

O processo de ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde

The home care teaching and learning process in undergraduate health care degree courses

Ana Paula Hermann¹
 Maria Ribeiro Lacerda²
 Mariluci Alves Maftum²
 Elizabeth Bernardino²
 Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello³

Abstract Home care, one of the services provided by the health system, requires health practitioners who are capable of understanding its specificities. This study aimed to build a substantive theory that describes experiences of home care teaching and learning during undergraduate degree courses in nursing, pharmacy, medicine, nutrition, dentistry and occupational therapy. A qualitative analysis was performed using the grounded theory approach based on the results of 63 semi-structured interviews conducted with final year students, professors who taught subjects related to home care, and recent graduates working with home care, all participants in the above courses. The data was analyzed in three stages - open coding, axial coding and selective coding - resulting in the phenomenon Experiences of home care teaching and learning during the undergraduate health care degree courses. Its causes were described in the category Articulating knowledge of home care, strategies in the category Experiencing the unique nature of home care, intervening conditions in the category Understanding the multidimensional characteristics of home care, consequences in the category Changing thinking about home care training, and context in the category Understanding home care in the health system. Home care contributes towards the decentralization of hospital care.

Key words Home nursing, Health, Higher education, Staff development

Resumo O cuidado domiciliar (CD) está inserido no sistema de saúde e necessita de profissionais capazes de compreender suas especificidades. Objetivou-se construir uma teoria substantiva que explicitasse a vivência em ensinar e aprender o CD nos cursos de graduação em enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional. Pesquisa qualitativa que utilizou a Grounded Theory como método. Foram realizadas 63 entrevistas semiestruturadas com discentes do último ano dos seis cursos; docentes que ministram conteúdos relacionados ao CD e egressos desses seis cursos que atuam no CD. A análise dos dados ocorreu por meio da codificação aberta, axial e seletiva. Foi possível interpretar o fenômeno A vivência em ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde. Suas causas foram explicitadas na categoria Articulando conhecimentos sobre o CD; as estratégias, na categoria Vivenciando a singularidade do CD; as condições intervenientes, na categoria Compreendendo as características multidimensionais do CD; as consequências, na categoria Transformando o pensamento sobre a formação profissional em CD e o contexto na categoria Compreendendo o CD no sistema de saúde. O CD contribui para a descentralização dos cuidados hospitalares.

Palavras-chave Assistência domiciliar, Saúde, Educação superior, Formação de recursos humanos

¹ Complexo Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná. R. XV de Novembro 1299, Centro. 80060-000 Curitiba PR Brasil.

anaphermann@gmail.com

² Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Curitiba PR Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis SC Brasil.

Introdução

A disjunção e o esfacelamento do conhecimento vêm de longa data dificultando ao ser humano conhecer a si mesmo, o mundo e o próprio conhecimento. As reflexões filosóficas não se comunicam com os avanços científicos que culminam cada vez mais com disciplinas encerradas em si mesmas e com saberes separados, resultando em mutilação do conhecimento¹.

Nesse sentido, mudanças no sistema educacional são prementes, pois por muito tempo o professor foi considerado o agente ativo do processo de ensinar e aprender, cabendo-lhe o direito exclusivo de definir os assuntos e de que maneira o estudante iria aprender, incluindo a carga horária de cada conteúdo, os esquemas de aula e a avaliação².

Essa situação é típica nos cursos de graduação na área da saúde que sofreram grande expansão no período compreendido entre as décadas de 1960 e 1970, no Brasil e em outros países da América Latina. Nesse período, foi implementada a reforma universitária brasileira, resultado de um longo processo de discussão sobre a necessidade de uma nova configuração para o sistema educacional de ensino superior, com intuito de proporcionar maior eficiência e produtividade na formação de um maior número de pessoas³.

Na década de 1980, reivindicava-se a aprendizagem em unidades básicas de saúde, além daquela em hospitais. Novas disciplinas foram criadas e distinguiram-se os profissionais que atuavam com a comunidade daqueles que trabalhavam nos hospitais⁴.

A partir da década de 1990, solicitavam-se reformas nos aspectos formativos, com articulação entre ensino, serviços e comunidade⁴. No entanto, os cursos de graduação em saúde continuaram, na maioria das vezes, a considerar o corpo humano como “uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado”⁵.

Muitas são as tentativas para superar tamanha fragmentação. Nesse sentido, destaca-se o Pensamento Complexo, que nas ciências da saúde indica vias reformadoras como o ensino das ciências humanas com integração da psicologia e sociologia; ensino da complexidade humana, situando o ser humano na natureza viva e no

Cosmo, permitindo superar separações e compartimentalizações vinculadas à especialização⁶.

Além do Pensamento Complexo, as políticas de educação e saúde indicam possibilidades para avanços no modelo de formação biomédica dos profissionais de saúde. Nesse sentido, destacam-se as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional, que foram instituídas em 2001 e 2002 e afirmam que a formação desses profissionais deve contemplar o Sistema de Saúde vigente no país, o trabalho em equipe, a atenção integral à saúde e a atuação nos diferentes cenários da prática profissional, isto é, vivenciar atividades profissionais nos diferentes equipamentos sociais e de saúde, em todos os níveis de atenção, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde⁷⁻¹².

Assim, os cursos de graduação da área da saúde, ao se readequarem para atender às perspectivas das DCNs, precisam considerar o ensino do Cuidado Domiciliar (CD) como especialidade promissora por ser uma nova oportunidade de inserção no mercado de trabalho que deve servir como estímulo para o desenvolvimento de novos cursos de capacitação e de pós-graduação *lato sensu* nessa área¹³. Procura-se, portanto, que a formação dos profissionais de saúde seja contextualizada, relacionando teoria e prática, permitindo aos profissionais enfrentarem problemas do processo saúde-doença da população¹⁴.

No entanto, percebe-se, na maioria das vezes, que nos cursos de graduação em saúde “a formação dos profissionais de saúde pouco aponta para as questões de cuidado no domicílio, suas perspectivas, peculiaridades e o perfil necessário para um profissional trabalhar nesta especialidade”¹⁵.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é construir uma teoria substantiva que explicita a vivência em ensinar e aprender o cuidado domiciliar nesses cursos.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou como método a *Grounded Theory* (GT). Neste método, coleta de dados, análise e eventual teoria mantêm uma relação próxima entre si¹⁶.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, gravada em áudio, realizada com 63 participantes em local definido por eles: residência, hospitais, clínicas, unidades de saúde, salas de aula ou bibliotecas da uni-

versidade, sendo conduzidas pela pesquisadora doutoranda com auxílio de bolsistas de iniciação científica treinadas para essa finalidade.

Para realizar a entrevista semiestruturada foi elaborado um roteiro de perguntas iniciais para o primeiro grupo amostral, que passava por reformulações a cada novo sujeito entrevistado, sendo que as perguntas versavam sobre o processo de ensinar e aprender o CD, com destaque para as experiências vivenciadas nessa área durante a graduação. A sequência das perguntas e a inserção de novos questionamentos foram sendo construídas com base na análise dos dados, conforme característica do método.

O primeiro grupo foi composto por 37 acadêmicos dos cursos de enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional de uma instituição pública de ensino superior do sul do país, que cursavam o último ano da graduação pela maior probabilidade de terem vivenciado o tema abordado em algum momento, no transcorrer da graduação.

O segundo grupo amostral foi composto por 16 docentes escolhidos por indicação dos discentes que participaram da pesquisa e que, no momento da entrevista, mencionaram professores que abordaram conteúdos referentes ao CD em sala de aula ou estágio.

O terceiro grupo amostral foi formado por 10 egressos dos seis cursos de graduação mencionados, que atuam no CD, seja na iniciativa pública ou privada, sendo indicados por docentes, discentes ou funcionários dos seis cursos estudados ou pelo conhecimento da pesquisadora doutoranda de que determinados egressos já atuavam no CD. A pesquisadora doutoranda não possuía qualquer relação de dependência com os participantes por não ser docente dos cursos mencionados, bem como por não ser colega profissional dos egressos.

A análise dos dados consistiu em três fases: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. Na codificação aberta a análise é realizada linha por linha e os dados são examinados e comparados em busca de similaridades ou diferenças, a partir daí emergem as categorias. Na codificação axial, inicia-se o processo de reagrupamento dos dados divididos durante a codificação aberta. As categorias são relacionadas às suas subcategorias para gerar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos, suas propriedades e relações. Na codificação seletiva ocorre o processo de integração e de refinamento da teoria em que as categorias são organizadas em torno de um conceito explanatório central¹⁶.

O estudo foi financiado pela Fundação Araucária, tendo sido aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Após concomitante coleta e análise dos dados o fenômeno *A vivência em ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde* foi elucidado, sendo formado por diferentes categorias e subcategorias que serão explicitados na sequência. A Figura 1 representa o fenômeno com as suas relações.

A causa do fenômeno está explicitada na categoria *Articulando conhecimentos sobre o CD* que é formada por três subcategorias. Essa categoria explicita o início do fenômeno, é a partir dela que as demais relações acontecem.

Na subcategoria *Justapondo conteúdos multidisciplinares de CD* demonstra-se que o processo de ensinar e aprender o CD não ocorre em apenas uma disciplina, ele permeia várias, sendo que algumas abordam apenas questões teóricas e outras conseguem associar estas às práticas do cuidado que é realizado no domicílio.

A subcategoria *Experienciando atividades extracurriculares referentes ao CD* explicita que alguns acadêmicos têm a oportunidade de se aproximar do CD em circunstâncias distintas da carga horária da graduação, como a inserção em grupos de pesquisas que trabalham esse tema, estágios extracurriculares, nas semanas acadêmicas dos cursos, em disciplinas optativas, em cursos fora da universidade, em projetos de iniciação científica e de extensão.

Durante os dois últimos anos do curso existe a possibilidade de fazer cursos fora, aí eu escolhi fazer [...] um treinamento com médicos de família dentro de uma especialização própria [...] lá eu tive orientação do que fazer na visita domiciliar, como é que você faz com as medicações, o que você tem que organizar, o que você tem que levar para visita. (Participante Medicina)

A subcategoria *Obtendo formação em CD após a graduação* retrata que a formação após a graduação é um caminho que os egressos percorrem quando pretendem atuar no CD, podendo aproximar-se do mesmo por meio da especialização em saúde da família, no entanto, por não ser específica em CD pode gerar lacunas na formação dos profissionais.

Destaca-se que a condição causal do fenômeno explicita que o processo de ensinar e aprender o CD se inicia com aulas teóricas nas salas de

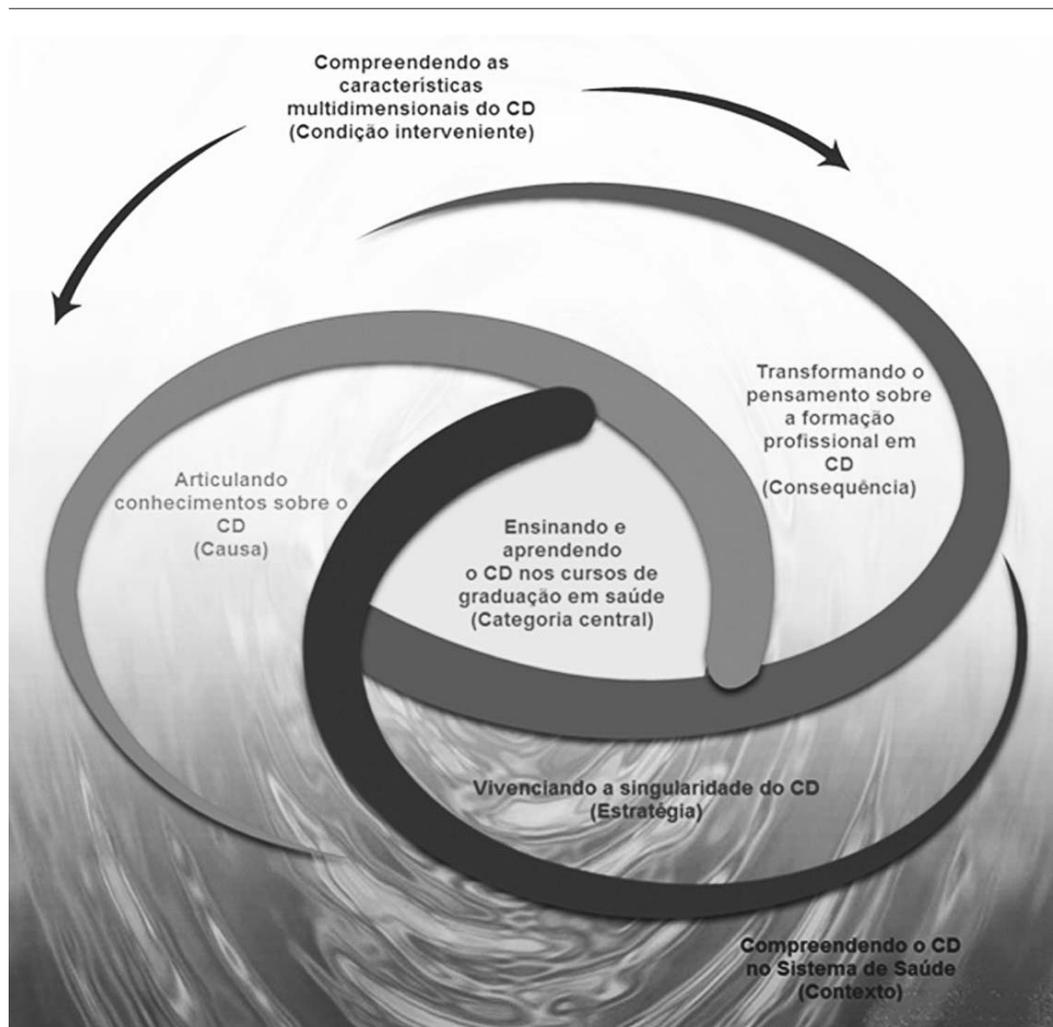


Figura 1. A vivência em ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde.

aulas dos cursos. Portanto, a causa do fenômeno tem a mesma origem para todos os participantes, sendo a partir da vivência nas disciplinas que o processo de ensinar e aprender o CD se inicia e se desenvolve. O fato da origem do fenômeno ocorrer em uma sala de aula é reflexo do modelo pedagógico tradicional muito presente nas Instituições de Ensino Superior (IES), que não vê outras possibilidades de ensinar e aprender além das tradicionais aulas expositivas que no máximo são dialogadas, mas sem introdução de metodologias ativas e de diferentes cenários de prática.

A categoria *Vivenciando a singularidade do CD* representa a estratégia do fenômeno e é formada por duas subcategorias. Essa categoria é fundamental para a materialização do fenômeno,

pois viabiliza a concretização de atividades acadêmicas no domicílio do paciente e a vivência de particularidades inerentes ao domicílio das pessoas. A estratégia do fenômeno reflete como as ações são organizadas.

A subcategoria *Percebendo o contexto* retrata que ao realizar o CD é preciso observar questões singulares dos domicílios como aspectos estruturais, as condições de saúde do paciente com suas necessidades de cuidado e a dinâmica familiar.

Tem a vantagem que você está na própria casa do sujeito, que você está ali na realidade, vendo como as coisas estão inseridas numa rotina, então tudo isso fica muito mais claro, mas também tem toda uma questão de limitações dependendo do trabalho que você vai desenvolver. Aí entra nova-

mente a questão do espaço físico, do material, é o ambiente do sujeito, então ali não é um ambiente terapêutico, você tem que lidar com as regras dessa casa, tenta trabalhar com tudo isso junto. (Participante Terapia Ocupacional)

A partir dessas percepções tem-se a subcategoria *Cuidando pluralmente* que demonstra que o cuidado pode ser realizado de forma plural com diagnóstico da situação e atuação nas necessidades apresentadas pelo paciente e familiares, com possibilidades de educação em saúde e cuidado ao cuidador.

No desenvolvimento desse fenômeno, existem condições intervenientes que interferem na maneira como este acontecerá e estão representadas na categoria *Compreendendo as características multidimensionais do CD* e suas quatro subcategorias que refletem as possíveis intervenções que podem existir durante o processo de ensinar e aprender o CD.

Nessa categoria, são explicitadas as particularidades de se atuar profissionalmente no domicílio dos pacientes, que é um local único, de domínio das pessoas que ali residem, com a presença de familiares e de um cuidador, que interagem com redes sociais de apoio, sendo, portanto, muito diferente de ambientes institucionais de cuidado.

Na subcategoria *Elucidando diferenças entre o CD e o cuidado institucional* são apontadas diferenças entre o cuidado que é realizado no domicílio e o institucional, que pode ser realizado em hospitais, unidades de saúde, consultórios, clínicas ou farmácias.

O contato com o paciente no domicílio permite maior proximidade, é possível conhecer o paciente e as relações que estabelece, entender como a família se organiza, estabelecer vínculos e assim desenvolver um cuidado integral e humanizado ao paciente e a seus familiares.

Quando eu faço uma visita domiciliar, eu percebo a realidade, percebo a dificuldade de relacionamento na família e como isso influencia no cuidado do paciente, como a questão social, econômica, influencia naquele paciente, então, além disso, ver o ambiente onde ele está inserido, as condições daquele paciente que recebe aquela dieta, questão de higiene, são percepções que por telefone você não tem, orientações qualitativas que você consegue dar muito na visita. (Participante Nutrição)

A subcategoria *Adentrando o espaço íntimo do paciente* demonstra que o domicílio é o espaço privado e íntimo de cada indivíduo, é o local onde as pessoas vivem, onde estabelecem relações interpessoais com demais moradores, sejam

familiares ou não, é o ambiente em que a pessoa na maioria das vezes se sente acolhida e que está inserido em um contexto.

A subcategoria *Percebendo a presença do cuidador e da família* aponta que diferentemente de outros ambientes, o domicílio permite perceber a presença de um cuidador que exerce papel fundamental, pois sem ele não há CD. Em geral, o cuidador é algum membro da família ou pode ser uma pessoa da comunidade que, na maioria das vezes, é alguém significante para aquela família.

A família interage diretamente com o cuidador. Nem sempre essas interações são positivas, pois muitas famílias enfrentam dificuldades relacionadas a conflitos existentes, carências econômicas, estrutura familiar rígida ou fragilizada, sendo necessária, em alguns casos, a interferência profissional.

[...] foi preciso perceber que existia uma situação bem difícil na família e que esse conflito atrapalhava bastante o cuidado. (Participante Enfermagem)

Na subcategoria *Interagindo com redes sociais de apoio*, observa-se que o CD pode sofrer influências externas de parentes, amigos ou vizinhos que podem interferir positiva ou negativamente na evolução dos cuidados e no processo de adoecimento do paciente. A observação da comunidade em que o domicílio está inserido, da vizinhança, das redes sociais de apoio disponíveis, da proximidade com a unidade de saúde é um aspecto que faz muita diferença para que o CD seja realizado de forma efetiva e assim atenda às necessidades do paciente e de sua família.

O fenômeno está inserido em um contexto explicitado na categoria *Compreendendo o CD no sistema de saúde*, formada por duas subcategorias. Esse contexto influencia o fenômeno e é influenciado por ele, conforme explicitado na Figura 1. Cada uma das categorias quando alterada interfere no contexto que por sua vez quando alterado interfere nas categorias.

Para atender a crescente demanda de pacientes que necessitam de CD, são requeridos profissionais capacitados para desempenhá-lo. Assim, com o número significativo de pacientes que recebem cuidados no domicílio na iniciativa pública e privada, é possível a abertura de novos locais de estágio que proporcionem a vivência no CD com experiências concretas de situações que ocorrem nos domicílios, bem como a necessidade de maior repasse de verbas governamentais e políticas que organizem a habilitação e a implantação de equipes multiprofissionais de saúde para atuar no domicílio no âmbito público e privado.

A subcategoria *Percebendo como o CD se insere no sistema de saúde* demonstra que o sistema público não está totalmente preparado para realizar o CD, fato que gera atendimentos inadequados, sendo que na iniciativa privada, nem todos os planos de saúde têm programas de CD que permitem essa continuidade do tratamento, com muitos deles apresentando diversas limitações em relação às necessidades do paciente.

Na subcategoria *Dialogando multiprofissionalmente sobre o CD* destaca-se que no CD a equipe multiprofissional tem papel fundamental, pois permite maior possibilidade de que as necessidades da família sejam atendidas.

[...] fazemos a visita junto com a agente comunitária de saúde ou pode ser uma técnica em saúde bucal ou auxiliar de saúde bucal que está disponível, o próprio preceptor e, às vezes, tentamos, quando a enfermagem pode ir junto, acompanhar para que eles (acadêmicos) possam ter uma noção de como é fazer uma visita junto com a equipe da unidade. (Participante Odontologia)

Durante a formação menciona-se a necessidade de discussões multiprofissionais, porém elas não acontecem de forma abrangente e nem com periodicidade adequada. Há discussões de casos que ocorrem com diferentes profissionais da área da saúde, porém não chegam a atuar no mesmo momento no domicílio.

Como consequência do fenômeno, tem-se a categoria *Transformando o pensamento sobre a formação profissional em CD*, formada por três subcategorias. Essas consequências representam os resultados da vivência dos participantes no fenômeno.

Nessa categoria, relata-se que os participantes reconhecem o CD como uma área de atuação importante e em crescimento, sendo necessários atributos e formação específica aos profissionais que atuam no domicílio. Assim, identificam formas para se preparar para o CD, bem como sugerem as maneiras para o preparo nessa área.

Na subcategoria *Relacionando os atributos necessários para o CD* foram elencados muitos conhecimentos e características pessoais necessários aos profissionais que atuam no domicílio como fundamentais para que o cuidado seja efetivo, a citar: conhecimento científico; empatia; carisma; habilidade de comunicação e observação; paciência; ética e criatividade.

A subcategoria *Identificando maneiras para se preparar para o CD* retrata que para adquirir os atributos essenciais aos profissionais que desenvolvem o CD ou o pretendem é necessário estudar, por meio de referenciais teóricos, artigos,

estudos de caso, pós-graduações e cursos de atualizações específicos na área; é possível preparar-se ao trocar experiências com profissionais que já atuaram ou atuam no CD, bem como observar a atuação destes.

Estudar e praticar o CD são maneiras de se preparar para atuar nessa área, sendo outra possibilidade de aprimoramento os cursos e as atividades promovidas pela secretaria municipal de saúde. Ressalta-se que cada atitude tomada para se preparar para o CD exige esforço e dedicação para que de fato os profissionais consigam perceber as especificidades de atuar no domicílio.

Realmente, no começo eu ia para fazer visita de ouvir, não orientava nada, eu ia junto com a equipe para escutar. Aos poucos, eu fui me inserindo para dar orientações [...] você chega sem bagagem nenhuma, você não sabe o que orientar, o que procurar na casa do paciente, o que perguntar, só com o tempo é que vai aprender. Eu acho que ainda tem muita coisa para aprender, para ver. (Participante Farmácia)

Na subcategoria *Diversificando a formação em CD* abordou-se a necessidade de mais disciplinas que tratem da questão de saúde da família, comunidade e CD; a inserção de conteúdos referentes ao CD em diferentes disciplinas desde os períodos iniciais da graduação com uma carga horária específica destinada a essa área; ampliação da carga horária de disciplinas de antropologia e sociologia; integração de conteúdos da área clínica no domicílio com atividades que permitam a junção da clínica hospitalar à visita domiciliar; quantidade de hora/aula adequada para o desenvolvimento de habilidades específicas; docentes *experts*; ampliação de projetos de extensão; parcerias com as unidades de saúde que realizam o CD e com as equipes do Programa Melhor em Casa, com a inserção de estágio com carga horária adequada com grupos de poucos estudantes.

Explicita-se, portanto, que, após vivenciar o processo de ensinar e aprender o CD, os participantes transformam seu pensamento a partir da vivência nesse processo, pois se deparam com tantas especificidades do domicílio que percebem que o conhecimento fragmentado, separado em disciplinas, não corresponde ao que se espera da formação, tanto que sugerem a inserção do CD em diferentes disciplinas, com atuação de diferentes profissionais de saúde e maior tempo de estágio para criação de vínculos. Enfim, as consequências do fenômeno indicam a necessidade de mudança no atual processo formativo em CD para que suas particularidades sejam realmente percebidas e enfrentadas.

Discussão

A categoria *Articulando conhecimentos sobre o CD* mostra que a aproximação com o CD ocorre por meio de aulas teóricas e estágios nessa área. Em ambas as situações, é necessário um ambiente que proporcione qualidade nas relações entre docentes e discentes, que impactará positivamente sobre as dificuldades existentes, “pois onde o clima é bom, a aprendizagem também é boa”⁶.

Os domicílios oferecem oportunidades de aprendizagem, no entanto, ainda pouco exploradas. Oferecer aos acadêmicos uma variedade de experiências permite que eles integrem diferentes aprendizagens e adotem posturas críticas diante das situações com que se deparam. Assim, além do CD realizado a idosos, inclui-se aquele para pacientes com deficiências físicas, com transtornos mentais e em diversas outras situações¹⁷.

É salutar no processo de ensinar e aprender o CD a superação de disciplinas isoladas que impedem o conhecimento de problemas vitais, ocultando as conexões e as complexidades existentes no ser humano. A área da saúde tende a fragmentar o ser humano em sistemas e órgãos, desconsiderando sua multidimensionalidade⁶.

A categoria *Vivenciando a singularidade do CD* explicita que existem inúmeras particularidades ao se atuar no domicílio que podem e devem ser observadas pelos profissionais de saúde que realizam o CD. Esses profissionais têm uma condição favorável para avaliar o domicílio e assim orientar pacientes e familiares sobre inúmeras situações, inclusive, questões de segurança¹⁸.

As questões estruturais também são observadas, pois um domicílio adequado para moradia e para o desenvolvimento do CD deve proteger seus habitantes das diferentes condições climáticas, promover privacidade e segurança e dispor de serviços públicos de qualidade como água, esgoto e energia elétrica. A ventilação e a iluminação de cômodos também é importante¹⁹.

Além das observações, muitos cuidados podem ser realizados no domicílio, como trabalhar com questões de perda, morte e luto; resolução de dilemas éticos; identificação de necessidades espirituais e de situações de estresse²⁰, educação em saúde, cuidado ao cuidador. Ao realizar esses cuidados no domicílio os profissionais de saúde podem enfrentar desafios como a presença de animais de estimação e de sujidade na casa^{17,18}.

Embora, na maioria das vezes, os ensinamentos universitários não mostrem a multidimensionalidade do ser humano⁶, a categoria *Compreendendo as características multidimensionais do CD*

explicita as especificidades desse ambiente de cuidado.

Nas instituições de saúde ocorre maior padronização dos procedimentos, que são desenvolvidos de maneira unificada, porém, ao adentrar os domicílios, a lógica do cuidado se modifica, pois é possível interagir e conviver com conflitos e dinâmicas da vida privada, bem como se deparar com situações de pobreza em decorrência da condição socioeconômica da maioria da população brasileira²¹.

O CD propicia uma atenção voltada para condições que não são, algumas vezes, valorizadas nas instituições de saúde, como a privacidade do paciente, cuidadores, familiares, bem como propicia “um cuidado inovador e singular em saúde”, sendo possível “a continuidade do cuidado como atributo para alcançar a integralidade”²².

No CD, existe a necessidade de responsabilização mútua entre paciente e equipe de saúde, destacando que o paciente é protagonista no seu processo saúde-doença. Assim, paciente e família devem participar ativamente “no processo de planejamento, organização, implantação e controle dos cuidados necessários”, com vistas à integralidade²².

O médico de família ao realizar o CD faz parte da casa, conhece a família, o caráter dos pais, situa o paciente em seu contexto humano, diferentemente dos médicos que tratam do paciente em consultórios, clínicas e instituições hospitalares, isolado do seu espaço doméstico e social, dos familiares e entes queridos⁶.

Entre as características multidimensionais do CD, a subcategoria *Adentrando o espaço íntimo do paciente* revela que o domicílio é um espaço privado do paciente, com “dimensões subjetivas e diferenças culturais que podem ser muito diferentes entre países ou classes sociais”¹⁹.

Por ser um espaço reservado do paciente, é preciso saber lidar com o desconforto de ter pessoas estranhas dentro da casa. Assim, busca-se criar um ambiente mais seguro que reduza a distância entre profissionais e pacientes²⁰.

Nas instituições de saúde, os cuidados são prestados por uma ordenada, complexa e hierárquica divisão de trabalho, enquanto no CD, um único cuidador, muitas vezes, é responsável por cuidar do paciente e da casa, com permanência de 24 horas no domicílio²³.

No sistema de saúde brasileiro, predominam práticas fragmentadas, que não se comunicam e que fragilizam a concretização da integralidade almejada no CD. Na Estratégia Saúde da Família (ESF) existem conflitos organizacionais e as-

sistenciais que afetam o processo de trabalho e a realização de atividades como o CD. Destaca-se o fato dos profissionais serem responsabilizados tanto pelas atividades da unidade de saúde como pelo trabalho específico da ESF, existindo grande cobrança sem condições adequadas para responder com qualidade “às prerrogativas da ESF e ao atendimento da demanda espontânea”²².

Ressalta-se que algumas atividades são negligenciadas para que outras sejam realizadas, sendo que o CD fica em segundo plano a fim de dar respostas à demanda espontânea, o que impede os profissionais de intervir “diretamente na comunidade e conhecer o território onde são produzidos os processos de ser saudável e de adoecer dos sujeitos, seus afetos, seus sentidos de vida, suas relações, sua cultura e seus modos de viver a vida”. A priorização de atividades burocráticas impede a percepção das questões subjetivas e relacionais²².

Realizar pouco o CD na ESF é uma significativa contradição, pois, de forma geral, ele visa a cuidar dos pacientes que não têm condições de se deslocar até as unidades de saúde, isto é, “quem mais precisa não consegue ter acesso por limitações físicas, e o serviço mantém oculta essa necessidade”. Diante do exposto, é evidente a necessidade de rever “e propor estratégias para a superação de lacunas existentes, para que o CD possa apresentar avanços significativos na construção de serviços e práticas mais próximos da integralidade”, compondo a rede de atenção à saúde, na tentativa de superar as práticas fragmentadas²².

É imprescindível perceber o contexto em que as situações se desenvolvem com seu conjunto, pois visões parciais são reducionistas visto que as situações têm relações mútuas, recíprocas e inter-retroações⁶.

Enfermeiros, farmacêuticos e muitos profissionais de saúde interagem com pacientes e familiares no CD²⁴. A equipe multidisciplinar no CD nem sempre tem a mesma composição que em outros locais de cuidado, sendo composta principalmente por enfermeiros de diferentes especialidades (clínica, saúde coletiva, psiquiatria), médicos, nutricionistas, fonoaudiólogos e fisioterapeutas¹⁷.

Para que as nuances citadas sejam percebidas e consideradas no CD, é essencial a categoria *Transformando o pensamento sobre a formação profissional em CD*, em que se destaca a necessidade de apropriação do cuidado a ser realizado no domicílio, pois muitos acadêmicos se sentem pouco confortáveis e ansiosos com a realização de cuidados em ambiente em que estão pouco familiarizados¹⁸.

A habilidade de comunicação é destacada para superar problemas e auxiliar no pensamento crítico, sendo necessária a escuta ativa, dar *feedback* significativo e comunicar ideias com clareza^{17,24,25}. Ademais, é fundamental se antecipar às necessidades dos pacientes, saber trabalhar com seus familiares e significantes, perceber o cotidiano das pessoas envolvidas no CD, proporcionar ocupação e estimular os pacientes a terem convívio social¹⁷.

Um atributo essencial no CD é abordar pacientes e familiares de forma multidimensional. Assim, é preciso saber: resolver conflitos; adaptar rotinas diárias e práticas de cuidado, considerando as preferências dos moradores do domicílio; identificar e superar obstáculos na realização do cuidado; apresentar características de liderança; saber solucionar problemas clínicos apresentados pelos pacientes; e compartilhar a tomada de decisão, o planejamento e a resolução de problemas com os demais membros da equipe de saúde²⁵.

Destaca-se que os cenários de aprendizagem devem ser capazes de permitir uma reforma do pensamento com religação de saberes, concebendo que as questões globais se inserem nas locais e vice-versa, para ultrapassar o conhecimento mutilado e compreender a complexidade com a existência de ligações, interações e implicações mútuas dos fenômenos, sendo capaz de contextualizar, globalizar e multidimensionalizar, reaprendendo a pensar⁶.

Além de diversificar cenários e estratégias metodológicas, é preciso ensinar civilização, complexidade e ciências humanas, aliando conhecimentos técnicos à sociologia⁶.

Considerações finais

O número de pacientes que necessita de cuidados de saúde a serem realizados no domicílio é crescente, o que direciona o Estado a ampliar as possibilidades de oferta desse tipo de cuidado, bem como regulamentar sua prestação. Os conselhos de classe dos profissionais de saúde caminham no mesmo sentido, ao regulamentar as atividades que seus profissionais poderão realizar no domicílio.

A formação dos profissionais de saúde não tem conseguido acompanhar com igual velocidade os avanços na área do CD. Existem poucas pesquisas sobre como as IES formam seus acadêmicos para essa área de atuação. Observa-se que grande parte dos estudantes tem possibilidade de realizar visitas domiciliares, sem, no entanto,

terem o aprofundamento teórico adequado para desenvolver o cuidado em ambiente de domínio do paciente e seus familiares.

Diante da complexidade presente no CD, pois cada domicílio e cada pessoa são únicos, singulares, devendo ser vistos com olhar da pluralidade, que é cuidar de pacientes em diferentes faixas etárias, cada um com suas necessidades específicas, com uma dinâmica familiar própria, destaca-se que as instituições formadoras precisam se abrir para novas possibilidades de ensinar e aprender, pois a cada dia surgem diferentes demandas, diferentes problemas, que precisam ser considerados, no sistema de saúde, nas escolas e universidades.

Ademais, ordem, desordem e caos estão presentes nos domicílios, o que exige do profissional de saúde um olhar voltado para essas nuances, no entanto, nota-se que a percepção da complexidade nos domicílios e no processo de formação dos profissionais ainda é incipiente, muitos docentes e IES ainda não compreenderam esses aspectos e as potencialidades do Pensamento Complexo para a formação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, sugerem-se outras pesquisas que investiguem os demais cursos da área da saúde em diferentes IES para uma compreensão ampliada do fenômeno.

Colaboradores

AP Hermann trabalhou na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. ALSF Mello, E Bernardino e MA Maftum trabalharam na revisão crítica do artigo. MR Lacerda trabalhou na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

- Morin E. *O método 3: o conhecimento do conhecimento*. 4ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2012.
- Campos FE, Brenelli SL, Lobo LC, Haddad AE. O SUS como escola: a responsabilidade social com a atenção à saúde da população e com a aprendizagem dos futuros profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* [periódico na internet]. 2009 Out-Dez [acessado 2012 Out 15]; 33(4):[cerca de 2 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n4/v33n4a01.pdf>.
- Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev Saude Publica* [periódico na Internet]. 2010 Jun [acessado 2013 dez 05]; 44(3):[cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/1482.pdf>
- Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman, M, Drummond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. 2ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2008. v. 1, p. 137-170.
- Capra F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. 30ª ed. São Paulo: Cultrix; 2012.
- Morin E. *A via: para o futuro da humanidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2013.
- Brasil. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União* 2001; 9 nov.
- Brasil. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União* 2001; 9 nov.
- Brasil. Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. *Diário Oficial da União* 2001; 9 nov.
- Brasil. Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. *Diário Oficial da União* 2002; 4 mar.
- Brasil. Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da República Federativa da União* 2002; 4 mar.
- Brasil. Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. *Diário Oficial da União* 2002; 4 mar.
- Barbosa HM, Costa IMM, Lopes RMS, Tapety FI, Almeida CAPL. Desafios e perspectivas de profissionais que atuam em um serviço de atendimento domiciliar. *Rev Enferm UFPI* [periódico na internet]. 2014 out [acessado 2015 out 25]; 3(4):[cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3323/pdf>.
- Romanholi RMZ, Cyrino EG. A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* [periódico na internet]. 2012 jul [acessado 2015 out 25]; 16(42):[cerca de 13 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n42/v16n42a09.pdf>.
- Lacerda MR. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2621-2626.
- Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Keeling S. Home sweet home. *Nursing Standard* 2010; 25(1):61.
- Smith SJ, Barry DG. An innovative approach to preparing nursing students for care of the elderly in the home. *Geriatric Nursing* 2013; 34(1):30-34.
- Givisiez GHN, Oliveira EL. Privacidade intradomiciliar: um estudo sobre as necessidades de ampliações em residências. *R. bras. Est. Pop* 2013; 30(1):199-223.
- Coogler CL, Jablonski R, Rachel JA, Parham IA. Skills-enhancement training program for home care providers: implications for redefining quality care. *Home Health Care Management & Practice* 2008; 20(4):312-322.
- Pires MRGM, Duarte EC, Göttems LBD, Figueiredo NVE, Spagnol CA. Fatores associados à atenção domiciliar: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(3):648-656.
- Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS, Freitas LFC, Penna CMM. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. *Esc Anna Nery* 2013; 17(4):603-610.
- Exley C, Allen D. A critical examination of home care: end of life care as an illustrative case. *Social Science & Medicine* 2007; 65(11):2317-27.
- Mager DR, Campbell SH. Home care simulation for student nurses: Medication management in the home. *Nurse Education Today* 2013; 33(11):1416-1421.
- Mueller C, Burger S, Rader J, Carter D. Nurse competencies for person-directed care in nursing homes. *Geriatric Nursing* 2013; 34(2):101-104.

Artigo apresentado em 10/08/2015

Aprovado em 18/02/2016

Versão final apresentada em 20/02/2016