado integral”.

Nas entrevistas, os alunos contam suas experiências no grupo e trazem as situações mais marcantes, narrando com riqueza de detalhes tudo aquilo que é novo e também desafiador para a construção do cuidado na vida dessas pessoas.

Fica claro tamanha preocupação expressa não apenas em suas falas, assim também como em suas condutas e atitudes frente às mais diversas situações acompanhadas pelo grupo. Percebemos o quanto os alunos se apropriaram e buscaram informações sobre os usuários e se desprendem da doença, do diagnóstico clínico e, muitas vezes, da sua formação, assumindo o papel do profissional da saúde.

As memórias de cada encontro registradas no diário de campo, nas atas das reuniões e nas entrevistas nos possibilitaram “resgatar” o momento em que o profissional residente ou especializando chega ao grupo e como ele sai. Tivemos a percepção de que estes profissionais finalizaram o seu ciclo com uma bagagem rica de conhecimentos, fato este também percebido por

eles, ao referir o desejo de levar os aprendizados adquiridos no grupo para os outros serviços por onde passarão.

Consideramos a atuação destes profissionais firmemente interligada às boas práticas em saúde, desenvolvidas com muito respeito, responsabilidade, humanidade e ética profissional, deixando claro o objetivo de oferecer os cuidados necessários para cada família.

Os apontamentos realizados pelos profissionais entrevistados acerca das potencialidades e fragilidades percebidos no espaço do grupo de atenção domiciliar, nos trouxe o conhecimento sobre o modo como estes profissionais enxergam sua atuação no grupo e como percebem a relação com CSE.

A possibilidade de desenvolver sua formação ao lado de profissionais de diferentes categorias foi referida como a principal potencialidade do grupo. A prática interprofissional é de longe a maior riqueza deste espaço, possibilitando um olhar ampliado para cada situação acompanhada, bem como a construção da discussão menos fragmentada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa investigação permitiu reconhecer as potencialidades e contribuições do “grupo de atenção domiciliar” na formação profissional dos residentes e especializando. A atuação destes profissionais também se reafirmou como atores imprescindíveis para a consolidação do serviço que temos no momento.

A pesquisa também nos trouxe o conhecimento das lacunas existentes no processo de formação na área da saúde. A experiência com visita domiciliar, o contato interprofissional, com o Projeto Terapêutico Singular e as discussões de caso foram vivenciadas pela maioria dos entrevistados durante a pós-graduação, sobretudo, no grupo de atenção domiciliar.

O relato sobre a história do grupo foi apresentado com muita riqueza de detalhes, contextualizando como as atividades aconteciam anteriormente e como ele se consolidou como um espaço de assistência e formação. A ideia ao descrever as atividades do grupo e toda sua história, é para que esta experiência seja referência de prática colaborativa para outros serviços que busquem a atenção domiciliar na perspectiva da Atenção Primária à Saúde.

Chama atenção as entrevistas carregadas de emoções provocadas pelas experiências no grupo, especialmente ao relato das visitas mais marcantes, onde podemos perceber sua postura empática, frente às mais difíceis situações.

A apropriação dos conceitos que permeiam a prática da atenção domiciliar foi alcançada durante as atividades do grupo. Foi possível identificar a evolução destes profissionais do início ao fim do seu ciclo. Percebemos a importância do contato com o instrumento multiprofissional e o seu papel norteador no contexto domiciliar, possibilitando o levantamento de informações para a construção do genograma, ecomapa e do plano terapêutico e inclusive como material do prontuário de cada paciente.

O contato com outros profissionais e o desenvolvimento das práticas de forma colaborativa possibilitou o compartilhamento dos saberes, aproximando o profissional do seu núcleo e dos demais campos de atuação.

Nesse sentido, o grupo de atenção domiciliar pode contribuir para que os profissionais desenvolvessem suas práticas de acordo com a Clínica Ampliada, compreendendo as singularidades de cada sujeito, de cada família e de cada casa.

Pode-se concluir, portanto, que a relevância do grupo de atenção domiciliar se estende para além das contribuições no processo de formação profissional na saúde, contemplando os demais atores envolvidos, sobretudo os usuários, o serviço, e os profissionais da unidade, representando para cada um destes o seu papel.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. G. F. Cada casa é um caso: Competências relacionais em assistência domiciliar, na perspectiva do profissional de saúde. Dissertação de mestrado profissional em saúde da família. Faculdade de Medicina de Botucatu. 2019.

ALVES, C. R. L.; et al. Mudanças curriculares: principais dificuldades na implementação do PROMED. Revista Brasileira de Educação Médica. 2013, v. 37, n. 2, pp. 157-166. Disponível em: <>. Epub 19 Ago 2013. ISSN 1981-5271.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa. Edições 70 ,1997.

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. Cad FNEPAS. 2012; 2:25-8.

Biblioteca Virtual em Saúde. Quais são os passos para o desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular na APS? Núcleo de Telessaúde Mato Grosso do Sul. 2021. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-sao-os-passos-para-o-desenvolvimento-de-um-projeto-terapeutico-singular-na-aps/>

BRAGA, P. P.; et. al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 21, n. 3 [Acessado 5 janeiro 2023], pp. 903-912. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015>.

BRAGA, P.P.; SENA, R. R.; SEIXAS, C.; CASTRO, E.O.A.B.; ANDRADE, A.M.;

BRANT, L. C.; MINAYO, C. G. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica a psicodinâmica do trabalho. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p.213-223,2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília, DF. Ministério da Saúde, v1. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Princípios Gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 fev. 2018b. Seção 1, p. 85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 abril, 2016.p.33-38.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é Coronavírus? (COVID-19). Disponível em <https://coronavirus.saude.gov.br/>, acessado em 05/04/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida----o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf>. Acesso em: 14set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 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, DF, n.208, 28 out. 2011. Seção1,p.44.

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 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.98 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço de Atenção Domiciliar-Melhor em Casa. Acessado 20 janeiro 2023. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a>

informacao/acoes-e-programas/atencao-domiciliar/servico-de-atencao-domiciliar-melhor-em-casa

BRASIL. Portal da Inovação da Gestão do SUS. A Importância do Trabalho em Equipe na AD. 2015. Disponível em: <https://apsredes.org/a-importancia-do-trabalho-em-equipe-na-ad/>. Acessado em: 25/05/19.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2000, v. 5, n. 2 [Acessado 8 janeiro 2023], pp. 219-230. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>>. Epub 19 Jul 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2007, v. 12, n. 4 [Acessado 4 janeiro 2023], pp. 849-859. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>>. Epub 19 Jun 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>.

CARVALHO, L.C. A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar. Faculdade de Medicina UFRJ. Rio de Janeiro. UFRJ.2009.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2018, v. 22, n. Suppl 2 [Acessado 10 janeiro 2023], pp. 1739-1749. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>.

COELHO F.L.G.; Savassi L.C.M. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização de visitas domiciliares. *Revista Brasileira Medicina Família e Comunidade*.v.1n.1p19-26. 2004.

CORDOBA, E. SUS e ESF Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família. São Paulo. Rideel.2013.

COSTER, S.; NORMAN, I.; MURRELLS, T.; KITCHEN, S.; MEERABEAU, E.; SOOBOODOO, E.; D'AVRAY, L. Interprofessional attitudes amongst undergraduate students in the health professions: a longitudinal questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2008 Nov;45(11):1667-81. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.02.008. Epub 2008 Apr 18. PMID: 18423644.

Cunha GT. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. *Saúde em Debate*. São Paulo: Hucitec. 2005.

CYRINO, E. G. et al. Org. A Universidade na Comunidade: educação médica em transformação. Botucatu: Eliana Goldfarb Cyrino, 2005, p.22-38.

Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cienc. Saúde Coletiva*, 2013, jun/18(6):1613-24.DOI:10.1590/S1413-81232013000600013.

Farias, D. N. de ., Ribeiro, K. S. Q. S., Anjos, U. U. dos ., & Brito, G. E. G. de .. (2018). INTERDISCIPLINARIDADE E INTERPROFISSIONALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. *Trabalho, Educação E Saúde*, 16(Trab. educ. saúde, 2018 16(1)). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>

FARIAS, L. A. B. G.; PESSOA COLARES, M.; DE ALMEIDA BARRETO, F. K.; PAMPLONA DE GÓES CAVALCANTI, L. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2455, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2455. Disponível em: <https://www.rbmfec.org.br/rbmfc/article/view/2455>. Acesso em: 19 set. 2021.

FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. v. 24. a. 3. p. 180-188.2008.

LACERDA, R.M.; et. al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade* v.15, n.2, p.88-95, 2006.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface*. Botucatu. v. 14, n. 34, p.593-605, 2010.

MATUDA, Caroline Guinoza et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.20, n.8, p.2511-2521, Aug.2015.

MELLO, AMANDA LEMOS; TERRA, MARLENE GOMES; NIETSCHE, ELISABETA ALBERTINA; SIQUEIRA, DAIANA FOGGIATO; CANABARRO, JANAINA LUNARDI; ARNEMANN, CRISTIANE TRIVISOL. Formação de residentes multiprofissionais em saúde: limites e contribuições para a integração ensino-serviço. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min*; 8: 1-8, mar. 2018.

MERCADANTE, A.O.; SCHECHTMAN, A.; CORTES, B.A.; MUNHOZ, J.R.E.; MENDES, E.V.; WONG, U.N.; et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: Jacobo F, editor. *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.p.235-313. 2002.

MONTANARI, P. M. Formação para o trabalho no ensino das graduações em saúde. *Saúde e Sociedade* [online]. 2018, v. 27, n. 4 [Acessado 28 dezembro 2022], pp. 980-986. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180974>>. ISSN 1984-0470.

Moraes, S. E.. (2006). Os buracos da lousa: reflexões sobre um tema de pesquisa. *Cadernos De Pesquisa*, 36(Cad. Pesqui., 2006 36(129)). <https://doi.org/10.1590/S0100-15742006000300008>

NORMAN, I. Inter-professional education for pre-registration students in the health professions: recent developments in the UK and emerging lessons. *Int J Nurs Stud*. 2005 Feb;42(2):119-23. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.11.003. PMID: 15680610.

Oliveira GN de . O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2007:176p. Disponível em:

http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312027/1/Oliveira_GustavoNunesde_M.pdf

PASSOS, P. M.; OLIVEIRA, W. L.; SILVA, R. S. Residência multiprofissional e formação para o Sistema Único de Saúde: promoção e autonomia do sujeito. *Rev. SBPH*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 3-14, dez. 2020.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *Dicionário da Educação em Saúde*. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traequ.html> >. Acesso em: 05 jan. 2023. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traequ.html>

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2018, v. 22, n. Supl 2 [Acessado 5 janeiro 2023], pp. 1525-1534. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.

PEREIRA, Maria José Bistafa. O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar- potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001. doi:10.11606/T.22.2001.tde-26062007-161921. Acesso em: 2022-01-14. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.

PICHETH, S.F.; CASSANDRE, M.P.; THIOLLENT, M.J.M. Analisando a pesquisa- ação à luz dos princípios intervencionistas. *Educação. Porto Alegre*. v.39, n.esp.supl. s3-s13; 2016.

PINTO, T. R.; CYRINO, E. G. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na conformação das redes prioritárias de atenção. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2022, v. 26 [Acessado 10 janeiro 2023], e200770. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/interface.200770>>. Epub 07 Jan 2022. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/interface.200770>.

PROCÓPIO, L. C. R.; et al. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde em Debate* [online]. 2019, v. 43, n. 121 [Acessado 8 janeiro 2023], pp. 592-604. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>>. Epub 05 Ago 2019. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>.

REUBENS-LEONIDIO, A. C.; CARVALHO, T. G. P.; ANTUNES, M. B. C.; BARROS, V. G. Educação interprofissional e prática colaborativa na formação em educação física: reflexões de uma experiência na perspectiva da tutoria. *Saúde e Sociedade* [online]. 2021, v. 30, n. 3 [Acessado 5 janeiro 2023], e200821. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200821>>. Epub 08 Ago 2021. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200821>.

Ribeiro LG, Villardi ML, Pazin Filho A, Cyrino EG. Preceptor em residência médica em medicina de família e comunidade: compreendendo a singularidade desse profissional. In: Teixeira CP, Guilan MCR, Machado MFA, Gomes MQ, Almeida PF (Org.). *Atenção, educação e gestão produções da rede PROFSAÚDE*. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2020. p. 253-268.

ROCHA, A.L.C.; ECKERT, C. Etnografia: Saberes e Práticas. In: JARDIM.C.R. *Ciências Humanas: pesquisa e método*. Porto Alegre. Editora da Universidade, 2008.

ROMANHOLI, R. M. Z. A visita domiciliar como estratégia de ensino aprendizagem na integralidade do cuidado 2010. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu. 2010.

ROMANHOLI, R. M. Z.; CYRINO, E. G. A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2012, v. 16, n. 42 [Acessado 4 janeiro 2023], pp. 693-705. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300009>>. Epub 08 Out 2012. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300009>.

ROMANHOLI, R.M.Z. A Visita Domiciliar na Formação Médica. 2014. Dissertação (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, Botucatu, 2014.

SANTOS, E.K.A.S.; SANTANA, M.E. Care, self-care and caring for yourself: A paradigmatic understanding thought for nursing care. Revista da Escola de Enfermagem USP. São Paulo. v43. n3. p690-695.2009.

SAVASSI, L. C. M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 17º de agosto de 2016 [citado 8º de janeiro de 2023];11(38):1-12. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1259>

SAVASSI, L.C.M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade. Rio de Janeiro. v11. n38.p1-12. 2016.

SAVASSI, L.C.M.; CARVALHO, H.R.O.; MARIANO, F.M.; LAMBERTI, C.A.; MENDONÇA, M.F.; YAMANA, G.F.; et. al. Proposta de um protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária à saúde. J. Manag. Prim. HealthCare.v3. n2.p151-7. 2012.

SILVA, I.J., OLIVEIRA, F.V., SILVA, S.E.D, POLARO, S.H.I., RADÜNZ, V.,

SILVA, R. M.; OLIVEIRA PERES, A. C.; CARCERERI, D. L. A visita domiciliar como prática pedagógica na formação em Odontologia. Revista da ABENO, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 87–98, 2018. DOI: 10.30979/rev.abeno.v17i4.515. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/515>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SILVA, Y.C. Oferta e Demanda na Atenção Domiciliar em Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. Juiz de Fora. v 21.n3. p903-912. 2016.

SOUZA, A. C. Atuação da residência multiprofissional em Saúde da Família na rotina de assistência domiciliar em uma unidade de Atenção Primária à Saúde em Botucatu-

SP. Trabalho de Conclusão de Residência. Faculdade de Medicina de Botucatu FMB UNESP.2020.

SOUZA, A. C.; SILVA, V. C.; CASSOLA, E. G.; GODOY, D. C.; CYRINO, E. G. Experiência de residentes em saúde sobre a prática da atenção domiciliar no campo da atenção primária à saúde. In: CASTRO, Luiz Henrique Almeida. Saúde Coletiva: uma construção teórico-prática permanente. Ponta Grossa. Atena, 2022. p 26-32.

TAVOLARI, C.E.L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do home health care no Brasil. ADM em Saúde. v9. n3.2000.

ANEXO I: Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “**O OLHAR DO PROFISSIONAL EM FORMAÇÃO SOBRE A ATENÇÃO DOMICILIAR.**”, que será desenvolvido por mim **Ana Carolina de Souza**, aluna do mestrado acadêmico em Saúde Coletiva, com orientação do profissional médica e Professora Dra **Eliana Goldfarb Cyrino** da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP, coorientado pela fisioterapeuta Dra **Daniele Cristina Godoy** do Centro de Saúde Escola da FMB.

Estou estudando sobre **Atenção Domiciliar** e a experiência de profissionais em formação sobre essa temática. Para que eu possa **conhecer sua experiência** gostaria de te entrevistar. Eu tenho um roteiro com algumas perguntas que irão nortear a nossa conversa. Por causa da pandemia de Covid 19, e devido a importância do distanciamento social, as **entrevistas serão realizadas de forma online, pelo Google Meet**, e para isso, **preciso da sua autorização e consentimento para gravar a nossa conversa**. Mas não se preocupe, pois **no momento em que eu fizer menção a sua fala irei manter todo sigilo possível, utilizando nomes fictícios e/ou iniciais**, tanto seus como de terceiros. Ao final da minha pesquisa **irei apagar a mídia da entrevista**. A entrevista tem **duração média de 40 minutos**.

Seu benefício em participar da minha pesquisa será de poder contribuir para o meio científico, assistencial e coletivo, beneficiando a todos envolvidos, dos usuários

aos profissionais. Sua participação também irá beneficiar o “Grupo de Atenção Domiciliar” como um todo.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO em participar de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados e revistas científicas.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Pesquisadora: Ana Carolina de Souza

Endereço: Rua Primo Paganini, n481 ap B Jardim Panorama, Botucatu-SP

Telefone: (14) 98219-5282

Email: ana.carolina-souza@unesp.br

Orientadora: Eliana Goldfarb Cyrino

Endereço: Rua Dr Gaspar Ricardo 181- Vila dos Lavradores, Botucatu-SP

Telefone: (14) 3880-1770

Email: eliana.goldfar@unesp.br

Coorientadora Daniele Cristina Godoy

Endereço: Rua Dr Gaspar Ricardo 181 Vila dos Lavradores,Botucatu-SP

Telefone: (14) 3880-1770

Email: dani.god@uol.com.br

APÊNDICE

APÊNCIDCE I: Roteiro Entrevista

1- Apresente-se, conte sobre sua formação... como chegou até aqui.

2- *Qual sua concepção sobre atenção domiciliar?*

3- *Você já teve alguma experiência durante a graduação com visitas ou atenção domiciliar? Se sim conte um pouco como foi.*

4- *Qual o papel do grupo de AD do CSE na sua formação profissional?*

5- *Como você considera a participação da residência no grupo de AD?*

6- *Como você descreve o momento de discussão que antecede as visitas no grupo de AD?*

7- *Conte-me um caso que você acompanhou no grupo de AD que lhe marcou.*

8- *Você teve contato com o instrumento multiprofissional? Se sim, como foi sua experiência?*

9- *Para algum caso que você tenha acompanhado foi possível pensar em um plano terapêutico com objetivos e condutas?*

10- *Na sua concepção quais são as potencialidades e fragilidades do grupo de AD na formação e trabalho interprofissional?*

11- *Como você vê a relação do grupo de AD com o processo de trabalho na unidade?*

12- *Você teria alguma sugestão para acrescentar a este espaço?*

APÊNCIDCE II: Instrumento Multiprofissional para Assistência Domiciliar



Instrumento Multiprofissional para Avaliação na Assistência Domiciliar

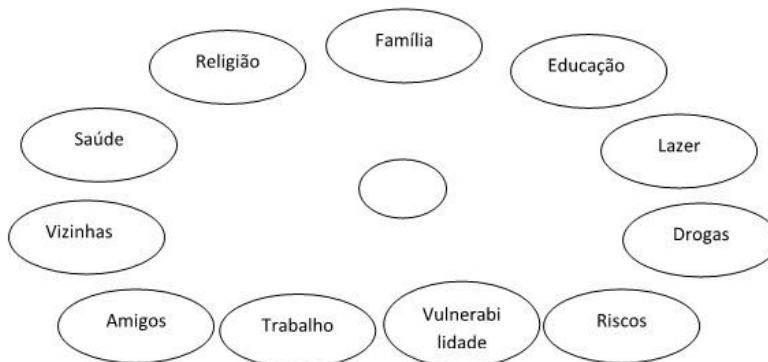
DATA: __/__/__

Nome: _____ RG: _____
 Idade: _____ Data de nascimento: __/__/__ Tel: _____
 Sexo: () F () M Gênero: () F () M () outros
 Endereço: _____
 Estado civil: _____ Nº Filhos: _____ Renda familiar: _____ Anos de estudo: _____
 Cuidador: _____ () familiar () Contratado () Profissional () Não necessita
 Com quem pode contar: _____ Tel: _____
 Motivo da visita: _____
 Solicitada por: _____

GENOGRAMA

Índice de Genograma	
☐	Masculino
☐	Feminino
☐	Pessoa índice
☐	Abortamento
☐	Óbito
4	Relação muito próxima
3	Relação próxima
2	Relação fraca
1	Relação conflituosa

ECOMAPA



CONDIÇÃO DOMICILIAR E TERRITORIAL

Situação de moradia: () Própria () Financiada () Alugada () Cedida ()

Outra: _____

Animais no domicílio? () Não () Sim Quais? _____

Acessibilidade: Legenda: (S) – Satisfatório (I) Insatisfatório

() Piso; () Iluminação; () adaptações; () Obstrução de passagens; () Tapete;

() escadas/degraus

OBS: _____

Frequenta equipamentos sociais: () igreja () projetos sociais, quais _____

() CRAS () Outros, _____

Se souber relatar: Peso(Kg): _____ Altura(m): _____

PACIENTE

História atual (relatada pelo paciente): _____

PA: _____ FR: _____ FC: _____ Edema: () presente, local _____ () ausente

Diagnóstico clínico: _____

Medicamentos em uso: _____

Uso da medicação: () correto () incorreto

Acamado: () sim, quanto tempo _____, por que _____ () não

Presença de lesões por pressão: () sim, onde _____ () não

Presença de área vermelha/ponto de pressão: () sim, onde _____ () não

Legenda: (D) – dependente; (DP) - dependente parcial; (I) - independente

Higiene pessoal ()

Urina () – () fralda; () papagaio/comadre; () sonda; Fezes ()

Mobilidade/transferência () _____

Marcha () _____

Alimentação ()

Dispositivo Auxiliar para Marcha: () cadeira de rodas () andador; () bengala; () outros.

Ingestão hídrica: _____ Hábito Intestinal: ____/dia

Alimentação: () Oral () Sonda enteral () Sonda Parenteral Obs.: _____

Obteve perda de peso nos últimos 3 meses? () Não () Sim Quanto? _____

Se sim, sabe o motivo? _____

Mastigação e Deglutição: () Normal () Com dificuldade.

Obs.: _____

Diminuição da Ingestão alimentar ()

Justificativa: _____

Faz uso de drogas:

() não;

() já fez, mas atualmente não uso mais;

() sim: () tabaco, () álcool, () outras, _____;

() já deixou de fazer algo pelo uso de droga;

() acha que precisa muito da droga;

() percebe que não consegue controlar o uso.

Aspectos emocionais:

() tristeza; () isolamento social; () alterações apetite; () alterações sono; () perda de prazer; () irritabilidade; () desesperança; () sensação de desamparo; () perda de motivação; () sensação de pânico; () medo frequente e sem motivo; () preocupação constante; () comportamento lentificado.

Aspectos cognitivos:

- Notou alterações de memória () sim () não () familiares notaram

- Já se perdeu na rua () sim () não

- Comportamento alterado/ familiar responde () não () sim, quais _____

Rotina (o que faz durante o dia): _____

OBSERVAÇÕES RELEVANTES:

Projeto Terapêutico:

Como gostaríamos que determinada pessoa a ser cuidada estivesse daqui a algum tempo?
(Qual é o projeto da equipe)

Como ela gostaria de estar? (Expectativa da pessoa em relação ao tratamento)

E como seus familiares gostariam que ela estivesse?

Pactuação (PTS – projeto comum)

Profissionais que realizaram a Visita Domiciliar:

Técnico responsável pelo caso

Frequência de reavaliação e VDs

APÊNDICE III: Ficha de encaminhamento



CENTRO DE SAÚDE ESCOLA – UNIDADE VILA DOS LAVRADORES
R. Dr. Gáspar Ricardo, 181

FICHA DE ENCAMINHAMENTO GRUPO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (TERÇAS-FEIRAS ÀS 08:00H)

DATA DA SOLICITAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO: ____/____/____

NOME: _____ MAT: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____ PESO _____
ALTURA _____

CUIDADOR OU RESPONSÁVEL: _____

TELEFONE: () _____ OU () _____

ENDEREÇO: _____

NÚMERO: _____ BAIRRO: _____

UNIDADE REFERÊNCIA () UVF () UVL

PROFISSIONAL QUE TRAZ O CASO: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

CONDIÇÕES DE SAÚDE PRÉVIAS:

☐ Acamado ☐ Mobilidade Reduzida ☐ Sofrimento Psíquico ☐ Histórico de quedas ☐ Fraturas ☐ Presença de escaras/lesões ☐ Em uso de dispositivos invasivos (SVD, SNE, SNG, TRAQUEO, DVE) ☐ Oxigenoterapia

COMORBIDADES:

☐ HAS ☐ Diabetes ☐ Obesidade ☐ Baixo peso ☐ AVC ☐ IAM ☐ osteoporose
☐ TVP ☐ Síndrome demencial
☐ Etilismo ☐ Tabagismo ☐ Neoplasia ☐ Outro: _____

EXPECTATIVA DO PROFISSIONAL PARA O CASO:

APÊNDICE IV: Instrumento Multiprofissional para Assistência Domiciliar Expandido



Instrumento Multiprofissional para Avaliação na Assistência Domiciliar

DATA: __/__/__

Nome: _____ RG: _____

Idade: _____ Data de nascimento: __/__/____ Tel: _____

Sexo: () F () M Gênero: () F () M () Outros

Estado civil: _____ Nº Filhos: _____ Renda familiar: _____ Anos de estudo: _____

Cuidador: _____ () familiar () Contratado () Profissional () Não necessita

Com quem pode contar: _____ Tel: _____

Motivo da visita: _____

Solicitada por: _____

GENOGRAMA

Um genograma é uma representação gráfica das relações e da história médica e psicológica de uma família, com foco em uma pessoa.

Pode ser representado de maneira simples contendo um símbolo que represente a figura masculina, um símbolo que represente a figura feminina, linhas indicando as relações e símbolos que indiquem rompimentos. Pode também ser representado de forma complexa, utilizando um número maior de símbolos.

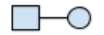
Os genogramas são baseados na suposição teórica de que o funcionamento dos membros familiares em diferentes níveis, físico, social e emocional, é interdependente, e quando uma parte do sistema familiar muda, todo o resto é afetado.

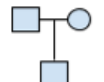
Através dos genogramas é possível acessar os principais mitos e crenças que norteiam a vida da família. Tais mitos tendem a ser transmitidos ao longo das gerações e podem guiar a formação e ruptura dos relacionamentos.

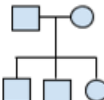
Demonstração simbólica:

 Símbolo Masculino

 Símbolo Feminino

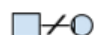
 Relação Conjugal

 Filiação

 Irmãos

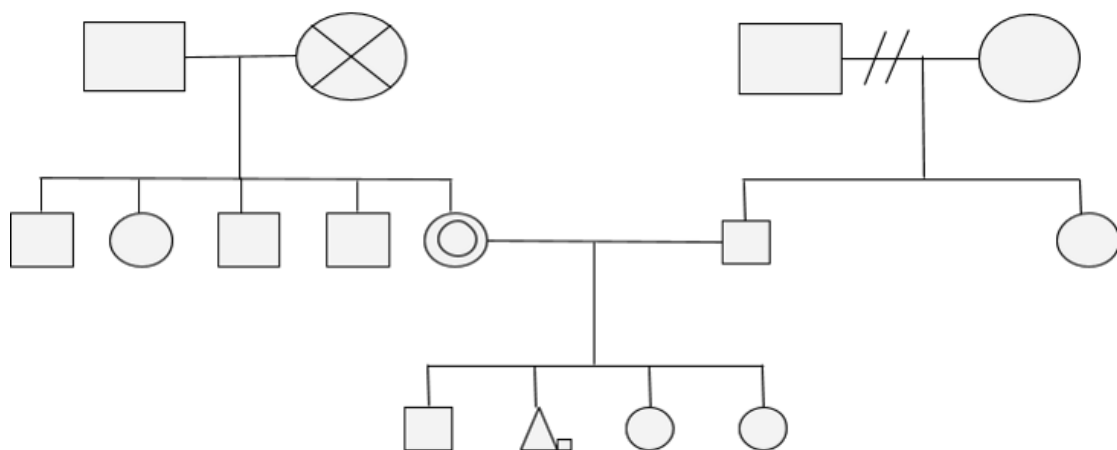
 Pessoa Índice

 Morte

 Separação

 Gravidez

 Aborto



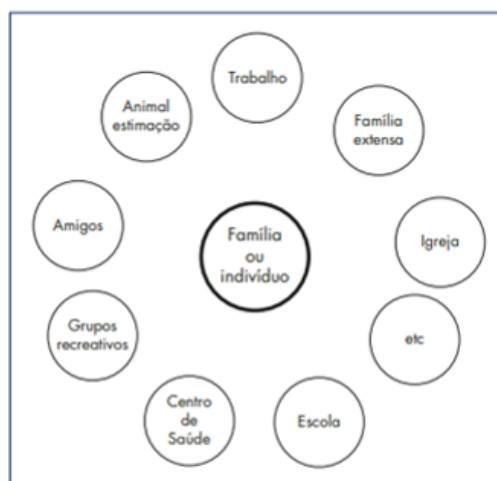
Índice de Genograma	
□	Masculino
○	Feminino
◻	Pessoa índice
△	Abortamento
×	Óbito
4	Relação muito próxima
3	Relação próxima
2	Relação fraca
1	Relação conflituosa

ECOMAPA

O ecomapa faz parte dos instrumentos de avaliação familiar, mas, enquanto o Genograma identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família, o Ecomapa identifica as relações e ligações da família com o meio onde habita.

É uma representação gráfica da família, os equipamentos sociais em que estão inseridos, redes de apoio, desenhando seu sistema ecológico. Identifica padrões familiares e as naturezas deste.

A figura abaixo, traz a representação de um ecomapa, com uma estrutura exemplo que se pode usar para a construção. Alguns dos círculos têm nome, para ilustrar as habituais instituições e sistemas no meio comunitário da família, outros não, para permitir incluir instituições ou pessoas que sejam específicas da família que se está a estudar.



Construção do Ecomapa

Ao construir um Ecomapa devemos levar em consideração alguns aspectos importantes para a família, podendo ser eles:

1. a vizinhança (a área física onde a casa está instalada);
2. serviços da comunidade (médicos, de saúde mental, toxicodependência, violência doméstica, comissão de menores, etc.);
3. grupos sociais (igreja; grupos cívicos – comissão de pais, comissão de bairro; grupos de convívio – jogo de cartas, caminhadas, etc.);
4. educação;
5. relações pessoais significativas (amigos, vizinhos, família mais afastada, etc.);
6. trabalho;
7. outras (específicas da família e da área em que habita).

Para construção do ecomapa consideramos a relação do indivíduo ou família com o meio em que está inserido, classificando essa relação a partir do grau de aproximação, vínculo e importância para o entrevistado. O preenchimento do ecomapa deve ser feito com o indivíduo/família como principal, sem interferência das percepções do entrevistador/profissional.

Classificação das ligações

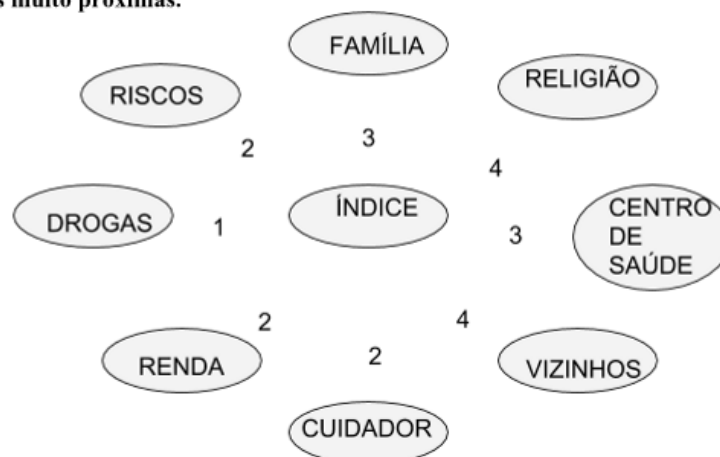
O preenchimento se faz a partir das ligações, podendo ser classificadas como:

- Relação conflituosa;

- Relação fraca;
- Relação próxima e
- Relação muito próxima

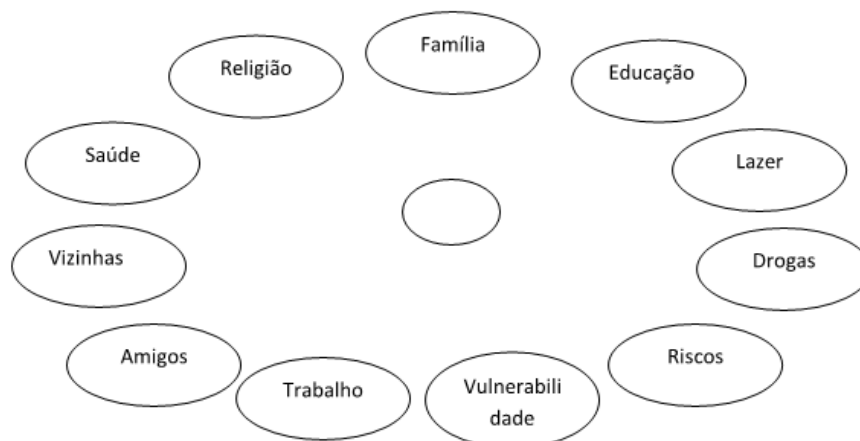
Para fins didáticos classificaremos essas relações de formas numéricas, representadas de 1 para relações conflituosas a 4 para relações muito próximas. Considerando a respectiva ordem citada anteriormente temos como resultado:

- 1- Relações conflituosas;
- 2- Relações fraca;
- 3- Relações próximas
- 4- Relações muito próximas.



Ao analisarmos esse ecomapa é possível observar que o indivíduo em questão possui um vínculo com a família, mas tem uma relação conflituosas com as drogas, podendo ser causada por uma dependência própria ou de familiares próximos, afetando seu processo de saúde-doença. Possui relação fraca com a renda, podendo ser relacionada a uma baixa renda ou a uma má distribuição dos valores arrecadados/consumidos. Sua relação muito próxima com os vizinhos pode servir como rede de apoio, podendo ser um auxílio para os familiares.

A partir do preenchimento do indivíduo devemos sempre fazer apontamentos sobre o porquê das respostas levantadas para uma compreensão atemporal da situação do entrevistado.



CONDICÃO DOMICILIAR E TERRITORIAL

Verificar a situação de moradia do paciente, pode assinalar mais de uma alternativa, como por exemplo, possuir casa própria, mas ainda estar financiada.

Observar se o ambiente físico possui fatores que ampliam o surgimento de quedas, como: fatores estruturais (escada, degraus ou superfícies irregulares) piso escorregadio, tapetes soltos, objetos ou animais domésticos em área de circulação, ausência de barras de apoio ou corrimãos, móveis instáveis e iluminação inadequada. Assinalar conforme a legenda. Se necessário, preencher a observação.

Situação de moradia: () Própria () Financiada () Alugada () Cedida () Outra: _____

Animais no domicílio? () Não () Sim Quais? _____

Acessibilidade: Legenda: (S) – Satisfatório (I) Insatisfatório

() Piso; () Iluminação; () adaptações; () Obstrução de passagens; () Tapete;

() escadas/degraus

OBS: _____

Verificar se o paciente possui envolvimento com equipamentos sociais, esse é constituído por serviços públicos que são prestados em diferentes setores das políticas sociais tais como saúde, educação, assistência social, esportes, cultura e lazer.

Frequenta equipamentos sociais: () igreja () projetos sociais, quais _____

() CRAS () Outros, _____

PACIENTE

Perguntar se o paciente ou cuidador sabe informar o peso e altura.

Os indicadores de normalidade relacionados à: Pressão Arterial (PA), Frequência Respiratória (FR) e Frequência Cardíaca (FC) devem ser analisados de acordo com a faixa etária, atentando-se para patologia de base e medicações em uso. Este quando definido, possibilita a compreensão da apresentação clínica do paciente, bem como as manifestações de um determinado característico ou não de uma patologia.

História atual (relatada pelo paciente): _____

Se souber relatar: Peso(Kg): _____ Altura(m): _____

PA: _____ FR: _____ FC: _____ Edema: () ausente () presente, local _____

Primeiramente conferir diagnóstico clínico no prontuário do paciente e confirmar na visita domiciliar.

Diagnóstico clínico: _____

Primeiramente conferir medicação no prontuário do paciente e confirmar na visita domiciliar as medicações em uso, dosagem e horários.

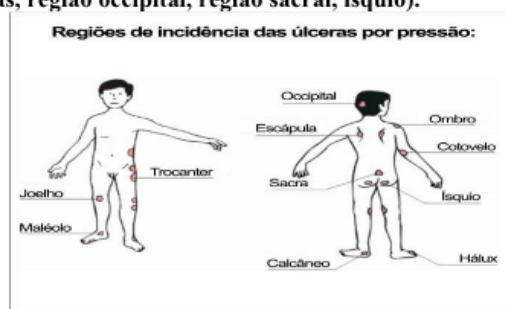
Verificar se o paciente realiza corretamente o uso da medicação, perguntar, por exemplo: Consegue organizar os horários da medicação? Algum dia já se esqueceu de se medicar? Quando se sente bem, deixa de tomar o remédio? Se necessário, preencher a observação.

Medicamentos em uso: _____

Uso da medicação: () correto () incorreto OBS.: _____

Verificar se o paciente é acamado e há quanto tempo está nesta situação. É importante saber o motivo, se foi devido à uma queda, à um quadro neurológico (por exemplo um AVC, um TCE). Com esse entendimento é possível observar o grau de dependência e funcionalidade deste paciente. No caso do paciente acamado é importante orientar a troca de decúbitos a cada 2 horas para evitar a ocorrência de lesões por pressão.

Verificar se há a presença de área avermelhada/ponto de pressão (pode ser o início de uma lesão por pressão) ou lesões por pressão já instaladas. Os principais locais em que as lesões podem estar presentes são os locais de proeminências ósseas (calcâneos, maléolos, escápulas, região occipital, região sacral, isquió).



Acamado: () sim, quanto tempo _____, por que _____ () não

Presença de lesões por pressão: () sim, onde _____ () não

Presença de área vermelha/ponto de pressão: () sim, onde _____ () não

O quadro abaixo fará um resumo das atividades básicas de vida diária e em relação à marcha do paciente, preencher conforme a legenda.

- **Higiene pessoal:** questionar como o paciente toma banho e se precisa de alguma assistência. A atividade banhar-se se relaciona com o uso do chuveiro, da banheira e o ato de se esfregar. Se não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho), o paciente é independente. Se recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como as costas ou uma perna), é parcialmente dependente. Se recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo é dependente.

Questionar e quantificar a ingestão hídrica diária. Em relação ao hábito intestinal, questionar a frequência de evacuação, exemplos para facilitar a pergunta: Como o intestino está funcionando? / Quantas vezes faz cocô no dia/semana?

Ingestão hídrica: _____ Hábito Intestinal: ____/____

Verificar e preencher a lacuna correspondente com a 'ingestão' alimentar atual, lembrando que há possibilidade da alimentação ser oral e por sonda concomitantemente. Se necessário, preencher a observação.

Alimentação: () Oral () Sonda enteral () Sonda Parenteral Obs.: _____

Verificar com o paciente ou cuidador, se este obteve perda de peso nos últimos três meses, o que pode ser verificado com aspecto mais emagrecido ou roupas mais largas. Caso a resposta seja sim, interrogar sobre o motivo de ocorrer à perda de peso, como por exemplo: menor acesso aos alimentos, menor apetite, dificuldade para alimentação, engasgos e outros.

Obteve perda de peso nos últimos 3 meses? () Não () Sim Quanto? _____

Se sim, sabe o motivo? _____

Verificar com o paciente se a mastigação e deglutição encontram-se preservadas ou com dificuldade, perguntando se há sintomas como dor ao mastigar os alimentos, escape oral de alimentos, ausência de deglutição, comida parada na boca ou na faringe, tosse e engasgos (antes/durante/depois da deglutição), e regurgitação nasal. Se estiver presente algum destes sintomas, anotar na observação.

Mastigação e Deglutição: () Normal () Com dificuldade.

Obs.: _____

Verificar se houve diminuição da ingestão alimentar nas últimas semanas, e se sim, perguntar qual o motivo, como por exemplo, exodontia, prótese dentária inadequada, dificuldade para acesso de alimentos, menor apetite, período de ansiedade ou algum acontecimento que abalou neste período (como falecimento, rompimento de relação).

Diminuição da Ingestão alimentar ()

Justificativa: _____

Verificar se o paciente faz ou já fez uso de algum tipo de drogas (ilícitas ou não). Se a resposta for não, passar para os aspectos emocionais. Se a resposta for sim, questionar quais foram, e verificar se houve algum tipo de dependência através das próximas questões. Questionar se o paciente já deixou de fazer alguma atividade rotineira devido ao uso dessa droga e se possível verificar qual foi a atividade não realizada; se o paciente acredita que precisa muito da droga para ficar bem durante o dia ou se sente feliz quando está sem efeito desta; e questionar, também, quanto a percepção pessoal sobre este uso, se o paciente considera que consegue controlar o uso ou não.

Faz uso de drogas:

() não;

() já fez, mas atualmente não uso mais;

() sim: () tabaco, () álcool, () outras, _____;

() já deixou de fazer algo pelo uso de droga;

() acha que precisa muito da droga;

() percebe que não consegue controlar o uso.

Verificar como é a percepção do paciente em relação aos aspectos emocionais e cognitivos, assinalando as sugestões quando for positivo.

Aspectos emocionais:

() tristeza; () isolamento social; () alterações de apetite; () alterações sono;

() perda de prazer; () irritabilidade; () desesperança; () sensação de desespero;

() perda de motivação; () sensação de pânico; () medo frequente e sem motivo;

() preocupação constante; () comportamento lentificado.

Aspectos cognitivos:

- Notou alterações de memória () sim () não () familiares notaram

- Já se perdeu na rua () sim () não

- Comportamento alterado (familiar responde): () não () sim, quais _____

Verificar as atividades rotineiras do paciente, mesmo se esse for acamado.

Rotina (o que faz durante o dia): _____

OBSERVAÇÕES RELEVANTES:

Profissionais que realizaram a Visita Domiciliar: _____

AUTORES:

Ana Beatriz Gonzalez, nutricionista - Aprimoranda em nutrição clínica e nutrição em saúde pública

Ana Carolina de Sousa, fisioterapeuta - Residente saúde da família

Julia Licursi Lambertti Perobelli, fisioterapeuta- Residente saúde do adulto e idoso

Letícia Godoy Redígolo, nutricionista - Aprimoranda em nutrição clínica e nutrição em saúde pública

Maria Julia Alves, enfermeira - Residente saúde da família

Mariah Aguiar Arrigoni, terapeuta ocupacional - Residente saúde mental

Marielle Panelli, nutricionista - Residente saúde do adulto e idoso

Natália Vango Garcia, psicóloga - Residente saúde do adulto e idoso

COLABORADORES:

Cintia Oliveira, psicóloga

Luciana Parenti, enfermeira

Pâmela Roustini, enfermeira

Samanta Batistão, nutricionista

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AGOSTINHO, M. Ecomapa. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 327-30, maio 2007. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10366/10102>>. Acesso em: 27 de maio de 2018.

BABOR, T. & HIGGLE-BIDDLE, J.C. Intervenções breves para uso de risco e nocivo de álcool: manual para uso em atenção primária. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.16 n.3 Ribeirão Preto, 2003, 52p.

BABOR, T. & HIGGLE-BIDDLE, J.C., SAUDERS, J.B. & MONTEIRO, M. AUDIT: The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care. Department of Mental Health and Substance Dependence. **World Health Organization**, Geneva, 2001.

BABOR, T.; FUENTE, J. R.; SAUDERS, J.B. & GRANT M. AUDIT: The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care. **World Health Organization**, 1992.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Caderno de atenção domiciliar. v. 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. (2 volumes).

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Caderno 19 da Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006. Index de Independência nas Atividade de Vida Diária de Katz.

DREWS, C. R. JR. Como fazer Genogramas. **EEUSP**. Disponível em: <related:https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/391981/mod_folder/content/0/44360944-Como-Fazer-Genogramas.pdf?forcedownload=1 como fazer genograma> Acesso em: 01 de junho de 2018.

Katz S, Akpom CA. A measure of primary sociobiological functions. **Int J Health Serv** v.6. pp.493-508. 1976

LIMA, C.; FREIRE, A.C.C.; SILVA, A.P.B.; TEIXEIRA, R.M.; FARRELL, M. & PRINCE, M. Concurrent and construct validity of the audit in an Brazilian sample. **Alcohol alcohol**. pp.584-589, 2005.

MATOS, A.G; DANTAS, A.C.A.; SANTOS, M.G.S.; MAIA, V.R.; RAMOS, V.P. Prevenção e Tratamento de úlcera por pressão. **Protocolos de Enfermagem**. Hemorio. 2010.

OLIVEIRA, A.S.; TREVIZAN, P.F.; BESTETTI, M.L.T.; MELO, R.C. Fatores Ambientais e Risco de Quedas em Idosos: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** .; Rio de Janeiro, 2014.

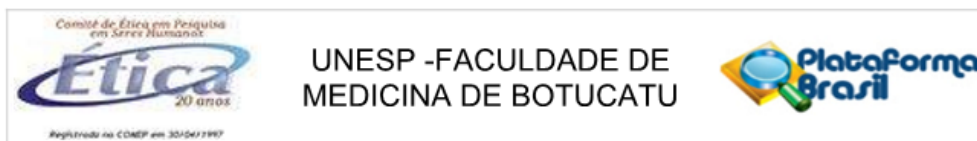
SARMENTO, G.V. **O ABC da Fisioterapia Respiratória**. 1,ed. Barueri SP. Manole, 2009.

U.S DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. National Intitutes of Health National. **Institute on alcohol Abuse and Alcoholism**. Helping Patients Who Drink too Much. A CLINICIAN'S GUIDE, 2005.

WENDT, Naiane Carvalho and CREPALDI, Maria Aparecida. A Utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. **Psicol. Reflex. Crit.** [online]. vol.21, n.2 , pp.302-310, 2008.

Zigmond, A.S.; Snaith, R.P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**; n. 67, 361-371. 1983.

APÊNDICE V: Parecer Consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O olhar do profissional em formação sobre a Atenção Domiciliar

Pesquisador: ANA CAROLINA DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57894822.9.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.389.706

Apresentação do Projeto:

Apresentação:

As informações descritas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos e arquivo - Informações Básicas da Pesquisa.

Introdução breve

A Atenção Primária à Saúde (APS), é a principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), sua essência é fomentada na promoção, prevenção, tratamento e recuperação à saúde. A prática interprofissional no campo da APS caminha em direção ao cuidado pautado na integralidade. Os serviços de saúde se moldam de acordo com as necessidades da população, desse modo, os profissionais de saúde precisam dispor de formação qualificada para o manejo dessas condições. A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde que está firmemente ligada à Rede de Atenção à Saúde (RAS). A construção do cuidado no lar proporciona uma atenção mais humanizada e personalizada de acordo com as singularidades, maior agilidade na recuperação dos usuários, maior autonomia e otimização dos leitos hospitalares. Nesta perspectiva, a atual proposta visa um estudo de caso, com delineamento dos dados de caráter descritivo e de abordagem qualitativa. Descrever o desenvolvimento da experiência dos profissionais em formação na Atenção Domiciliar no campo da Atenção Primária à Saúde; Conhecer a percepção dos profissionais em formação da área da saúde sobre a prática da Atenção Domiciliar; Descrever o

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

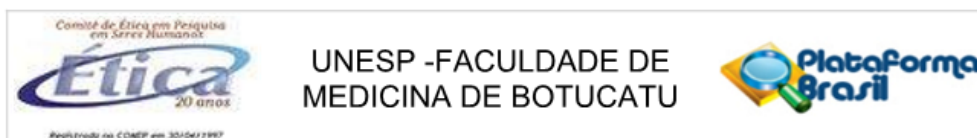
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 5.389.706

processo de trabalho do “Grupo de Atenção Domiciliar” e Descrever o processo de elaboração e utilização de um instrumento multiprofissional no campo da Atenção Domiciliar.

Hipótese:

Será que a participação dos profissionais em formação no Grupo de Atenção Domiciliar irá contribuir na formação em saúde?

Metodologia:

Caracteriza-se como um estudo de caso, com delineamento dos dados de caráter descritivo com abordagem qualitativa. Resultados esperados: a partir dos objetivos propostos nesta pesquisa, é esperado que o “grupo de Atenção Domiciliar” possa contribuir para o processo de formação dos residentes, e que as percepções sobre AD na óptica do residente sejam conhecidas.

A produção dos dados ocorrerá em três momentos:

- 1) descrição densa do “Grupo de Atenção Domiciliar”
- 2) caracterizar os casos acompanhados pelo grupo, onde as informações que detalham os casos serão extraídas através das visitas, das discussões em grupo, dos dados contidos nos instrumentos de avaliação e na ata das reuniões. Serão apresentados os casos acompanhados entre março e junho de 2021. A representação desses dados será disponibilizada em quadros, gráficos e tabelas obtidos através do programa Excel Office 2016. O instrumento citado anteriormente foi desenvolvido em maio de 2018 pela equipe inserida na rotina de visita domiciliar do Centro de Saúde Escola, que tinha em sua composição residentes, aprimorandos e profissionais do serviço. O instrumento elaborado foi devidamente apresentado na proposta.
- 3) conhecer a percepção dos residentes e especializando sobre Atenção Domiciliar. Para o alcance dessa etapa será utilizada a entrevista semiestruturada, conduzida através de um roteiro com perguntas norteadoras elaboradas pela pesquisadora (instrumento devidamente apresentado na proposta). Em decorrência da pandemia de Covid 19, se fez necessário alterar o formato da condução das entrevistas, algo que para o momento era inviável de ser realizado presencialmente. Portanto, as entrevistas serão realizadas em ambiente virtual, através da plataforma Google Meet. As entrevistas serão gravadas através do recurso “gravação” do Google Meet. Após a realização das entrevistas, será realizada a transcrição das mesmas, posteriormente serão analisadas, usando como referencial teórico a análise temática de conteúdo (BARDIN, 1977), o que permite caracterizar a vivência e a percepção dos alunos sobre atenção domiciliar, bem como o potencial de tal atividade do grupo no processo de formação destes profissionais. A análise pretende identificar os núcleos temáticos, mediante critérios de categorização: repetição e relevância. No momento da

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

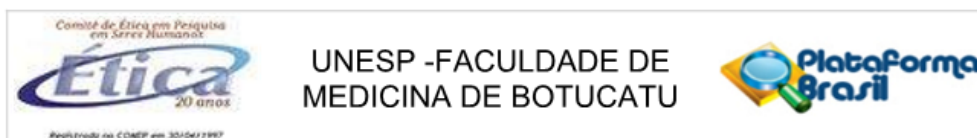
Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Página 02 de 05



Continuação do Parecer: 5.389.706

transcrição, assim como nas demais etapas desta pesquisa, os nomes dos entrevistados, e a menção de terceiros como, por exemplo, colegas e usuários, serão resguardadas por nomes fictícios e/ou de suas iniciais. Ao final da pesquisa, as mídias das gravações serão apagadas com o propósito de resguardar a imagem dos participantes. A pesquisadora dispõe de uma conta Google institucional- UNESP que possibilita o acesso aos recursos de gravação e armazenamento de dados.

Tamanho amostral: 24 indivíduos do grupo de atenção domiciliar

Haverá retenção de amostra, apresentado o regulamento de Biorrepositório: não.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever o desenvolvimento da experiência dos profissionais em formação na Atenção Domiciliar no campo da Atenção Primária à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos:

Para que não haja identificação dos participantes, os nomes citados e dos entrevistados serão substituídos.

Benefícios:

Contribuições para o meio científico, assistencial e coletivo. Aprimoramento da prática interprofissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa de estudo de caso, com delineamento dos dados de caráter descritivo e de abordagem qualitativa.

Local do estudo: Centro de Saúde Escola (CSE) que é uma unidade auxiliar de estrutura complexa da Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP

O custo será de R\$ 1860,00 referente a despesas de impressão, papelaria, transporte com financiamento próprio.

Re-Apresentação de projeto e cronograma de execução, com justificativas de prorrogação de conclusão da pesquisa pelo PPG por 6 meses, devido atraso por decorrência da pandemia de Covid

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

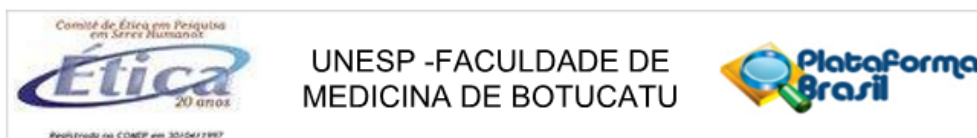
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 5.389.706

19, portanto, se fez necessário alteração do formato da condução das entrevistas para ambiente virtual, através da plataforma Google Meet, sendo o projeto reapresentado a este CEP e TCLE reformulado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados:

- folha de rosto,
- anuências institucionais (FMB, Centro de Saúde Escola),
- projeto de pesquisa/brochura,
- TCLE para participantes maiores de 18 anos.

Outros documentos (anexos ao projeto de pesquisa):

- Justificativa de reapresentação "Novo projeto"

Recomendações:

Apresentar relatório final de atividades após finalização da pesquisa.

Atentar ao período de coleta de dados à aprovação pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO ORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVAÇÃO do PROJETO de Pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO ORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, realizada em 02/05/2022, do PROJETO de Pesquisa apresentado encontra-se APROVADO. O projeto de pesquisa deverá ter início somente após aprovação deste CEP.

Ao final da execução da pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 5.389.706

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1918938.pdf	28/03/2022 14:49:27		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_INSTITUCIONAL_EAP.pdf	28/03/2022 14:47:53	ANA CAROLINA DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_MAR22.pdf	28/03/2022 14:45:05	ANA CAROLINA DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoCSEassinado.pdf	25/03/2022 12:02:38	ANA CAROLINA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2022.pdf	25/03/2022 05:34:01	ANA CAROLINA DE SOUZA	Aceito
Outros	Justificativa_Reapresentacao.pdf	25/03/2022 05:27:56	ANA CAROLINA DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	REAPRESENTACAO_PROJETO_MAR2022.pdf	25/03/2022 05:25:28	ANA CAROLINA DE SOUZA	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_5307537_E1.pdf	25/03/2022 04:53:20	ANA CAROLINA DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 05 de Maio de 2022

**Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))**

Endereço: Chácara Butignolli, s/n		CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	Município: BOTUCATU	
UF: SP		E-mail: cep@fmb.unesp.br
Telefone: (14)3880-1609		