

CLÉLIA MOZARA GIACOMOZZI

**AS PRÁTICAS DE CUIDADO DOMICILIAR À SAÚDE DESENVOLVIDAS  
PELOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Ribeiro Lacerda

CURITIBA

2007

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**  
**SISTEMA DE BIBLIOTECAS**  
**BIBLIOTECA CENTRAL – COORDENAÇÃO DE PROCESSOS TÉCNICOS**

Giacomozzi, Clélia Mozara

As práticas de cuidado domiciliar à saúde desenvolvidas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família/ Clélia Mozara Giacomozzi. – Curitiba, 2007.

93f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Ribeiro Lacerda

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem


## TERMO DE APROVAÇÃO

CLÉLIA MOZARA GIACOMOZZI

### AS PRÁTICAS DO CUIDADO DOMICILIAR À SAÚDE DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Maria Ribeiro Lacerda  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber  
Membro Titular: Fundação Universidade Federal do Rio Grande - FURG

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Liliana Maria Labronici  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

## AGRADECIMENTOS

Existem pessoas que nos acompanham nas diferentes jornadas de nossa vida, de modo que se tornam especiais em nossos caminhos, fazendo parte das recordações, aos quais agradecemos pelas conquistas realizadas.

Agradeço à família pela força e dedicação. Ao pai e irmão pelo apoio, à mãe pelo incentivo e desejo de sempre nos ver melhor como pessoas e profissionais e à irmã, pelo carinho, companheirismo e “abraço terapêutico”.

Aos amigos, em especial à Tatiana, Fernanda, Samantha, pelo apoio, sempre presentes nas diferentes fases da vida.

Às colegas e companheiras da UTI neonatal, em especial, Bárbara, Alessandra, Simone e Francisca, pelo interesse e incentivo.

À turma de mestrado, pela sorte que sempre tive em encontrar pessoas excelentes na minha formação, em especial à Rosária, que sempre me dedicou carinho e conforto, me auxiliando antes mesmo de me conhecer.

À orientadora Maria Ribeiro Lacerda pelo aprendizado, incentivo nos avanços profissionais, presença, auxílio, orientação e, sobretudo, confiança.

À professora Maria de Fátima Mantovani pela oferta de auxílio, leituras e interesse no desenvolvimento do trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelos ensinamentos.

Ao NEPECHE e membros, pelas discussões e crescimento durante o tempo de participação.

Ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelo esclarecimento e possibilidade de realizar o mestrado.

Aos participantes do estudo, que integraram parte essencial dessa jornada, em especial à ASL Pedro sempre com disponibilidade, interesse e participação.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa pelo aceite na avaliação do trabalho e contribuições realizadas.

***“Administrar remédios para doenças que já se desenvolveram é comparável ao comportamento daquelas pessoas que começam a cavar um poço muito depois de terem ficado com sede, e daquelas que começam a fundir armas depois de já terem entrado na batalha.”***

*Nei ching (texto médico clássico da medicina chinesa 206 a.C. a 290 d.C..)*

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>viii</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
1.1 O TEMA NA ATUALIDADE .....	9
1.2 OBJETIVOS .....	12
1.2.1 Questão norteadora .....	12
1.2.2 Objetivos .....	12
1.3 O CAMINHO AO TEMA DE PESQUISA .....	13
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	15
2.2 ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE .....	18
2.3 CONCEITOS FUNDAMENTAIS PARA A ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADO DOMICILIAR À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	22
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>28</b>
3.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO .....	28
3.2 SUJEITOS DO ESTUDO .....	33
3.3 COLETA DE DADOS .....	33
3.4 CLASSIFICAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	35
3.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	38
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>39</b>
4.1 CLASSIFICAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS .....	39
4.1.1 Seminários .....	39
4.1.2 Acompanhamento dos cuidados domiciliares .....	42
4.2 DISCUSSÃO DOS DADOS .....	47
<b>5 O ALCANCE DOS OBJETIVOS .....</b>	<b>71</b>
5.1 O DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO DOMICILIAR PELOS PROFISSIONAIS DA ESF .....	71
5.2 PROBLEMAS ENVOLVIDOS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO DOMICILIAR DOS PROFISSIONAIS DA ESF .....	72
5.3 ESTRATÉGIAS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DE AVANÇOS NO DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO DOMICILIAR À SAÚDE .....	73
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>83</b>
APÊNDICE 1- REGISTROS DO DIÁRIO DE CAMPO DOS SEMINÁRIOS REALIZADOS COM OS PROFISSIONAIS DA ESF .....	84
APÊNDICE 2 - EXEMPLO DE REGISTRO DE NOTAS TEÓRICAS, OPERACIONAIS E DE OBSERVAÇÃO DO DIÁRIO DE CAMPO.....	93

GIACOMOZZI, C. M.; **As práticas de cuidado domiciliar à saúde desenvolvidas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família**. Curitiba, 2007. 93p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Ribeiro Lacerda

A relação dinâmica da saúde e da sociedade determina modificações nas políticas e sistemas de saúde, de modo a atender às necessidades emergentes de saúde da população. Diante das exigências atuais de saúde popular, a Saúde da Família e o Cuidado Domiciliar à Saúde têm sido utilizados para fundamentar e complementar a assistência hospitalar. O cuidado domiciliar na Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta divergências e dificuldades em sua operacionalização, precisando ser readequado para que atenda os princípios do SUS. Para a atuação em saúde da família e, em especial, em cuidado domiciliar à saúde os profissionais precisam de formação e/ou capacitação adequada para tal. Desse modo, foi realizada a atual pesquisa com profissionais atuantes em uma Unidade de Saúde da ESF em Curitiba/PR visando compreender como operacionalizar avanços nas práticas de cuidado domiciliar dos profissionais da ESF. A metodologia utilizada foi da Pesquisa-ação de acordo com a proposta de Michel Thiollent. Observou-se que nos diferentes momentos de desenvolvimento da pesquisa os profissionais de saúde mostram-se abertos para a reflexão e discussão das práticas de cuidado domiciliar à saúde, correlacionando-a com a ESF, porém possuem dificuldades em sua realização bem como na operacionalização de avanços nas mesmas.

**Palavras-chave:** saúde da família, prática profissional, cuidado domiciliar, enfermagem.

GIACOMOZZI, C.M.; **The practical of home health care developed by the professionals of the Family Health Strategy.** Curitiba, 2007. 93p. Dissertation (in Nursing). Federal University of the Paraná.

Adviser: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Ribeiro Lacerda

The dynamic relation of the health and the society determines modifications in the politics and systems of health, in order to take care of to the emergent necessities of population health. Ahead of the current requirements of popular health, the Family Health and the home health care have been used to base and to complement the hospital assistance. The domiciliary care in the Family Health Strategy (ESF) presents divergences and difficulties in its development, needing to be readequate with the SUS principles. For the performance in family health and, in special, home health care the professionals need formation and/or qualification adjusted for such. So, the current research with operating professionals in a Unit of Health of the ESF in Curitiba/PR was carried through having aimed at to understand as to get advances in the home health care professional practical. The used methodology was of the Research-action in accordance with the proposal of Michel Thiollent. It was observed that at the different moments of development of the research the health professionals reveal open for the reflection and quarrel of the home health care practical, correlating it with the ESF, however they possess difficulties in its accomplishment as well as in the development of advances in the same ones.

Word-key: family health, professional practice, home health care, nursing.



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O TEMA NA ATUALIDADE

A atenção básica é foco das atuais políticas de saúde. Uma das questões que levaram à adoção desse enfoque é a insuficiência do modelo hospitalocêntrico, e de atendimento exclusivamente terciário à saúde frente à complexidade dos determinantes do processo saúde-doença, diante das quais os profissionais apresentam dificuldades de compreensão e atuação.

Historicamente, o modelo de atendimento hospitalar se caracteriza pelo vasto desenvolvimento científico-tecnológico das ciências médicas, com inovações em equipamentos e procedimentos que elevam os custos financeiros, com enfoque curativo, sem relacionar ou compreender o adoecimento como um processo decorrente da realidade dos grupos. Assim, com essa limitada resolutividade, as políticas de saúde foram voltadas para a atenção básica sem, contudo, desconsiderar a extrema relevância do sistema hospitalar para o atendimento à saúde.

A Atenção Básica vem se fortalecendo gradualmente e deve constituir a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde, representada preferencialmente, hoje, pela Estratégia Saúde da Família - ESF (TEMPORÃO, 2006). Ela se caracteriza por “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”, que considera o indivíduo em sua singularidade, na complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, visando um viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva de valorização e reorganização da atenção básica está situada a ESF, cuja proposta de abordagem de saúde também possui bases em evidências científicas, que apontam para uma íntima inter-relação da saúde com o modo de viver das pessoas e suas interações com o ambiente, em que a habitação aparece como a base para a promoção da saúde familiar, constituindo ponto central para a melhoria da qualidade de vida (COHEN et al., 2004).

É importante destacar que as ações priorizadas pela ESF são de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, na qual os profissionais e a população criam vínculos de co-responsabilidade, facilitando a

identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade, na Unidade de saúde e nos domicílios (BRASIL, 2005).

Devido às modificações dos sistemas de saúde e a implantação da ESF, a atenção domiciliar à saúde vem ganhando espaços cada vez maiores e, a sua importância tem sido considerada nos sistemas públicos e privados, dada sua atuação diferenciada e complementar às práticas da atenção básica e hospitalar. Assim, a atenção domiciliar à saúde passou a fazer parte da atenção das políticas de saúde, e foi regulamentada pela Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Esta dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar à saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e possui projeto preliminar do Ministério da Saúde para uma Política Nacional de Atenção Domiciliar (ANVISA<sup>1</sup>, 2006; BRASIL<sup>2</sup>, 2004).

De acordo com essas normas, a atenção domiciliar é um termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas no contexto domiciliar (ANVISA, 2006), por uma equipe interdisciplinar, a partir do diagnóstico da realidade em que o usuário e sua família estão inseridos, bem como do diagnóstico de seus potenciais, problemas e limitações de saúde (BRASIL, 2004).

Inserida nas políticas de atenção domiciliar encontra-se a assistência domiciliar à saúde, denominado por mim de cuidado domiciliar à saúde. A assistência domiciliar caracteriza-se como um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio (ANVISA, 2006), é inerente ao processo de trabalho das equipes de atenção básica, o que inclui a ESF, pressupõe ações sistematizadas, planejadas, regulares e articuladas entre seus membros e os demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2004). Assim, o cuidado domiciliar à saúde se insere na ESF e não segue os moldes do home care, uma vez que essa estratégia tem a intenção de reverter os padrões epidemiológicos por meio da inserção do profissional no ambiente de vida das pessoas e, portanto, de sua convivência social e familiar com ênfase na atenção básica à saúde; já o home care é um sistema de prestação de serviços domiciliares de saúde que focaliza principalmente o nível terciário de atendimento, com

---

<sup>1</sup> ANVISA. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=rdc%202006%20domiciliar>. Acesso em: 15 jun. 2006.

<sup>2</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para a atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

custos muito altos para a maior parte da população brasileira, e é desenvolvido por empresas privadas de prestação de serviços de saúde.

Ressalto que apesar do sistema de saúde apresentar uma ambigüidade e impasse na prestação de serviços, no sentido de atuar em busca do fortalecimento e consolidação da atenção básica, mas sem conseguir êxito na transposição de práticas curativas e de enfoque biológico, a implantação da ESF se estabelece como um período de transição entre o modelo hospitalocêntrico de atendimento à saúde e o modelo centrado na atenção básica à saúde. Nesse contexto o cuidado domiciliar prestado busca reverter o perfil epidemiológico da população do território, mas também arca com as conseqüências do modelo anterior, atendendo muitos pacientes com seqüelas de doenças preveníveis, que aumenta a demanda por cuidados paliativos enfrentando dificuldades para atender com qualidade às duas demandas impostas. Assim, na prática profissional o cuidado domiciliar à saúde possui variações de foco que geram divergências entre os profissionais.

Nesse contexto de inúmeras mudanças no sistema de saúde nos últimos anos, a prática profissional em saúde tem sido alvo de reflexão, dadas as diferentes características e conotações que a equipe de saúde tem apresentado atualmente, como o enfoque transdisciplinar e a atuação conjunta e interdependente. Sendo assim, as práticas de cuidado domiciliar integradas à ESF devem ser abordadas e estudadas, pois tem sido observada uma premente necessidade da identificação da atuação dos profissionais no cuidado domiciliar e na saúde da família, e dos conhecimentos que as embasam, visando seu reconhecimento e a melhoria da prática profissional (LACERDA, 2005). Dessa forma, o tema apresentado encontra-se em discussão, de modo que esta pesquisa busca investigar como operacionalizar avanços nas práticas de cuidado domiciliar dos profissionais da ESF. Para tal, buscou-se suporte teórico nas legislações e conceituações atuais sobre os temas relacionados.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Questão norteadora

Como operacionalizar avanços nas práticas de cuidado domiciliar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família?

### 1.2.2 Objetivos

- Identificar como são desenvolvidas as práticas de cuidado domiciliar pelos profissionais da ESF.
- Discutir com os profissionais suas práticas de cuidado domiciliar.
- Construir estratégias para operacionalizar avanços na realidade encontrada no desenvolvimento do cuidado domiciliar.

### 1.3 O CAMINHO AO TEMA DE PESQUISA

O ingresso em grupos de pesquisa na universidade propicia a visualização e conhecimento de diversos temas, dentre os quais se elege o de maior interesse e afinidade para desenvolvimento de estudos. Eles aproximam o aluno da profissão e ampliam horizontes em busca de uma atuação profissional autônoma e integrada, com reflexões, pesquisas e discussões.

O trabalho desenvolvido pelo NEPECHE/UFPR - Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem, proporciona integração docente, discente e profissional, com vista no estudo e desenvolvimento do cuidado de enfermagem genuíno. Nesse enfoque, enquadra-se o estudo do cuidado domiciliar à saúde e cuidado ao cuidador, temas relacionados às novas perspectivas de atuação profissional de enfermagem com vista na qualidade do cuidado prestado.

Minhas vivências e pesquisas do cuidado domiciliar à saúde ocorreram em diferentes momentos. O primeiro foi com o ingresso no NEPECHE por meio de bolsas de iniciação científica, quando estudei sobre os conceitos do cuidado domiciliar à saúde intitulada “Assistência à saúde domiciliar e seus diferentes conceitos”. Essa pesquisa foi realizada pelo Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem – NEPECHE, da Universidade Federal do Paraná – UFPR no período compreendido entre agosto de 2003 a julho de 2005, com objetivos de: verificar se os profissionais de saúde compreendem e distinguem os principais conceitos da assistência domiciliar à saúde como: atendimento domiciliar, atenção domiciliar, internação domiciliar e visita domiciliar e compreender como o uso destes conceitos está relacionado com a prática dos profissionais de saúde na realização da assistência à saúde domiciliar (LACERDA, 2003). Participaram do estudo 219 profissionais, psicólogos, dentistas, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos em higiene dental e auxiliares de consultório dentário; num total de 219 profissionais distribuídos entre 18 Unidades de Saúde - US, a maioria vinculada com a ESF implantada no município de Curitiba (GIACOMOZZI, 2005). Com base na análise dos dados obtidos os termos utilizados para denominar as categorias da assistência domiciliar à saúde realizadas na prática profissional foi possível observar a dificuldade dos profissionais de saúde para distingui-las e compreendê-las, resultando numa prática profissional pouco fundamentada nos objetivos, finalidades, características e tipo de assistência realizada (GIACOMOZZI, 2005). Diante disto destacou-se a necessidade de

haverem maior número de eventos e oportunidades de capacitação sobre a assistência domiciliar à saúde, nos quais os profissionais de saúde possam debater interdisciplinarmente sua prática profissional em assistência domiciliar e ESF (GIACOMOZZI, 2005).

No último ano do curso de graduação tive a oportunidade de vivenciar cuidado domiciliar à saúde em dois momentos, nas disciplinas de estágio supervisionado de enfermagem I e II. No primeiro, vivenciei o cuidado domiciliar junto a um docente, realizando com ele visitas domiciliares, estando atenta a cada momento da presença profissional nas casas das famílias atendidas. No segundo momento, optei por desenvolver meu estágio e o trabalho de conclusão de curso na área de cuidado domiciliar à saúde na ESF, que representa uma vertente dessa forma de assistência. Ainda, meu trabalho de conclusão de curso abordou a percepção dos profissionais e usuários sobre as práticas de cuidado domiciliar à saúde na ESF<sup>3</sup>. Nesse momento constatou-se a dificuldade de padronização das práticas de cuidado domiciliar, de nominação das atividades realizadas, as diferentes compreensões sobre o trabalho com famílias, cuidado domiciliar e contextos domiciliares, em paralelo com a expectativa das famílias em receberem o cuidado domiciliar assiduamente, com presença de diferentes profissionais, e a satisfação com o mesmo, ainda que ressaltem aspectos a serem melhorados.

Desse modo, estudei e vivenciei o cuidado domiciliar à saúde, visualizando e conhecendo suas riquezas e fragilidades. Assim, o atual trabalho junto às equipes de ESF, com enfoque no cuidado domiciliar à saúde, baseia-se na importância de abordar o tema no sistema público, que vem se expandindo, bem como do diagnóstico de aspectos a serem melhorados nessa modalidade de atenção à saúde. Diante disso é reconhecida a deficiência na formação dos profissionais no conhecimento teórico e científico do cuidado domiciliar à saúde, reconhecendo que o conhecimento construído com as vivências dos profissionais nessa prática seja essencial nesse processo de trabalho.

---

<sup>3</sup> GIACOMOZZI, C. M. **A percepção dos profissionais e dos usuários acerca da assistência à saúde domiciliar prestada/recebida no PSF**. Curitiba, 2005. Monografia. (Conclusão de curso de graduação em Enfermagem).- Universidade federal do Paraná.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Básica está em pauta como principal forma de atenção à saúde, nas quais é valorizada a infra-estrutura existente nas comunidades, para o desenvolvimento das ações de promoção à saúde, o que inclui educação, cultura, emprego e moradia como relevantes fatores contributivos à saúde. Com isso, a atenção à saúde volta-se para as relações sociais que permeiam a vida das famílias, visando melhor compreendê-las, de modo a intervir nas questões de saúde no nível primário de atenção, bem como numa amplitude maior e mais complexa que a individual, atendendo os princípios de integralidade da atenção, universalidade de acesso, equidade e hierarquização dos serviços, dentre outros princípios do SUS. Na perspectiva de consolidar esses princípios e fortalecer a Atenção Básica, surge o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) no início da década de 1990, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF).

Essa estratégia, possui base na decisão de 1991 do Ministério da Saúde de implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como medida de enfrentamento dos altos e, portanto, graves índices de morbidade e mortalidade materno-infantil na Região Nordeste do país. O PACS pode ser considerado o antecessor da ESF, por focar a família e não somente o indivíduo e por agir em caráter preventivo sobre as questões de saúde organizando a demanda, no sentido de tornar a intervenção em saúde mais resolutiva. A ESF é uma prática que busca mais que a simples intervenção médica, por meio da integração com a comunidade e desenvolvimento social (BRASIL, 2003).

A ESF tem sido considerada potencialmente capaz de reordenar o modelo assistencial, buscando interação dos profissionais e das famílias, criando vínculos e laços afetivos, buscando a integralidade das ações e o trabalho interprofissional, valendo-se da co-responsabilização entre os serviços de saúde e as comunidades, sem restrição das ações a procedimentos institucionais. Atualmente, se expande por todas as regiões do país na perspectiva de reordenar o modelo assistencial predominante, passando a considerar a família em seu local de inserção social e priorizando ações de

promoção da saúde e prevenção de doenças, além da recuperação e reabilitação da saúde.

A ESF visa a reorganização da atenção básica à saúde de acordo com os princípios do SUS. Possui caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional nos territórios em que as equipes de saúde da família atuam, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de forma pactuada com a comunidade. Visa também o cuidado contínuo aos problemas de saúde dos indivíduos e famílias. Destaca-se, ainda, que esse modelo de atenção à saúde preconiza postura pró-ativa profissional frente aos problemas de saúde; desenvolvendo atividades de acordo com o planejamento e programação que são realizados com base no diagnóstico situacional, com foco na saúde coletiva; estabelecendo parcerias com organizações sociais da área de abrangência e constituindo espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006). Com isso, se transformou em uma estratégia de abrangência nacional e demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros (BRASIL, 2006).

Em 28 de março de 2006, o Ministro de Estado da Saúde aprovou a Portaria nº648/GM que trata da Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS foi implantado anteriormente como medida de enfrentamento dos altos e graves índices de morbidade e mortalidade materno-infantil na Região Nordeste do país. Pode ser considerado o antecessor da ESF, por focar a família e não somente o indivíduo e por agir em caráter preventivo sobre a demanda, organizando-a (BRASIL, 2003). Contudo, atualmente, além do caráter complementar de atuação desse programa, ocorrem divergências no trabalho da equipe de saúde, com dificuldades na compreensão de papéis, nos quais os agentes comunitários interferem diretamente.

De acordo com a portaria 648 são itens necessários à implantação da ESF: equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde para cada 3 mil habitantes, comportando no máximo 4 mil; Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, na área de atendimento da equipe de ESF, garantia de fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico, terapêutico, ambulatorial e hospitalar, equipamentos e materiais adequados



ao elenco de ações programadas, de forma a garantir resolutividade da atenção básica (BRASIL, 2006).

A ESF pressupõe o trabalho em equipe em consonância com as necessidades de saúde das famílias da comunidade. O termo equipe interprofissional deixa implícito a complementaridade das ações profissionais, com desempenho de atividades conjuntas, integradas, de troca e não apenas somadas; sendo a base para o trabalho efetivo, resolutivo.

Em uma equipe, o foco do trabalho e o esforço são coletivos, pois os membros buscam atingir objetivos e metas comuns, existindo confiança, respeito, cooperação e comunicação, integrando os trabalhos para uma ação coletiva, com o objetivo de promover a saúde das famílias (ABREU et al., 2005).

Diante do exposto, cabe aos profissionais de ESF: participar do processo de territorialização da área de atuação da equipe, identificando as necessidades de saúde de indivíduos e famílias e situações de risco a que estão expostos. Neste processo as informações devem ser sistematicamente atualizadas para realizar cuidados da população da área adscrita, na unidade de saúde, nos domicílios e nos demais espaços da comunidade, com ações de atenção integral. A integralidade da atenção deve ser garantida por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção e cura de agravos, atendimento à demanda espontânea.

A continuidade ocorre com atividades programáticas e de vigilância; em que se realiza busca ativa e notifica-se doenças e agravos bem como situações importantes locais. São escutadas as necessidades dos usuários, humanizando o atendimento e estabelecendo vínculos. O profissional, com isso, responsabiliza-se pela população adscrita; participa das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; promove o controle social; identifica parceiros e recursos na comunidade que permitam realizar ações intersetoriais; garantindo, com isso qualidade dos registros das atividades no Sistema de Informação da Atenção Básica. Além disso participa das atividades de educação permanente e realiza ações de prioridade local (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a ESF oferece ao indivíduo e família a oportunidade de construir cidadania e de serem pró-ativos nos cuidados à saúde da comunidade de sua área de abrangência; proporciona melhor qualidade de vida aos usuários, atende aos princípios de integralidade, equidade e universalidade preconizado pelo atual, Sistema de Saúde.

## 2.2 ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE

A atenção domiciliar à saúde é uma prática já exercida em períodos anteriores da civilização, como nos tempos bíblicos, em que cuidar dos doentes se configurava como forma de caridade; nos períodos de guerras civis, em especial nos Estados Unidos, onde as mulheres cuidavam de seus familiares e com o médico da família, além das enfermeiras visitadoras no Rio de Janeiro, que atendiam as áreas de fisiologia e materno-infantil (DUARTE; DIOGO, 2000). Na última década retoma seu espaço, demonstrando a relevância da inclusão da família no processo de cuidados, bem como do ambiente domiciliar para a saúde dos indivíduos e famílias.

A retomada da modalidade da atenção domiciliar à saúde responde a muitas demandas dos sistemas, social e de saúde, mundiais como: a transição demográfica e epidemiológica da população, com aumento do número de idosos e com isso do adoecimento crônico e dos tratamentos de longo prazo; a necessidade de compreensão multidimensional do indivíduo pelo profissional, como integrante de uma realidade social, econômica e cultural; o aumento populacional, que ocasionou redução na cobertura institucional dos serviços de saúde; os elevados custos da assistência hospitalar; a falta de leitos hospitalares para tratamento médico; o reconhecimento por parte da população da necessidade de um atendimento mais humano, com aproximação do paciente, familiares e profissionais, dentre outros aspectos (GIACOMOZZI, 2005).

Na atenção domiciliar à saúde e em suas categorias são considerados como pontos fundamentais: o paciente, o domicílio, a família, o cuidador e a equipe interprofissional (DUARTE; DIOGO, 2000). Essa modalidade mostra grande versatilidade e possibilidades de construção diferenciada de práticas cuidadoras, potencializando a oferta das ações de saúde, numa lógica humanizadora, com objetivo de atender as pessoas em sua integralidade e de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2004). Nessa modalidade estão envolvidas diferentes esferas sociais e de atenção à saúde, que são responsáveis, no conjunto, estruturação da saúde integral da população.

Em sua especificidade, a atenção domiciliar constitui ampla modalidade que envolve as ações de promoção em sua totalidade, determinada pelas políticas econômicas, sociais e de saúde. Inclui ações preventivas e assistenciais com as seguintes categorias: visita, atendimento e internação domiciliar (GIACOMOZZI, LACERDA, 2005).

Essas ações são realizadas no domicílio do paciente por uma equipe multiprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o mesmo está inserido (DUARTE; DIOGO, 2000).

Portanto, é uma atividade que envolve não só os diferentes profissionais da área, como também o cliente e sua família, visando o estabelecimento da saúde como um todo. Permite que os profissionais desenvolvam atividades de modo que o cliente perceba que a sua participação no processo saúde-doença é de fundamental importância, pois é ele (o cliente) que poderá diminuir ou até mesmo eliminar os fatores que colocam em risco sua saúde, não bastando apenas à informação transmitida pelos profissionais (LACERDA et al, 2006). Mazza (2004) considera a atenção domiciliar um meio de integrar indivíduo, família e comunidade no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados em saúde fazendo uso dos recursos locais disponíveis.

A legislação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA de 2006 considera que a atenção domiciliar à saúde inclui: admissão, alta, plano e serviço de atenção domiciliar. A admissão é o processo que se caracteriza pela indicação, elaboração do plano de cuidados domiciliares e início da prestação da assistência ou internação domiciliar. O plano de atenção domiciliar contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação dos profissionais, envolvidos de maneira direta ou indireta na assistência, ao passo que o serviço de atenção domiciliar é realizado por uma instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar. A alta determina o encerramento da prestação de serviços, o que pode ser decorrente de internação hospitalar, estabilidade clínica, cura, a pedido do paciente e/ou responsável, ou o óbito (ANVISA, 2006).

A regulamentação para a atenção domiciliar prevê que o profissional que acompanha o paciente deve fazer relatório detalhado sobre as condições de saúde e doença do paciente contendo histórico, prescrições, exames e intercorrências, de modo a determinar a indicação para a atenção domiciliar (ANVISA, 2006), elaborando um plano de atenção domiciliar.

O plano de atenção domiciliar deve contemplar a prescrição da assistência clínico-terapêutica e psicossocial; requisitos de infra-estrutura do domicílio do paciente, recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividades dos profissionais; o tempo estimado de permanência no serviço considerando a evolução clínica, superação de déficits, independência de cuidados técnicos e de medicamentos, equipamentos e materiais que necessitem de

manuseio continuado de profissionais; a periodicidade dos relatórios de evolução e acompanhamento, mantendo um prontuário domiciliar com o registro de todas as atividades realizadas durante a atenção direta ao paciente, desde a indicação até a alta ou óbito (ANVISA, 2006).

No entanto, diante das disposições existentes na legislação da ANVISA, penso que o termo adequado para os expostos acima seja cuidado domiciliar à saúde, em substituição ao termo atenção domiciliar. Isso porque a normatização prevê as ações profissionais e organização dos serviços, porém não determina as responsabilidades de cada esfera na oferta de estrutura social necessária, o que está incluído no conceito de atenção domiciliar à saúde adotado nesse trabalho.

A ANVISA considera a necessidade de propor os requisitos mínimos de segurança para o funcionamento de Serviços de Atenção Domiciliar nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar; uma vez esses são responsáveis pelo gerenciamento da estrutura, dos processos e dos resultados por eles obtidos, devendo atender às normas e exigências legais, desde o momento da indicação até a alta ou óbito (ANVISA, 2006). Assim, esses serviços são complementares à atenção domiciliar à saúde propriamente dita, em que a esfera estatal tem responsabilidade sobre toda estruturação social e de atendimento à saúde das pessoas.

Diversos são os núcleos de cuidado domiciliar públicos existentes no Brasil. Esses núcleos constituem parcerias entre a rede hospitalar e básica de saúde, com programas de internação domiciliar de hospitais. A ESF embora não seja um programa de atenção domiciliar específico, constitui atualmente importante ferramenta de trabalho de atenção à saúde nos domicílios, devendo, a mesma, ser indicada pelo profissional de saúde que acompanha o paciente.

O atendimento domiciliar à saúde é uma categoria ampla da atenção domiciliar, que se diferencia da mesma por não incluir todas as ações de promoção à saúde, uma vez que está relacionado diretamente às práticas dos profissionais, sendo influenciado pelas políticas de saúde, mas sem representá-las no todo. Inclui ações profissionais de educação, assistência direta aos pacientes, inclusão da família, dentre outros aspectos.

É também denominado assistência domiciliar à saúde ou cuidado domiciliar (LACERDA et al., 2006). É considerado, pela ANVISA (2006) como conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio. Representa uma categoria da atenção domiciliar à saúde que engloba muito

mais do que o simples fornecimento de tratamento médico residencial padronizado, enfatizando a autonomia e esforçando-se em realçar as habilidades das pessoas dentro de seus ambientes (PROTNEWS; SAMUELS, 1997), de modo a individualizar e/ou contextualizar as ações profissionais, diferenciando-se pela compreensão do processo de vida e adoecimento da família.

O cuidado domiciliar pode ser eficaz forma do cumprimento do papel social dos profissionais de saúde, que se manifesta sob o compromisso de desempenhá-lo, expressando o significado de sua contribuição à sociedade como profissional pelo cuidado aos indivíduos, familiares e comunidade (LACERDA, 2000). Esse cuidado envolve a realização de ações educativas, orientação, demonstração de procedimentos técnicos a serem delegados ao cliente ou ao seu cuidador, bem como a execução destes pela equipe multiprofissional no domicílio do cliente, que se utiliza de elementos que fortalecem os fatores benéficos ao indivíduo já acometido por uma doença ou seqüela, abrangendo tanto atividades simples como as mais complexas (LACERDA et al., 2006). Ele pode ser representado pelas outras categorias da atenção domiciliar à saúde: visita e internação domiciliares; e, entretanto, nem todo atendimento é necessariamente visita ou internação domiciliar à saúde, mas pode ser a realização de consultas, procedimentos, exames.

A visita domiciliar à saúde é um instrumento muito importante na abordagem das famílias, e seu objetivo é explorar o contexto domiciliar, obter diagnóstico da situação de vida das pessoas bem como sanar as necessidades emergentes de orientações relativas à saúde. A visita domiciliar é também programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações para a promoção da saúde das pessoas, compreendendo ações que se iniciam, antes e continuam após a visita ao usuário propriamente dita (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001). Ela tem sido um dos instrumentos historicamente utilizados no âmbito da intervenção em saúde pública, preferentemente focalizando a família como alvo de atenção, engloba técnicas, procedimentos e saberes utilizados nas ações sobre o processo saúde-doença familiar (EGRY; FONSECA, 2000). Constitui a principal forma do profissional atuante em ESF se aproximar das famílias, de sua realidade, avaliá-las, realizar intervenções, compreender o processo de vida de seus integrantes.

O conceito de visita domiciliar parece ser o mais difundido, de acordo com Lacerda et al.(2006), contudo, a categoria da visita domiciliar não tem sido considerada na modalidade de atenção domiciliar à saúde pelas esferas de organização e

regulamentação desses serviços, que não a integram mas a definem como uma categoria de atuação no domicílio. Martins (2006) relata que o termo visita domiciliar à saúde tem sido utilizado de forma genérica para designar qualquer ação profissional realizada com família ou nos domicílios.

### 2.3 CONCEITOS FUNDAMENTAIS PARA A ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADO DOMICILIAR À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A atenção domiciliar à saúde e a ESF apresentam diversos aspectos em comum, em especial quando integradas, obedecendo à proposta a estratégia de aproximação dos profissionais com as comunidades, em seu ambiente de vida; e com isso, considera e utiliza os domicílios como local privilegiado para a atuação profissional.

O domicílio é um local muito importante para a atuação diferenciada e articulada na atenção domiciliar e ESF, passando a ser considerado espaço de cuidados em saúde. É mais que apenas o ambiente físico, mas o ambiente de relações das pessoas. O domicílio é o local de vida e relações das pessoas que compõem uma família, sendo estrutura significativa para os integrantes da mesma, não restringindo-se a apenas o ambiente físico e estrutural, mas envolvendo todo um sistema de funcionamento e relações que interferem diretamente na saúde dos envolvidos, constituindo importante loco de atuação dos profissionais da ESF.

Trata-se de um local único, que oferece ao profissional a oportunidade de adentrar na realidade de vida das pessoas, de observar seu modo de enfrentar em seu meio familiar, os problemas de ter um familiar doente, que precisa de cuidados de saúde (LACERDA, 2000). Representa o todo, o lugar a partir do qual se desenrolam as ações e interações entre o paciente, a família e a equipe profissional (LACERDA; OLINISKI, 2005).

De acordo com Lacerda (1996, p. 5), o domicílio:

É o local onde está a família e é nela que os seus componentes se desenvolvem física, emocional, mental e espiritualmente. É aí que as primeiras relações sociais se estabelecem e também onde as crises e conflitos aparece no momento em que um dos membros desta família adocece.

Nesse sentido, é considerado o local onde ocorrem a maioria das relações sociais geradoras de conflitos e de outros fatores de risco de adoecer (ARAÚJO et al., 2000).

Nele iniciam-se, somam-se e reforçam-se os valores sociais em torno das pessoas (SOUZA, LACERDA, 2000).

Cuidar de uma pessoa inserida em seu domicílio é, conseqüentemente, cuidar de sua família, a qual é responsável por grande parte dos processos de saúde das pessoas, integrante dos cuidados e componente do contexto domiciliar, que influencia diretamente o adoecimento dos mesmos. Então, o cuidado domiciliar à saúde na ESF, antes de tudo integra atendimento às famílias, estando ambos intimamente ligados, acontecendo no contexto domiciliar e familiar das pessoas atendidas, envolvendo a família e sendo direcionado para a mesma.

A compreensão do que é família é muito importante para o desenvolvimento da atenção domiciliar à saúde, bem como da promoção da saúde da família. A família é “uma relação social dinâmica no processo de desenvolvimento, assume formas, tarefas e sentidos a partir de crenças, valores e normas; estrutura-se na cultura, na classe social, em outras influências e determinações do ambiente” (SOUZA; LACERDA, 2000, p. 728).

A família é a base da vida de seus membros, o âmago de seu caráter e percepções, a parte mais importante de sua vida social e de sua posição frente ao mundo. Seu significado é construído social, cultural e historicamente.

Desse modo, o grande desafio do cuidado domiciliar na ESF é a atenção à saúde, promoção da mesma, prevenção e recuperação do paciente em sua relação com seus familiares, centralizando a atenção na família de forma a contemplar a riqueza do ambiente de vida de todos; incluindo-a no processo de cuidados à saúde de seus membros, tornando-a ativa, sendo alvo da atenção da equipe de profissionais (SANTOS, 2005).

A parceria entre cuidado domiciliar à saúde e ESF é única, numa união dos profissionais e famílias para a promoção da saúde, atendendo os princípios de corresponsabilização, equidade e integralidade das ações, visando qualidade de vida para o indivíduo doente e a todos que convivem com ele.

A riqueza e complexidade das relações familiares e sociais que permeiam o ambiente domiciliar são expressas pelo termo contexto domiciliar, que inclui as mais diversas realidades, com experiências bastante diferenciadas sobre o processo de viver e adoecer. Compreender a singularidade de cada contexto domiciliar é importante, patenteando as diversidades de contexto que se apresentam a cada casa, compreendendo

a mesma como algo muito mais complexo que apenas um espaço físico (LACERDA, 2000). Ele deve ser percebido com um “significado mais amplo, como um conjunto de coisas, eventos e seres humanos correlacionados entre si e de certo modo, cujas entidades representa caráter particular e interferente mútuo e simultâneo” (LACERDA, 2000, p. 22). Em toda sua complexidade, a variação de família para família, de sociedade para sociedade, o contexto domiciliar, é, ainda, um ponto primordial no atendimento às necessidades do doente, local onde cada coisa tem significados próprios e únicos para este e para seus familiares (SANTOS, 2005).

Um profissional que insere-se assiduamente nesse contexto e possui papel fundamental na integração da equipe multiprofissional com as famílias é a enfermeira. Ser enfermeira é se aproximar do cliente e cuidar, vincular-se a ele para um acontecer, um transformar, possuir valores e princípios que caracterizam seu papel social (LACERDA, 1996). Ser enfermeira, no cuidado domiciliar à saúde e na saúde da família é ir além dos aspectos óbvios do processo de adoecimento, possuir visão diferenciada, atuação integrada, incorporando os princípios e conceitos pertinentes à profissão, trabalhando com humanidade, solidariedade e competência. É ser capaz de visualizar e compreender as especificidades de cada sistema familiar, dispor-se, saber se posicionar como ser humano e compreender o outro como tal, e fazer enfermagem, com apreço e dedicação.

Nessa atuação da enfermeira, as ações dos profissionais são realizadas nas comunidades e domicílios dos clientes, passando a abordar saúde da família e cuidado domiciliar, de modo a diferenciar sua compreensão de saúde-doença daquela predominante na formação e exercício profissionais em saúde atuais, cujo enfoque é curativo e baseado em aspectos biológicos isoladamente.

Com a inserção dos profissionais na comunidade e domicílios, visualização do contexto social e contextos domiciliares respectivamente, com a integração das diferentes formações profissionais, discussão constante de realidade, e atuação em cuidado domiciliar associada à estratégia de saúde da família, se obtém compreensão diferenciada por parte dos profissionais sobre saúde e doença. Estima-se o real valor do processo saúde-doença como decorrente do adoecimento individualizado das pessoas, bem como das causas desse processo. Transcende-se a compreensão biológica restrita da saúde e da doença, englobando fenômenos sociais amplos, com limiar bastante tênue entre uma condição e outra, no qual a família tem amplo impacto.



Saúde-doença, então, pode ser compreendida neste trabalho como um processo, decorrente de condições sociais e econômicas, bem como características pessoais e familiares, que envolve experiências anteriores vivenciadas pelo indivíduo, sua interação com a família e comunidade, concepções e cultura, modos de enfrentamento de fatos cotidianos, subjetividade biológica e pessoal. Com essa compreensão diferenciada, o profissional torna-se apto para atuar em cuidado domiciliar integrado à ESF, em caráter transdisciplinar e multiprofissional, no qual a enfermeira tem papel de destaque.

Nas abordagens sobre as modalidades de atenção domiciliar à saúde e ESF utiliza-se o termo equipe multiprofissional, termo que reflete atuação conjunta, sinérgica das categorias que a compõem, com objetivo comum, não concernente apenas ao quantitativo profissional da equipe, mas à qualidade das relações existentes em sua atuação, ao trabalho e discussões transdisciplinares.

Do termo equipe multiprofissional, também, subentendo ser composta por seres humanos. A profissão é parte da vida humana e integra toda a complexidade das motivações e interações humanas, variando de concepção e valor de homem para homem, cultura para cultura. Assim como na vida, na profissão o ser humano nunca está sozinho.

Como profissional de saúde, o ser humano cuida e se dedica ao outro, miscigena suas experiências e conhecimento profissionais e pessoais (se é possível dissociá-las), sua razão e sensibilidade, torna-se suscetível a transformações e crescimento contínuo, que reflete e propicia reflexão às pessoas sobre sua saúde e existência. Na atuação profissional de saúde o trabalho em equipe, com integração e inter relação de todos esses aspectos é imprescindível.

Cada ser humano é único, possui características, personalidade, formas próprias de agir e pensar, peculiaridades que lhe conferem singularidade. Mas ele está, ainda, inserido num grupo familiar e cultural que apresenta aspectos comuns aos integrantes desse mesmo grupo. E, finalmente, ele é simplesmente ser humano como todos os outros, possuindo necessidades e características comuns globais.

Desse modo, entendo que o ser humano é um ser individual e social, que possui experiências próprias, valores e crenças, contextualizadas numa dada cultura, possuindo identidade, reagindo e transformando o meio e sendo por ele influenciado. Como profissional, o ser humano também apresenta características pertinentes às pessoas de sua profissão, uma vez que a formação profissional influencia e altera as concepções e

formas de agir com relação ao outro e, conseqüentemente, ao trabalho em equipe. Dessa forma, as práticas de cuidado domiciliar à saúde são exercidas por seres humanos para seres humanos, no contexto privado de sua existência, de modo que precisam ser prestadas da melhor maneira possível, prevendo a integralidade da atenção à saúde.

O reconhecimento e a valorização da multidimensionalidade do ser humano remetem um duplo desafio para o cuidado: resgatar a complexidade da existência humana dos sujeitos do cuidado, mas também dos próprios cuidadores (LEITE, FERREIRA citado por PRADO; REIBNITZ; GELBCKE, 2006).

De acordo com a legislação do SUS, a integralidade da assistência é um princípio definido como “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2000, p. 25).

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, a da integralidade talvez seja o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas (MATTOS, 2004). A integralidade precisa ser assumida em sua totalidade, para não haver perdas no cuidado, contudo apesar de ser um princípio compreendido, seu desenvolvimento é complexo (KERBER, 2007). A integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos, em que o olhar do profissional deve ser totalizante, caracterizando a assistência à saúde integral, com a qual dimensiona-se fatores de risco à saúde e age-se preventivamente quando possível, e recuperando ou reabilitando quando necessário (ALVES, 2005).

A organização e prática da saúde que visem a integralidade se caracteriza pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço, no qual a equipe de saúde está capacitada para desenvolver diferentes ações, de acordo com as necessidades locais (ALVES, 2005). A possibilidade de articular ações preventivas e assistenciais envolve um duplo movimento por parte dos profissionais: apreender de modo ampliado as necessidades de saúde e analisar o significado para o outro das demandas manifestas e das ofertas que podem ser feitas para responder as necessidades apreendidas (MATTOS, 2004).

O primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma como os estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham com mudanças nos planos institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde e das práticas dos profissionais de saúde (CAMPOS, 2003). O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da

atenção individual e coletiva e requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional (MACHADO et al, 2007).

A integralidade remete à integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, tendo em vista que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Assim, é indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A integralidade não é fácil de ser produzida ou alcançada mas cada trabalhador tem seu papel na consolidação desse princípio, sendo de fundamental importância para os usuários e para os gestores que precisam ter por base o conhecimento dos trabalhadores, que vivenciam as questões de saúde cotidianamente (KERBER, 2007).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO

A metodologia adotada para este estudo é qualitativa e o método proposto é o da pesquisa-ação, definida como um tipo de pesquisa

“concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo” (THIOLLENT, 2004, p. 14).

A pesquisa-ação visa abordar e trabalhar problemas pertinentes às diferentes práticas sociais, dentre as quais a atuação na área da saúde. Acopla pesquisa e ação em um processo, no qual os atores/profissionais implicados participam junto com os pesquisadores, a fim de chegarem interativamente a elucidar a realidade em que estão inseridos, para identificar problemas coletivos, buscar e experimentar soluções em situação real, com produção e uso de conhecimento, miscigenando prática profissional e pesquisa (THIOLLENT, 1997). Dessa forma, seus objetivos são práticos no sentido de contribuir no equacionamento de problemas, levantamento de soluções e propostas de ação, assim como produzir conhecimento, obtendo informações que seriam difíceis de serem levantadas por outros meios. Esses objetivos, metas, conteúdos e ações propostas são objeto de negociação, no qual é necessário um relativo entendimento entre os atores da situação para que a pesquisa possa acontecer (THIOLLENT, 1997, 2004). Ela é participativa de modo que o sujeitos envolvidos participam no planejamento, implementação, avaliação e transformações obtidas com as ações elaboradas no processo de pesquisa.

Afirma Thiollent (1997) que o procedimento da pesquisa-ação consiste essencialmente em deixar os participantes detectarem os problemas e procurarem as soluções mais adequadas, que são encontradas pelas pessoas e grupos envolvidos na pesquisa-ação e formuladas de acordo com sua cultura. Nela é valorizada a interação e a busca da autonomia coletiva. Essa pesquisa se caracteriza por ser crítico-interrogativa: interrogativa por enfatizar o questionamento que se baseia na formulação de perguntas pelos atores acerca da situação na qual estão envolvidos, e crítica no sentido de não aceitar explicações espontâneas que são dadas pelos atores e pelo senso comum. Nessa perspectiva, insere-se a importância da utilização do conhecimento científico na

pesquisa, que pode se dar por meio de uma teoria ou outras formas de conhecimento estruturadas que guiam a investigação.

Junto aos participantes, o pesquisador atua, integra-se ao grupo, e busca as ações necessárias por meio de reflexões e discussões, mas mantém-se neutro, sem esquecer de seu papel no momento. Assim é descobridor, facilitador, perspicaz, disposto, flexível, sensível às particularidades das pessoas e grupos, e contribui com o grupo pesquisado de modo a iniciar ações de mudança, com a qual a pesquisa-ação está comprometida (THIOLLENT, 1997).

O pesquisador, ao estabelecer contatos e interagir com os participantes da pesquisa deve fazer com que eles reflitam e ajam sobre a situação investigada visando o planejamento das ações. Eles precisam desejar a superação da fase dos “lamentos” e “críticas” genéricas para fazerem progredir a discussão rumo a mudanças exequíveis no contexto, com a deliberação de ações correspondentes aos objetivos de mudanças, e entendimento entre os diferentes atores envolvidos (THIOLLENT, 1997).

O método da pesquisa-ação define diferentes fases: fase exploratória, tema da pesquisa, colocação dos problemas, lugar da teoria, hipóteses, seminário, campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa, coleta de dados, aprendizagem, saber formal e informal, plano de ação e divulgação dos resultados.

As fases são uma proposição de Thiollent, de modo que a pesquisa-ação não possui estrutura rígida, com etapas pré-definidas, e parte dos problemas reais do grupo pesquisado, de modo que não vai ao encontro à amostra com um projeto completamente elaborado, e com perguntas preparadas. Ela inclui a participação ativa do pesquisador para equacionar o grupo na pesquisa, o que tem gerado questionamentos éticos com relação à sua presença ser intencional e tendenciosa. O método é flexível e não se enquadra na lógica positivista de pesquisa convencional, bem como não busca apenas realizar diagnóstico, mas intervir prontamente com a população sobre as problemáticas levantadas.

Na primeira fase, a fase exploratória, ocorre a descoberta do campo de pesquisa, dos interessados, suas expectativas e se estabelece um diagnóstico inicial da situação com os problemas e possíveis soluções (THIOLLENT, 2004). Esse reconhecimento, de acordo com Tripp (2005) é uma análise situacional que produz ampla visão do contexto da pesquisa-ação, práticas atuais, dos participantes e envolvidos.

A fase exploratória da pesquisa foi iniciada com o primeiro contato individual e breve com a Autoridade Sanitária Local, com quem foi discutida a relevância e

necessidade de desenvolvimento do estudo. A partir disso foi possível estabelecer o local específico do estudo para interação posterior com o grupo profissional. Essa foi iniciada com a apresentação da pesquisa e dos pesquisadores<sup>4</sup> num momento de reunião cotidiana (reunião de equipe) de todo grupo profissional, quando foram esclarecidos o tema e os objetivos propostos, as pesquisas anteriores que fundamentaram a realização do trabalho, sua forma de desenvolvimento e a importância de sua participação e /ou cooperação.

Na fase do tema da pesquisa há uma designação do problema prático e da área de conhecimento a serem abordados, na qual o tema é escolhido em função de um certo tipo de compromisso entre a equipe de pesquisadores e os elementos da situação investigada, numa adequação das expectativas de ambos.

O tema geral da pesquisa foi pré-determinado pelo pesquisador, tendo em vista a realização de estudos anteriores que comprovaram a dificuldade dos profissionais da ESF em conceituarem e realizarem o cuidado domiciliar à saúde e denominarem adequadamente suas práticas. No entanto, de acordo com a necessidade de interesse e participação coletiva, as classificações específicas dentro do contexto das práticas de cuidado domiciliar foram realizadas pelos profissionais de acordo com suas vivências e necessidades, determinando os temas das discussões.

A fase de colocação dos problemas caracteriza-se pelo estabelecimento dos problemas a partir dos quais a investigação será desencadeada, em que se define também a problemática do mesmo, bem como sua inserção dentro dum certo campo teórico e prático (THIOLLENT, 2004).

Na pesquisa-ação os problemas colocados são inicialmente de ordem prática; tratando-se de procurar soluções para o alcance de um objetivo ou realizar uma possível transformação dentro da situação observada (THIOLLENT, 2004). Diante das necessidades observadas, os profissionais destacaram dificuldades cotidianas laborais, sobre as quais foram realizadas discussões com vista no alcance de avanços nas mesmas, de modo a transformá-las de alguma forma.

Os problemas colocados seguiram a ordem temática e a relação com pesquisas anteriores, foram decorrentes das práticas de cuidado domiciliar à saúde, diante dos quais os profissionais referiram possuir espectro de ações e transformações, de maneira que buscaram a discussão para estabelecer as abordagens a serem realizadas.

---

<sup>4</sup> O projeto “guarda-chuva” é desenvolvido com apoio do programa PIBIC/CNPq o que permite a participação de acadêmicos no processo de pesquisa.

Uma outra fase da pesquisa-ação é chamada o lugar da teoria, na qual o projeto de pesquisa-ação é articulado dentro de uma problemática com um quadro de referência teórica (THIOLLENT, 2004). Trata-se de dar lugar às teorias que subsidiarão a discussão e interpretação dos temas, o que ocorrerá nos encontros e seminários realizados com os profissionais buscando-se estabelecer uma linguagem baseada em conteúdos teóricos, mas de fácil compreensão por parte dos participantes (CUNHA, 2005).

Esse aspecto foi fundamental para o desenvolvimento do trabalho, uma vez que os problemas emergentes das práticas de cuidado domiciliar são cotidianos, para os quais a formação profissional pouco prepara. Além disso, a legislação da prestação de cuidados domiciliares de saúde tem sido implantada e incrementada, e os profissionais precisam desses conhecimentos para avançar em suas práticas. Assim, não foi utilizada uma teoria nesse trabalho, a fundamentação teórica ocorreu baseada em estudos anteriores e na legislação vigente e emergente dessa modalidade de atenção à saúde, cujo conteúdo é muito novo e os profissionais muitas vezes desconheciam. O lugar da teoria foi o momento, no qual os profissionais atualizaram seus conteúdos teóricos sobre o cuidado domiciliar.

Na fase em que são definidas as hipóteses, o pesquisador supõe a respeito de possíveis soluções a um problema colocado na pesquisa (THIOLLENT, 2004). Nessa fase os profissionais foram estimulados a citarem quais as possíveis ações que consideravam factíveis para os problemas destacados, refletindo sobre qual a dificuldade em sua implementação pela equipe, sempre estimulados a realizá-las e avaliá-las posteriormente.

A amostragem é uma outra fase estabelecida por Thiollent, para a qual existem diferentes posições. Uma delas é a de amostragem propriamente dita, em que a pesquisa é realizada com um pequeno número de pessoas representativas estatisticamente (THIOLLENT, 2004). Essa foi a forma de amostragem realizada que, contudo, foi destacada no início da pesquisa concomitante e inerente ao processo de seleção da Unidade de saúde que participaria do estudo, de modo que a amostra foi constituída pela equipe profissional ali atuante.

Na fase de aprendizagem pesquisadores e participantes aprendem alguma coisa ao investigar e discutir possíveis ações, cujos resultados oferecem ensinamentos (THIOLLENT, 2004). Na verdade, a aprendizagem é difusa ao longo do processo e não é considerada como uma fase propriamente dita (THIOLLENT, 1997).

Essa fase não foi estabelecida na pesquisa de modo que é considerada inerente a todo o processo de pesquisa, no qual os pesquisadores puderam aprender e compreender a realização do cuidado domiciliar na ESF e os profissionais dividiram suas experiências, complementando-as com os conteúdos teóricos trazidos. Além disso, foi possível aprender a refletir e discutir a prática multiprofissional de maneira contínua, diante das possibilidades e impossibilidades das práticas e das diferentes opiniões profissionais existentes.

Na fase de saber formal e informal se estabelece uma estrutura de comunicação entre dois universos culturais: o dos especialistas e dos interessados (THIOLENT, 2004). Para favorecer essa interface de saberes, a pesquisa-ação integra um processo decisório partilhado, bem como um modo de funcionamento baseado na negociação, o que leva a uma modificação das formas habituais na pesquisa, sob o controle do pesquisador. O processo democrático e articulação dos conhecimentos é uma questão ética da pesquisa-ação, e se revela essencial, pois permite a inclusão de diferentes grupos como sujeitos, facilitando a integração de seu saber específico na pesquisa e o desenvolvimento de relações fundadas na confiança, o respeito mútuo e a empatia (KURTZMAN, 2006). Essa fase ocorreu durante os seminários e no acompanhamento das práticas de modo que permitiu ampla troca entre pesquisadores e profissionais, sendo contínuo, seqüencial e rico. Os profissionais destacaram muitos problemas práticos e exemplos de experiências nos domicílios, o que fez a argumentação teórica existente e discutida ser leve, aplicada e coerente, sem dissociação da teoria e da prática.

Na fase do plano de ação ocorre a concretização da pesquisa-ação, cuja ação será objeto de análise, deliberação e avaliação (THIOLENT, 2004), diferenciando o método de pesquisa-ação de outros existentes. Uma vez processados os resultados da pesquisa, é aberta ampla discussão entre os membros e diversas propostas são encaminhadas em termos de aperfeiçoamento / mudança. As propostas de ação concreta relacionada com mudanças tornam-se mais efetivas quando geradas pelos próprios interessados e amplamente debatidas (THIOLENT, 1997). Essa fase ocorreu por meio de estímulos aos profissionais que, quando relacionaram os problemas já foram indagados sobre que ações julgavam ser aplicáveis à transformação dos mesmos, de modo que pudessem aplicá-las posteriormente, não restringindo a pesquisa nem o processo decisório a um grupo, mas à discussão e decisão partilhada.



A última fase é a de divulgação dos resultados que propicia retorno da informação aos grupos implicados e divulgação a grupos interessados (THIOLLENT, 2004). Essa fase ocorreu ao final da pesquisa, assim como foi contínua em seu desenvolvimento, visando o retorno do processo de pesquisa aos pesquisados.

### 3.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram 27 profissionais de nível superior e médio que compõem todo o quadro funcional profissional de uma U.S. da ESF e realizam cuidados domiciliares: 5 médicos, dentre os quais um é a Autoridade Sanitária Local (ASL), 3 enfermeiras, 12 técnicos/auxiliares enfermagem, 3 dentistas, 2 técnicos em higiene dental e 2 auxiliares de consultório dentário. A cada momento de discussão ocorriam ausências de alguns profissionais, de modo que nem sempre a equipe estava completa, contudo, as discussões só foram realizadas quando havia número representativo de profissionais e das diferentes categorias.

### 3.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados na pesquisa-ação pode ser realizada pelas diferentes formas existentes para a pesquisa qualitativa, dentre as quais entrevistas, questionários, observações e outros. Nessa pesquisa foi utilizada a observação assistemática participante.

A observação participante implica na interação entre investigador e grupo social, coletando dados diretamente do contexto ou situação em que o grupo se insere. O pesquisador passa a integrar o grupo, visando ganhar sua confiança e demonstrar a importância da investigação, o que pode dificultar a manutenção de sua objetividade (MARCONI, LAKATOS, 2004). Pode assumir duas formas distintas: natural – na qual o observador pertence ao grupo investigado e artificial, em que o investigador integra-se ao grupo para realizar a pesquisa (MARCONI, LAKATOS, 2004), sendo a segunda utilizada neste trabalho.

Com relação à observação assistemática, ocorre de maneira espontânea, simples e consiste em recolher e registrar fatos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou faça perguntas diretas (MARCONI, LAKATOS,

2004). Nesta pesquisa, a observação visa constatar a realidade, incluindo perguntas aos investigados, mas não de maneira sistematizada e padronizada, sendo aleatórias e variáveis de acordo com o contexto emergente das situações.

Foram acompanhadas 179 visitas domiciliares à saúde realizadas pela equipe de profissionais da ESF como forma de aproximação e integração entre pesquisadores e profissionais, com o objetivo de reconhecer as práticas realizadas e levantamento de problemas existentes. O acompanhamento das visitas domiciliares ocorreu durante todas as atividades profissionais em domicílio desenvolvidas pelas três equipes de saúde da família, no período destinado ao cuidado domiciliar na ESF. A princípio esse acompanhamento foi realizado de forma menos participativa por parte dos pesquisadores, de modo que com a maior interação com a equipe propiciou aos poucos abertura para participação em suas atividades e discussão concomitantes a elas. Concomitantemente, também foram realizados seis seminários sobre temas emergidos das práticas de cuidados domiciliares à saúde, com vista à reflexão e conscientização dos envolvidos (apêndice 1). Os seminários consistiram em reuniões realizadas com os profissionais com vista na reflexão conjunta e discussão de situações emergentes em sua atuação.

A coleta de dados foi extensa, e durou todo o período de desenvolvimento da pesquisa, dividindo-se entre os seminários e o acompanhamento das práticas de cuidados domiciliares, realizada por meio de observação e registrada pelos diários de campo. O acompanhamento das práticas cotidianas, além de possibilitar a coleta de dados, complementou continuamente a fase exploratória, tendo em vista que a vivência de diferentes dias de trabalho possibilitaram ampla visualização do cotidiano laboral no desenvolvimento do cuidado domiciliar à saúde.

Os temas para a realização dos seminários (momentos formais de discussão das práticas com a equipe) foram inicialmente propostos pelos pesquisadores para as duas discussões iniciais e os demais temas foram indicados pelos profissionais, por sua dificuldade cotidiana em refletir e lidar com as situações destacadas.

O registro das informações se deu por meio de diários de campo, que incluem registros das visitas domiciliares à saúde acompanhadas pelos pesquisadores, das reuniões de equipe e dos seminários de pesquisa realizados. Foram utilizadas notas teóricas, de observação e metodológicas/operacionais (apêndice 2).

### 3.4 CLASSIFICAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A classificação dos dados desse trabalho foi realizada em duas etapas referentes aos momentos de coleta de dados: o acompanhamento dos cuidados domiciliares à saúde e seminários, tendo em vista a especificidade dos mesmos.

Os dados referentes ao acompanhamento do cuidado domiciliar foram classificados de acordo com aspectos e dimensões importantes que emergiram durante sua coleta e leitura. Foram estabelecidas três categorias centrais com respectivas subcategorias que englobam o universo das práticas de cuidados domiciliares dos profissionais da ESF. As categorias evidenciadas durante o acompanhamento e observação das práticas cotidianas de cuidado domiciliar pelos profissionais da ESF foram: Trabalho em equipe, Desenvolvimento profissional no cuidado domiciliar e Estrutura da atenção à saúde.

Com relação aos dados coletados nos seminários com os profissionais a classificação foi realizada em eixos centrais e/ou categorias de cada discussão. Isso porque cada seminário abordou diferente aspecto do cuidado domiciliar, de forma que os dados registrados são específicos e compõem muitas categorias. Assim, cada seminário foi categorizado separadamente, com uma categoria comum apenas, referente à Postura profissional durante o seminário.

O 1º seminário destinou-se à discussão e apresentação dos “Conceitos da modalidade de atenção domiciliar à saúde”, visando sua apresentação para os profissionais e estabelecimento de vocabulário padrão para as discussões seguintes. Esse tema foi proposto pelos pesquisadores devido à relevância para o desenvolvimento do trabalho, bem como forma de iniciar a prática de discussões com os profissionais. Realizou-se breve apresentação sobre o desenvolvimento da pesquisa e seus objetivos. Essa seção foi efetuada de maneira expositiva e aberta a questionamentos. Posteriormente iniciou-se a discussão sobre os conceitos da atenção domiciliar à saúde, na qual os profissionais enumeraram características pertinentes a cada categoria da atenção domiciliar à saúde e distinguiram seus conceitos. Os dados que emergiram dessa discussão foram divididos nas seguintes categorias: Postura profissional durante o seminário, Trabalho em cuidado domiciliar (conceitos) e Aspectos da ESF no cuidado domiciliar.

O segundo seminário com a equipe profissional, foi realizado em continuidade à reflexão sobre as categorias da atenção domiciliar à saúde com ênfase na Visita

Domiciliar à Saúde, tendo em vista sua maior realização no contexto da ESF. Os profissionais pontuaram questões pertinentes à visita domiciliar, à ESF, e à operacionalização da visita na estratégia, relacionados a exemplos de sua atuação cotidiana. Os dados coletados foram agrupados nas seguintes categorias: Postura profissional durante o seminário, Organização da visita domiciliar, Aspectos importantes destacados sobre a visita domiciliar. Foram também destacados temas para posteriores discussões sobre cuidado domiciliar integrado à ESF.

De acordo com os temas sugeridos pelos profissionais foi realizado o terceiro seminário, referente às práticas de cuidado domiciliar à saúde na ESF, cuja discussão abordou a “Visita domiciliar ao paciente psiquiátrico”. Para essa discussão contamos com a presença de uma professora convidada da Universidade Federal do Paraná, que promoveu diálogo com os profissionais e questionamentos sobre a realidade da atenção à saúde mental, contextualizadas com o cuidado domiciliar. As categorias destacadas nessa seção do trabalho foram: Postura profissional durante o seminário e Cuidado domiciliar e Saúde Mental.

Seguindo a temática proposta pelos profissionais foi realizado o seminário sobre o assunto “Visita Domiciliar e Vínculo”, para o qual foram utilizadas dinâmicas de grupo com bons resultados. Inicialmente os profissionais foram divididos em pequenos grupos para destacarem aspectos relevantes sobre vínculo e posteriormente foram reunidos para discutirem os pontos positivos, negativos e elementos do estabelecimento do vínculo. As categorias estabelecidas com esses seminários foram: Postura profissional durante o seminário, Vínculo, Aspectos facilitadores do estabelecimento do vínculo e Aspectos dificultadores do estabelecimento do vínculo.

A discussão que compôs o quinto seminário dividiu-se em dois diferentes momentos que ocorreram em dias alternados e com uma semana de intervalo. O tema foi “Facilidades e dificuldades para a prática do cuidado domiciliar”. No primeiro momento a equipe foi dividida em três grupos, que receberam fichas em branco, a fim de descrever as facilidades e dificuldades para a prática do cuidado domiciliar. O segundo momento destinou-se à discussão das facilidades pontuadas, quando foram exibidas as facilidades enumeradas e solicitados ao grupo para se posicionarem com relação a elas, explicando-as. Para tal, ao meu ver, os profissionais tiveram maiores dificuldades em refletir e discutir, sem estabelecer as facilidades como êxitos de sua atuação ou correlacioná-las a alguma dificuldade. As categorias destacadas nesse

momento foram: Postura profissional durante o seminário, Facilidades no cuidado domiciliar e Discussões sobre as facilidades do cuidado domiciliar.

O último (6º) seminário foi referente às dificuldades encontradas em suas práticas de cuidado domiciliar. O grupo foi dividido em três e foram utilizadas as dificuldades enumeradas no seminário anterior, dentre as quais foram eleitas 3 principais (uma por grupo) apresentadas pelos profissionais: Receptividade e disponibilidade das famílias, nível de compreensão dos usuários e condições materiais para procedimentos em domicílio. A discussão sobre as dificuldades do cuidado domiciliar foram distribuídas entre as seguintes categorias: Postura profissional durante o seminário, Dificuldades no cuidado domiciliar pontuadas, Principais dificuldades no cuidado domiciliar a serem discutidas.

Os dados coletados foram analisados pelo método de análise de conteúdo, proposta por Bardin (1991), compreendida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações”, que pretende escrever/decifrar qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor (BARDIN, 1991, p. 31), e cujos objetivos são: a ultrapassagem da incerteza, que consiste na identificação real da mensagem contida, sendo muito subjetiva; e o enriquecimento da leitura, pela descoberta de conteúdos e estruturas que confirmam o que se procura demonstrar a propósito das mensagens. De acordo com a autora esse método possui duas funções que podem ou não serem dissociáveis: uma função heurística, em que a análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória e aumenta a propensão à descoberta; e a função de administração de provas, em que hipóteses serão formuladas no sentido de uma confirmação sobre uma informação.

A análise dos dados nesse trabalho foi realizada em três diferentes etapas: Apresentação dos dados que foi subdividida entre acompanhamento das práticas de cuidado domiciliar e seminários e Discussão dos dados.

Na primeira etapa de análise foram enumerados os dados que emergiram do acompanhamento das práticas de cuidado domiciliar à saúde, contidos nos diários de campo, bem como das discussões realizadas nos seminários. Na Discussão dos dados foi realizada uma análise da relação existente entre os diferentes fatores observados, de modo a ampliar a compreensão da realidade observada.

Para a Apresentação e Classificação dos Dados foram utilizadas as notas de observação registradas nos diários de campo, de modo que as notas teóricas forneceram

subsídios para a Discussão dos Dados e conseqüente avaliação do Alcance dos Objetivos.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná<sup>5</sup>, assim como ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa bem como sobre os métodos de coleta de dados, concordando em participar voluntária e anonimamente do estudo.

---

<sup>5</sup> Folha de Rosto SISNEP: 070323. Protocolo da aprovação: 136/2005.

## 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

### 4.1 CLASSIFICAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

#### 4.1.1 Seminários

Inicialmente os temas dos seminários foram pré-determinados pelos pesquisadores tendo como base a necessidade de centrar as discussões nessa temática, como já citado anteriormente neste trabalho. Apresentaram a seguinte ordem e categorização:

**Quadro 1 – Categorias emergentes das discussões realizadas nos seminários**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<b>Seminário 1: <i>Conceitos da Atenção domiciliar à saúde</i></b>	Trabalho em cuidado domiciliar Aspectos da ESF no cuidado domiciliar à saúde
<b>Seminário 2: <i>Visita domiciliar</i></b>	Organização da visita domiciliar Aspectos importantes sobre visita domiciliar Temas para discussões posteriores
<b>Seminário 3: <i>Visita domiciliar a pacientes psiquiátricos</i></b>	Cuidado domiciliar e saúde mental
<b>Seminário 4: <i>Vínculo e visita domiciliar</i></b>	Pontuações sobre o estabelecimento do vínculo Pontos facilitadores do estabelecimento do vínculo Pontos dificultadores do estabelecimento do vínculo
<b>Seminário 5: <i>Facilidades do cuidado domiciliar à saúde</i></b>	Facilidades enumeradas pelo grupo profissional Facilidades discutidas na segunda fase do seminário
<b>Seminário 6: <i>Dificuldades do cuidado domiciliar à saúde</i></b>	Dificuldades enumeradas Dificuldades principais
<b>Categoria geral comum a todos os seminários</b>	Postura profissional durante o seminário

Com base na necessidade de estabelecer terminologia de consenso para as discussões realizou-se o 1º Seminário com os profissionais participantes da pesquisa intitulado: “Conceitos da Atenção domiciliar à saúde”, no qual foram estabelecidas as características e objetivos de cada vertentes da modalidade: atenção domiciliar, cuidado domiciliar, internação e visita domiciliar.

Nesse seminário os profissionais participaram ativamente apesar de não possuírem bases teóricas adequadas sobre cuidado domiciliar à saúde. Destacaram-se três categorias: *Postura profissional durante o seminário*, que está presente em todos os seminários, a qual consta observações sobre as atitudes profissionais durante os momentos de reflexão e discussão das práticas profissionais; *Trabalho em cuidado domiciliar*, em que foram agrupadas as enumerações realizadas pelos profissionais sobre características e objetivos das vertentes da atenção domiciliar à saúde, e *Aspectos da ESF no cuidado domiciliar à saúde*, na qual estão englobadas as colocações profissionais sobre as interfaces do cuidado domiciliar e da ESF que permeiam sua atuação profissional.

Nesse seminário os profissionais apresentaram-se dispostos a refletir e discutir suas práticas apesar das dificuldades em discernirem as categorias da atenção domiciliar e caracterizá-las, realizando-o apenas no conjunto geral com comparações e diferenciações no que tange ao cuidado domiciliar no âmbito da ESF.

Em continuidade ao primeiro seminário realizou-se o 2º Seminário intitulado: “*Visita Domiciliar*”, tendo em vista a maior utilização dessa categoria da atenção domiciliar na ESF, com necessidade de maiores discussões sobre sua realização. Nesse momento evidenciaram-se as seguintes categorias: *Postura profissional durante o seminário*, na qual destacou-se a maior facilidade dos profissionais para questões operacionais em detrimento das questões teóricas; *Organização da visita domiciliar*, em que foi relatado o fluxo e organização dos cuidados domiciliares, cobertura de área, vinculação e desvinculação de famílias, bem como priorização de casos e participação popular. Na categoria *Aspectos importantes sobre visita domiciliar* foram agrupados elementos da prática profissional que merecem atenção, tais como atribuições profissionais, prevenção em saúde, passividade popular, atuação profissional com relação ao vínculo, dentre outros aspectos. Ainda, foram apontados temas para as discussões sobre cuidado domiciliar em saúde, em que emergiram: Vínculo e orientação na visita domiciliar; Visita domiciliar a pacientes psiquiátricos.



O 3º Seminário realizado com os profissionais da ESF abordou “Visita domiciliar a pacientes psiquiátricos” para o qual foi convidada uma professora expert na área de saúde mental. As categorias estabelecidas abordaram questões pertinentes ao comportamento profissional durante a discussão e o cuidado domiciliar nessa especificidade de ação. Quanto à *Postura profissional durante o seminário* observou-se que os profissionais sentem-se menos à vontade para discutir suas práticas, bem como possuem dificuldades em atuar em situações emergentes nos domicílios referentes a pacientes com transtornos mentais acompanhados. Relativo à categoria de *Cuidado domiciliar e saúde mental* destacou-se a necessidade da comunicação e do vínculo já existente, além de serem pontuadas questões como a desospitalização, responsabilização das famílias nos cuidados à saúde, dentre outras.

O seminário seguinte (quarto seminário) foi referente ao “*Vínculo na visita domiciliar*”, com destaque para pontos positivos e negativos desse aspecto do cuidado domiciliar. As categorias emergentes foram: *Postura profissional durante o seminário*, em que observou-se a participação mais ativa da equipe quando há dinâmicas de interação e formação de pequenos grupos de discussão, assim como embasamento teórico posterior às discussões práticas; *Pontuações sobre o estabelecimento do vínculo* no qual os profissionais enumeraram aspectos relevantes para tal, conferindo com a literatura apresentada sobre o assunto. Com relação aos *Pontos facilitadores do estabelecimento do vínculo* foram colocadas questões de comunicação, fluxo dos serviços, rotina das famílias, ao passo que como *Pontos dificultadores do estabelecimento do vínculo* foram destacados a passividade e comodismo da população perante sua saúde e a rotatividade profissional.

No 5º Seminário realizado foram pontuadas e discutidas as “*Facilidades do cuidado domiciliar à saúde*”, na primeira etapa foram enumeradas dificuldades e facilidades do cuidado domiciliar, e na segunda discutidas as facilidades. As categorias destacadas foram: *Postura Profissional durante o seminário*, *Facilidades enumeradas pelo grupo profissional* e *Facilidades discutidas na segunda fase do seminário*. Na *Postura profissional durante o seminário* observou-se resistência médica às discussões, porém, com participação, reforçou-se a efetividade delas em pequenos grupos, a dificuldade dos profissionais em pontuarem suas facilidades e em visualizá-las como avanços conquistados, bem como na sua inter-relação com as dificuldades existentes. Na categoria *Facilidades enumeradas pelo grupo profissional* destacaram-se facilidades pertinentes ao vínculo, conhecimento da realidade de vida das pessoas, integração do

sistema de saúde, conforto para a família. Referente à categoria *Facilidades discutidas na segunda fase do seminário* foi dada ênfase nas conquistas obtidas bem como na realidade englobada em cada facilidade, na busca de visualizá-las num contexto ampliado e correlacionado.

O último seminário intitulou-se “*Dificuldades do cuidado domiciliar à saúde*”, dividido nas seguintes categorias: *Postura profissional durante seminário*, *Dificuldades enumeradas* e *Dificuldades principais*. Referente à *Postura profissional durante seminário* observou-se maior facilidade profissional em discuti-las, com ênfase na falta de infra-estrutura para o trabalho. Com relação às *Dificuldades enumeradas*, destacaram-se as referentes à estruturação dos serviços, à população atendida e ao trabalho em equipe. Nas *Dificuldades principais* os profissionais elegeram a receptividade e disponibilidade da população, nível de compreensão dos usuários e condições materiais para o cuidado domiciliar.

#### 4.1.2 Acompanhamento dos cuidados domiciliares

Durante as práticas de cuidado domiciliar observadas no estudo foram destacadas três categorias referentes ao desenvolvimento profissional na atividade: trabalho em equipe, desenvolvimento profissional no CD e estrutura de atenção à saúde. Essas categorias foram subdivididas conforme o quadro a seguir.

**Quadro 2 – Distribuição da ocorrência das categorias e subcategorias emergentes nas práticas de cuidado domiciliar à saúde relacionadas com os seminários**

CATEGORIAS	TRABALHO EM EQUIPE			DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL							ESTRUTURA DA ATENÇÃO À SAÚDE	
	NO CUIDADO DOMICILIAR											
SUB-CATEGORIAS	<i>Organização do trabalho em equipe</i>	<i>Discussões e relações na equipe profissional</i>	<i>Fatores que influenciam a atuação profissional</i>	<i>Integração cuidado domiciliar e ESF</i>	<i>Atuação profissional no contexto do domicílio</i>	<i>Organização do cuidado domiciliar</i>	<i>Reflexões sobre a atuação em cuidado domiciliar</i>	<i>Modificações das práticas de cuidado domiciliar</i>	<i>Autonomia e resolutividade profissional no CD</i>	<i>Infra-estrutura da atenção à saúde</i>	<i>Ferramentas para o trabalho em saúde</i>	
Práticas de cuidado domiciliar no momento inicial da pesquisa	X	X		X	X	X	X		X	X		
Práticas de cuidado domiciliar Após o primeiro seminário	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	
Práticas de cuidado domiciliar após o segundo seminário	X	X		X	X	X			X			
Práticas de cuidado domiciliar após o terceiro seminário	X	X	X	X	X	X	X		X			
Práticas de cuidado domiciliar após o quarto seminário		X		X	X		X	X				
Práticas de cuidado domiciliar Após o quinto seminário				X	X	X			X			

As categorias foram destacadas com base em aspectos que se evidenciaram durante a leitura dos registros de dados e constituem unidade significativa para a compreensão das práticas de cuidado domiciliar, seus problemas e possíveis avanços.

Durante a interpretação dos dados a categoria **Trabalho em equipe** foi apontada em função das observações da postura/atitude dos profissionais durante o exercício do cuidado domiciliar, nas reuniões e discussões em equipe.

O trabalho em equipe é um aspecto elementar pertinente às práticas de cuidado domiciliar de modo que configura categoria fundamental. Essa categoria foi dividida em *Organização do Trabalho em equipe, Discussões e Relações na Equipe Profissional e Fatores que Influenciam a Atuação Profissional em Equipe*. A subcategoria *Organização do Trabalho em equipe* foi destacada em vista da necessidade de visualizar o processo de trabalho da equipe multiprofissional. As *Discussões e Relações na equipe profissional* são decorrentes da interação dos profissionais no exercício cotidiano da ESF e do cuidado domiciliar. Com relação à subcategoria *Fatores que influenciam a atuação profissional* são enumerados condicionantes da prática dos profissionais no cuidado domiciliar na ESF.

Quanto às práticas profissionais no cuidado domiciliar, também foi estabelecida a categoria: **Desenvolvimento profissional no cuidado domiciliar**, que refere-se à operacionalização propriamente dita do cuidado domiciliar pelos profissionais da ESF. Ela contempla as seguintes subcategorias: *Integração do cuidado domiciliar e ESF*, que abrange questões referentes à integração dessas categorias de modo a convergir interesses e concepções, na qual uma complementa a outra; *Atuação profissional no contexto do domicílio* que abarca questões da prática cotidiana dos profissionais nessa forma de atuação; *Organização do cuidado domiciliar*, na qual estão englobadas questões referentes ao modo dos profissionais trabalharem o cuidado domiciliar na ESF; *Reflexões sobre a atuação em cuidado domiciliar*, referente às discussões sobre cuidado domiciliar na prática do mesmo; *Modificações das práticas de cuidado domiciliar*, em que observa-se os avanços dos profissionais nessas práticas; e *Autonomia e resolutividade no cuidado domiciliar*, pertinente à efetividade do cuidado prestado em domicílio.

A terceira categoria destacada a partir das observações realizadas foi denominada **Estrutura da Atenção à Saúde**, subdividida entre duas subcategorias: *Infra-estrutura da atenção à saúde* e *Ferramentas para o trabalho em saúde*. A primeira é referente à estruturação existente e ofertada para a prática profissional em saúde, em especial na ESF, ao

passo que a segunda abarca tecnologias disponíveis diretamente para o trabalho dos profissionais.

Na primeira fase de desenvolvimento da pesquisa durante a prática do cuidado domiciliar dos profissionais na ESF constatou-se a presença das seguintes categorias: **Trabalho em equipe, Desenvolvimento profissional no cuidado domiciliar e Estrutura da atenção à saúde.**

Na categoria **Trabalho em equipe** foram observadas todas as subcategorias, de modo que as observações abarcaram todos os aspectos desse trabalho. Na categoria **Desenvolvimento profissional no cuidado domiciliar** a subcategoria *Modificações das práticas de cuidado domiciliar* não foi observada tendo em vista a fase inicial de desenvolvimento do estudo, sem discussões profissionais e seminários, caracterizada pela investigação inicial do campo de pesquisa e integração dos pesquisadores com a equipe profissional. Na categoria **Estrutura da Atenção à saúde** destacou-se a subcategoria *Infra-estrutura da atenção à saúde*, sem referências às *Ferramentas para o trabalho em saúde*.

Após a realização do primeiro seminário, seguiu-se o acompanhamento das visitas domiciliares, de modo a continuar a identificação das práticas de cuidado domiciliar e buscam refletir continuamente com os profissionais sobre os problemas na atuação em cuidado domiciliar, com vista na operacionalização de avanços nessa área. As categorias destacadas nessa fase são as mesmas, de modo que as diferenças consistem na presença ou ausência das subcategorias referentes aos diversos aspectos da prática de cuidado domiciliar observada. No **Trabalho em equipe** apenas a subcategoria *Discussões e relações na equipe* foi destacada, representando o aspecto de maior evidência no momento da equipe profissional. Com relação ao **Desenvolvimento profissional no cuidado domiciliar** foram destacadas todas as subcategorias, representando sua relevância na temática em discussão, na qual os profissionais passaram a demonstrar *Modificações das práticas de cuidado domiciliar*.

Após explanar os conceitos de atenção domiciliar à saúde, em duas etapas / seminários continuou-se o acompanhamento do cuidado domiciliar realizado pelos profissionais da ESF, com vista na continuidade da identificação e discussão de problemas das práticas de cuidado domiciliar à saúde. As categorias destacadas foram: **Trabalho em equipe, Desenvolvimento profissional no cuidado domiciliar e Estrutura da atenção à saúde.** Nesse momento o trabalho em equipe continuou a representar parte das práticas profissionais de forma relevante com destaque das subcategorias *Organização do trabalho em equipe* e *Discussões e relações na equipe*; ao passo que no **Desenvolvimento profissional no cuidado domiciliar**, não foi observada a presença das subcategorias *Reflexões sobre a atuação em cuidado domiciliar*,

*Modificações das práticas de cuidado domiciliar e Autonomia e resolutividade no cuidado domiciliar*, o que reflete importante aspecto do momento da pesquisa, uma vez que as reflexões e modificações precisam ser contínuas, refletindo na autonomia e resolutividade profissional. Na **Estrutura da Atenção à saúde** a *Infra-estrutura da atenção à saúde* apresentou destaque novamente, reforçando a amplitude e relevância das condições estruturais para o desenvolvimento do cuidado domiciliar.

Após três seminários/discussões sobre o cuidado domiciliar na prática cotidiana profissional, prosseguiu o acompanhamento do cuidado domiciliar realizado na ESF. Nesse momento emergiram as seguintes categorias na realização do cuidado domiciliar: **Trabalho em equipe** e **Desenvolvimento profissional no cuidado domiciliar**. No trabalho em equipe as três subcategorias foram observadas, e no Desenvolvimento profissional no cuidado domiciliar também, representando maior amplitude das práticas de modo a serem observados todos os aspectos relevantes da pesquisa.

Na fase seguinte de desenvolvimento da pesquisa houveram poucas observações referentes ao **Trabalho em equipe**, apenas pertinentes às Discussões e relações na equipe, categoria que se destacou em todos os momentos, demonstrando importante aspecto desse trabalho. Não houveram referências quanto à estrutura da atenção à saúde. No **Desenvolvimento profissional no cuidado domiciliar**, as subcategorias de Autonomia e Resolutividade no cuidado domiciliar e Organização do cuidado domiciliar não foram evidenciadas. Houve destaque para as subcategorias *Reflexões sobre a atuação em cuidado domiciliar e, Modificações das práticas de cuidado domiciliar*, porém, não por avanços obtidos, mas pela dificuldade profissional em participar e/ou realizá-las.

Após a discussão sobre facilidades e enumeração das dificuldades no exercício do cuidado domiciliar realizou-se seu último acompanhamento. Nessa fase tornou-se interessante a inexistência de observações sobre *Modificações nas práticas de cuidado domiciliar*, tendo em vista a repetição existente até o momento das tentativas de planejamento, bem como todas as discussões já realizadas sobre o cuidado domiciliar na ESF. Contudo, ressalta-se que esse período de acompanhamento foi bastante breve, e, desse modo, somente foram observadas questões referentes à categoria do **Desenvolvimento Profissional no cuidado domiciliar**. As subcategorias destacadas no momento foram: *Integração do cuidado domiciliar e ESF, Atuação profissional no contexto do domicílio, Organização do cuidado domiciliar, e Autonomia e resolutividade no cuidado domiciliar*.

## 4.2 DISCUSSÃO DOS DADOS

Esta seção do trabalho destina-se a discutir o conteúdo das categorias e subcategorias que emergiram durante o acompanhamento e discussão das práticas de cuidado domiciliar.

Com relação à categoria **Trabalho em equipe** há a presença de diferentes subcategorias. Na *Organização do trabalho em equipe* observou-se a necessidade de um líder que coordene as ações componentes da equipe, de modo a convergir os interesses e/ou atenções para as atividades profissionais. Nas U.S. da ESF de Curitiba há um profissional que ocupa o cargo de gerente da U.S. – denominado Autoridade Sanitária Local (ASL). No momento do estudo, esse gerente exercia também forte papel de líder da equipe, havendo uma liderança formal, tendo em vista sua posição hierárquica. Ele busca salientar a importância da discussão e reflexão sobre assuntos pertinentes à prática profissional, existe respeito às diferentes colocações e formações, com ações diretivas e práticas. Em diferentes momentos houveram também outros líderes, que assumiam a coordenação das discussões ou relações profissionais, variando de acordo com o contexto.

Na *Organização do trabalho em equipe* outro ponto que merece destaque: a integração dos membros e sua posição de paridade na equipe. Há profissionais que socialmente são elencados como “superiores” na relação profissional, de forma que observei que sua atenção/presença é melhor reconhecida pela população ou mesmo pelos próprios colegas. Uma outra ruptura existente na organização do trabalho em equipe é a dificuldade de integrar igualmente as diferentes categorias que a compõem. Há maiores restrições no que se refere à equipe de odontologia, devido às peculiaridades de suas atividades ou mesmo decorrente da dificuldade no discernimento de um mesmo foco de atuação: o ser humano e a integralidade das ações de assistência à saúde.

Com relação à atuação dos profissionais da área odontológica no cuidado domiciliar é necessário ressaltar que não apresentam trabalho de características semelhantes aos da enfermagem e médico, e assim, a periodicidade de sua assistência não é igual. A realização de cuidados domiciliares pela equipe de odontologia visa a avaliação da saúde bucal das famílias, orientações e acompanhamento.

O fato da odontologia não estar presente desde o início da ESF acarreta prejuízos no processo de integralização dos profissionais co-relacionados (BALDANI et al., 2005). A odontologia na ESF é regulamentada pelas portarias nº 1.444, de 28/12/2000 e 267, de 29/09/2001 e a atuação da equipe odontológica é limitada, focalizada, na maioria das vezes, no atendimento clínico ambulatorial básico; de modo que para concretizar a inserção da

Odontologia na ESF, é preciso respeitar os princípios do SUS na construção de práticas diferenciadas (OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

O trabalho em equipe tem como princípio básico a integração profissional que visa a convergência de suas ações e consolidação das práticas, e a partir de sua ocorrência as limitações de atuação de cada categoria ficam evidentes, de modo que a igualdade de posições é inerente a esse processo. Quando há integração e conseqüente paridade de cargos na equipe de ESF, as ações e papéis profissionais passam a ser melhor definidos, há respeito e autoridade profissional, o que contribui para a efetivação da atenção, em especial o cuidado domiciliar à saúde, no qual cada categoria profissional é fundamental nos diferentes momentos vivenciados pela família atendida.

O trabalho em equipe pressupõe o interesse genuíno de atingir o objetivo comum dos integrantes, proporcionar relações de respeito e integridade, com bem-estar, conforto, boas condições de trabalho e esclarecimento. Cada qual na equipe deve ter consciência da sua importância e da importância de seu trabalho para o alcance do resultado final almejado com competência interpessoal.

Ao executar ações comuns os profissionais integram saberes provenientes de distintos campos como recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos e outros; convivendo com as diferenças, o que requer a articulação plena das ações, a ampla interação comunicativa dos agentes e a superação do isolamento dos saberes (PEDUZZI, 2001). À medida que o trabalho em equipe é construído, efetivamente, na relação intrínseca entre trabalho e interação, quanto mais próximo o estatuto de sujeito ético-social dos agentes, maiores as possibilidades de eles interagirem na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho (PEDUZZI, 2001).

Numa equipe, o foco do trabalho é o esforço coletivo dos integrantes na busca de alcance de objetivos e metas comuns a todos, existindo confiança, respeito, cooperação e comunicação, integrando os trabalhos para uma ação coletiva (ABREU et al., 2005). Uma equipe profissional é a base de um bom trabalho, principalmente em se tratando da estratégia de saúde da família. É na equipe que os profissionais interagem, constroem práticas ricas e resolutivas, se defendem e consolidam seus interesses, mas sempre abertos às mudanças.

O pleno exercício no cuidado domiciliar requer essa integração profissional, mas na prática observou-se relativa e substancial dificuldade na equipe de ESF, que prevê troca de informações, com otimização de tempo e RH, na qual a atuação dos diferentes profissionais é complementar e efetiva.



A dificuldade de integração do trabalho na ESF provém do fato que as práticas dos profissionais de saúde se dão num contexto diferenciado, de tentativa de reversão de modelos de saúde. No entanto, continuam reproduzindo o trabalho médico-centrado predominante, tanto na atuação institucional quanto nos domicílios, o que representa importante e geral dificuldade de modificação das práticas. De acordo com Franco e Mehry (2006) ainda que o trabalho seja voltado para as práticas multiprofissionais, não ocorre atualmente a ruptura da prática profissional médico-centrada, hegemônica; definindo o perfil da assistência desejada sem, contudo, trabalhar nos microprocessos do trabalho, as atividades cotidianas de cada categoria profissional.

Observou-se a necessidade de melhor definição das atribuições da equipe na ESF, pois existe dificuldade dos profissionais em coordenar suas ações, bem como padronizá-las. As diferenças e divergências nas atitudes geram trabalho desorganizado e muitas vezes não correspondente e com bases nos princípios do SUS. Essa despadronização faz com que as ações em saúde muitas vezes não sejam eficazes e efetivas, ou, ainda, discordantes no que tange à igualdade e equidade no atendimento à saúde. Isso porque ações despadronizadas geram diferenças de atendimento à população, quando muitas vezes uma parcela desta recebe maiores cuidados a sua saúde, de modo que exista desigualdade na atenção e que a equidade seja excluída da prática profissional, passando a uma relação de proximidade.

Atualmente, a falta de qualificação e clareza sobre os papéis profissionais no cuidado domiciliar à saúde podem comprometer a assistência, e dificultar a atuação tanto do profissional como da equipe, considerando que ele é impar e deve se sentir preparado tecnicamente, emocionalmente, ter clareza de objetivo para sua atuação (MARTINS, 2006).

Quanto às *Discussões e Relações na equipe profissional* observou-se grande entendimento e união na equipe de saúde, com liberdade de expressão, respeito e discussão sobre os aspectos da atuação profissional levantados. Existe valorização da ética e das reflexões por parte do líder da equipe, que também valoriza momentos de discussão e integração, e busca tanto o respeito mútuo dos profissionais, como a manutenção de postura ética entre todos em sua prática. Existem também dificuldades pontuais no relacionamento da equipe, em especial durante algumas discussões, que interferem na efetivação do trabalho integrado, de modo que a busca pelo mesmo gera conflitos que são intermediados pelo líder. O trabalho em equipe com discussões pressupõe enriquecimento das práticas, com plena integração e interesse genuíno dos integrantes em atingir um mesmo objetivo, cada qual sob seu prisma e especificidade de participação. Isso também se refere ao conhecimento das

atribuições profissionais da ESF e formação adequada a esse trabalho, para o qual há dificuldades dos profissionais.

Observou-se, ainda, nas discussões da equipe profissional a necessidade de constante motivação/estimulação para discussão das práticas em relação às modificações. Há, ainda, resistência às mudanças por exigirem de imediato maior dedicação, tempo e disposição para tal.

Referente ao **Trabalho em equipe**, na subcategoria: *Fatores que influenciam a atuação profissional* está presente um aspecto que exerce grande influência sobre a atuação profissional que é a produtividade de ações em saúde, aspecto que ocupa os profissionais de modo que há uma intensificação da assistência em busca do quantitativo de atendimentos, o que muitas vezes prejudica a qualidade dessa.

Na lógica da produção de procedimentos, eles passam a ser a finalidade última do trabalho e, assim, configura um modelo que é contraditório com a missão do próprio SUS: *o cuidado*. As ações de saúde centradas na lógica da produção do cuidado traduzem-se no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário (MATUMOTO et al., 2005).

No modelo atual de atenção à saúde o principal compromisso ao profissional está baseado na produção de procedimentos, e deixa em plano secundário, o atendimento às necessidades dos usuários, restringindo a assistência à saúde a consultas e exames (FRANCO; MEHRY, 2006). Essa produtividade merece atenção quanto se trata de cuidado domiciliar, uma vez que cada contexto/realidade exige disposição e tempo para efetivá-lo de modo integral ao paciente e à família.

O cuidado domiciliar à saúde deve ser realizado com inserção e permanência dos profissionais no domicílio, de acordo com as situações e necessidades emergentes, sem tempo pré-determinado para cada momento da equipe profissional no lar. Além disso, esse cuidado visa consolidar práticas diferenciadas de saúde, e o período que a família recebe o cuidado no domicílio também deve ser apropriado às necessidades dela, não tendo bases na produção de atendimentos, tampouco excedendo quando não há mais necessidade ou prioridade.

Outros fatores observados que também influenciam as atividades cotidianas dos profissionais são a normatização e vigilância. A equipe atua e se organiza melhor quando há rotinas e protocolos, bem como reflete e pontua melhorias em suas práticas quando se aliam à vigilância sanitária. A existência de rotinas e protocolos no cotidiano prático dos profissionais faz com que aconteçam momentos de retorno e busca dessas rotinas, reiniciando práticas que se perdem ou modificam com o tempo, com retomadas e pequenas discussões periódicas das

práticas. A vigilância sanitária tende a contribuir com esse processo, tendo em vista que as visitas realizadas induzem os profissionais a reavaliarem em conjunto suas ações e adequarem às normas existentes.

Com relação às práticas profissionais no cuidado domiciliar, também foi estabelecida a categoria: **Desenvolvimento profissional no cuidado domiciliar**, que refere-se a sua operacionalização pelos profissionais da ESF. Ela contempla as seguintes subcategorias: *Integração do cuidado domiciliar e ESF, Atuação profissional no contexto do domicílio, Organização do cuidado domiciliar, Reflexões sobre a atuação em cuidado domiciliar, Modificações na atuação em cuidado domiciliar, Autonomia e resolutividade no cuidado domiciliar.*

A *Integração do cuidado domiciliar e ESF* abrange diferentes vertentes da atenção à saúde, para as quais os profissionais precisam agir de acordo com seus objetivos, convergindo-as para efetivar sua integração e complementaridade. O cuidado domiciliar em conjunto com a ESF favorece a prática de assistência à saúde da população, na medida em que os princípios da ESF são incorporados ao cuidado e alguns de seus fundamentos são integrados à saúde da família. Nessa associação esse cuidado assume algumas características diferenciadas daquele desenvolvido por serviços terceirizados ou rede hospitalar, tendo em vista que trabalhar com diferentes categorias da atenção domiciliar à saúde e, conseqüentemente, diferentes abordagens dos pacientes e familiares, na qual a categoria do cuidado domiciliar e visita domiciliar à saúde são mais utilizados.

Sabe-se que o cuidado domiciliar trabalha com a peculiaridade/especificidade individual de cada família e contexto domiciliar que constituem sistema muito particular. No entanto, quando partilham uma mesma realidade social, passa-se a destacar a relevância da modalidade da atenção domiciliar à saúde quando as políticas de saúde são destinadas e pertinentes a realidade do local em que se aplicam.

A categoria do cuidado domiciliar que engloba visita domiciliar e internação domiciliar passa a complementar e atuar na realidade estabelecida por essas políticas, favorecendo ou não a atuação profissional integrada e ampliada nos domicílios.

A *Integração do cuidado domiciliar e ESF* subentende a cobertura da área de abrangência no que tange às questões de saúde, o que inclui o cuidado domiciliar à saúde necessário. Isso facilita a compreensão da dimensão social que as famílias atendidas em domicílio inserem-se, de modo que possuem algumas características gerais comuns da realidade social.

Cada equipe profissional de ESF é composta por 10 a 12 profissionais, sendo 1 médico, 1 enfermeira, 4 auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde para cada 800 a 1000 famílias (BRASIL, 2006). Isso implica em certa restrição quanto ao número de atendimentos domiciliares, requer planejamento com critérios de inclusão, exclusão e alta bem estabelecidos.

Um aspecto fundamental na integração do cuidado domiciliar e ESF é sua finalidade e a maneira como é desenvolvido, porquanto é inserido na ESF como forma de aproximação do profissional das famílias, compreensão de sua realidade individual e social e integralização da assistência à saúde. Assim como a ESF, o cuidado domiciliar está na interface de um sistema curativo de atenção à saúde e de um sistema preventivo e de promoção da mesma, de modo que precisa ser exercido nessas duas abordagens com indivíduos e famílias já acometidos por problemas biossociais, assim como com aqueles que apresentam risco potencial para problemas de saúde, visando preveni-los e promover saúde.

Em virtude dos subsídios ofertados aos profissionais para a prática do cuidado domiciliar na ESF, é necessário priorizar os casos para o cuidado domiciliar, uma vez que é prestado a pacientes e famílias com riscos para a saúde ou agravos já existentes.

A integração do cuidado domiciliar e ESF gera conflitos referentes à compreensão dos deveres profissionais na visão de gestores e população, porquanto a compreensão dessas modalidades de atenção diferem para eles. Existem duas formas de enfrentamento diante da possibilidade do cuidado domiciliar: há pessoas que percebem-no como um favor prestado pelos profissionais e há pessoas, que devido à dificuldade de compreensão da finalidade e objetivo desse cuidado, se isentam da responsabilidade sobre sua saúde, requerendo o cuidado domiciliar e exigindo-o, muitas vezes, sem indicação e necessidade. Contudo, também os profissionais possuem dificuldade em objetivar o cuidado domiciliar à saúde em sua prática cotidiana, integrando-o à ESF. Existem casos que o cuidado domiciliar é prestado a famílias que possuem estrutura e condições para buscar sua autonomia nos cuidados à saúde, e recebem assistência de forma paternalista e protetora dos profissionais em seu domicílio. Isso ocorre muitas vezes pela dificuldade de desvinculação da família pelos profissionais, que ao se emanciparem em suas condições de saúde ainda continuam a recebê-lo.

Em situações de risco social e de saúde, nas quais o cuidado domiciliar é emancipatório, os profissionais possuem muitas limitações e dificuldades em atuar com postura autônoma, de modo que esse cuidado passa a ser pouco objetivo, com baixa resolutividade. Isso ocorre porque esses casos não possibilitam a realização de um diagnóstico ou procedimentos, de modo que o cuidado passa a exigir competências de relação,

conhecimento e atuação mais amplos e contextualizados à realidade social. Ainda, quando o cuidado domiciliar é prestado a pacientes e famílias com alterações já instaladas, muitas vezes em caráter paliativo ou terapêutico, existem dificuldades na sua objetividade, pouca dedicação às necessidades que emergem dos contextos domiciliares, ausência de abordagem das famílias, e conseqüentemente, pouca efetividade.

De acordo com REHEM e TRAD (2005), cabe indagar se o acompanhamento sistemático à família é restrito a situações concretas de adoecimento no domicílio, envolve acompanhamento de riscos, e refere-se ao indivíduo ou à família, de modo a distinguir uma proposta de cuidado domiciliar de uma assistência mais ampla que se inscreveria no contexto de uma atenção domiciliar, para a qual considero ser necessária maior integração social.

As dualidades existentes no cuidado domiciliar na ESF posicionam o profissional numa atuação ambígua, o que dificulta a padronização da prática de acordo com critérios bem estabelecidos. Observa-se também que várias vezes poucas visitas domiciliares são realizadas nos momentos destinados a elas e para pacientes e famílias que muitas vezes podem procurar os serviços de saúde. No entanto, a ESF destaca o cuidado domiciliar para a sociedade com vista na promoção e prevenção da saúde. Mas também é realizado no âmbito curativo e/ou paliativo para recuperar ou reabilitar a saúde, atendendo o princípio da integralidade da atenção à saúde.

Há dificuldade profissional no que diz respeito ao exercício do cuidado domiciliar de acordo com a proposta emancipatória de saúde da ESF. Um primeiro aspecto que se destaca na prática dos profissionais é o cuidado individualizado desenvolvido no domicílio, no qual a ênfase é dada para alterações de saúde já existentes ou risco eminente para tal. Nesse sentido há déficit no cuidado domiciliar realizado no âmbito da família bem como em sua emancipação. A atuação profissional é limitada a indivíduos e há dificuldades na ampliação das ações para toda a família, mesmo compreendendo que se insere numa comunidade, correspondendo à proposta da ESF.

Ainda que exista a convivência familiar gerada por meio do cuidado individualizado no domicílio, os demais membros da família não são contemplados com um cuidado dirigido à sua saúde, porquanto o trabalho profissional é realizado no âmbito particular, de acordo com o modelo clínico de atenção, que é focado em problemas ou queixas apresentadas, e não se estende aos familiares (KERBER, 2007). Se os profissionais tivessem uma visão ampla do processo, mesmo que a finalidade imediata tenha sido avaliar um paciente acometido por uma doença, ao dar início ao atendimento poderiam extrapolar a visão inicial e estender a atenção

para os demais componentes do agrupamento familiar, de acordo com as diretrizes da ESF e do cuidado domiciliar (KERBER, 2007).

A família vem se mantendo ao longo da história como instituição social com ampla capacidade de adaptação e resistência, com valorização positiva da sociedade e daqueles que a integram (RIBEIRO, 2004). É responsável por promover a saúde e o bem-estar de seus integrantes, desempenhando atividades de proteção, segurança, cuidados; contudo em alguns momentos é surpreendida e necessita de cuidados para seu enfrentamento (SOUZA; RODRIGUES; BARROSO, 2000).

Os profissionais da ESF compreendem a família sob diferentes enfoques: como eixo estruturante da vida das pessoas, como unidade de cuidados da pessoa, como entidade inserida numa realidade socioeconômica, dentre outros. É possível observar que algumas posturas tradicionais são mantidas, como a de considerar a família na sua formação tradicional e nuclear (pai, mãe e filhos), e tratá-la como agente passivo perante os cuidados de saúde (GIACOMOZZI, 2005). Para a autora, nessa prática a família é importante para ao trabalho dos profissionais, que devem perceber suas peculiaridades sem subestimar sua importância e potencialidade nos cuidados à própria saúde, colocando-a como co-participante.

Nas práticas de cuidado domiciliar há mínima promoção da autonomia das famílias em seus cuidados à saúde, as quais pouco responsabilizam-se ou são responsabilizados pela saúde de seus membros. Isso, em parte, se deve à cultura popular na qual o auto-cuidado não constitui prática comum e é delegada aos profissionais a responsabilidade pela saúde dos indivíduos, famílias e população. A cultura popular favorece esse quadro tendo em vista a postura paternalista da equipe, hierarquizada e de detenção do poder sobre a população.

Ao responsabilizar a família por seus cuidados à saúde, o profissional, além de assegurar sua participação na definição e no planejamento da assistência, passa a instrumentalizá-la para tomar decisões relacionadas à vida e saúde de seus membros; o que envolve informação, discussão e negociação sobre aspectos diagnosticados que interferem no seu processo de saúde (GOULART, citado por OLIVEIRA; MARCON, 2006). No entanto, não se pode dissociar a responsabilização da família da pertencente ao estado, que possui deveres relacionados à promoção da saúde no nível de sua competência, de modo a não sobrecarregá-la e transferir a ela esse ônus enviando o paciente para o domicílio sem sustentar as necessidades que lhe cabem (MARTINS, 2006).

O cuidado domiciliar na ESF tem sido confundido e caracterizado como a busca de famílias de risco que não comparecem às ações do U.S. – a busca ativa. Esta é uma forma de atuar junto à comunidade, ir aos domicílios, visando modificar o panorama epidemiológico da

população por meio da investigação de ausências nas consultas médicas, aumento da adesão às ações dos programas de saúde, dentre outros. O que ocorre é que a distorção do conceito de busca ativa e cuidado domiciliar, que apesar de diferirem são abordados como sinônimos pelos profissionais.

Um fator essencial para a atuação no cuidado domiciliar na ESF é sua diferenciação da busca ativa. Esta é uma forma de vigilância à saúde, executada principalmente pelo agente comunitário de saúde, trabalhada na estratégia, porém, não configura nenhuma categoria da atenção domiciliar à saúde. O cuidado domiciliar é trabalhado na lógica de promoção e prevenção na saúde, se estendendo ao atendimento das necessidades do paciente e família, podendo configurar até internação domiciliar, co-responsabilizando a família nos cuidados à saúde. É mais amplo e complexo, envolve determinação social da doença, requer preparo profissional e estrutura do serviço para sua plena realização.

O cuidado domiciliar na estratégia é vinculado à U.S., no qual se associa cuidado à comunidade em seu local de moradia e atuação institucionalizada, visando atendimento integral à saúde da família. Contudo, ele tem sido destinado às famílias que não buscam os serviços de saúde institucionais e existe dificuldade na integração destes com encaminhamentos quando necessário. Isso decorre de diferentes fatores, dos quais um muito importante é a falta de integração e resolutividade dos profissionais, que realizam o cuidado domiciliar de maneira isolada, sem atuação em equipe e com uso das redes de apoio. Ainda, há pouco reconhecimento da dimensão social do adoecimento, o que restringe a prática profissional em cuidado domiciliar na ESF ao domicílio propriamente dito, atrelado ao indivíduo, sem integração e atuação intersetorial.

Um ponto muito importante que também interfere nessa prática é a realização das ações programáticas para as quais os profissionais diversas vezes realizam busca ativa e confundem como cuidado domiciliar, o que muitas vezes empobrece na compreensão da população e dos profissionais.

As ações programáticas em saúde buscam com base em prioridades combinar tecnologias e intervenções de caráter clínico-epidemiológicas calçadas em medidas de impacto, eficácia, efetividade e eficiência comprovadas, e são a parte mais visível do trabalho das unidades de saúde (CAMPOS, 2003). É inegável terem alcançado progressos, contudo, a opção feita por operá-las tomando por base as especialidades de cada área acarretou na fragmentação do trabalho desenvolvido nas unidades de saúde, bem como exigem apoio necessário à sua continuidade, com atuação intersetorial (CAMPOS, 2003). Assim são

importantes para a atuação profissional, mas não podem interferir no cuidado domiciliar à saúde.

De forma muito relevante existe a dificuldade no estabelecimento das atribuições profissionais na equipe, porquanto muitas vezes são permutadas e requerem o dobro de ações profissionais, gerando confusão de papéis, utilização inadequada de mão de obra/especificidade disponível.

Na *Atuação profissional no contexto do domicílio* observou-se determinadas restrições nas práticas realizadas que podem ser decorrentes das características da formação profissional, bem como das questões que permeiam a prática profissional na ESF, como produtividade e cobertura da área.

A formação profissional atual não abarca de forma abrangente essas práticas de saúde e sociedade, possuindo ainda caráter biologicista e curativo, de modo que os profissionais não tem subsídios teóricos e práticos adequados para tal. Isso prejudica seu comprometimento com o cuidado domiciliar, bem como a prática autônoma e resolutiva. Deve possibilitar práticas integrais à saúde, pois a fragmentação instituída entre os diversos aspectos que compõem a formação integral atingiu dimensão tal, a ponto de motivar a discussão sobre a necessidade da adoção de estratégias que promovam maior coerência entre o que se ensina e o que é prevalente e relevante no dia-a-dia da assistência às necessidades e demandas das pessoas e das comunidades (ALVES, 2005).

Em pesquisa realizada com profissionais da ESF de Curitiba-PR observou-se que a prática do cuidado domiciliar à saúde tem ocorrido em unidade de saúde da família pesquisada de forma pouco refletida tanto pelos profissionais que possuem grande dificuldade em compreender as dimensões e abrangência dessa assistência, conceituando-a superficialmente, como na realização de técnicas e procedimentos de saúde num local diferente. Os profissionais reconhecem sua importância, mas têm dificuldade de realizar uma avaliação crítica, persuasiva e coerente que possibilite adequação ou implementação de outras (GIACOMOZZI, 2005).

Além da formação profissional, a própria ESF que integra o cuidado domiciliar busca profissionais com perfil para essa atuação, com facilidade e formação para o trabalho conjunto, inserido na sociedade com compreensão multidimensional da saúde, porém, não subsidia os profissionais para todas as práticas e objetivos propostos. Contudo, se reconhece uma amplitude maior que o perfil e formação profissional para a estratégia. Devem existir subsídios para o pleno exercício do cuidado domiciliar na ESF pelos profissionais, pois este na atenção básica engloba ações dos diferentes profissionais, de acordo com as necessidades



que emergem das situações e contextos domiciliares. Ele visa o atendimento integral às suas necessidades, de modo a tratar problemas de saúde ou seus fatores de influência já instalados e/ou promover conotações de saúde e prevenir doenças. Contudo, além da dificuldade de integração profissional existem casos que extrapolam problemas de saúde propriamente ditos.

Os profissionais possuem limitações quanto à compreensão da dimensão social do adoecimento e integralidade da atenção, bem como na atuação em famílias com risco social. A atuação profissional observada, nesse caso, restringe-se à tentativa de compreender a dinâmica da família, o que muitas vezes pode limitar-se a esclarecimentos de sua impotência perante a situação, ou ainda, de julgamentos sobre a família.

A integralidade vai além da estrutura organizacional da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva do sistema, requisita o compromisso com a aprendizagem contínua e com a prática multiprofissional, no qual processo o usuário é percebido como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere (MACHADO et al., 2007).

A dimensão social do adoecimento extrapola a atuação profissional de saúde individualizada, requer atuação intersetorial para envolver a família nos cuidados à sua saúde, para torná-la ativamente autônoma nesse processo.

Outros aspectos relevantes na atuação profissional em cuidado domiciliar na ESF são as orientações em saúde e cuidado ao cuidador. Com relação ao cuidado ao cuidador, há dificuldade dos profissionais em realizá-lo, visto que o cuidado domiciliar na ESF está direcionado para o indivíduo e centrado na pessoa doente, nesse sentido a família é apenas colaboradora nos cuidados.

O cuidado ao cuidador é fundamental para a saúde da família, no qual há prevenção de doenças relacionadas à esse membro e redução do risco de agravos do indivíduo por ele cuidado, bem como de todo o equilíbrio do sistema familiar. Isso significa que cuidar do cuidador é compreendê-lo como elemento estrutural familiar e essencial para o desenvolvimento do cuidado domiciliar e da harmonia familiar. O cuidador é o familiar ou outra pessoa cuja relação com o ser cuidado é menos que contratual, envolve afeto e dedicação, numa relação significativa que, contudo, pode sobrecarregá-lo (COSTENARO; LACERDA, 2002). Ele é o membro da família que se dedica à efetivação do cuidado domiciliar ao membro doente, participa das decisões, propicia e facilita a interação dos profissionais com o indivíduo e o restante da família, realiza cuidados, recebe orientações e fornece informações sobre o quadro clínico do paciente e familiares. De acordo com Martins

(2006) o cuidador por meio de suas tarefas tenta auxiliar o indivíduo em sua qualidade de vida, podendo se encontrar também em situação de fragilidade e necessitar suporte profissional.

Para tal, um ponto essencial da prática em cuidado domiciliar na estratégia é a educação em saúde, porquanto possibilita a promoção da saúde da família, de modo a auxiliá-la nesse processo, em especial, quando existe um cuidador familiar e constitui meio de concretização das ações profissionais, realização dos cuidados pelos familiares, implementação de ações, compreensão dos sistemas próprios de saúde e participação ativa da família nesse processo, sendo adequada às necessidades existentes, interesses, nível de compreensão e cultura.

Observou-se que a educação em saúde, de maneira geral, na prática do cuidado domiciliar na ESF se dá de maneira falha, superficial, descontextualizada e divergente das necessidades do paciente e família. Quando destinada ao cuidador são referentes aos cuidados do familiar, sem que o primeiro receba cuidado adequado.

Em virtude da formação profissional existe essa barreira na educação e promoção da saúde, inserção no domicílio, desenvolvimento do cuidado domiciliar e cuidado ao cuidador. Há dificuldade por parte dos profissionais na educação em saúde realizada no cuidado domiciliar, considerando três fatores: tempo do cuidado domiciliar (produtividade/quantidade), vínculo, e adequação e postura profissional. No que se refere à disponibilidade de tempo para o cuidado domiciliar, devido à exigência do sistema de cobertura de área, pouco tempo é destinado a essas orientações que muitas vezes são densas, o que dificulta a compreensão dos usuários. Os profissionais, também, em sua postura, devido às características de sua formação, em diversos momentos, ao realizarem orientações, colocam-se como detentores do conhecimento e possuem dificuldade em visualizar o contexto domiciliar e social da família, desapropriando-a de seus conhecimentos e possibilidades, fornecendo muitas informações e determinando hábitos saudáveis com pouca flexibilidade.

Observou-se e corrobora-se com Oliveira e Marcon (2006) que a educação em saúde concebida pelos profissionais é tradicional, há o repasse do saber verticalmente, para o usuário que, passivo, deve modificar seu comportamento de acordo com o que é recomendado; sendo o conteúdo das orientações são de caráter curativo, baseado em comportamento adequado, e relacionado ao uso correto da medicação. Nas visitas domiciliares à saúde as orientações são dirigidas ao paciente ou ao cuidador e de forma verticalizada, não valorizando a participação e a troca de saberes. No entanto cabe ressaltar

que o papel do profissional de saúde da ESF é criar condições e estimular a participação dos usuários nos processos educativos, assim como no planejamento e na avaliação da assistência.

Nesse sentido, o vínculo dos profissionais e da família tende a contribuir, pois há melhor conhecimento entre os envolvidos, e os profissionais possuem diferentes oportunidades de realizar as orientações, adequá-las à realidade de vida, cultura e nível de compreensão da família, buscando aprofundá-las em outros momentos. Isso possibilita melhor entendimento e adesão à educação realizada.

Por vezes, a educação em saúde ainda ocorre no portão das residências, local em que o cuidado domiciliar é realizado eventualmente. Há um contraponto nessa dificuldade que se refere à receptividade da família e à capacidade de estabelecimento de vínculo do profissional, de modo que ambos influenciam essa situação. Essa dificuldade em adentrar no domicílio é um aspecto muito relevante da atuação profissional neste contexto, uma vez que não contempla sua avaliação, a avaliação clínica quando necessária, a adequação das informações e orientações e o respeito à privacidade do atendimento.

A avaliação do contexto domiciliar é primordial para que o cuidado domiciliar se estabeleça, é concomitante ao estabelecimento do vínculo e se dá continuidade durante os cuidados prestados. Ele é rico em informações e apresenta inúmeros problemas que não pertencem somente à alçada de um profissional. Assim, a atuação conjunta e com articulação profissional é necessária.

Os diferentes contextos domiciliares são trabalhados por meio do reconhecimento das diferenças existentes nas famílias, considerando sua dinamicidade e espaço relacional. Os profissionais ao trabalharem nestes diferentes contextos consideram as condições do viver em família e receber atendimento à saúde domiciliar, buscando manter postura ética profissional, se relacionar, observar todo o contexto familiar, e adequar as práticas de acordo com as necessidades de cada local, estabelecendo vínculos (GIACOMOZZI, 2005).

Durante a inserção no contexto domiciliar, os profissionais, em alguns momentos, principalmente a enfermeira, oportunizam a avaliação clínica no domicílio, de maneira direta e indireta, aproveitando as observações clínicas para fazer perguntas e reforçar orientações pertinentes à saúde dos indivíduos.

A avaliação clínica em domicílio é muito importante quando o cuidado domiciliar se estabelece em família com indivíduos acometidos por alguma alteração de saúde ou com potencial para tal. Está associada a orientações e educação em saúde, uma vez que permite visualizar problemas potenciais e buscar saná-los com antecedência e de forma preventiva. Pode ser trabalhada tanto no âmbito preventivo quanto no curativo do cuidado domiciliar,

associando-os. Com ela é possível prevenir agravos de saúde e/ou avaliar e dar assistência a alterações de saúde que se evidenciam. Essa atuação é muito importante no cuidado domiciliar, sendo requisito para essa prática profissional.

Observou-se também a dificuldade profissional em hierarquizar/sistematizar o cuidado domiciliar, quando cada profissional desenvolve ações com as famílias de acordo com sua capacitação, delegando quando necessário ou solicitando a assistência de outro profissional. Durante a atuação da equipe profissional percebe-se a dificuldade de objetivar o cuidado prestado, o que ocasiona baixo aproveitamento dos períodos de cuidado domiciliar, para avaliar contexto domiciliar e famílias, educar e promover saúde, bem como realizar avaliações clínicas dos pacientes e cuidar do cuidador familiar e da família como um único sistema interdependente, os quais são considerados meios de comunicação e informação e não alvo de cuidados.

A atuação no domicílio diferencia-se primordialmente pelo ambiente de trabalho, local de vida da pessoa atendida, no qual o profissional se coloca para realizar ações de saúde, seja de promoção, prevenção, recuperação ou reabilitação. Para entrar no domicílio, integrar a vida dos habitantes ali existentes e efetivar os cuidados à saúde, o profissional precisa interagir e estabelecer vínculo com a família. Este propicia maior integração dos interesses dos profissionais e das famílias, em que há respeito pela cultura popular e adequação das ações em saúde. Os profissionais atuam junto às famílias e buscam resolutividade nas ações de saúde, muitas vezes demonstrando preocupação.

Na relação de cuidado profissional o vínculo profissional-paciente-família se estabelece e se fortalece. Ele também influencia os resultados da atenção médica, pois ambos concordam sobre a natureza do problema. (STARFIELD, 2002). O “vínculo é uma diretriz dos modelos de assistência, usado como ferramenta na consolidação de referências nos profissionais e sua responsabilização para uma determinada parcela da população usuária de seus serviços de saúde” (FRANCO; MEHRY, 2006, pg 102).

No cuidado domiciliar ele deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (SCHMIDT; LIMA, 2004). O vínculo é estabelecido no cuidado domiciliar com o tempo, o respeito e postura dos profissionais no domicílio e contribui para todas as ações em que há compromisso e confiança. Contudo, o estabelecimento do vínculo não é algo fácil, dependendo tanto do profissional quanto da população. Quanto à população, ele depende da abertura que apresentam para receberem os

profissionais em seus domicílios, da disposição para agirem e interagirem entre si, visando melhorar sua saúde, da concepção e compreensão que possuem do cuidado domiciliar à saúde e da presença dos profissionais em seus lares, das condições emocionais e estruturais da família.

No vínculo impera a confiança, a qual permeia a vida do indivíduo em diversos momentos e relações, com conseqüências que o afetam em sua trajetória e daqueles com quem interage. Ela é necessária ao profissional da ESF, pois adentra o domicílio das famílias, obtém informações sobre seus hábitos, costumes e necessidades de saúde, e também elementos confidenciais, assim como busca adesão aos planos de cuidados à sua saúde (VALENTIM; KRUEL, 2007).

No que se refere ao profissional o vínculo também depende de sua compreensão e disposição para o cuidado domiciliar, bem como a frequência com que a fazem. Os profissionais graduados da ESF apresentam maior dificuldade no estabelecimento de vínculo devido à sua reduzida permanência no domicílio e interação com os familiares, pois o quantitativo deles na equipe é reduzido. Sendo assim, devem estabelecer vínculo com indivíduos e família de casos mais “importantes”, nos quais se fazem mais presentes e nos quais o período de cuidado domiciliar é prolongado e o vínculo essencial, principalmente pelas orientações realizadas a longo prazo e o estabelecimento de um cuidador familiar quando necessário. Em alguns momentos o vínculo é confundido com falta de profissionalismo e ética nos domicílios, comprometendo a visualização e reconhecimento da real efetividade e profissionalismo do cuidado domiciliar na atenção à saúde. Isso porque os profissionais muitas vezes perdem a objetividade da atuação no domicílio ao criarem esse vínculo, devido à proximidade que passam a apresentar da vida dessas pessoas.

Na prática do cuidado domiciliar os profissionais apresentam dificuldades no discernimento das categorias da atenção domiciliar e especificidade da ESF. Os profissionais diferenciam o cuidado domiciliar e visita domiciliar como categorias totalmente distintas, não compreendem que a visita domiciliar é uma forma de cuidado domiciliar, bem como a possibilidade de realizar ambos para uma mesma família, de acordo com as necessidades existentes em cada momento de cuidado.

Reforça-se a pouca objetividade do cuidado domiciliar, com dificuldade na inovação das práticas e do registro do acompanhamento no cuidado domiciliar. Essa deficiência faz com que os acompanhamentos acabem, por diferentes fatores, não ocorrendo na totalidade, sendo falhos, descontínuos e descontextualizados. Quando existente, o registro é realizado de

forma aleatória, em desacordo com os conceitos das categorias da atenção domiciliar à saúde, sem integrar profissionais e informações. Ainda, observou-se que não há um acompanhamento ou avaliação das atividades exercidas no domicílio para verificar a efetividade do cuidado domiciliar e avaliar a necessidade de desvinculação da família. De acordo com a ANVISA (2006) os serviços de atendimento domiciliar à saúde devem manter um prontuário domiciliar com o registro de todas as atividades realizadas durante a atenção direta ao paciente, desde a indicação até a alta ou óbito do paciente.

Na prática do cuidado domiciliar é necessário um sistema de registros que possibilite integração da equipe e informações disponíveis para o trabalho em domicílio. O sistema de registros do cuidado domiciliar favorece a prática dessa modalidade, e possibilita gravar todas as informações obtidas em domicílio com a equipe profissional e familiares, registrando o número de atendimentos realizados e permitindo avaliar o acompanhamento domiciliar. Para isso deve haver padronização profissional sobre conceitos de cuidado domiciliar, visita domiciliar, internação domiciliar bem como sobre busca ativa, para que o registro seja uniforme e adequado às reais atividades desenvolvidas junto à população em seus domicílios.

O registro oferece também respaldo legal para as ações profissionais, bem como possibilita relatar os acompanhamentos realizados aos gestores, com apresentação dos resultados do cuidado domiciliar e possível estudo comparativo epidemiológico dos diferentes modelos de atenção à saúde. Por meio de sua análise é possível adequar as práticas profissionais incrementando o sistema vigente e, conseqüentemente, a saúde da população.

A subcategoria *Organização do cuidado domiciliar* refere-se ao planejamento e objetividade do cuidado domiciliar, para os quais há grande dificuldade dos profissionais, em especial, no que diz respeito à priorização de casos, com critérios e inclusão e exclusão e aprazamento do cuidado domiciliar, bem como na designação do profissional que a realizará. No desenvolvimento do cuidado domiciliar também se observa a dificuldade dos profissionais em planejá-lo e realizá-lo, não sendo prática desses profissionais. O reconhecimento da importância do cuidado domiciliar e seu planejamento são falhos, de modo que ele é restringido por parte dos profissionais e da população à verificação da pressão arterial, sendo que todos os profissionais reconhecem a maior amplitude e abrangência dessa atividade profissional.

Compreendo que o planejamento do cuidado domiciliar envolva diversos aspectos, como por exemplo, o planejamento que se inicia com o estabelecimento de critérios claros, porém flexíveis de inclusão, exclusão e alta. A partir deles esse cuidado passa a ser objetivado, desenvolvido, avaliado e reavaliado, a fim de adequar os objetivos, ações e

decisões, e utilizar os recursos disponíveis, buscar os necessários e integrar as diferentes áreas para sua efetivação e resolução.

O cuidado domiciliar na ESF existe na interface da atuação curativa/paliativa e preventiva/emancipatória, e requer critérios bem definidos de inclusão e exclusão que devem estar de acordo com os princípios e diretrizes dos SUS, porém, considerando a realidade da população da área de abrangência. A inclusão, exclusão e alta de pacientes e famílias facilita o planejamento do cuidado domiciliar, tendo em vista que seleciona a parcela da população a ser atendida em domicílio. Isso permite melhor adequação do apazamento/ frequência e regularidade no cuidado domiciliar à saúde.

Durante o cuidado domiciliar, por vezes o paciente não está em casa, fato que suscita diferentes questionamentos sobre os critérios de inclusão e exclusão, sobre seu planejamento, frequência e regularidade de realização, assim como, diferenciação dos casos de cuidado domiciliar e busca ativa.

Parece que o único critério atual utilizado na ESF é a pactuação do cuidado domiciliar com a família. Na atenção domiciliar a proposta brasileira aborda de forma genérica os aspectos promocionais, assistenciais e gerenciais, mas sem definir claramente a clientela a ser atendida, assim como questões sobre planejamento, ações integradas e acompanhamento sistemático (REHEM; TRAD, 2005), o que dificulta o desenvolvimento e esclarecimento das finalidades do cuidado domiciliar perante as famílias.

Além disso, a adoção da postura paternalista profissional perante a família interfere no estabelecimento de critérios de inclusão, exclusão e alta, cujos profissionais com “boa intenção” utilizam o cuidado domiciliar como forma de facilitar os atendimentos na rede de saúde, de modo a tornar as famílias passivas em seu processo de saúde. Observou-se que de acordo com o vínculo estabelecido e a postura do profissional alguns casos receberam prioridades inadequadas para a marcação de consultas e realização de exames ou outros procedimentos.

Os profissionais buscam atender às necessidades de saúde, com indicação para o cuidado domiciliar, bem como beneficiam a população, em casos para os quais esse cuidado não é apropriado, ao cuidarem de indivíduos/famílias que não possuem indicação real para o cuidado domiciliar tanto no âmbito assistencial quanto emancipatório.

Os critérios de inclusão, exclusão e alta são falhos, ocorrendo atendimentos “desnecessários”, bem como dificuldade em realizar o desligamento das famílias que não necessitam mais de cuidado domiciliar e podem promover seu processo de saúde buscando auxílio na unidade de saúde. A exclusão e a alta são dificultadas pela falta de critérios

profissionais, mas também pela realidade social em que estão inseridas, tendo em vista que o risco social e conseqüentemente de saúde limita, em partes, sua para a promoção da autonomia das pessoas.

As experiências de atenção domiciliar até então vêm ocorrendo à margem de uma definição de política pública de saúde, e, assim, as seleções de usuários/famílias, bem como os critérios de inclusão e exclusão, foram sendo definidos de acordo com as lógicas internas pertinentes a cada local. Isso gera grande diversidade e divergências nesses critérios, de forma a gerar conflitos na prática profissional em cuidado domiciliar (BRASIL, 2006).

Há uma estruturação dos serviços da ESF para o cuidado domiciliar, de modo que um período/semana é utilizado para essa atividade. De acordo com a cobertura da área, há a indisponibilidade de transporte, que dificulta sua realização em dias chuvosos. No entanto, também, se trabalhados adequadamente, o tempo despendido no cuidado domiciliar e a periodicidade das mesmas, bem como a seleção dos profissionais que irão realizá-las, isso pode ser parcialmente contornada.

A organização do cuidado domiciliar apresenta deficiências no início, meio e fim do acompanhamento domiciliar, uma vez que não há otimização do tempo, existem poucas delimitações para definir e priorizar casos de visita domiciliar, não há acompanhamento dos diferentes profissionais de acordo com critérios de elegibilidade, bem como critérios de inclusão pouco definidos. Há muita dificuldade no desligamento de pacientes e famílias do cuidado domiciliar e ausência de discussão sobre a presença e atuação profissional no domicílio.

Para uma efetiva realização da atenção domiciliar, há necessidade de que ações referentes à infra-estrutura e recursos humanos, bem como a capacitação dos trabalhadores e a organização acerca da forma como o trabalho irá se desenvolver (KERBER, 2007), sejam desenvolvidas. Para a autora, os profissionais precisam estar atentos para que não se vejam mergulhados no atendimento à demanda, sem perceber que estão sendo estrangulados por ela de modo a não conseguirem mais desenvolver seu trabalho da forma como o conceberam. Não efetuando paradas estratégicas para reflexão, estão sob o risco de deixarem diversas ações serem subsumidas por essa demanda, dentre elas as reais potencialidades e possibilidades do cuidado domiciliar à saúde.

O agente comunitário de saúde – ACS muitas vezes lidera e aponta para pacientes com necessidades de início ou continuidade de cuidado domiciliar, ou ainda, o aprazamento improvisado. De acordo com estudo realizado por Oliveira e Marcon (2006), essa é uma prática estabelecida em muitas equipe da ESF, no qual ele é o ponto de ligação entre a equipe



e a comunidade, estabelecendo o itinerário das visitas domiciliares e indicando o melhor caminho para a localização das residências. Entretanto, questiono suas atribuições profissionais e capacitação uma vez que na equipe de ESF há profissionais graduados e melhor capacitados para tal decisão.

Ainda, observa-se que o tempo despendido no cuidado domiciliar é insuficiente, tornando-a superficial, ao passo que há casos em que a frequência das VD é semanal, nem sempre havendo indicações para tal. A infra-estrutura do domicílio e nível sócio-econômico da família interferem na atuação profissional, pois há casos e contextos que pouco possibilitam atuações abrangentes, ainda que sejam realizadas as ações possíveis.

No discurso, os profissionais revelam conhecer formas de planejar a visita domiciliar à saúde, tem domínio sobre ela, ao citar as suas etapas (coleta de dados, identificação de problemas, intervenção) e relacionar o objetivo da visita domiciliar com a resolução de problemas previamente levantados, e não apenas os imediatos. No entanto, essa não é a realidade vivenciada pela maioria das equipes de ESF (OLIVEIRA; MARCON, 2006).

Um importante fator com relação ao cuidado domiciliar, em específico às visitas domiciliares, é sua realização em caráter compulsório, que indicam problemas graves como a otimização dos recursos humanos disponíveis para a assistência à saúde (FRANCO; MERHY, 1999), de modo que não devem ser realizadas, a não ser por profissionais cuja função seja de vigilância à saúde, no caso dos ACS. É pouco eficiente a visitação aleatória por médicos e enfermeiros, que muitas vezes não sabem o que vão fazer nos domicílios. As visitas desses profissionais deve ser bem direcionadas para situações em que realmente é necessária, como consultas, procedimentos, com atuação intersetorial.

Na organização e objetividade do cuidado domiciliar são realizadas, por vezes, visitas domiciliares com presença de muitos profissionais. Essa situação dispense recursos humanos e tempo, com atuação restrita e visualização de pouca ação e pequena resolutividade e éticas dos profissionais pelos familiares. É necessário otimizar os recursos no cuidado domiciliar na ESF pela necessidade de atenção domiciliar à população das áreas adscritas e equipe restrita com planejamento da assistência prestada.

As indicações dos profissionais de nível superior são realizadas pela equipe de enfermagem. Entretanto, diversas vezes não são adequadas e decorrem de fatores como: falta de critérios para a atuação profissional no cuidado domiciliar, à falta de autonomia e resolutividade profissional. Não há elegibilidade das visitas domiciliares do médico ou da enfermeira de acordo com prioridades, mas há um momento em que ACS, auxiliares de

enfermagem, médicos e/ou enfermeiras realizam visitas domiciliares juntos, algumas delas até sem objetivos pré-estabelecidos para a presença desses profissionais.

Para as *Reflexões sobre a atuação em cuidado domiciliar* os profissionais, durante a efetivação do cuidado domiciliar observou-se que os profissionais pouco refletem ou sentem-se motivados para tal, e apenas realizam o cuidado domiciliar. Eles parecem desestimulados para tomarem a iniciativa das reflexões e não buscam fazê-las, contudo ouvem e respeitam considerações feitas por terceiros, e o realizam ao serem estimulados, porém, muitas vezes restringindo-se a descrever e tentar entender o contexto de vida das pessoas/ famílias atendidas.

Em seu exercício no cuidado domiciliar em ESF os profissionais muitas vezes defrontam-se com situações que requerem atuação intersetorial, envolvendo diferentes esferas sociais ou situações em que o respeito à autonomia da família, as quais limitam e restringem ou dificultam (tornam complexa) a ação dos profissionais. Nesses casos, nota-se que os profissionais passam a refletir sobre sua função no cuidado domiciliar e na ESF, quando tentam compreender a situação, limitando-se a isso e atuando pouco no domicílio, excluindo a atuação e integração das diferentes esferas sociais envolvidas.

A atuação profissional, bem como o próprio SUS não proporcionam articulação intersetorial que propicie a mudança de condições materiais, ambientais e culturais de vida capazes de melhorar qualidade de vida, ainda que tenha ocorrido modificação no perfil de morbi-mortalidade brasileiro (CORDEIRO, 2001).

Com relação à intersetorialidade, ressalta-se que ainda é muito incipiente, faltando organização do sistema de saúde como um todo, o qual não direciona a forma como esta deve ser consolidada, motivo pelo qual deixa na responsabilidade dos trabalhadores individualmente a busca da sua efetivação concreta. Isto se caracteriza como um problema para estes trabalhadores (KERBER, 2007).

Trata-se da articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, visando sua garantia como direito humano e mobilizando-se na formulação de intervenções que a propiciem (BRASIL, 2006). O compromisso do setor Saúde na intersetorialidade é o de evidenciar a multiplicidade do processo saúde-doença, convocando os outros setores a considerar a avaliação e os parâmetros sanitários quanto a melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas políticas específicas (BRASIL, 2006).

Durante a realização do cuidado domiciliar foi possível estimular a reflexão sobre a atuação em cuidado domiciliar que tornou-se muito interessante. No desenvolvimento do

cuidado domiciliar junto aos profissionais foram discutidos alguns casos atendidos e aspectos e/ou problemas da operacionalização do cuidado domiciliar durante o percurso, a cada momento disponível para tal. Os profissionais quando estimulados visualizam a amplitude de suas ações no cuidado domiciliar, no quanto essa forma de atendimento é importante e possibilita autonomia e diferenciação nas formas de fazer, bem como refletem sobre os diferentes contextos e as possibilidades de cada um. Referentes à operacionalização do cuidado domiciliar, os profissionais são capazes de identificar falhas e ganhos em suas atividades profissionais. Contudo, parecem imobilizados e acomodados diante da possibilidade de modificação da prática.

No decurso das práticas de cuidado domiciliar, os profissionais se estimulados ponderam sobre a amplitude dessa atividade, suas formas de organização e desenvolvimento na ESF, sua finalidade e operacionalização. No entanto, as reflexões são isoladas, não discutidas em conjunto com a equipe ou na conjuntura dos sistemas de saúde, referem-se às práticas propriamente ditas de cada profissional e, cujas atitudes dos trabalhadores frente à demanda do cuidado domiciliar são diferentes, alguns as utilizam para a ação.

Existe, na totalidade das ações profissionais, certa passividade nas *Modificações das práticas de cuidado domiciliar*, observando-se pequenas alterações no exercício profissional com a estimulação em repensar essa atuação, no sentido do planejamento e discussão ns equipes.

Nas discussões cotidianas e em especial dos seminários realizados, as Modificações das Práticas de cuidado domiciliar ocorreram e a princípio concentraram-se nas tentativas de planejamento do cuidado domiciliar, ainda sem lidar e/ou relacionar os critérios e elegibilidades desse na ESF. Nesse contexto de modificação das práticas de cuidado domiciliar, observou-se os efeitos dessas reflexões individuais e das discussões em equipe. Isso denota a importância do questionamento conjunto profissional sobre suas práticas cotidianas, em especial, quando referentes ao cuidado domiciliar que não constitui foco central das mesmas.

Com base na discussão inicial sobre os conceitos de ADS foram observadas pequenas, porém importantes mudanças nas práticas dos profissionais, em especial na organização da equipe de enfermagem. Buscaram organizar brevemente o dia destinado ao cuidado domiciliar, bem como dedicaram maior atenção aos pacientes e familiares, enfatizando as orientações em saúde. A organização ocorreu na saída para os domicílios, quando a equipe se reuniu e estabeleceu as prioridades para visita domiciliar, o percurso a ser otimizado, os objetivos da ação profissional com cada família. A dedicação de maior atenção e orientações à

famílias se deu pela maior permanência dos profissionais nos domicílios, tendo em vista a priorização dos casos. Essas mudanças restringiram-se ao itinerário a ser realizado no dia destinado à visita domiciliar. Na modificação do Cuidado observou-se uma tentativa de organização do fluxo e planejamento do cuidado domiciliar, quando um profissional da equipe anotou em uma agenda o itinerário do período de visitas com as famílias a serem atendidas, bem como o tipo de atendimento prestado.

O processo de reflexão e modificações das práticas de cuidado domiciliar é lento e contínuo, e pode proporcionar aos profissionais, por meio de suas próprias ações, maior autonomia e resolutividade no cuidado domiciliar.

Referente à última subcategoria sobre o Desenvolvimento Profissional no cuidado domiciliar, *Autonomia e Resolutividade no cuidado domiciliar* observou-se a dificuldade dos profissionais em trabalhar em caráter de interdisciplinaridade, de modo que restringem sua autonomia e poder de resolutividade em função da articulação profissional. Também possuem dificuldade para trabalhar em caráter complementar e interdependente, agindo com dependência entre as diferentes categorias profissionais, diminuindo a capacidade de resolutividade e causando confusão no que se refere às atribuições de cada classe.

O trabalho autônomo na ESF e no cuidado domiciliar não significa trabalho individual e isolado, mas interdependente, com saberes e fazeres singulares, relacionados às especificidades profissionais. Ainda que vinculado a uma instituição, o cuidado domiciliar na ESF envolve a tomada de decisões próprias dos profissionais que o realizam, assim como responsabilidade e comprometimento com a situação e com a resolução dos problemas das famílias atendidas em domicílio, a não dependência de outro profissional para a realização do trabalho.

Como sujeitos do processo de trabalho, os profissionais exercem autonomia técnica, que concerne às especificidades de sua prática, sem indicar uma atuação isolada, pois a independência da ação na equipe multiprofissional diz respeito ao saber, fazer e ser de cada profissão que, em conjunto com as outras, é exercida em caráter complementar, integralizado e interdependente, na qual cada categoria profissional cumpre seu papel e o desempenha de acordo com suas atribuições. Isso significa que a integração multiprofissional não é exclusiva ou niveladora no sentido de igualar as ações, mas integradora das especificidades profissionais, propiciando autonomia e igualdade de poder dentre as diferentes categorias profissionais, limitadas ao seu saber, fazer e ser.

Na subcategoria Autonomia e Resolutividade Profissional no cuidado domiciliar, evidencia-se um contraponto muito interessante: há perspicácia dos profissionais em

reconhecerem suas limitações, sabem identificar a necessidade de atuação multiprofissional, encaminhamentos para centros de referência, bem como ações intersetoriais. Nota-se o reconhecimento dos profissionais por essa atuação integrada, contudo, sua efetivação e resolutividade nos casos é pouco significativa. Há dificuldade de articulação dos serviços e dos profissionais de modo que a continuidade do atendimento é prejudicada. Também há barreiras institucionais com relação aos encaminhamentos e atendimento integral à saúde. A rede de saúde Curitibana possui ampla capacidade de atendimento à saúde da população, contudo ainda não atende toda a necessidade atual. Um dos pontos que contribui para isso é a transição do modelo de atenção à saúde, no qual se busca reduzir o número de leitos hospitalares e atendimentos especializados, visando a construção de um sistema de saúde de atendimento básico e resolutividade no nível primário de saúde.

Com relação à resolutividade em nível de atenção básica existe por parte de alguns profissionais, uma limitação no desenvolvimento de seu papel na equipe, com redução da autonomia e resolutividade das ações. Em situações emergentes nos domicílios, no qual se faz necessária a presença de outros profissionais, alguns minimizam sua atuação, de modo a “deixar” a resolutividade do caso para o outro profissional, quando muitas vezes esta pertence às suas capacidades e atribuições profissionais.

Na categoria **Estrutura da Atenção à saúde** há relatos dos profissionais da dificuldade de Estrutura para Atenção à saúde, que preocupados com sua atividade profissional, com a ética das ações em saúde e com a população referem-se atados pela falta de recursos e infra-estrutura para a prestação da assistência qualificada. Isso, por vezes, posiciona o profissional atuante no SUS contra os próprios princípios do SUS e da profissão, sendo realidade no cuidado domiciliar.

A estrutura ofertada para a prática profissional do cuidado domiciliar à saúde no âmbito da ESF é fundamental, tendo em vista a necessidade das mesmas para estruturar essa forma de atenção. Essa estrutura não está relacionada somente com a oferta de materiais na instituição de cuidados à saúde, mas aos materiais que precisam ser disponibilizados para procedimentos e outros cuidados à saúde dos indivíduos no domicílio. A pactuação do cuidado domiciliar com a famílias é necessária, contudo, não pressupõe que tenha todas as condições materiais e humanas necessárias para esse cuidado, de forma que a estruturação deva ser disponibilizada e integrada para dar suporte à realização e continuidade do cuidado domiciliar à saúde.

Essa estruturação é disponibilizada pelas redes formais e informais de apoio existem no sentido de fornecer apoio às famílias, para o cuidado domiciliar à saúde, que com ações intersetoriais ampliam as possibilidades para seu desenvolvimento pleno.

As redes formais de apoio são representadas por instituições formais e remuneradas de atendimento à saúde que incluem serviços de apoio domiciliar; ao passo que as redes informais de apoio funcionam com base na solidariedade que se faz presente no contexto do cuidado oferecido às pessoas é composta por familiares, vizinhos, instituições filantrópicas, dentre outras (NERI; SOMMERHALDER, 2006). Contudo, ambas precisam de amplo suporte estrutural para suas ações; ao passo que auxiliam na estruturação dessa atenção e fornecem materiais e suporte de acordo com sua capacidade de atuação.

Na subcategoria *Infra-estrutura da atenção à saúde*, destacou-se a dificuldade em atender integralmente a saúde da população pela insuficiência de serviços e profissionais, e dificuldade de articulação das diferentes esferas envolvidas na atenção à saúde.

Os usuários referenciados para outros serviços não possuem garantia do retorno ao mesmo profissional que o atendeu na primeira vez, faltando vínculo e responsabilização nessa relação, não havendo, portanto, segurança quanto à continuidade do atendimento pelo mesmo profissional (FRANCO; MERHY, 2006).

Na categoria Estrutura da atenção à saúde, destaca-se a subcategoria *Ferramentas para o Trabalho em Saúde*, na qual os sistemas de informação aparecem como elementos que enriquecem a prática e integração profissional. No entanto, há dificuldade dos profissionais em alimentar esse sistema adequadamente, e isso é um ponto dificultador da prática profissional em ESF e cuidado domiciliar. Essa dificuldade decorre da falta de sistematização do cuidado domiciliar, no qual o tempo necessário para esse registro seja organizado e valorizado pela equipe profissional. O sistema atualmente é alimentado de acordo com as possibilidades profissionais, de maneira sucinta, sem articulação com as ações anteriores e integração dos registros dos diferentes profissionais, os quais os fazem com os mesmos dados, sem especificidade profissional que enriqueça o conteúdo dos dados.

Há que se ressaltar que o registro do cuidado domiciliar é essencial e a existência de um sistema informatizado, como o atual sistema de Curitiba-PR, favorece essa prática, mas necessita de adequações e adaptação profissional.

## **5 O ALCANCE DOS OBJETIVOS**

### **5.1 O DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO DOMICILIAR PELOS PROFISSIONAIS DA ESF**

As práticas de cuidado domiciliar à saúde na ESF já possuem características gerais comuns de organização nas Unidades de Saúde de Curitiba, no entanto, cada equipe possui peculiaridades em sua atuação, tendo em vista as experiências e características dos profissionais integrantes.

O cuidado domiciliar é realizado pela equipe de ESF numa tarde semanal, destinada à cobertura da área de abrangência de cada uma delas, utilizando os profissionais e a Unidade de saúde como referência para esse serviço, integrando essas categorias de atendimento às pessoas e famílias. A composição da equipe é previamente designada pelo Ministério da Saúde, bem como as áreas de abrangência, de modo que sua organização interna varia.

As práticas de cuidado domiciliar são desenvolvidas por toda equipe de saúde com relativa hierarquização do atendimento, mas com deficiências na integração profissional, em especial com relação à equipe de odontologia. Existem dificuldades na padronização profissional e confusão de papéis profissionais, bem como das finalidades do cuidado domiciliar.

Em função da cobertura de área de abrangência e grande demanda por cuidado domiciliar, torna-se necessária a priorização de casos pela equipe que não possui critérios rígidos para seu direcionamento, assim como para a sua desvinculação e elegibilidade profissional.

Os auxiliares de enfermagem acompanham as famílias e determinam a necessidade de outros profissionais no domicílio, sem discussão multiprofissional. Para o início do cuidado domiciliar cabe ao ACS detectar famílias que precisem da atuação dos profissionais em seu domicílio. Estabelecem diferenciação entre o conceito geral e na ESF de cuidado domiciliar, considerando algumas características específicas dela, devido às diferenças estruturais existentes. O cuidado domiciliar integrado à ESF não segue os moldes do home care, uma vez que a ESF tem a intenção de reverter os padrões epidemiológicos por meio da inserção do profissional no ambiente de vida das pessoas e, portanto, de sua convivência social e familiar, com ênfase na atenção básica à saúde.

Com relação à estrutura existente observa-se a existência de dificuldades estruturais além das organizacionais. O suporte é insuficiente tanto para o estabelecimento da categoria

de internação domiciliar, como para a realização de procedimentos no cuidado domiciliar, restringindo-o na ESF quase exclusivamente às visitas domiciliares. Nestas, pontos elementares como a educação em saúde, organização/sistematização, contexto domiciliar, vínculo, ética, profissionalismo e produtividade apresentaram relevância na atuação e discurso profissional, motivo pelo qual há necessidade de revisão e/ou fortalecimento desses.

A prática cotidiana do cuidado domiciliar com ênfase na cobertura de área de abrangência com conseqüente produtividade de visitas domiciliares gera práticas pouco refletidas e com atuação restrita. Diante das dificuldades encontradas os profissionais buscam atender a população com paternalismo, alterando o fluxo do sistema. No que diz respeito ao seu desenvolvimento há reconhecimento das limitações, contudo, também existe dificuldade na clareza de papéis e atribuições, além da integração e articulação profissional, e isto limita ainda mais a atuação nos domicílios.

## 5.2 PROBLEMAS ENVOLVIDOS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO DOMICILIAR DOS PROFISSIONAIS DA ESF

Durante o acompanhamento do cuidado domiciliar à saúde e seminários, os profissionais refletiram sobre os problemas envolvidos nas suas práticas de cuidado domiciliar nas ESF. Os problemas pertinentes a elas, relacionam-se com aspectos pontuais do cuidado domiciliar, inseridos nas características da assistência na ESF e de estrutura para esse exercício.

Os profissionais consideram e enfatizam a estrutura material e humana como principal problema para o desenvolvimento pleno do cuidado domiciliar, tendo em vista que as equipes realizam a assistência institucional concomitante à domiciliar, o que requer maior número de profissionais. Entretanto, também é necessário destacar que um problema envolvido na prática do cuidado domiciliar, parcialmente reconhecido pelos profissionais, é a organização interna e de fluxo pela equipe profissional. Trata-se de uma questão para a qual diversas saídas poderiam ser estruturadas, porém os profissionais conseguem aponta-las mas sem construir estratégias para a transposição dessa dificuldade e concretização prática dessas estratégias.

No que concerne a recursos humanos é sabido que as Unidades de Saúde procuram atender a demanda espontânea e os programados dentro de suas possibilidades, já que este contingente tem crescido dia a dia, e embora exista um número de profissionais preconizado pelo Ministério da Saúde para composição das equipes, o cuidado domiciliar à saúde requer



uma implementação nelas para que este trabalho venha suprir a necessidade da população, com qualidade, efetividade e eficácia (MARTINS, 2006).

Outros problemas englobados na prática do cuidado domiciliar pelos profissionais são aqueles que requerem ampla integração profissional e atuação intersetorial, cuja ação requer maior envolvimento, disponibilidade de tempo e conhecimento amplo das políticas públicas de saúde. Além disso, esses problemas não pertencem apenas à área de saúde, ou seja, não são restritos somente à atuação desses profissionais e envolvem diferentes esferas.

Problemas pontuais também são envolvidos no desenvolvimento do cuidado domiciliar, de modo que na ESF englobam diferentes aspectos de abordagens no domicílio para os quais os profissionais não se apresentam preparados para atuar, como por exemplo, em situações emergentes.

Um aspecto interessante em relação aos problemas envolvidos no desenvolvimento das práticas de cuidado domiciliar é a restrição dos mesmos a elas, de modo que não são inter-relacionadas pelos profissionais com outros problemas semelhantes existentes no sistema de saúde e na legislação da modalidade da atenção domiciliar à saúde. Há, no discurso profissional, uma lacuna entre os modelos teóricos de atenção à saúde e a realidade operacional ou às possibilidades operacionais, impedindo visualização dos problemas para possíveis soluções e/ou melhorias. Assim sendo, os problemas englobados nas práticas de cuidado domiciliar à saúde são referentes a atuação profissional e às esferas envolvidas, e sua transposição requer reflexões com avanços na atuação profissional e estruturas.

A qualificação profissional contínua tem extrema importância pelo fato de que a equipe não é sempre a mesma, sofrendo alterações com o decorrer do tempo, o que exige que os profissionais inseridos na proposta de trabalho de cuidado domiciliar na perspectiva da ESF possam apresentar preparo e comprometimento com ele (KERBER, 2007).

### 5.3 ESTRATÉGIAS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DE AVANÇOS NO DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO DOMICILIAR À SAÚDE

A construção de estratégias para a operacionalização de avanços no desenvolvimento do cuidado domiciliar é longa, processual, adaptativa e requer disposição, integração e incondicional participação profissional, constituiu a última fase da pesquisa-ação realizada com bases na inserção na realidade de desenvolvimento do cuidado domiciliar na ESF, de modo a corroborar com a operacionalização de avanços nesta.

A dificuldade existente nessa busca de avanços e modificações das práticas é sua padronização e sistematização, uma vez que precisam ser democráticas, porém regidas por diretrizes centrais para guiá-las. Com as discussões, pequenas e significativas tentativas de modificações foram observadas nas práticas de cuidado domiciliar, porém, sem organização e debate pela equipe profissional para sua operacionalização, ocorrendo de maneira assistemática e isolada. Essas modificações foram referentes à organização de trajeto, fluxo e objetivos dos cuidados domiciliares a serem realizados.

Há o reconhecimento pelos profissionais da necessidade de implementação de estratégias organizadas e realizadas paulatinamente com adaptações constantes nas práticas de cuidado domiciliar para operacionalizar avanços reais/efetivos. Na construção das estratégias de avanços os profissionais pouco participam, ao mesmo tempo que não aceitam a imposição de práticas diferenciadas das quais estão adaptados, o que dificulta a realização dessas ações.

Os profissionais possuem visão negativa de suas práticas de cuidado domiciliar reconhecendo os problemas envolvidos no seu desenvolvimento, mas com dificuldades na visualização das possibilidades de avançarem nessa atuação, agindo com passividade e impotência perante os obstáculos e dificuldades existentes. Ainda, os avanços que ocorrem isoladamente se não sistematizados se perdem no cotidiano laboral, devido à falta de continuidade nas reflexões conjuntas da equipe e não sistematização dessas práticas, para as quais não existe sistema de avaliação. Assim, pequenos avanços foram operacionalizados de modo que esse objetivo não foi totalmente alcançado. Obteve-se êxito na sensibilização dos profissionais para a reflexão, revisão e reconstrução das práticas, sem, contudo, obter essa construção inovadora das práticas de cuidado domiciliar com base nas reflexões profissionais.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de implantar o cuidado domiciliar na ESF é promissora, mas, no cotidiano profissional, não se estabelece da maneira como é idealizada. As práticas de cuidado domiciliar na ESF, hoje, configuram-se como assistencialistas e curativas, de simples transposição das ações de saúde da instituição para as casas, avançando somente com relação aos princípios de territorialização e vínculo. Assim como a ESF, Kerber (2007) destaca que a atenção domiciliar à saúde ainda não foi totalmente incorporada pelos serviços. Essa implantação e transição de duas diferentes formas de atenção à saúde gera dificuldades, e os profissionais possuem importante função no sentido de efetivar um modelo diferenciado de atuação, possuindo fundamental relevância nessa modificação bem como amplo campo de ação e mobilização, efetivando as mudanças.

O diagnóstico inicial e as discussões não foram exauridos, e com o tempo as interações entre pesquisadores e participantes favoreceram o respeito mútuo, a realização de considerações práticas, levantamento de problemas e as reflexões sobre as práticas de cuidado domiciliar à saúde.

Nesse trabalho e diante da relevância apresentada já houve pré-determinação da área temática, de modo a obter participação dos profissionais atuantes para levantamento e abordagem de temas, bem como problematização e busca de alternativas para suas práticas de cuidado domiciliar.

A princípio o tema proposto se concentrou em torno das diversas possibilidades das visitas domiciliares à saúde, foram realizados diversos desdobramentos desse, buscando-se avaliá-lo sobre diferentes prismas que incluem as diferentes categorias profissionais atuantes, bem como a visão profissional geral, a acadêmica dos pesquisadores e a gerencial da ASL, o que torna muito interessante as análises sobre as possibilidades de ações.

Com relação aos seminários, foram iniciados após um tempo de observação, cujos primeiros temas foram pré-determinados. Eles ocorreram durante as reuniões de equipe, respeitando a dinamicidade da rotina da unidade de saúde, buscando os momentos mais adequados para as discussões.

A troca de saberes ocorreu principalmente durante os seminários, mas também durante o acompanhamento das visitas domiciliares à saúde, de modo que os pesquisadores colocaram seu conhecimento teórico e conceitual, complementados pelos participantes que relataram suas vivências práticas e conhecimentos adquiridos, advindos de sua formação e/ou

capacitação profissional. Houveram acréscimos de conhecimentos para a construção de novos processos e diferentes abordagens das questões de saúde e da prática profissional relacionada.

No desenvolvimento da pesquisa foram se repetindo as informações, ocorreram poucas mudanças conceituais, algumas práticas e pouca realmente operacionais e estruturais no cuidado domiciliar. Em seus conceitos, os profissionais passaram a valorizar questões pertinentes à academia no âmbito do cuidado domiciliar, reconhecendo a fragilidade de seu conhecimento no que tange a essas práticas, bem como a relevância da legislação vigente e sua constante adaptação à realidade. Nas práticas algumas mudanças foram obtidas conforme descrito, referentes à organização do cuidado domiciliar, contudo isoladas, de modo que não configuram efetivamente mudanças operacionais nessa categoria de atenção à saúde. Cabe destacar que o tempo disponível foi curto, e isso exige que sejam discutidas as possíveis ações, pois não cabe ao pesquisador propô-las, mas ajudar a construí-las. Não houve êxito no planejamento concreto de ações e construção estratégica de avanços no cuidado domiciliar, no entanto, melhorias e alterações ocorreram espontaneamente com as discussões, fato observado pelos pesquisadores ao acompanhar as práticas de visitas domiciliares dos participantes. O processo de construção de estratégias de avanços no desenvolvimento do cuidado domiciliar foi apenas iniciado, realizado introspectivamente pelos participantes, com evidências nas práticas laborais cotidianas. Os profissionais passaram a visualizar e tentar realizar um planejamento do cuidado nos domicílios antes de seu início bem como discutir brevemente os objetivos do cuidado e os casos de cada família, reconhecendo suas particularidades e contextos de vida.

A atuação em local específico com grupo de médio porte proporciona acréscimos para a modalidade em geral, de modo que ocorrem proposições de novas formas de levantar, contextualizar e abordar questões do processo de trabalho em cuidado domiciliar à saúde; reunindo conhecimentos teóricos e práticos, com discussões interdisciplinares. Os profissionais se tornam capazes de abstrair problemas e soluções das ações realizadas em domicílio, refletindo sobre as mesmas, para a adequação e melhoria de sua atuação em assistência domiciliar à saúde. A partir disso, a modalidade de cuidado domiciliar à saúde conta com grupos preparados que podem discutir com outros grupos sobre a ação profissional em cuidado domiciliar à saúde.

Com relação ao desenvolvimento da pesquisa-ação na área da saúde dentro do contexto das práticas profissionais diferenciadas e em fase de desenvolvimento, destaca-se que é muito difícil, e o pesquisador deve estar sempre atento, realizando uma avaliação crítica do andamento da mesma, buscando cumprir com rigor a cientificidade, mas sendo perspicaz e

flexível. Sobretudo a pesquisa-ação realizada com profissionais da área de saúde deve partir de suas necessidades reais, pois a participação e interesse são genuínos e há maior êxito nos avanços obtidos nas discussões e operacionalização de mudanças.

A metodologia é adequada e pode propiciar o alcance de importantes modificações no âmbito das práticas profissionais de saúde. Nessa pesquisa os resultados almejados foram parcialmente alcançados, tendo em vista que obteve-se relevante a sensibilização dos profissionais para as diferentes conotações do cuidado domiciliar à saúde e sua atuação. Diante dos resultados obtidos proponho que estudos semelhantes sejam realizados em diferentes realidades nacionais, em função da grande diversidade de práticas que se apresentam no cuidado domiciliar na ESF.

## REFERÊNCIAS

ABREU, L. O; MUNARI, D. B; QUEIROZ, A. L. B. de; FERNANDES, C. N. S. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, v.58, n.2, mar./abr. 2005, p. 2-3-7.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Set 2007.

ANVISA. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=rdc%202006%20domiciliar>. Acesso em: 15 jun. 2006.

ARAÚJO, M. R. N.; SAMPAIO, L. C.; CARNEIRO, M. L. M.; SENA, R. R. de. Saúde da Família: cuidado no domicílio. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. especial, p 117-122, dez. 2000.

BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000400005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Set 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1991.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O sus é legal**: Legislação Estadual e Federal. Rio Grande do Sul: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. Bras. Saude Mater. Infantil**, Recife, v.3, n.1, jan./mar., 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para a atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/> Acesso em: 04 mar. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 jun 2007.

COHEN, S. C.; CYNAMON, S. E.; KLIGERMAN, D. C., ASSUMPÇÃO, R. F. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set., 2004.

COSTENARO, R. S. LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida?** Quem cuida do cuidador/ 2 ed. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2002.

CORDEIRO, H. A escola médica e o novo modelo de cuidados de saúde do SUS: Saúde da família. P. 87-120. In: ARRUDA, B.K.G de (org.). **A educação profissional e a realidade social**. Recife: IMIP, Ministério da saúde, 2001.

CUNHA, P. V. do. **Metodologia da pesquisa-ação**. Resenha: THOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez, 1986. Resumo de: Disponível em: [www.lic.ufjf.br/resenhas/metodologiapesquisa.htm](http://www.lic.ufjf.br/resenhas/metodologiapesquisa.htm). Acesso em: 14 de março de 2005.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 3-17.

EGRY, E. Y; FONSECA, R. M. S. da. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 233-39, set. 2000.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. P. 55-124. In: MERHY, E.E. et al (org.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

GIACOMOZZI, C. M, LACERDA, M. R. **Assistência à saúde domiciliar e seus diferentes conceitos**. Curitiba: UFPR, 2005. 18 p. Relatório técnico.

GIACOMOZZI, C. M. **A percepção dos profissionais e dos usuários acerca da assistência à saúde domiciliar prestada/recebida no PSF**. Curitiba, 2005. Monografia. (Conclusão de curso de graduação em Enfermagem).- Universidade federal do Paraná.

HARTZ, Z. M. A. de; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, v.20, supl.2, Rio de Janeiro, 2004.

KERBER, N. P. C. **A atenção domiciliária e direito à saúde: análise de uma experiência na rede pública de saúde no Brasil**. Florianópolis, 2007. 335p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

KURTZMAN, L. **O desafio da ética na Pesquisa-ação feminista: uma experiência no Québec**. Disponível em: <http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys3/web/bras/kurtzman1.htm> Acesso em: 10 Out. 2006.

LACERDA, M. R. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar**. Curitiba, 1996. 94f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná.

LACERDA, M. R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira**. Florianópolis, 2000. 222f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.

LACERDA, M. R. **Assistência à saúde domiciliar e seus diferentes conceitos**. Curitiba: Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem – NEPECHE, julho de 2003. 8p. (CNPQ. Programa de Iniciação Científica. Projeto BANPESQ/THALES: 2003012514).

LACERDA, M. R. **As práticas de cuidado domiciliar dos profissionais do Programa de Saúde da Família**. Curitiba: Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem – NEPECHE, agosto de 2005. 15p. (CNPQ. Produtividade em pesquisa. Projeto BANPESQ/THALES: 2005016850).

LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C. M.; OLINISKI, S. R.; TRUPPEL, T. C. Atenção à saúde no domicílio: vertentes que fundamentam sua prática. *Rev. Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.15, n.2, 2006. Disponível em: [http://www.apsp.org.br/saudesociedade/XV\\_2/revista%2015.2\\_artigo%2007.pdf](http://www.apsp.org.br/saudesociedade/XV_2/revista%2015.2_artigo%2007.pdf) Acesso em: 02 dezembro 2006.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R. Familiares interagindo com a enfermeira no contexto domiciliar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 76-87, 2005.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Nov 2007.

MARCONI, M. A. de; LAKATOS, E. M. **Métodos científicos**. São Paulo: Atlas, 2004.

MARTINS, S. K. Diretrizes para a organização do atendimento domiciliar á saúde: contribuições da enfermeira. Curitiba, 2006. 124f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Paraná.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 abr. 2007.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface**, v.9, n.16, Botucatu, set./fev., 2005.

MAZZA, M. M. P. R. **A visita domiciliar como instrumento de assistência de saúde**. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/MAZZA.HTM>> Acesso em: 01 jun. 2004.



NERI, A. L.; SOMMERHALDER, C. Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: NERI< A> L (org.) et al. **Cuidar do idoso no contexto da família**: questões psicológicas e sociais. Campinas/SP: Editora Alínea, 2002.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000100009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Set 2007.

OLIVEIRA, J. L. C. de; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000500030&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500030&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Set 2007.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.1, São Paulo, fev., 2001.

PRADO, M. L. do; REIBNITZ, K. S.; GELBCKE, F. L. Aprendendo a cuidar: a sensibilidade como elemento plasmático para formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000200014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 Maio 2008. doi: 10.1590/S0104-07072006000200014

PROTNOW, J; SAMUELS, A. J. Tratamento domiciliar. In: CALKINS, E; FORD, A. B; KATZ, P. **Geriatría Prática**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000500024&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500024&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Set 2007.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n.4, Ribeirão Preto, jul./ago., 2004.

SANTOS, N. C. M. **Home Care: a enfermagem no desafio do atendimento domiciliar**. 1ed. São Paulo: Iátria, 2005.

SCHIMIT, M. D.; LIMA, M. A. D. S. da. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, nov./dez., 2004.

SOUZA, S. M. de; LACERDA, M. R. Cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar a clientes neoplásicos e suas famílias. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 726-36, mai./ago., 2000.

SOUZA, L. J. E. X.; RODRIGUES, A. K. C.; BARROSO, M. G. T. A família vivenciando o acidente doméstico - relato de uma experiência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.8, n.1, Ribeirão Preto, jan., 2000.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAKAHASHI, R. F., OLIVEIRA, M. A. C. de. **A visita domiciliária no contexto da saúde da família.** In: Manual de Enfermagem – Programa de Saúde da Família. São Paulo: Ministério da Saúde, 2001.

TEMPORÃO, J. G. Apresentação. In: BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 3.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-ação nas organizações.** São Paulo: Atlas, 1997.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 13 ed. São Paulo: Cortez, 2004.

TRIPP D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-446, set./dez. 2005 (tradução de Lólio Lourenço de Oliveira).

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000300028&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300028&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Set 2007.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1** – REGISTROS DO DIÁRIO DE CAMPO DOS SEMINÁRIOS  
REALIZADOS COM OS PROFISSIONAIS DA ESF ..... 84

**APÊNDICE 2** - EXEMPLO DE REGISTRO DE NOTAS TEÓRICAS, OPERACIONAIS E  
DE OBSERVAÇÃO DO DIÁRIO DE CAMPO ..... 93

APÊNDICE 1- REGISTROS DO DIÁRIO DE CAMPO DOS SEMINÁRIOS  
REALIZADOS COM OS PROFISSIONAIS DA ESF

**Seminário 1:** Conceitos da Atenção domiciliar à saúde

<b><i>Postura profissional durante o seminário</i></b>
Menor disposição dos profissionais de nível técnico para discussão
Dificuldades com graus teóricos de reflexão
Melhor participação com discussões práticas
Aceitam colocações teóricas
Incrementam com questões cotidianas
Avaliam viabilidade de operacionalizar tudo o que é exposto
Reconhecem falhas e potencialidades
Traçam paralelos do cuidado domiciliar na ESF
<b><i>Trabalho em cuidado domiciliar</i></b>
Conceitos: atenção, cuidado, visita e internação domiciliar
Enumeraram o que engloba cada categoria
Atenção domiciliar à saúde: sentimentos, casa, família, comunicação, contexto social, saneamento
Cuidado domiciliar à saúde: continuidade da atenção domiciliar
Destacam falta de preparo profissional e estrutura para o cuidado domiciliar
Cuidado domiciliar: vínculo e reconhecimento com a população
Início do cuidado domiciliar exige mais do profissional
A família é fundamental para o cuidado domiciliar - relação familiar, não patologia somente
Importância de nominar adequadamente a categoria de cuidado domiciliar realizada
Registros adequado dos cuidados prestados
Computação adequada da atividade profissional
Internação domiciliar: condições materiais, continuidade, recursos, humanos, condições do domicílio,
orientação, familiar, cuidador, criatividade profissional, aceitação da família.

Visita domiciliar: seqüência profissional, vínculo, recursos humanos, programação - o que fazer, dados coletados, objetividade, profissionalismo, importância de não realizar visitas compulsórias, conhecimento das condições na área, especificidade da ESF.
Dificuldade dos profissionais em discernir o conceito isolado, fazem-no em comparação com o conceito de outra categoria
<b>Aspectos da ESF no cuidado domiciliar à saúde</b>
Estabelecem diferenças do cuidado domiciliar privado (home care) e público, em especial na ESF
Não é prerrogativa da ESF oferecer cuidado domiciliar isoladamente
Necessidade de conhecer a área adscrita
Estabelecimento de relação diferenciada com a população
Elencar prioridades para o cuidado domiciliar devido à impossibilidade de cobrir toda demanda
Conciliar demanda e prevenção
Mudança de paradigmas da população em relação ao cuidado domiciliar na ESF
Diferenças na estrutura e caracterização da população - ACS
Dificuldade operacionalização da teoria com a prática
Disponibilidade de estrutura - recursos materiais para o cuidado domiciliar
Financiamento da educação profissional

**Seminário 2:** Visita domiciliar

<b><i>Postura profissional durante o seminário</i></b>
Maior facilidade para questões práticas
Pouca bagagem teórica sobre cuidado domiciliar à saúde
Buscam sempre reflexões em nível operacional
Trazem diferentes questões sobre a realização do cuidado domiciliar na ESF
Não aceitam modificações em fluxo já estabelecido
Dificuldades em alterar práticas consolidadas

<b><i>Organização da visita domiciliar</i></b>
A organização da visita domiciliar gira em torno do ACS
Demanda inicia-se com o ACS ou pedido da família
ACS realizada primeiro contato com a família
ACS comunica auxiliar de enfermagem quando julga necessário o cuidado domiciliar
Após inclusão da família nos cuidados domiciliares restante da equipe acompanha se necessário
Critérios de inclusão: acamados, idosos que não podem frequentar a US, famílias de risco, pessoas com características especiais, crianças graves, pacientes incluídos nos programas.
Cobertura de área adscrita: com a divisão em microáreas não conhece todas características população da US.
Realizam a cobertura dos profissionais afastados priorizando casos dentre os já eleitos
Desvinculação: dificuldade, realizam de forma abrupta
Critérios para desvinculação: óbito, melhora do quadro, quando cessa risco ou problema, mudança de endereço.
Desvinculação não é discutida, auxiliar de enfermagem que realiza.
<b><i>Aspectos importantes sobre visita domiciliar</i></b>
A organização do cuidado domiciliar é preocupante no que tange às atribuições profissionais
Inadequação conhecimentos do ACS para organizar a demanda de cuidado domiciliar
Necessidade de critérios de priorização no cuidado domiciliar
Necessidade de clareza de papéis profissionais
Prevenção é relegada ao plano institucional de atendimento ou concomitante ao cuidado domiciliar
Atribuição da equipe de saúde conhecer o perfil epidemiológico da área da US toda
Deve-se cuidar com o atendimento clínico em domicílio isolado, pela perpetuação das práticas pouco efetivas, sem considerar a especificidade do domicílio - não efetiva o cuidado domiciliar
Existe divergência entre a imagem ideal da ESF e a real implantação o que gera conflitos com as exigências da população
Tendência da população em ser passiva nos cuidados à sua saúde
Para obter adesão popular precisa-se facilitar e subsidiar o máximo possível

Profissional passa a ser paternalista, realidade que tenta modificar com educação em saúde
Profissionais repassam informações como educação em saúde
Necessidade de persistência profissional
Dificuldade dos profissionais e população em compreender finalidades do cuidado domiciliar
A dificuldade na desvinculação decorre dos critérios de inclusão mal estabelecidos
Vínculo é mal compreendido
<b><i>Temas para discussões posteriores</i></b>
Vínculo e Orientação na Visita domiciliar
Visita domiciliar a pacientes psiquiátricos

**Seminário 3:** Visita domiciliar ao paciente psiquiátrico

<b><i>Postura profissional durante o seminário</i></b>
Mostram-se menos participativos com professores convidados
Apresentam muitos dilemas e polemizam casos de transtornos mentais
Possuem dificuldades na abordagem de surtos
Apresentam pontos positivos e negativos nas discussões sobre casos
Trazem vários exemplos práticos para as reflexões
A equipe médica é menos permeável às discussões e modificações das práticas
<b><i>Cuidado domiciliar e saúde mental</i></b>
Contextualização atendimento à saúde mental
Desospitalização dos pacientes e responsabilização das famílias
Papel fundamental da família na recuperação
Percepções culturais - buscam cura nos hospitais, não permanecem nos domicílios

Família possui dificuldades e é alvo de cuidado
Educação e cuidado domiciliar são interligados na saúde mental
Reagudização de casos acompanhados gera atendimento emergencial
Dificuldades profissionais na abordagem de casos de saúde mental em domicílio
Na visita domiciliar há possibilidade de acolhimento e vínculo
Necessidade de diferenciar casos de alteração mental ou patologias que geram confusões mentais
Deve-se dar espaço ao paciente
Refletido sobre desospitalização em nível total, pois existem indicações para internação
Abordagem na visita domiciliar ao paciente em surto é à distância
Ao atender emergências domiciliares observar ambiente e condições desse
Abordagens emergenciais são à distância, com vínculo e confiança do paciente
Discutidos sobre drogadição
Na abordagem do paciente com transtorno mental é necessário conhecimento técnico, sensibilidade e trabalho conjunto
Não há regra para a visita domiciliar ao paciente com surto
O acompanhamento domiciliar permite o estabelecimento de vínculo, que auxilia depois
Sempre é necessário repensar as atitudes profissionais

#### **Seminário 4: Vínculo e Visita domiciliar**

<b><i>Postura profissional durante o seminário</i></b>
A realização de dinâmicas de grupo facilita a discussão e participação da equipe
A equipe médica não participou dos grupos, apenas assistiu, eles resistem às discussões
Quando agrupados e deixados livres para refletir os profissionais discutem mais efetivamente as questões do cuidado domiciliar
Possuem conhecimento teórico, a dificuldade parece ser operacional
Relataram a importância das discussões para o crescimento dos profissionais.
O embasamento teórico e as reflexões foram destacados como importantes para a equipe.



<b>Pontuações sobre o estabelecimento do vínculo</b>
Necessidade de boa comunicação, ser claro para falar com o paciente, objetivo, ele tem que entender o que vc está falando.
Conhecer a casa, os pacientes, conhecer melhor a família.
Trabalhar de acordo com a capacidade de entendimento da população.
Ter conhecimento sobre o assunto.
Ter empatia e simpatia
Ter conhecimento técnico.
Ter prudência e saber trabalhar os diferentes momentos do contexto domiciliar, bem como inserir-se lentamente nesse.
Ter objetividade
Estabelecer vínculo e trabalhar os problemas de saúde e familiares.
<b>Pontos facilitadores do estabelecimento do vínculo</b>
Clareza na informação;
Resolutividade;
Rotina do paciente;
Linguagem acessível;
Conhecer história da família;
Necessidade dos pacientes conhecerem a rotina da US, o funcionamento geral da Unidade, horários e programas;
<b>Pontos dificultadores do estabelecimento do vínculo</b>
Comodismo e passividade (resistência à mudança e estímulo ao auto-cuidado).
Simpatia.
Mudança de profissional – devido ao vínculo já existente e resistência às mudanças.
Grau de entendimento;

**Seminário 5:** Facilidades do cuidado domiciliar à saúde

<b><i>Postura profissional durante o seminário</i></b>
Nas discussões os médicos mais uma vez mostraram-se resistentes, mas com persuasão foi obtida sua participação
Um grupo foi formado exclusivamente pela equipe médica
Foi muito interessante, os profissionais discutiram efetivamente sobre as práticas de cuidado domiciliar
Possuem dificuldades em centrar as discussões no cuidado domiciliar, sempre extrapolam para toda forma de atendimento na ESF
No segundo momento de discussão, no qual foram apontadas somente as facilidades houve muito pouca participação
Os profissionais não visualizam seu potencial de mudança
Pouco refletem sobre as mudanças já feitas
Os profissionais não traçam paralelos entre suas diferentes atuações ou entre facilidades e dificuldades da prática
<b><i>Facilidades enumeradas pelos grupos profissionais</i></b>
Atendimento domiciliar único para a população.
Visão global da situação socioeconômica familiar.
Fortalecimento do laço/relacionamento médico-paciente – confiança.
Situação microárea - conhecimento da área.
Oportunidade de tratamento imediato devido à disponibilidade de medicações da farmácia curitibana.
Vínculo com a paciente e família - pq não usam para melhorar algo?
Sistema integrado para localizar atendimento de pacientes - mas acesso restrito e sem troca pessoal e discussão de informações e casos.
Vínculo de confiança aos usuários facilitam obtenção de dados importantes para melhor diagnóstico e tto.
Pacientes críticos - não necessidade deslocamento.

<b><i>Facilidades discutidas na segunda fase do seminário</i></b>
A oferta de único atendimento domiciliar, como única opção, para a qual, contudo, os pacientes e família possuem parâmetros de comparação e qualidade, comparando às especialidades ou outras famílias que recebem essa forma de atendimento.
O vínculo profissional-família, que facilita a obtenção de dados para tratamento, na medida em que a proximidade dos profissionais com a família permitem melhor relacionamento e confiança para referirem problemas de saúde e familiares. Destacaram que o estabelecimento do vínculo não é restrito ao domicílio.
Conhecimento da microárea.
Possibilidade de tratamento imediato – disponibilidade de medicações.
A visita do PSF deve ser resolutiva, não é visita aleatória. Não é só atendimento clínico, evidentemente. Não tem a privacidade de um consultório, mas agrupa condições diferentes para o atendimento à saúde da família. Deve-se pensar em prevenção pelos benefícios que proporciona à população e por ser, a longo prazo, mais econômica. As pessoas têm a visão que o cuidado domiciliar é mais barato, tendo em vista seu caráter preventivo, contudo de imediato isso é relativo. O tratamento medicamentoso é visto isoladamente, sem integração com redes de apoio, e ampla atenção à saúde, com atuação intersetorial e de especialidades quando necessário
Reforçado que as facilidades pontuadas são também avanços conquistados pelos profissionais.

## **Seminário 6: Dificuldades do cuidado domiciliar à saúde**

<b><i>Postura profissional durante o seminário</i></b>
Os profissionais participam efetivamente dos pequenos grupos de discussão.
A participação médica foi obtida por persuasão dos colegas profissionais.
Cada pequeno grupo apresentou e justificou sua dificuldade com clareza e objetividade
Possuem mais facilidades em discutiram sobre aspectos negativos, se envolvendo mais
<b><i>Dificuldades no cuidado domiciliar pontuadas</i></b>
Distância.
Falta de recursos para realização de procedimentos.
Burocracia envolvida desde a central de leitos à falta de materiais mais específicos no atendimento.
Credibilidade da ação profissional.
Presença de diferentes profissionais no cuidado domiciliar.
Falta de recursos materiais.
Nível de compreensão do usuário e da família.
Condições sócio-econômicas da população.
Periculosidade.
Receptividade e disponibilidade da população.
<b><i>Principais dificuldades no cuidado domiciliar a serem discutidas</i></b>
Receptividade e disponibilidade: há famílias que não desejam receber visitas domiciliares e por isso são pouco receptivas
com a equipe de saúde. Outras famílias desejam que os profissionais liguem antes avisando, muitas vezes pelo planejamento e outras pelas condições do paciente para atender o portão.
Foi exemplificado que um senhor acamado precisa ser avisado antecipadamente quando receberá visita, pois se for de surpresa até ele conseguir sair o pessoal já foi embora; então,
esse paciente recebe a ligação para saber do horário e dia em que a equipe comparecerá.
Alguns pacientes e famílias possuem outras alternativas de atendimento à saúde, como planos

de saúde, e não querem receber as visitas da ESF.
As visitas domiciliares interferem nas atividades de vida diária das famílias, como refeições e serviços domésticos, de modo que existe resistência para atender
os profissionais nesse momento. Os profissionais consideram
que possuem como agir sobre esse problema, buscando sistematizar e
comunicar ou agendar com as famílias os dias que visitarão os domicílios, facilitando
a receptividade para tal.
Nível de compreensão dos usuários: apontado pela difícil intervenção.
A equipe de saúde refere utilizar linguagem simplificada e métodos
lúdicos para informações em saúde, em especial nos casos de medicamentos. A atuação
profissional refere-se à simplificação das informações e persistência.
Condições materiais para procedimentos em domicílio: consideraram a dificuldade de realizar
procedimentos específicos que se fazem necessários durante o cuidado domiciliar devido
à ausência de disponibilidade material para tal. Referido que as vias de obtenção desses
materiais são morosas e burocráticas, dificultando a ação profissional.

APÊNDICE 2 - EXEMPLO DE REGISTRO DE NOTAS TEÓRICAS, OPERACIONAIS E DE OBSERVAÇÃO DO DIÁRIO DE CAMPO

<b>Notas de observação</b>
As orientações são falhas e superficiais, não aproveitam as reais oportunidades de realizar uma boa educação em saúde.
A ACS direciona o planejamento das visitas domiciliares a serem feitas.
Há pouca participação dos médicos no cuidado domiciliar.
<b>Notas teóricas</b>
Planejamento da visita domiciliar, priorização de casos, atribuições profissionais, ACS, atendimento domiciliar, finalidades visita domiciliar, quantidade x qualidade, informações obtidas em domicílio – uso, destino e registro.
<b>Notas operacionais</b>
Discutir educação em saúde, planejamento da visita domiciliar, o contexto domiciliar, a observação, o aprofundado levantamento de dados.



