

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RAFANIELLY DE OLIVEIRA ALVES

**VIVÊNCIA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO EM ATENÇÃO
DOMICILIAR: O OLHAR DE UMA ENFERMEIRA**

Camaçari

2018

RAFANIELLY DE OLIVEIRA ALVES

**VIVÊNCIA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO EM ATENÇÃO
DOMICILIAR: O OLHAR DE UMA ENFERMEIRA**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz – BA para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Mariângela Costa Vieira

RAFANIELLY DE OLIVEIRA ALVES

**VIVÊNCIA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO EM ATENÇÃO
DOMICILIAR: O OLHAR DE UMA ENFERMEIRA**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz – BA para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Camaçari, ____ de _____ de 2018.

Mariângela Costa Vieira (Orientadora)

Rafaela Cordeiro Freire

Diego Ferreira Lima Silva

Festa de Aniversário

“O feijão cozinhava lento sobre um fogão de barro que enfumaçava as paredes da cozinha. Alguns poucos mantimentos estavam guardados na estante, juntamente com panelas e utensílios de cozinha, em um canto: arroz, café, fubá, feijão, macarrão, açúcar, alguns limões e algumas cebolas e batatas. Havia uma ordem em tudo, embora fosse difícil compreendê-la, embora não fosse a ordem que queríamos ver. Sinval, muito magrinho, grisalho e simplório, sorria tímido para nós: a casa, agora, estava mesmo boa! Tanta gente! Éta coisa boa, só! Ofereceu o braço, todo satisfeito, para que fosse medida a pressão arterial, arregaçando a manga da camisa larga, amarrotada e puída. Depois ofereceu café e água, mas ninguém da equipe aceitou. Aquilo pareceu constrangedor, mas a atenção foi desviada pela conversa longa e queixosa de Serafina, a irmã de Sinval, que queixava-se de tudo em seu velho corpo. Sentia um conjunto interminável de dores, em diferentes lugares, de intensidades variadas. Havia dor de todo jeito, cada uma surgida em uma situação, que queria detalhar.

Sinval, aproxima-se novamente. Chega perto e pergunta se era possível aposentar-se. Indago-lhe quantos anos tem, qual a sua idade correta. Pensou, pensou e consultou a carteira de identidade, guardada no bolso da camisa. Inseguro, passou-a a mim, para que eu mesma lesse os dados.

- Sinval, você tem 67 anos. Você nasceu em 5 de junho de 1932, correto? Mas... Sinval, hoje, é cinco de junho! Hoje é seu aniversário... Parabéns!

Ele olhou sorridente para mim. Não disse nada. Então eu entendi. Estavam todos ali para festejar com Sinval seus anos bem sobrevividos, ainda que nós considerássemos os copos mal lavados.”

Iracema de Almeida Benevides

ALVES, Rafanielly de Oliveira. **Vivência em uma equipe de saúde da família no cuidado em Atenção Domiciliar: o olhar de uma enfermeira.** 35f. Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – BA (Fiocruz), Camaçari, 2018.

RESUMO

Considerando a peculiaridade do cuidado prestado no domicílio, que envolve interação com usuários, famílias, redes sociais e necessidade de reorganização do processo de trabalho pela equipe de Estratégia de Saúde da Família, o estudo tem como objetivo relatar a experiência de uma equipe de saúde da família no cuidado a usuários/famílias assistidos por Atenção Domiciliar no município de Camaçari – BA, sob o olhar de uma enfermeira integrante da equipe mínima de saúde da família. Trata-se de um relato de experiência descritivo e reflexivo, que teve uma equipe de saúde da família pertencente ao município de Camaçari como protagonista. A descrição e reflexão da experiência versa sobre a aproximação e inserção de uma enfermeira e demais integrantes da equipe no contexto da Atenção Domiciliar (AD), enfatizando a necessidade de trabalho interdisciplinar e reorganização do processo de trabalho com vistas à sistematização da AD. Além disso, apresenta reflexões de que a experiência vivida permitiu contato com diferentes perfis de usuários e famílias, o que exigiu enxergar potencialidades terapêuticas nesses encontros, trabalhar com fatores que contribuíram/dificultaram a produção do cuidado no domicílio e incluir usuários e famílias na construção e condução do projeto terapêutico. Por fim, muitos foram os desafios para a construção do cuidado no domicílio e a mesma foi influenciada por vários fatores, como o tipo de estrutura e dinâmica familiar com a qual se depara, visão do usuário sobre seu protagonismo ou não no processo saúde-doença e existência de um cuidador que dispute o projeto terapêutico junto a equipe.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 METODOLOGIA	09
2.1 TIPO DE ESTUDO	09
2.2 LOCAL DE ESTUDO	10
2.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	10
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES	11
3.1 APRENDENDO A FAZER ATENÇÃO DOMICILIAR EM EQUIPE	11
3.2 REFLEXÕES SOBRE AS EXPERIÊNCIAS VIVIDAS NO CUIDADO DOMICILIAR	18
3.2.1 Quando o cuidado é produzido em clima de parceria terapêutica	19
3.2.2 Quando o cuidado esbarra na desestrutura familiar	23
3.2.3 Quando o cuidado é valorizado pela sua dimensão prescritiva	25
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICES	32

1 INTRODUÇÃO

Este relato constitui-se em uma iniciativa de transmitir uma experiência ao mesmo tempo singular e complexa, construída sob o olhar de uma enfermeira integrante da equipe mínima de saúde da família, mas permeada por afetos e efeitos de todos os envolvidos no cuidado em Atenção Domiciliar (AD), sendo eles profissionais, usuários e famílias.

A inspiração para a presente escrita partiu da necessidade de registrar e refletir sobre uma abordagem de cuidado construída ao adentrar as residências das pessoas, interagir com os convívios, conflitos e dinâmicas da vida privada do usuário, e percepção de que essa abordagem não consegue ser “traduzida” em toda sua dimensão e realidade por livros, manuais e anos de graduação, ela é decodificada em *loco* (SILVA, 2010).

Minha experiência como enfermeira de uma equipe mínima de Saúde da Família do município de Camaçari teve início em abril de 2016, enquanto residente do Programa de Residências Integradas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e foi no “lugar” de residente que os deslocamentos necessários para implementação de uma abordagem ampliada (CUNHA, 2005) e vivência de práticas anti-hegemônicas - cuidar para emancipar (BRITO, 2013) - no cuidado em saúde foram vividos de forma mais intensa.

Contar sobre uma experiência que motivou, impôs desafios, afetou, emocionou, permitiu crescimento profissional e rompeu com a ideia do saber profissional como autossuficiente é relevante e se configura como meio de disseminar a potência de ações desenvolvidas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). O que será compartilhado aqui não se trata de nada inédito, mas singular à percepção de quem esteve envolvida no cuidado à usuários/ famílias assistidos por AD.

De modo a fortalecer práticas anti-hegemônicas, a AD representa uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes. Pode ser assim representada por contribuir com a desinstitucionalização do modelo de atenção à saúde médico hegemônico (centrado no hospital e saber médico; fragmentado e biologicista), ao criar novas práticas de produção de cuidados em saúde (FEUERWERK; MERHY, 2008). Definida como uma “modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção da saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados” (BRASIL, 2016, p. 1).

A inclusão e regulamentação da AD no âmbito do SUS foi impulsionada a partir da busca de alternativas para incrementar a qualidade da assistência à saúde frente as novas demandas advindas da transição demográfica e epidemiológica - para as quais o modelo médico hegemônico já não era capaz de responder adequadamente - o que também levou a

emergência e ampliação de espaços não tradicionais como a Estratégia de Saúde da Família (ESF). As práticas da ESF têm como foco de trabalho a família, bem como, ações de caráter preventivo sobre a demanda, avançando para além da simples intervenção médica, buscando integração com a comunidade, numa atuação interdisciplinar dos profissionais que compõem as equipes, além disso prevê a utilização da assistência domiciliar como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida da população e atenção às diferentes necessidades de saúde (SILVA et al, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A AD desenvolvida na ESF toma por base o recorte que ocorre no âmbito da Atenção Básica, uma vez que em outros âmbitos também pode ser realizada por equipes de serviços ambulatoriais, urgência e emergência e hospitalares. Como atividade inerente ao processo de trabalho das equipes da ESF, é necessário que as mesmas estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão dessa modalidade de atenção, isso requer reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e discussões sobre diferentes concepções e abordagens a família (BRASIL, 2012a).

No cenário inovador da AD, a família e o usuário retomam a centralidade na produção do cuidado, antes restrito aos profissionais de saúde. Quanto às equipes de saúde, essas são mais permeáveis aos diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias e podem produzir um cuidado ampliado que não se limita aos aspectos biológicos (SILVA, 2010).

Assim, o contexto domiciliar apresenta-se como um dos cenários onde se dão as principais relações pessoais e sociais do usuário e onde este, interage com fatores que influenciam no processo saúde-doença. Por isso cuidar no domicílio potencializa a criação de um novo ambiente de cuidado, atravessado por valores e crenças do cotidiano e também projetos e desejos dos usuários, familiares e equipe de saúde. A família tem, então, papel essencial na construção do cuidado, uma vez que sua participação ou não pode delinear a forma, a eficácia e a evolução do mesmo e qualidade de vida do usuário em AD (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Para a equipe de saúde que se insere na dinâmica familiar cabe uma postura de respeito e valorização das características peculiares daquele convívio humano, sabendo reconhecer as potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Na medida em que outras dimensões para além da biológica são incorporadas ao repertório de ações da equipe de saúde, como fragilidades subjetivas dos usuários, famílias e redes sociais, são produzidos maiores graus de autonomia e autocuidado dos sujeitos (BRASIL, 2012a).

Dessa forma, considerando a peculiaridade do cuidado prestado no domicílio, que envolve interação com usuários, famílias, redes sociais e necessidade de reorganização do processo de trabalho pela equipe da ESF, delimitou-se como objetivo geral para o presente estudo relatar a experiência de uma equipe de saúde da família no cuidado a usuários/famílias

assistidos por Atenção Domiciliar no município de Camaçari – BA, sob o olhar de uma enfermeira integrante da equipe mínima de saúde da família; e como objetivos específicos relatar a reorganização do processo de trabalho voltado para AD experienciada por essa equipe e vivências no cuidado domiciliar, enfatizando potencialidades e dificuldades encontradas.

A atuação de equipes de saúde da família no âmbito da AD, deve pautar-se na promoção, recuperação e reabilitação em saúde; destinar-se a responder as necessidades de saúde de um determinado segmento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária; e basear-se no trabalho interdisciplinar, utilizando tecnologias de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamento) (BRASIL, 2012a). O trabalho em equipe com vistas à produção do cuidado junto a usuário/famílias deve ampliar os espaços de ação em comum e a cooperação entre os profissionais de saúde que compõem essa equipe, levando a um enriquecimento do conjunto das intervenções em saúde (MERHY, 1998).

Considerando a inserção de enfermeiros em equipes de saúde da família atuando na AD, há fortes evidências de que sua formação acadêmica no Brasil não contempla as competências necessárias para o trabalho na AD, uma vez que prevalece o modelo de ensino curativista e centrado na doença. Diante da necessidade de superação desse modelo de ensino e de atuação profissional, faz-se necessário que reflexões teóricas aplicadas a prática de cuidado no domicílio desenvolvida por enfermeiros, enquanto integrantes de equipes de saúde da família, sejam exploradas (ANDRADE et al, 2017). Dessa forma, o presente relato pode enriquecer reflexões sobre o cuidado no domicílio desenvolvido na ESF e contrapor com o modelo de atuação profissional curativista.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um relato descritivo e reflexivo sobre a experiência de uma equipe de saúde da família no cuidado a usuários/famílias assistidos por Atenção Domiciliar no município de Camaçari - BA, sob o olhar de uma enfermeira integrante de uma equipe mínima de saúde da família, a partir da vivência enquanto residente do Programa de Residência Integrada de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família (FESF-SUS) e Fundação Oswaldo Cruz no período de abril de 2016 a junho de 2017.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A vivência ocorreu no município de Camaçari, que faz parte da região metropolitana da capital Salvador, conta com uma população estimada de 296.893 pessoas e uma área de unidade territorial de 784.658 km² (IBGE, 2017; IBGE, 2016). Para efeito de melhor organização e planejamento da atenção à saúde, o município encontra-se dividido em oito regiões. De forma específica, a vivência aconteceu em uma Unidade de Saúde da Família (USF) pertencente a quarta região de saúde, na qual foi instituído o Programa de Residência Integrada de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família.

Destarte, a unidade de saúde conta com duas equipes. A equipe 01 possui 3057 pessoas cadastradas, enquanto que a equipe 02 totaliza 3568 pessoas cadastradas. Cada equipe é composta por uma médica, duas enfermeiras, e um(a) dentista. Quanto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a equipe 01 é composta por seis e a equipe 02 por cinco ACS. No que se refere ao número de técnicas de enfermagem, a equipe 01 tem uma técnica de enfermagem, enquanto a equipe 02 tem duas técnicas de enfermagem. Fazem parte também da equipe da unidade, um recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais, uma atendente de farmácia, uma vigilante e uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Vale ressaltar que a composição da equipe mínima e demais trabalhadores de saúde sofreu modificações ao longo do tempo, com a saída de alguns residentes e profissionais do serviço (01 técnica de enfermagem) e chegada de outros profissionais, como uma gerente.

A unidade possui um quadro maior de profissionais devido à inserção da residência no serviço. As duas equipes contam com o suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por dois professores de educação física, duas nutricionistas e duas fisioterapeutas; e uma residente sanitária que desenvolve a função de apoio institucional. Somado ao quadro, existe um preceptor(a) de medicina, enfermagem, odontologia e do NASF. Vale também ressaltar que a existência de preceptores para determinadas categorias sofreu alterações ao longo do tempo.

3.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Para estruturação e construção do relato de experiência foram utilizados alguns instrumentos para a coleta de dados como atas de reunião, registros no portfólio individual e do curso no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), calendário de visitas domiciliares realizadas no período estipulado para o relato, quadro-resumo dos pacientes assistidos por AD, além do resgate à memória da autora, com vistas à reunião de informações sobre a caracterização dos casos, reorganização do processo de trabalho e impacto no cuidado aos usuários/famílias e descrição da própria vivência da equipe no cuidado em AD, entrecortada

por desafios e estratégias de enfrentamento aos mesmos. É importante destacar que a experiência a ser relatada teve a equipe 02 como protagonista.

Dessa forma, o capítulo seguinte trata da descrição, reflexões e aprendizados oriundos da experiência vivida.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

De forma a melhor organizar e apresentar a experiência, este capítulo foi dividido em categorias que versam sobre a minha aproximação e inserção, enquanto enfermeira integrante de uma equipe mínima de Saúde da Família, no contexto de AD, bem como, reflexões e afetações diante da vivência de diferentes contextos domiciliares e arranjos familiares, que contribuíram/dificultaram a produção do cuidado em AD.

Contextualizando de forma breve, ao longo de um ano e três meses, a equipe da qual fazia parte - equipe 02 - acompanhou aproximadamente vinte e seis usuários e suas respectivas famílias em AD. Em sua maioria, prevalecia o acompanhamento de pessoas idosas, mas também houve acompanhamento de adultos e adolescentes. Os principais motivos que levaram à solicitação de acompanhamento domiciliar envolveram doenças crônicas, dificuldade para deambulação, restrição ao leito, vulnerabilidade social, cuidados paliativos, síndrome demencial, sofrimento mental comum/depressão, esquizofrenia, violência sexual e alguns motivos agudos, como trauma.

4. 1 Aprendendo a fazer Atenção Domiciliar em equipe

A minha aproximação de forma fundamentada e com produção de sentido ao contexto de Atenção Domiciliar realizada na Estratégia de Saúde da Família teve início com a aprovação no Programa de Residência Integrada de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família. Durante estágio supervisionado na ESF, ainda como estudante de enfermagem, a realização de visitas domiciliares aconteceram de forma pontual e não forneceram subsídio importante para entendimento da necessidade de planejamento e reorganização do processo de trabalho, estudo dos casos e influência do contexto domiciliar e familiar no cuidado a usuários/famílias assistidos por atenção domiciliar (BRASIL, 2012a).

Ainda durante o período como estudante de enfermagem, a minha visão sobre atenção domiciliar era restrita ao termo “visita domiciliar” que representa a instrumentalização da assistência a ser realizada no domicílio, ou seja, é uma “parte do todo”; a realização dessas visitas não era fundamentada pela discussão dos casos previamente com a equipe multiprofissional e se operacionalizava de forma técnica e centrada na realização de procedimentos, sem haver importante preocupação com a subjetividade e relevância da

participação dos usuários e familiares na construção do cuidado. Em síntese, cheguei ao lugar de enfermeira integrante de uma equipe mínima de saúde da família com conhecimento e vivência incipientes quanto à Atenção Domiciliar.

Vale refletir que a enfermagem, assim como outras profissões no âmbito da saúde, tem uma história de trajetória de formação e atuação voltada para ações hospitalares e à medida que esse modelo de atuação tecnicista e curativista já não era capaz de responder as demandas postas, foi necessário repensar a forma como esses profissionais estavam sendo preparados nas academias, que muitas vezes privilegiam o tratamento de doenças com base na especialização e no arsenal tecnológico mais recente (MONTENEGRO, 2010). Isso acabou por refletir na atuação de enfermeiros e demais profissionais na condução de processos de trabalho que seguem outra lógica de atuação, como é o caso da ESF e AD desenvolvida na mesma.

Autores pontuam que o cenário de formação de enfermeiros, pouco abarca as concepções, as singularidades e o perfil necessário para o cuidado domiciliar (ANDRADE, et al, 2017). Isso pode explicar a ênfase tecnicista que se fazia presente no cuidado domiciliar e que, atualmente, como observa Andrade e outros (2017), em análise científica acerca da atuação do enfermeiro na atenção domiciliar em saúde, felizmente, vem dando espaço para enfermeiros que exercem papel central no cuidado, por atuarem coordenando o cuidado, oferecendo apoio interpessoal, realizando educação em saúde com pacientes, familiares e cuidadores, para além da realização de procedimentos técnicos.

Retomando a descrição da experiência, assumi - juntamente com outra enfermeira, médica e dentista, e apoio de profissionais do NASF, além de ACS, suporte de preceptores e demais trabalhadores de saúde - uma equipe responsável por um território com grandes demandas de AD, que necessitava reorganizar o processo de trabalho para melhor responder as mesmas; fazia parte naquele momento de uma equipe multiprofissional que deveria considerar o trabalho interdisciplinar como modelo norteador de atuação; e também encontrei residentes que, assim como eu, tiveram vivência incipiente ou nenhuma vivência em atenção domiciliar. O desafio era grande.

A turma de residentes da qual fazia parte chegou às Unidades de Saúde da Família nas quais atuariam, em um contexto de greve dos servidores municipais. Dessa forma, as atividades assistenciais, em um primeiro momento, estavam suspensas e aproveitou-se disso para realizar reuniões de planejamento e organizacionais e discussões pedagógicas. Lembro-me que em uma dessas discussões, a preceptora de medicina refletiu sobre alguns conceitos em cuidado domiciliar, o que iniciou o processo de agregar conhecimento com relação ao tema para os novos residentes.

Aos poucos as atividades assistenciais e a realização de visitas domiciliares foram retomadas; o dia reservado para tal na agenda da equipe 02 era a segunda-feira pela manhã

de toda semana, e não houve uma só segunda sem demandas de visita domiciliar. No início, a minha preocupação e dos outros integrantes da equipe era responder a essas demandas. Então, o livro em que as solicitações de visitas domiciliares eram registradas foi observado e os usuários já acompanhados foram conhecidos, enquanto que as novas solicitações chegaram de maneira informal pelos ACS, familiares ou algum outro profissional; a partir daí a divisão dos profissionais para realização das visitas foi feita. Tal divisão não levava em consideração o que seria demandado por determinado usuário e família, mas sim a necessidade de que algum profissional deveria realizar aquela visita para que a grande demanda fosse suprida.

Não demorou muito para entender que algumas coisas precisavam ser repensadas e reorganizadas, as solicitações de visitas domiciliares para a equipe 02 cresciam e mesmo num contexto de existência de um maior número de profissionais, por motivo da implantação de um Programa de Residência, ainda assim esse número não seria suficiente para responder as demandas que chegavam a cada semana, se uma mudança de postura não acontecesse. Então, pensei que o problema não estava no número de profissionais disponíveis, uma vez o mesmo era mais do que suficiente, mas sim na necessidade gritante de reorganizar o processo de trabalho para fazer Atenção Domiciliar (BRASIL, 2012); discutir em equipe se o caso demandava mesmo atenção no domicílio; e entender que o necessário não era atuar como profissional isolada e presa na “caixinha” da profissão, cumprindo o meu papel dentro do meu núcleo, eu precisava de encontro com as outras profissões no campo do cuidado (CAMPOS, 2000).

A partir de então as discussões sobre núcleo e campo mencionadas desde os primeiros encontros entre a nova turma de residentes ganharam sentido. A ideia de núcleo demarca a identidade de uma área do saber e da prática profissional - sou núcleo enquanto enfermeira. Por sua vez, o campo configura-se como um espaço de limites imprecisos, no qual as disciplinas e profissões, para cumprir tarefas teóricas e práticas, buscam apoio umas nas outras (CAMPOS, 2000) - enxergo-me no campo, enquanto mais um agente que se junta a outros para produzir saúde.

Outra reflexão que perpassa a ideia de campo e foi pertinente à época para a mudança de postura de forma a operacionalizar o trabalho na ESF e a Atenção Domiciliar desenvolvida nessa lógica, foi a de trabalho interdisciplinar. Como descrito na Política Nacional da Atenção Básica são atribuições comuns a todos os membros das equipes de Atenção Básica, “realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações” (BRASIL, 2012b, p. 45). Japiassu (1976, p. 74), caracteriza a interdisciplinaridade pela “intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas [...] O fundamento do trabalho interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares”.

À luz dos conceitos discutidos acima, essencialmente pertinentes para o momento de aprender a fazer Atenção Domiciliar na ESF, surgiram necessidades como colocar em prática o trabalho interdisciplinar; definir um turno específico para acontecer a reunião da equipe 02; consolidar todos os casos já acompanhados por atenção domiciliar pela equipe de residentes anteriores e as novas demandas; criar instrumentos que facilitassem a solicitação de visitas domiciliares e contribuíssem para manter a continuidade do cuidado em AD; superar coletivamente a ideia de que atenção domiciliar se resumia ao termo “visita domiciliar”.

Recordo-me que um dos primeiros passos para superar os entraves para condução da Atenção Domiciliar na equipe 02, foi realizar o trabalho coletivo de analisar por inteiro o livro ata destinado a solicitação de visitas domiciliares e registro das condutas realizadas em cada domicílio. Juntamente com os outros membros da equipe, percebi que o livro era subutilizado, no sentido de que mesmo existindo um lugar para registro das solicitações, alguns profissionais eram resistentes a registrar formalmente as demandas, o que dificultava a comunicação entre a equipe. Além disso, a utilização do livro poderia ser enriquecida com o registro das discussões e encaminhamentos das reuniões de equipe.

Então, foi criado um instrumento nomeado de “Solicitação de Visita Domiciliar” (Apêndice 01) – validado durante reunião de equipe – em formato de tabela, que se propunha a reunir informações essenciais sobre a nova demanda que permitissem a discussão da mesma em equipe; ser acessível a todos os profissionais atuantes na USF para registro das demandas; e descentralizar o conhecimento das solicitações existentes entre todos os membros da equipe 02, fortalecendo a corresponsabilização de todos para fazer AD.

As solicitações de visitas domiciliares poderiam ser feitas por toda e qualquer pessoa, desde profissionais até usuários; bem como, todos os espaços de atuação profissional, como consultas, atendimento à demanda espontânea, atividades educativas, eram sensíveis para identificação de casos que demandassem atenção no domicílio.

Em parte, o instrumento criado resolveria a problemática das solicitações por Atenção Domiciliar novas, mas os casos já em acompanhamento poderiam se perder no esquecimento. Dessa forma, foi criado um “Quadro síntese” (Apêndice 02), onde todos os casos em acompanhamento domiciliar eram registrados, tomando por base informações como nome e data de nascimento do usuário, número do prontuário e ACS responsável, contato do cuidador e um resumo da história clínica; o que permitia o conhecimento e consulta rápida de todos os casos em acompanhamento domiciliar.

Por fim, foi criado o “Calendário de Visita Domiciliar” (Apêndice 03), onde eram registrados os nomes dos usuários a serem visitados e profissionais que compareceriam ao domicílio a cada segunda-feira. Esse calendário permitia fazer uma retrospectiva das visitas já realizadas e visualização rápida de, por exemplo, qual a última vez em que determinado usuário foi visitado.

A criação e utilização de instrumentos para organizar e operacionalizar a Atenção Domiciliar na equipe 02 é parte do que se denomina arsenal tecnológico do trabalho em saúde, que considera a existência de tecnologias duras, inscritas nos equipamentos, máquinas, instrumentos de trabalho, exames e medicamentos; tecnologias leves-duras, onde está o saber técnico estruturado, expresso em protocolos, manuais, fluxos e conhecimentos específicos; e tecnologias leves, produzidas nas relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário, por meio da escuta, criação de vínculo e confiança (MERHY; FRANCO, 2005).

Na época, recorro que a criação desses instrumentos foi sendo feita a partir da percepção, primeiramente empírica, e após, a partir de leituras de textos pelos integrantes da equipe que sugeriam a sistematização da AD. De fato, essa criação se norteou mesmo tomando por base a própria realidade vivida pela equipe 02 em AD, mas após a vivência de outros contextos e leituras que permitiram maior apropriação sobre AD, percebo que a utilização de instrumentos propostos por Savassi, Lage e Coelho (2012), como a Estratificação de Risco Familiar para priorizar visitas domiciliares em equipes com grande número de usuários teria contribuído de forma significativa, uma vez que são instrumentos adaptados a realidade da ESF e já colocados em prática por equipes de saúde da família.

Após a criação e validação dos instrumentos em equipe, os mesmos passaram a ser utilizados e isso permitiu o início do caminhar para fazer Atenção Domiciliar de maneira mais organizada e planejada, mas outras inquietações permaneciam. As reuniões da equipe 02 aconteciam uma vez por semana e após a reunião de unidade - carregada de pautas comuns às equipes 01 e 02 e demandas organizacionais e de planejamento da USF - então, o tempo destinado a discutir questões específicas da equipe 02 era sensivelmente reduzido, o que não potencializava discussão de casos e planejamento prévio das atividades a serem realizadas pela equipe.

Além disso, as reuniões aconteciam no turno vespertino o que inviabilizava a participação de alguns ACS - por motivos outros, isso prejudicava sensivelmente a tentativa de reorganizar e fortalecer a Atenção Domiciliar na equipe 02, uma vez que os ACS são o elo de ligação entre os profissionais de saúde e o território e conhecem as condições de vulnerabilidade social postas e estruturação das famílias sob sua responsabilidade (BRASIL, 2012).

Posteriormente a essas reflexões, incentivo dos preceptores e conversas sobre a necessidade com os próprios ACS, a reunião da equipe 02 passou a acontecer no turno matutino em um dia fixo na semana. Considero essa mudança como um fato marcante para consolidação da Atenção Domiciliar na equipe 02 e vivência de atuação interdisciplinar. O espaço da reunião foi potencializado e enriquecido e dessa vez estavam presentes integrantes da equipe mínima, do NASF, ACS e apoio de algum preceptor.

Foi nesse “novo” espaço de reunião que passei a reconhecer a sistematização da AD, uma vez que nele acontecia o planejamento das visitas a serem realizadas, sob o olhar de toda a equipe; eram definidos também os objetivos para aquela ida ao domicílio; e o papel de cada profissional demandado para as visitas, com o cuidado de não cair no âmbito da multidisciplinaridade e/ou pluridisciplinaridade, conceitos vistos como a coexistência e agrupamento de conhecimentos, sem, no entanto, haver uma busca real de objetivos comuns (JAPIASSU, 1976).

A ideia de interdisciplinaridade na ESF impele para o abandono de práticas multi ou pluridisciplinares e tensiona para o conceito de Colaboração Interprofissional (CIP), uma vez que o mesmo organiza o trabalho em equipe, valoriza o uso de tecnologias leves, promove atuação intersetorial e orienta as práticas a partir de necessidades de saúde no território (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

Diante dessas mudanças colocadas em prática com o objetivo de sistematizar a AD e trabalhar tomando por base a interdisciplinaridade, foram muitos os momentos de desencontros, embates e necessidade de alinhar posturas e discursos entre os profissionais. Como bem pontua Merhy (1987, p. 22) “qualquer possibilidade de mexer em processos de trabalho encontra, como parte de seus desafios mexer com as cabeças e interesses”. Lembre-me que o primeiro entrave encontrado aconteceu na relação residentes e servidores (categoria na qual se enquadram os outros trabalhadores de saúde da USF para além dos residentes e preceptores, como ACS, recepcionistas e outros); existia uma relação em construção com os ACS da equipe 02, uma vez que eu e outros residentes éramos recém-chegados, e, ao passo que o vínculo precisava ser construído, também era necessário falar e “mexer” no processo de trabalho. Então, momentos de desencontros e conflitos estiveram presentes e foram importantes para residentes e servidores, no sentido de que os residentes precisavam levar em consideração a experiência de quem estava há mais tempo no serviço e conhecia o território, por sua vez, os ACS e demais trabalhadores precisam estar “abertos” para espaços de diálogo e construção compartilhada.

Não cabe aqui detalhar todas as estratégias adotadas para ajudar na caminhada de vencer os entraves encontrados, mas o espaço de reunião da equipe 02 foi potente para criação de vínculo e alinhamento entre residentes e servidores. Desafios também se fizeram presentes na relação entre os próprios residentes; recorde de muitos momentos em que as opiniões, ações e posturas acerca de fazer AD foram divergentes e não eram “produto” de discussões coletivas, mas o “despertar” e o “amadurecer” para atuação interdisciplinar permitiu avançar no “campo do encontro” (CAMPOS, 2000), além das mediações e intervenções dos preceptores e apoiadores.

Outra inquietação superada nos espaços de discussão em equipe foram conceitos relacionados a atenção domiciliar. Como disse anteriormente, existia a necessidade de

superar o termo “visita domiciliar” como totalizador de todo o esforço empreendido para cuidar de usuários e famílias no domicílio e entender a Atenção Domiciliar para além da realização de técnicas e procedimentos fora do ambiente da Unidade de Saúde da Família.

A Atenção Domiciliar, segundo Lacerda e outros (2006), é um termo genérico que engloba ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas no domicílio. Essa modalidade, abrange o atendimento, a internação e a visita domiciliar que possibilitam a realização e implementação da atenção domiciliar, de modo que toda as ações possam influenciar o processo saúde-doença de usuários e famílias.

No caso específico da ESF, a modalidade de Atenção Domiciliar desenvolvida é dita AD1 que, pelas características do usuário (gravidade e equipamentos de que necessita), deve ser realizada pela Atenção Básica (Equipes da Atenção Básica e NASF), com apoio eventual dos demais pontos de atenção. Quanto às características dos usuários a que se destina a AD1, remete-se aqueles que:

“possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)” (BRASIL, 2016).

E qual o lugar da visita domiciliar frente a tudo isso? Entendi que a mesma instrumentaliza e viabiliza a Atenção Domiciliar. E como colocam Cunha e Gama (2012), a VD não deve ser vista como tarefa tecnicista, mas como ferramenta de trabalho para a ESF, que possibilita a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e interação entre o profissional e usuário/família. Ademais, a Atenção Domiciliar inicia-se antes e continuamente após o ato da visitação.

Todas as reflexões, momentos de reunião de equipe, discussão de casos, planejamento de visitas, execução do cuidado no domicílio e momentos de avaliação do que estava sendo realizado fortaleceram o trabalho interdisciplinar, com atenção para não existir sobreposição de uma profissão sobre outras; não foi um caminho fácil, principalmente no início, pois a construção de visões compartilhadas em equipes de trabalho envolve valores, formação e atuação profissional e as circunstâncias de vida de cada pessoa (ARRUDA et al, 2017), mas sinto que o avanço foi significativo.

Ademais, visualizei avanços também na forma de atuação enquanto enfermeira no espaço da ESF e cuidado domiciliar, pois cheguei ao campo onde se processou essa experiência com resquícios de uma trajetória superficial na AD e baseada no tecnicismo, mas a partir do vivido, houve ressignificação para um outro olhar sobre fazer AD, dessa vez com ênfase na importância das relações estabelecidas com outros profissionais e com usuários e famílias.

A exposição desse “mergulho” realizado por mim e outros membros da equipe na AD foi necessário, pois momentos de deslocamentos importantes e que impactaram no cuidado no domicílio seriam suprimidos e não traduziriam da mesma forma a vivência dos atravessamentos e peculiaridade do cuidado no domicílio a usuários/famílias. Foi significativo pensar em equipe para executar de uma forma mais organizada e fundamentada o cuidado domiciliar. O percurso que levou a reorganização do processo de trabalho para fazer AD permitiu aprendizados e a vivência de experiências de cuidado diversificadas, que tocaram e me afetaram de diferentes formas no que diz respeito a produção do cuidado, considerando diferentes contextos familiares e domiciliares.

3.2 Reflexões sobre as experiências vividas no cuidado domiciliar

Sempre vi o cuidado como um ato complexo, que por vezes é subjetivo e por vezes é prescritivo, mas produzir cuidado em Atenção Domiciliar é ainda mais desafiador. Quando adentro domicílios não tenho encontro só com o usuário, encontro também a sua família, encontro espaços físicos carregados de histórias de vida, e tenho contato com uma diversidade de contextos que interferem diretamente na produção do cuidado.

Entender o que escrevi acima aconteceu vivendo e por mais que a literatura te “alerte” sobre o que vai encontrar no caminho da Atenção Domiciliar, ainda assim a realidade te surpreende. Frente a essa realidade, aprendi que o vínculo é o ponto de partida para o cuidado no contexto da AD. Vínculo perpassa a capacidade de escuta do usuário e família, e entendimento de que são sujeitos com crenças, desejos e temores, após o desenvolvimento dessa capacidade as demandas podem ser acolhidas (SILVA; MERHY; CARVALHO, 2003).

No contexto domiciliar senti que o envolvimento afetivo com usuários e famílias é mais intenso do que no espaço físico da USF e a produção de cuidado oscila conforme as situações de vida encontradas e os recursos disponíveis, por isso as condições de vulnerabilidade social, a história clínica e de vida são importantes norteadores.

Concordo, então, com as reflexões de que o cuidado no contexto domiciliar é relacional e/ou terapêutico, onde são evidenciados além dos aspectos técnico-científicos, também os afetivos, empáticos e de relações de ajuda (LACERDA, 2000). Na dimensão relacional ocorre “respeito ao outro e consideração do seu mundo, de seus valores, das percepções e do que o envolve” (Lacerda, 2000, p. 35). Ambas as dimensões do cuidado para mim foram desafiadoras; enxergar potencialidades terapêuticas em contextos familiares desfavoráveis por vezes foi angustiante, mas em muitos momentos eu e os outros integrantes da equipe fomos surpreendidos por construções de cuidado que, sem a participação ativa da família, não teriam o mesmo resultado final.

Na experiência vivida na equipe 02 tive contato com perfis de usuários e famílias dos mais diversos, e enxergar tais potencialidades terapêuticas, levou tempo, envolveu trabalho interdisciplinar, criação de vínculo, pensar e repensar várias vezes a melhor forma de abordar as demandas e, principalmente, inclusão de usuários e famílias na construção e condução do projeto terapêutico, de modo a potencializar autonomia e autocuidado dos mesmos. Dessa forma, cada caso acompanhado mobilizou a mim e aos outros integrantes da equipe de formas diferentes e as estratégias de condução foram moldadas de acordo com o contexto encontrado. Então, é válido refletir sobre alguns casos acompanhados pela equipe 02 considerando o que perpassou a construção do cuidado em cada um deles.

3.2.1 Quando o cuidado é produzido em clima de parceria terapêutica

A minha expectativa diante da vivência que será apresentada era de encontrar grandes dificuldades no cuidado a ser construído com o usuário e sua família. Tratava-se de um usuário etilista e tabagista crônico, recém diagnosticado com câncer de boca - o processo de suspeita até confirmação do mesmo aconteceu na própria USF e transcorreu outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Tinha história de sintomas depressivos, pouco autocuidado, não possuía renda financeira e pouca vinculação com a família. Após o diagnóstico passou a morar com pai idoso e irmão com transtorno de ansiedade não tratado adequadamente e com repercursões prejudiciais como isolamento social.

O ponto mais crítico e que exigiu maior atenção de toda a equipe foi quando o usuário realizou cirurgia para retirada de lesão em assoalho da língua e esvaziamento cervical em Salvador e retornou para casa em uso de sonda nasogástrica, traqueostomia e necessidade de realizar curativos. Nesse momento, me vi diante de um desafio enorme, precisava pensar em equipe como conduzir o cuidado no domicílio diante de um contexto familiar até então considerado desfavorável, diante de vulnerabilidade social e necessidade de matriciar a família quanto ao manejo com traqueostomia, sonda nasogástrica, realização de curativos e nebulização - cuidados técnicos que poderiam necessitar da presença de um profissional no domicílio todos os dias.

Ainda recorde-me da angústia e preocupação que senti quando analisei todos esses fatores. A partir de algumas conversas durante as reuniões de equipe e olhando de forma “superficial” para o contexto que estava à minha frente, imaginei que o cuidado que precisava ser construído de forma compartilhada entre equipe e usuário/família seria difícil, rotulei que a família não daria conta de apoiar emocionalmente e realizar os “cuidados técnicos” de que necessitava o usuário.

Essas afetações e inferências que em mim foram geradas frente ao “novo” fazem parte da relação terapêutica que se estabelece entre profissional de saúde e usuários. Nessa

relação existe o contato emocional entre ambos o que causa uma reação emocional. No caso do profissional de saúde é importante que essa reação emocional seja controlada e ultrapassada para que não interfira no trabalho a ser executado (CASTRO, 2005).

Lembro também que pensei de prontidão: esse não é um caso pra ser acompanhado por Atenção Domiciliar desenvolvida na ESF. Me vi diante do desafio: como cuidar sem o suporte de outras tecnologias e materiais ao alcance necessários para esse momento?

Considerando as definições da Portaria nº 825 de abril de 2016 que redefine a atenção domiciliar no SUS, além da AD1, desenvolvida na Atenção Básica, existem mais duas modalidades de cuidado, a AD2 e AD3. O caso em questão requeria, segundo a portaria, cuidados da modalidade AD2, que está voltada para usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitam de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, citam-se usuários com afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais; necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal (BRASIL, 2016).

Apesar disso, o caso foi manejado pela equipe de saúde da família. Existe o Programa de Internação Domiciliar no município de Camaçari, que funciona no Hospital Geral de Camaçari (HGC) e está organizado nas modalidades AD2 e AD3; o fluxo para acompanhamento pelo programa requer que o mesmo seja acionado pela Regulação Estadual a partir de um relatório médico solicitando o acompanhamento para usuário que esteja internado no HGC. No caso em questão não houve possibilidade de articulação com o Programa de Internação Domiciliar, uma vez que o usuário passou por cirurgia em hospital no município de Salvador, além disso existe fragilidade de comunicação e articulação em vários pontos da RAS de Camaçari, especialmente no que se refere a Atenção Básica e componente hospitalar.

Considerando o que foi exposto, existe uma “área cinzenta”, como coloca Pereira (2014), entre responsabilidades e possibilidades das equipes de saúde da família e de atenção domiciliar. A publicação da portaria nº 825 de abril de 2016 avança em relação a portaria nº 963 de maio de 2013, pois abandona a utilização de procedimentos como critérios para diferenciar os “níveis de atenção” domiciliar, mas, mesmo a versão mais atualizada ainda mantém o conflito entre as duas modalidades de equipe que prestam cuidados no domicílio. A mais nova portaria começa a considerar a intensividade como critério para influenciar na classificação dos três níveis de cuidado no domicílio, porém o fator vulnerabilidade social permanece fora desses critérios.

Entre as fronteiras de atuação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) - que acompanha usuários classificados nos níveis AD2 e AD3 - e Atenção Básica podem existir os chamados “invisíveis do território” - que é o que me preocupa, pois esses usuários podem ficar

desassistidos de ambos os serviços, principalmente em áreas de difícil acesso (PEREIRA, 2014). Quando pensamos em construção de rede, a responsabilidade pelo usuário deveria ser de todos.

Apesar dos entraves encontrados, o caso mobilizou muito trabalho interdisciplinar, e eu fazia parte de uma equipe coesa que praticou isso. Como dito, ainda que existam fragilidades na RAS de Camaçari, naquele momento houve articulação com outros pontos da rede de forma satisfatória, e essa articulação envolveu integração da equipe mínima, ACS, NASF e apoio institucional.

O que mais me chamou atenção durante essa vivência foi a constatação de que considerando que a família tem papel essencial no cuidado, sua participação ou não pode delinear a forma, a eficácia, a evolução do cuidado e a qualidade de vida do usuário em AD (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006). E dessa vez a família teve papel decisório para o bom andamento do processo. Em um primeiro momento vista por mim e pela equipe como estrutura familiar desfavorável para produção do cuidado, a interação com a mesma me fez perceber suas potencialidades, e o irmão com história de transtorno de ansiedade e isolamento social assumiu o papel de cuidador.

Esse irmão passou há 11 anos atrás por trauma que ainda repercute na sua vida: enquanto conselheiro tutelar denunciou um pedófilo e passou a ser perseguido e ameaçado; realizou várias mudanças de cidade por conta do acontecido, mas continuou a ser perseguido, então retornou para Camaçari, porém só sai de casa em caso de extrema necessidade. Refere que se mantém vigil e preocupado o tempo inteiro e percebe que é observado por pessoas que passam em frente a sua casa, além disso pensa que o medo e ansiedade que sente somatizam no corpo em forma de sintomas físicos. Para distrair, realiza atividade física no fundo da casa onde mora, gosta de ler e pesquisar variadas coisas na internet.

O cuidador é definido como a pessoa, que pode ou não ser alguém da família, que mais diretamente presta cuidados de maneira contínua e regular a outra pessoa que em razão da faixa etária, condição física ou mental, seja parcialmente capaz ou incapaz de cuidar de si (BRASIL, 2004). Pode ser considerado cuidador formal, quando é capacitado tecnicamente e contratado para este fim; ou informal, quando o cuidado é prestado por não profissionais, como familiares e amigos (PEREIRA, 2014).

A construção compartilhada do plano de cuidados com a família, especialmente com o cuidador, envolveu manejo com os aspectos mais técnicos (traqueostomia, sonda e alimentação via sonda, curativos, realização de nebulização) - aspectos esses executados, após matriciamento pela equipe, de maneira louvável pelo irmão - desmistificação de questões culturalmente relacionadas ao câncer, as quais trarei adiante, e necessidade de que o vínculo familiar fosse fortalecido.

A experiência de qualquer situação de adoecimento é vivida de formas diferentes pelos indivíduos. Essa experiência é entendida como um processo subjetivo construído por conhecimentos, percepções e práticas historicamente aprendidos nos contextos socioculturais (LANGDON, 2003). Para o genitor do usuário em questão, o câncer era visto como um processo irreversível e uma sentença de morte, além de considerá-lo como castigo divino para a vida de “desregramento”, farras e “más companhias” que o filho teve.

Dessa forma, a necessidade levantada pela equipe de trabalhar sobre os estigmas culturais a respeito do câncer teve como figura importante o irmão, que assumiu o papel de cuidador e colocou-se como elo entre a equipe de saúde e o usuário e genitor, realizando os cuidados mais técnicos e também trabalhando em questões mais subjetivas que envolviam a experiência de viver e ser familiar de quem vive com câncer.

Apesar de todos os entraves que envolveu o caso, com potencial para trazer sobrecarga para a equipe, foi leve e empolgante notar a evolução clínica e familiar. Até o momento em que estava acompanhado, o usuário se manteve abstinente de álcool e tabaco, evoluindo com melhora não só dos sintomas físicos, como também da vinculação com seus familiares, autocuidado e perspectiva de vida.

A relação processada entre a equipe de saúde da qual fazia parte e o cuidador era pautada na compreensão das necessidades e superação das dificuldades enfrentadas pelo mesmo, além da escuta de outras possibilidades de produção de cuidado para o plano terapêutico do usuário, como por exemplo, sugestão de incentivar a aproximação do usuário a uma filha que há muito tempo não mantinha contato devido a situação de conflito estabelecida com a mãe da mesma por motivo do uso de álcool e tabaco.

Relações sustentadas na cooperação, compartilhamento, empatia, interação, diálogo e acolhimento entre profissionais de saúde e cuidador/família estimulam a produção do cuidado (SILVA; SILVA, 2016). É interessante notar que a participação do cuidador/família na construção do projeto terapêutico, direciona para que o usuário não seja visto somente pelo olhar biomédico, centrado na doença, mas também para a possibilidade de construir projetos de vida para além do imaginário dos profissionais de saúde (PEREIRA, 2014).

Processei a partir dessa experiência muitas produções de sentido para o trabalho em saúde vivido no domicílio das pessoas, uma delas de que o familiar que assume o papel de cuidador tem espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, disputando o plano terapêutico voltado para o usuário e tensionando para o olhar voltado para outras dimensões de cuidado, para além da técnica e curativista. Esse papel pode ser potencializado por relações travadas entre a equipe de saúde e o cuidador que explorem a cooperação entre os diferentes saberes (técnico-científicos e do senso comum) e compartilhamento decisório (MERHY, 1998), desde que as relações sejam pautadas na criação de vínculo e valorização da importância da família na produção do cuidado.

3.2.2 Quando o cuidado esbarra na desestrutura familiar

Quem cuida no domicílio percebe brevemente - se estiver sensível a uma abordagem de cuidado centrada no usuário - que depende diretamente de apoio da família e rede de apoio social do usuário, que inclui além de familiares, amigos e demais pessoas do convívio cotidiano (IBALDO et al, 2014) . Não se faz AD sem analisar como se organiza a estrutura familiar e levar em consideração como essa estruturação impacta no cuidado que precisa ser construído.

Definir família é uma tarefa difícil e dependente de estruturas e funções de cada sociedade, em seu contexto; conceituar família tem a ver também com a compreensão individual de cada pessoa (CREUTZBERG, 2000). Seja qual for o modelo de família “ela é sempre um conjunto de pessoas consideradas como unidade social, como um todo sistêmico onde se estabelecem relações entre os seus membros e o meio exterior” (DIAS, 2011, p. 141). Outra definição, considera família, enquanto sistema social, composta por indivíduos, com um forte compromisso emocional e que vivem dentro de um lugar comum (CREUTZBERG, 2000).

Intrínseco ao conceito de família como sistema está o processo de cuidar, no qual são definidas estratégias a seguir em casos de situações de adoecimento, por exemplo. Há uma forte interligação entre a família e a saúde dos seus membros, existindo uma relação sinérgica entre a influência da saúde/doença do indivíduo na dinâmica familiar, bem como das relações familiares na saúde do mesmo (ELSEN, 2002).

Dessa vez, exponho o caso de um idoso, sequelado de AVC isquêmico, hipertenso, totalmente dependente para realização de Atividades de Vida Diária, em uso de fraldas, morava com companheira - também idosa e hipertensa - e um filho. No total, tinha 06 filhos, todos residentes no município de Camaçari. A renda da casa provinha da aposentadoria do idoso e de sua companheira (também mãe de seus filhos). Participavam do cuidado direto ao usuário, sua companheira e uma nora. O idoso teve relacionamento difícil e conflituoso com a família, incluindo história de violência verbal e física para com a esposa, antes de tornar-se dependente de cuidados.

A condução do caso realizada por mim e pela equipe foi atravessada por momentos de pequenos avanços e momentos de declínio importantes. Estive frente a um núcleo cuidador - idosa e nora - que se sentia sobrecarregado e não contava com a ajuda de outros filhos no manejo do usuário no dia-a-dia; condição de estrutura física domiciliar precária; e relação familiar desarmoniosa. E então, como buscar potencialidades terapêuticas em contextos familiares como esse?

Lembro-me que houve discussão sobre o caso em equipe várias vezes; além disso, a necessidade de dialogar sobre como agregar demais membros da família no cuidado foi levada para o núcleo cuidador. Diante de conversas com as cuidadoras, decidimos convidar

todos os filhos para participar de uma reunião familiar com a presença da equipe de saúde. A primeira reunião teve a presença de alguns filhos, onde foi dialogada a necessidade de ajuda no cuidado ao idoso e pontuada a sobrecarga vivida pelo núcleo cuidador, enfatizando para os filhos que sua mãe também necessitava de cuidados e, no entanto, naquele momento estava assumindo o cuidado do idoso juntamente com sua nora.

Após a reunião pouca coisa mudou e o cuidado continuou centralizado nas mesmas pessoas. O usuário evoluía pouco colaborativo e agressivo as intervenções realizadas pelas cuidadoras durante o dia-a-dia. Então, algum tempo depois mais uma reunião familiar aconteceu, onde esteve presente apenas um filho e os demais recusaram-se a participar, mesmo sendo deixado claro que a equipe de saúde seguia preocupada com a condição de saúde de uma das cuidadoras. Nesse momento, refleti sobre até onde vai a insistência da equipe em incentivar o cuidado do idoso por outros filhos diante de ressentimentos existentes na relação filhos-pai? Até onde vai o respeito à autonomia das pessoas sobre decidir cuidar ou não de alguém legalmente incapaz? Onde encontro apoio psicológico para a família diante de uma RAS com tantos “furos”?

Considero que o acompanhamento desse caso passou por momentos exaustivos de construção e desconstrução; a sobrecarga do núcleo cuidador e a falta de apoio pelo restante da família gerou dependência do mesmo para com a equipe de saúde.

É válido refletir que o cuidado no domicílio pode estabelecer tutela, tida como amparo, proteção e defesa, bem como, dependência. Segundo Merhy (1998) a produção do ato cuidador tem forte ligação com a dimensão tutelar, mas esta deve estar implicada com ganhos efetivos do usuário e núcleo cuidador diante do modo de conduzir a vida.

Sabendo da importância de gerar tutelas que potencializem esses ganhos, reflito na questão de como potencializar os mesmos frente a um usuário com demandas de cuidado que não eram complexas quando se considerava base de conhecimento técnico-científico para sua execução, mas que evidenciavam complexidades nas demandas relacionais e de cooperação familiar. Além disso, existia estrutura física e emocional abalada das cuidadoras no enfrentamento de situações estressantes rotineiras e ausência de apoio para divisão de responsabilidades no cuidado.

Reflexões realizadas por Pereira (2014) colocam que são muitas as cenas em que os profissionais de saúde se afetam e se sentem mobilizados no cuidado no domicílio. A maioria são situações que incluem questões como fragilidade social, violência, conflitos familiares e quando identificam que o usuário não está recebendo o cuidado proposto pela equipe. Esses momentos os fazem sentirem-se de mãos atadas - exatamente como me senti - pois o saber técnico científico é insuficiente para resolver a situação. É necessário, então, apoio nas tecnologias leves para construção de outras possibilidades de cuidado e rede de apoio.

Pensando na oferta de maior atenção e apoio emocional para as cuidadoras, além de incentivo a cuidarem de si mesmas e tentar conversas com pessoas da família sensíveis a ajudar na condução do caso, eram agendadas consultas individuais na USF que, de certa forma, as tiravam do âmbito do domicílio e oportunizava encontros e conversas com profissionais de saúde e outros usuários que também frequentavam a USF.

Enquanto equipe, me senti estagnada no processo de construção do cuidado. No ápice do processo de repensar e encontrar estratégias que colaborassem na condução do caso, o usuário necessitou ser internado no HGC por desenvolvimento de pneumonia secundária a broncoaspiração e alguns dias após evoluiu à óbito. Nesse momento, foi necessário reunir energia para apoiar à família na vivência do luto e incentivar que as cuidadoras buscassem sentido em outros âmbitos da vida e evoluíssem no cuidado de si próprias.

A ocorrência do óbito e consequente apoio à família para o momento de luto aconteceu quando eu e outros residentes (enfermeira que dividia área comigo, médica, nutricionista) estávamos prestes a sair para realizar o rodízio de estágios e os residentes do primeiro ano que haviam a USF estavam assumindo o caso, por isso, não acompanhei muito do momento de apoio à família na vivência do luto, mas algumas reflexões seriam oportunas na ocasião e poderiam ser discutidas na reunião de equipe.

Do mesmo modo que é condição importante conhecer como se estrutura a família para produzir cuidado no domicílio, também é condição essencial para conhecimento da equipe de saúde que apoia famílias na vivência do luto, pois essa vivência pode ser potencializada ou prejudicada a depender do nível de coesão entre os membros familiares e existência de conflitos - que é, inclusive, um forte preditor da permanência desses conflitos no fim de vida (DELALIBERA et al, 2015).

3.2.3 Quando o cuidado é valorizado pela sua dimensão prescritiva

Outra experiência de cuidado no domicílio se deu com idoso, com quadro de hipertensão, dislipidemia, obesidade, espondiloartrose e uso de cadeira de rodas, além de apresentar déficit visual. Morava sozinho e recebia visitas da filha durante o dia, que o ajudava a tomar banho, preparava a alimentação e realizava a limpeza da casa. Vinha também em acompanhamento com ortopedista para investigar parestesia e diminuição da força muscular que restringiam a sua mobilização.

Mais um desafio se colocou para produção do cuidado; no caso em questão não existia a figura de alguém que assumisse o papel de cuidador direto do usuário, existia o suporte da filha e companhia em momentos pontuais de vizinhos. Estava frente a um usuário com limitações visuais e físicas, que não aderiu bem ao uso de medicamentos para controle de pressão arterial ao passo que abusava no uso de medicamentos para alívio de dor; a

alimentação acontecia em intervalos bastante espaçados e era rica em alimentos gordurosos, por vontade do próprio usuário.

Ainda que o caso fosse discutido em equipe e houvesse tentativa de pactuar com a filha e o usuário metas para o cuidado, a cada nova visita essas metas se desfaziam. De fato, era difícil manter a continuidade dos cuidados e orientações fornecidas, uma vez que não havia alguém que assumisse o cuidado direto do usuário.

Constatei diante da “ausência” de um cuidador o quanto deixou-se de agregar na condução terapêutica do caso, pois reconheço o papel do cuidador enquanto sujeito que participa e produz cuidado junto à equipe de saúde; é ele quem também formula, tensiona e negocia a construção de projetos terapêuticos (PEREIRA, 2014).

Questiono-me, ao escrever esse relato, se em algum momento eu e a equipe não estivemos sensíveis à escuta das dificuldades passadas pelo usuário e cuidador, o que pode ter gerado uma sensação de não pertencimento ao plano terapêutico, colaborando para um plano construído de forma unilateral. Outro questionamento é de que na inexistência de outras pessoas que pudessem se responsabilizar pelo cuidado ao usuário juntamente com a filha, a mesma, de modo a amenizar a sobrecarga, criou dependência para com a equipe.

As solicitações de visitas domiciliares para o idoso eram frequentes, mesmo diante de um quadro de estabilidade, e sempre eram demandados profissionais específicos para realizar condutas específicas, como exemplo, cito a ida da médica para prescrição de medicamentos por motivo de edema em membros inferiores. A visão de saúde do usuário era centrada na figura do médico e o seu entendimento de cuidado valorizava a prescrição de medicamentos que poderiam agir sobre qualquer problema apresentado.

Essa visão parece guardar resquícios da herança da hegemonia das ciências biomédicas nas definições de saúde e de doença e explicação dos fatores envolvidos nos processos patológicos, onde o corpo é concebido como uma máquina e os problemas resultantes do seu mau funcionamento serão resolvidos pela tecnologia químico-cirúrgica (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR, 2011; TESSER; BARROS, 2008).

A realização de abordagem de cuidado para com o usuário era pautada na desconstrução da figura do médico como solucionador de todos os problemas, ocorrendo ênfase na presença de outros profissionais no domicílio para além do médico e tentativas de responsabilização do usuário para com a operacionalização do seu cuidado e protagonismo no seu processo saúde-doença.

Em tempos de discussões sobre a medicalização social - que está associada a amplas transformações socioculturais, políticas e científicas relacionadas à incorporação de normas e condutas de origem biomédica na cultura geral – é importante adotar abordagens que valorizem o modo de vida, fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença (TESSER; BARROS, 2008).

Sobre isso, vários momentos de discussão aconteceram durante o período de residência. Lembro-me de muitas reflexões sobre a importância de considerar o indivíduo enquanto responsável pela produção de cuidado, considerando não somente os aspectos biológicos, mas também avançando para agregar a sua história de vida, familiar, profissional, enfim, agregar fatores que pudessem interferir na saúde-doença. Confesso que não cheguei “pronta” para colocar em prática uma conduta tão ampliada, mas me encontrei em um espaço com reflexões teóricas e práticas, bem como, pessoas que incentivaram a evolução do modo de ver, entender e fazer saúde, para além do modo tradicional reproduzido durante muito tempo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensei que para a escrita de um relato de experiência seria importante escolher aquilo que mais me ajudou a repensar a forma como vinha produzindo cuidado em todos os espaços antes de tornar-me enfermeira residente em saúde da família. Viver saúde da família gerou em mim uma mudança de rota, um encontro com aquilo que não imaginava me identificar tanto, foi e está sendo um caminho importante.

Encontrei na Atenção Domiciliar a motivação necessária para relatar uma das coisas que mais me mobilizou enquanto residente e que também mobilizou a equipe da qual fazia parte. Senti que o envolvimento afetivo e a necessidade de uma abordagem centrada na pessoa e não na doença eram mais fortes quando adentrava o domicílio e interagia com as famílias.

Fazer Atenção Domiciliar envolve muitas dimensões e, é óbvio que não consegui esgotar todas as discussões que atravessam o tema e a minha vivência. O que foi exposto versa sobre deslocamentos realizados no sentido de possibilitar a realização de trabalho interdisciplinar, modelo de atuação proposto para as equipes de saúde da família; e reorganização da dinâmica de trabalho para responder melhor as demandas de atenção domiciliar existentes no território. E então, não foi e não é fácil sair de uma lógica de sobreposição de saberes, sem terem um objetivo comum e partir para a lógica de cooperação interprofissional, uma vez que a mesma é dependente de relações interpessoais, interesses pessoas e capacidade de negociação da equipe.

No caminho de reorganizar o processo de trabalho aprendi que na saúde da família e atenção domiciliar desenvolvida nessa lógica, destaca-se o uso das tecnologias leves do trabalho em saúde, mas as tecnologias leve-duras, como a criação de instrumentos para organizar as solicitações de visitas domiciliares e os casos em acompanhamento, assim como as tecnologias duras também cooperam para o resultado final do trabalho (MERHY; FRANCO,

2005), então é importante não dicotomizar as tecnologias, mas reconhecer a importância de cada uma delas em cada ocasião.

O campo de maior aprendizado, sem dúvidas, foi no encontro com usuários/famílias. O mais importante foi reconhecer o papel de ambos na construção do cuidado e equivalência na equipe de trabalho; é como estar diante de um tripé formado pela família, equipe de saúde e usuário (PEREIRA, 2014).

Como foi possível perceber ao longo da escrita, muitos foram os desafios para a construção do cuidado no domicílio e essa construção foi influenciada por vários fatores, dentre eles estão o tipo de estrutura e dinâmica familiar com a qual se depara, visão do usuário sobre seu protagonismo ou não no processo saúde-doença e existência de um cuidador que dispute o projeto terapêutico junto a equipe. A partir da análise desses fatores é preciso enxergar potencialidade terapêuticas nos casos que requerem atenção domiciliar.

Por fim, considero que acompanhar usuários/famílias em AD é estar no campo do imprevisível em que não existem respostas prontas de imediato, mas elas vão sendo construídas diante da diversidade de perfis de usuários e famílias acompanhados. Desse modo, enxergo-me como profissional em constante construção, que precisa moldar-se aos contextos com os quais se depara. Parece ser mais simples responder a doenças e diagnósticos, mas muito desafiador cuidar quando passamos a considerar o usuário como um todo e pertencente a um contexto familiar e social. Se assim o for, sempre estaremos frente a novos desafios!

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. M. et al. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa de literatura. **Rev. Bras. Enferm.** v. 70, n. 1, p. 210-219, jan./fev. 2017.

ARRUDA, G. M. M. S. et al. O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos da residência multiprofissional em Saúde da Família. **Rev. Interface comunicação, saúde, educação**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Melhor em casa**. A segurança do hospital no conforto do seu lar. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume I. Brasília (DF), abril, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.607, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS. **Diário Oficial da União** 2004; 13 dez.

BRITO, M. J. M.; et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando caminhos da integralidade. **Rev. Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 603-610, out./dez. 2013.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CASTRO, R. M. **O uso e abuso da transferência**. (2005). Disponível em : <http://www.febrapsi.org.br/publicacoes/artigos/xx_cbp_ronaldo.doc>. Acesso em: 28 jan. 2018.

CREUTZBERG, Marion. Vivências de famílias de classe popular cuidadoras de pessoas idosas fragilizadas: subsídios de enfermagem para o cuidado domiciliar. 194f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CUNHA, C. L. F.; GAMA, M. E. A. A. Visita Domiciliar no âmbito da Atenção Primária em Saúde. In: MALAGUTTI, W. et al (Org.). **Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p.37-48.

DELALIBERA, M. et al. A dinâmica familiar no processo de luto: revisão sistemática da literatura. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1119-1134, 2015.

DIAS, M.O. Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica – o processo de comunicação no sistema familiar. **Rev. Gestão e desenvolvimento**, v. 19, p. 139-156, 2011.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2a ed. Maringá: Eduem; 2002. p. 11-24.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformações de práticas. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 24, n. 3, 2008.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, out./dez. 2006.

IBALDO, S. S. et al. Ser familiar cuidador no espaço domiciliar: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v. 8, n. 7, p. 2115-2221, jul. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9891/10145>>. Acesso em: 21 dez. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRA DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Panorama**: população. 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/camacari/panorama>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Panorama**: território. 2016. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/camacari/panorama>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

JAPIASSU H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

- LACERDA, M. R. et al. Atenção a saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 88-95, mai./ago. 2006.
- LACERDA, M. R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar** - vivência do cuidado da enfermeira. 219f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- LANGDON, E. J. **Cultura e os processos de saúde e doença**. In: Seminário sobre cultura, saúde e doença. Londrina, 2003. Anais... Londrina: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2003.
- MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Rev. Saúde Soc.** v. 22, n. 1, p. 173-186, 2013.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. Material produzido para EPJV/Fiocruz, 2005. Disponível em: < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2018.
- MERHY, E.E. A micropolítica do trabalho vivo em saúde: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1987.
- MERHY, E. E. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. **Cadernos do Centro de Estudo Hospital Cândido Ferreira**. Campinas, 20 p, 1998.
- 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. Saúde Mater. Infantil**, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan./mar. 2003.
- MONTENEGRO, L. C. **A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para sua atuação na atenção primária à saúde**. 98f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- PEREIRA, P. B. A. **Atenção Domiciliar e produção do cuidado: apostas e desafios atuais**. 134f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- PUTINI, R. F.; PEREIRA JUNIOR, A; OLIVEIRA, L. R. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem psicossocial e auto-organização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2011.
- SAVASSI, L. C. M.; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. G. Sistematização de um instrumento de estratificação e classificação de risco familiar: Escala de risco familiar de coelho-savassi. **Rev. J Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012.
- SILVA JR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2003. p.113-29.
- SILVA, K. L. et al. Atenção Domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 11, p. 166-176. 2010.

SILVA, Y. C.; SILVA, K. L. Relações de poder estabelecidas na atenção domiciliar entre cuidadores e profissionais. **Rev. Brasileira de Atenção Domiciliar**, ano 3, n. 3, jan./jun. 2017.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 914-920, 2008.

APÊNDICES

Apêndice 01

SOLICITAÇÃO DE VISITA DOMICILIAR

Data da solicitação/ Solicitante/ Contato	Nome do usuário/ Data de Nascimento ou idade/ Contato	Endereço/ Prontuário/ ACS	Motivo (Resumo, comorbidades, medicações em uso)	Nome de quem registrou

