



CURSO DE MEDICINA

CHRISTINE CARVALHO DE ALMEIDA

**ANÁLISE DO PERCURSO FEITO PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE ATÉ A SUA
VINCULAÇÃO AO HOME CARE: PERFIL IDENTITÁRIO**

Salvador

2021

CHRISTINE CARVALHO DE ALMEIDA

**ANÁLISE DO PERCURSO FEITO PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE ATÉ A SUA
VINCULAÇÃO AO HOME CARE: PERFIL IDENTITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de graduação em Medicina da Escola
Bahiana de Medicina e Saúde Pública para
aprovação parcial no 4^o ano de Medicina

Orientadora: Dra. Iêda Maria Barbosa Aleluia.

Salvador
2021

A todos aqueles que contribuíram
para a minha formação acadêmica
e pessoal.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, José Roberto e Normeide, por sempre acreditarem em mim e me incentivarem a dar o meu melhor em todos os projetos. A minha avó, Lourdes, que sei que está sempre zelando por nós.

Agradeço a toda a minha família, em especial, minha irmã, Mariane, e minha prima, Amanda, por estarem sempre presentes e dispostas a me ajudarem, além de compartilharem comigo o sonho da medicina.

Agradeço a Amora por ter me feito companhia durante todo o processo de escrita.

Agradeço às professoras que me ajudaram no processo construção desse trabalho, Dra. Iêda Maria Barbosa Aleluia e Prof. Mary Gomes Silva, pela presença, apoio, cuidado e por compartilharem seus conhecimentos comigo. Vocês tornaram essa trajetória mais leve e serei eternamente grata por isso.

Não poderia deixar de agradecer as minhas amigas, Ana Luiza, Blenda Antunes, Beatriz Tejo, Carolina Magalhães, Clara Saffe, Gabriela Saffe, Júlia Vieira e Malu Adan, por estarem comigo durante os desafios e as vitórias, e por tornarem a faculdade tão melhor, não sei o que seria de mim sem vocês. Por fim, agradeço a Gustavo Meletti, por todo o carinho e por sempre acreditar em mim.

RESUMO

Introdução: A partir do processo de transição demográfica e das mudanças epidemiológicas que vem ocorrendo no Brasil, o serviço de Assistência Domiciliar (AD) ou Home Care (HC) foi desenvolvido, regularizado e vivenciou diversas transformações e ampliações. Em resposta a essas mudanças, esse formato de atendimento tem sido cada vez mais demandado no contexto de saúde do país.

Objetivo: Investigar, na ótica do profissional de saúde atuante em HC, a trajetória que se faz, desde a graduação em ensino superior, até a vinculação a esse serviço bem como sua opinião sobre as qualificações necessárias para tal atuação.

Método: Trata-se de um estudo descritivo, transversal, exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa. A pesquisa foi realizada através de dois instrumentos: entrevista semiestruturada e aplicação de um questionário estruturado. A população da pesquisa foi composta por profissionais de saúde que trabalham no serviço de HC em uma empresa privada de Salvador, Bahia. Os dados quantitativos foram analisados através do software IBM SPSS Statistics versão 23.0 da Plataforma Windows e os qualitativos utilizando-se a técnica de análise temática teorizada por Bardin.

Resultados: A categorização dos profissionais reflete uma média de idade de 32 anos, com predominância do sexo feminino (66,7%). A média de tempo de graduação foram 8 anos, sendo o tempo médio de atuação em HC de 5 anos. Por meio da análise dos dados qualitativos foi possível identificar quatro categorias temáticas: Trajetórias Profissionais antes e durante o HC; Atributos profissionais necessários para à assistência em HC; O compromisso dos profissionais de HC com qualificação contínua; Desafios e possibilidade em serviço de HC: opinião da equipe de saúde em HC.

Conclusão: Após formação em ensino superior, os profissionais recém graduados não possuem conhecimentos específicos acerca do serviço de HC e veem o HC como opção de primeiro vínculo. Sentem-se inseguros para tal atuação, porém essa conjuntura é modificada após experiência prática e ampliação dos saberes acerca do serviço. Ademais, destaca algumas qualificações necessária para atuação, como: qualificação técnica, o atendimento centrado no usuário, cuidado compartilhado com os familiares, comportamento ético e a busca de qualificação contínua.

Palavras-chave: Atenção domiciliar. Atendimento domiciliar. Assistência Domiciliar. Profissionais de saúde. Serviços de Assistência Domiciliar.

ABSTRACT

Introduction: Since the process of demographic transition and epidemiological changes that have been occurring in Brazil, Home Assistance (AD) or Home Care (HC) service was developed, was regularized, and has undergone several transformations and expansions. In response to these changes, the demand for this service has been increasing in the country context of health. **Objective:** To investigate, from the perspective of professional working in HC, the trajectory that is made from university graduation to hiring in this service, as well as their opinion on qualifications that are necessary for their performance. **Method:** This is a descriptive, cross-sectional, exploratory study, with a qualitative and quantitative analysis. Research was made with use of two instruments: semi-structured interview and a structured questionnaire. Research population was composed of professionals who work in the HC service in a private company in Salvador, Bahia. Quantitative data were analyzed using the software IBM SPSS Statistics for Windows version 23 and qualitative data were analyzed using the technique of thematic analysis that is theorized by Bardin. **Results:** Categorization of professionals reflects an average age of 32 years, with a predominance of females (66.7%). Average time of graduation was 8 years, and average time of work in HC was 5 years. Through analysis of qualitative data, it was possible to identify four thematic categories: Professional Trajectories before and during the HC; Professional attributes that are necessary for assistance in HC; Commitment of HC professionals with continuous qualification; Challenges and possibilities in HC service: health care health professionals' opinion. **Conclusion:** After graduation in university, recently graduated professionals do not have specific knowledge about the HC service, and they see this service as an option for first job. Professionals felt insecure for such assistance, however this situation changes after practical experience and expansion of knowledge about the service. In addition, it highlights some necessary qualifications for professional performance, such as: technical qualification, user-centered care, shared care with family members, ethical behavior, and search for continuous qualification.

Keywords: Home care. Health care. Home assistance. Health professionals. Home care services.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 Marcos Legislativos	11
3.2 Modalidades da atenção domiciliar	12
3.3 Oferta e demanda	14
4 MATERIAS E MÉTODOS	17
4.1 Desenho do estudo	17
4.2 Local e período do estudo	17
4.3 População/Amostra	17
4.3.1 Tamanho da amostra no Brasil	17
4.3.2 Critérios de inclusão	17
4.3.3 Critério de exclusão	18
4.3.4 Instrumento de Coleta de Dados	18
4.4 Procedimento para Coleta de dados	18
4.5 Tratamento e Análise de dados	19
4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa	19
4.6.1 Riscos	20
4.6.2 Benefícios	20
5 RESULTADOS	21
5.1 Análise quantitativa	21
5.2 Análise qualitativa	23
6 DISCUSSÃO	27
7 CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE A	40

APÊNDICE B	44
APÊNDICE C	48
ANEXO A	59

1 INTRODUÇÃO

O cuidado domiciliar como prática em saúde surge no Brasil no início do século XX, sendo considerada uma estratégia de inspeção, controle e análise populacional¹. As atividades eram baseadas em medidas higienistas através de registros do estado domiciliar e acompanhamento do paciente em casa, assim, a longo prazo a reunião e ampliação desses dados possibilitou a criação de medidas para melhoraria das condições básicas de saúde da população¹.

Desde então, a Assistência Domiciliar (AD) ou Home Care (HC), vem sendo desenvolvida mundialmente, sendo expandida no Brasil especialmente a partir de 1990, e tornando-se cada vez mais complexa e multidisciplinar². Essa ampliação acontece principalmente em virtude da mudança do perfil etário da população, a qual vive uma transição demográfica com o avanço do envelhecimento populacional, e motiva o aumento da atenção e despesas públicas de saúde para essa classe³. Além disso, essa conjuntura promove, sobretudo, um aumento da demanda por cuidados direcionados a pacientes portadores doenças crônico-degenerativas e/ou em processo de cuidados paliativos⁴.

Em âmbito internacional, a institucionalização e profissionalização dessa prática ocorre nos Estados Unidos desde 1947, motivadas pela necessidade de liberar leitos hospitalares, propiciando assim uma reestruturação econômica da saúde, a qual visava a redução de gastos e um cuidado voltado ao conforto e autonomia do paciente⁴. Dessa forma, comparativamente a outros países, apesar do aprimoramento do HC acontecer de forma heterogênea, de acordo com as políticas de saúde de cada local, nota-se diversos fatores em comum para essa transformação.

Nesse contexto, a regulamentação brasileira da Atenção Domiciliar passou por diversos marcos legislativos, os quais tinham como objetivo definir e delimitar suas diferentes modalidades. A atualização mais recente foi oficializada em 2016 pela portaria nº 825 do Ministério da Saúde, passando a definir a AD como uma modalidade de atenção à saúde prestada em domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, garantindo continuidade dos cuidados empregados no Sistema Único de Saúde (SUS)⁵.

A equipe da AD é multidisciplinar, e deve ter como formação mínima profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas ou assistentes sociais e profissionais auxiliares

ou técnicos de enfermagem, com o somatório de carga horária semanal mínima variando entre cada uma dessas equipes. A partir da formação da equipe multidisciplinar básica, como pré-requisito para existência do serviço de atenção, pode ser formada ainda uma equipe de apoio na qual deve constar no mínimo 3 profissionais entre os citados a seguir: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional⁵. Esses, possuem como atribuições em comum, a capacidade de trabalhar em equipe multiprofissional, atuar na educação em saúde, envolver os cuidadores e familiares do usuário em atendimento, além de focar no processo de humanização do cuidado e na contribuição para a autonomia do paciente⁵.

Entretanto, apesar dos avanços e crescimentos desse serviço em consequência ao aumento da demanda populacional, na prática há um déficit na oferta desse atendimento⁴. Esse cenário ocorre, em parte, pela carência de trabalhadores formais para realização dessas atividades, o que atinge a saúde em parâmetro mundial⁴. Uma vez identificado esse déficit, admite-se que possa ser justificado pela necessidade, no serviço de AD, de profissionais com formação para atuar em condições de complexidades diversas, as quais requerem além do conhecimento técnico e científico da sua área, certo grau de experiência para lidar com cuidados específicos. Atuação essa, que deve ser ainda direcionada e centrada no paciente⁶.

No entanto, apesar da relevância do reconhecimento dessa lacuna e do entendimento dessa temática para a área de saúde, nota-se uma carência de publicações que busquem entender esse processo a partir da perspectiva do profissional cuidador, e como ocorre sua admissão nesse serviço. A partir disso, surge o interesse em realizar este estudo, o qual poderá contribuir tanto para produção de conhecimento sobre o tema, quanto para a organização de serviços de HC em âmbito gestacional e administrativo. Nesse sentido, este estudo foi norteado com a seguinte questão de pesquisa: qual é a trajetória realizada pelo profissional de saúde que atua em HC, desde a graduação em ensino superior até a sua vinculação a esses serviços e sua opinião sobre as qualificações necessárias para tal atuação?

2 OBJETIVO

Investigar, na ótica do profissional de saúde atuante em Home Care, a trajetória que se faz, desde a graduação em ensino superior, até a vinculação a esse serviço. bem como sua opinião sobre as qualificações necessárias para tal atuação.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Marcos Legislativos

A Atenção Domiciliar no Brasil começou a ser consolidada e regularizada a partir de 1990², quando em reconhecimento das mudanças sociodemográficas, tem-se a necessidade de políticas públicas que normatizem essa atividade e façam a sua integração ao SUS³. Assim, ao longo dessa trajetória foram dispostas diversas portarias relacionadas a fundamentação e a organização da AD e voltadas para à ativação e desativação dos serviços de AD nos mais diversos municípios do país⁷. Nesse sentido, em 1998 foi instituída a primeira Portaria Ministerial n 2.416, a qual determina os requisitos necessários para o credenciamento de hospitais e critérios para realização de Internação Domiciliar no SUS⁸, e assim simboliza o início da movimentação de políticas públicas acerca da estrutura e pilares desse setor.

A partir de então, outros marcos legislativos de importância foram sendo estabelecidos progressivamente, como a sanção da Lei no 10.424 em 2002, pelo Ministério da Saúde, a qual promove uma adição à Lei Federal nº 8.080/90, introduzido o Atendimento e a Internação Domiciliar no Sistema Único de Saúde⁹. Nesse momento, ocorre então a incorporação efetiva das primeiras modalidades de atenção ao SUS, e garante o alinhamento dessas atividades às diretrizes e princípios do sistema, sendo elas: a universalidade do acesso, integralidade e equidade da atenção, descentralização e hierarquização político administrativa e participação comunitária¹⁰. Assim, uma vez estabelecida as práticas no SUS, a atenção domiciliar começou a se configurar de forma mais sistematizada e, em 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispôs a Resolução da Diretoria Colegiada nº 11, a qual definiu o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços Atenção Domiciliar (SAD) nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar. Essa remodelação foi motivada pela necessidade de direcionar os prestadores de serviço e os órgãos de regulação sanitária, acerca das técnicas de gerenciamento, fiscalização e condições mínimas de segurança para o funcionamento dos SAD ¹¹.

Ainda em 2006, o Ministério da Saúde, constatou que as experiências de atenção domiciliar estavam sendo prestadas à margem de uma definição clara de política pública de saúde, e nessa lógica publicou a Portaria nº 2.529. Essa buscou especificar a prática da Internação Domiciliar no contexto do SUS, e a definiu como: conjunto de

atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim¹². Porém, em 2011 essa portaria foi revogada pela Portaria nº 2.029 que instituiu a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, passando a considerar essa como uma modalidade de atenção à saúde ¹³. Assim, essa normatização é considerada um importante marco por desassociar a internação domiciliar como única forma de prestação de assistência à domicílio, e assim traz um foco para as ações de forma mais ampla⁷.

Por fim, a AD passa entre 2011 e 2016 por diversas redefinições com o objetivo ampliar e qualificar esse serviço, até a portaria nº 825, a qual além de a redefinir, faz uma atualização sobre as equipes habilitadas ao SAD. Desde então, a Atenção Domiciliar é delineada como uma “modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados”⁵. E os Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) são considerados serviços estabelecidos de forma complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, e atribui a responsabilidade pela administração e operacionalização desse às Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) ⁵.

3.2 Modalidades da atenção domiciliar

De forma prática, a Atenção Domiciliar foi organizada em três modalidades distintas, sendo elas a Atenção domiciliar 1 (AD1), Atenção Domiciliar 2 (AD2) e Atenção Domiciliar 3 (AD3). Essa estruturação foi baseada levando em consideração a necessidade de uso de equipamentos, categorias de atenção multiprofissional e frequência de visitas em cada caso⁵. Além disso, essa categorização funciona ainda como uma ferramenta para análise de prevalência de perfil de atendimentos, facilitando uma melhor gestão de recursos para cada local¹⁴.

O primeiro requerimento necessário para que o usuário possa ser distribuído dentro dessas modalidades é que tenha indicação para AD, ou seja: “pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na

qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador⁵.

Assim, o atendimento na modalidade AD1, é considerado indicado para aqueles pacientes que requerem de cuidados com menor periodicidade, e apresentam menor necessidade de recursos de saúde ou intervenção multiprofissional⁵. Sendo a prestação desse serviço, responsabilidade das Equipes de Atenção Básica (EAB) e dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF)¹⁵.

Enquanto isso, a AD2 e AD3 são atendimentos de responsabilidade da EMAD, e no caso da AD3, com suporte da EMAP. Assim, é elegível na classificação AD2 usuários com condições de saúde específicas, com o objetivo de abreviar ou evitar a hospitalização, e que tenham necessidade de cuidados intensificados e/ou demande de cuidados no mínimo semanalmente. Já, para aqueles pacientes que, além das condições previstas para a AD2, necessitem de cuidado multiprofissional mais frequente ou acompanhamento domiciliar mais extenso com uso de equipamentos e/ou realização de procedimentos como transfusão sanguínea, suporte ventilatório, nutrição parenteral, indica-se a AD3^{5,15}.

Já em carácter conceitual, a Atenção Domiciliar é categorizada dentro da literatura em quatro modalidades, as quais se distinguem conforme a sua finalidade de ação, sendo elas a atenção domiciliar, atendimento domiciliar, visita domiciliar e internação domiciliar⁷. Assim, constituindo a categoria mais integral e genérica, a Atenção Domiciliar ou Home Health Care se refere a organização dos serviços de saúde, ou seja, envolve as ações desenvolvidas em domicílio de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças, além das políticas econômicas e sociais. Essa categoria abrange o atendimento, a visita e a internação domiciliar^{7,16}.

Nesse contexto, o atendimento domiciliar é considerado uma estratégia de atenção à saúde voltada para atuação profissional, a qual compreende as atividades de carácter ambulatorial, programadas e continuadas que são desenvolvidas em domicílio, e possuem como instrumento de ação a visita e a internação domiciliar. Essa categoria pode ser também nomeada como assistência domiciliar, cuidado domiciliar ou home care¹⁷. Já a internação domiciliar é, por sua vez, uma modalidade direcionada aos pacientes que demandam assistência e equipamentos semelhantes aos disponíveis na estrutura hospitalar, porém fornecidos em casa¹⁷. Nesse sentido, é importante

destacar que essa atividade tem o propósito de garantir conforto e humanização ao usuário¹⁸.

Por fim, a visita domiciliar é uma das práticas mais utilizadas na saúde da comunidade⁷ e desenvolvida pela Equipe de Saúde da Família (ESF)¹⁹. Essa possui como objetivo identificar as demandas do usuário e seus familiares, no intuito de subsidiar o planejamento de ações e intervenções, além de dar enfoque as ações educativas^{16,17,19}.

3.3 Oferta e demanda

Durante o período de 1940 e 1960, começou a ser observado no Brasil um processo de transição demográfica e epidemiológica caracterizado pela diminuição da mortalidade e aumento da longevidade^{20,21}. Esse cenário, proporcionado pelos avanços tecnológicos e científicos, contribuiu para o aumento do número de idosos e para o envelhecimento populacional subsequente. Entretanto, ao mesmo tempo que houve um aumento da expectativa de vida, notou-se uma crescente prevalência de doenças crônicas e/ou degenerativas associadas, principalmente, a essa faixa etária²².

Nesse contexto, as estratégias de atenção domiciliar começam a ser consideradas, em resposta a necessidade emergente de reorganização dos serviços de saúde, de forma a atender as novas demandas populacionais, e viabilizar o acesso de idosos e familiares à assistência^{4,7,21}. Além disso, a carência de cuidado, em outras condições de saúde, reforçava essa necessidade de mudança, sendo cobrado aos gestores a disponibilização de recursos direcionados a: assistência de bebês prematuros, crianças com sequelas e indivíduos com necessidade de cuidados paliativos ou reabilitação⁷. Assim, uma característica em comum que marca o quadro desses pacientes é um certo grau de dependência para atividades básicas, como banho, alimentação e deslocamento⁴.

Dessa forma, o mecanismo proposto visa, além de reduzir os custos hospitalares e o uso de leitos, humanizar as práticas de saúde e resgatar o espaço domiciliar como ambiente terapêutico^{7,21}. Nessa perspectiva, a prática da AD requer uma visão integralizada, com a construção de planos de ação compartilhados e integrados ao contexto de vida do usuário. Visto que, neste ambiente, torna-se necessário garantir qualidade de serviço e conforto tanto para o paciente, quanto para sua família, a qual

muitas vezes encontra-se sobrecarregada pela necessidade de prestar um cuidado contínuo e diário^{4,23}.

Todavia, apesar do ideal teórico, na prática, a capacidade de oferta desse serviço é precária e desproporcional à significativa demanda evidenciada⁴. Os desafios envolvidos estão associados a necessidade de capacitação profissional, a fragmentação do serviço dentro da rede de saúde, ao ambiente de trabalho e envolvimento familiar, além da necessidade de investimento na AD, a fim de se ter disponível uma estruturação mínima para os serviços^{4,14,15,24}.

Dentro dessa esfera, a qualificação profissional ganha destaque na literatura. Essa condição está relacionada tanto ao aspecto técnico e científico, em razão da necessidade de estar apto para lidar com um grande rol de demandas específicas, relacionadas às enfermidades que se enquadram nesse modelo assistencial⁴, quanto a uma concepção integral do cuidado. Visto que, além do conhecimento tecnoassistencial essencial para o cuidado dos usuários, esse serviço requer ainda uma prática humanizada e centrada no paciente. Dessa forma, compete a esse profissional a capacidade de lidar com a subjetividade do indivíduo, com o contexto familiar e as circunstâncias de vida¹⁵, além de ser capaz de manejar situações inesperadas, ter boa comunicação e estar apto a trabalhar em uma equipe multiprofissional²⁵. Essas habilidades são ainda pouco contempladas nos cursos profissionalizantes, e apontam para importância de uma formação diferenciada em resposta a necessidade quantitativa e qualitativa de profissionais, e a complexidade que a abordagem implica^{4,15,25-27}.

Ademais, apesar do sistema de SAD conseguir promover uma economia de cerca de 37 a 50% quando comparado ao serviço hospitalar²⁸, outro entrave que dificulta a oferta desse serviço está relacionado a disponibilidade de recursos⁴. Nesse sentido, abrange-se desde o investimento na qualificação dos profissionais, até as condições de serviço e estrutura material básica para garantir o atendimento domiciliar de intercorrências, os quais dependem da administração das instâncias gestoras, e estão sujeitas aos critérios de prioridades econômicas e as mudanças governamentais do país^{4,14}.

Um dos fatores relacionados a possibilidade de redução de gastos oferecida por esse serviço está associada a transferência de uma parte dos cuidados para as famílias²⁹. Esse processo exige dos profissionais que atuem na dinâmica familiar¹⁴ e

mantenham-se atentos a todos os indivíduos, já que a responsabilidade de assumir a função de cuidador pode gerar medo e insegurança, além de promover uma transformação nas vidas desses familiares²⁵. Nessa perspectiva, em alguns casos, acontece de o cuidador abandonar o autocuidado, ao colocar as atividades do enfermo em primeiro plano e/ou encontra-se sobrecarregado ao associar essas novas ocupações aos seus afazeres prévios³⁰. Portanto, o desafio do cuidado compartilhado, requer do profissional a inclusão dos cuidadores, tal como do próprio usuário, no processo construção das estratégias e planos de assistência, buscando assim ampliar a autonomia dos envolvidos e organizar o ambiente de atuação. Nesse contexto, é indispensável considerar a vulnerabilidade e necessidades dos familiares, o que em consequência acaba direcionando a uma atuação interdisciplinar em rede^{14,30}.

Nesse seguimento, é fundamental compreendermos a atividade de assistência domiciliar como uma estratégia onde, uma das finalidades é a formulação de condutas, visando a promoção de saúde e a intervenção no processo de doença dos usuários e seus familiares²³. Todavia, é relevante esclarecer que o avanço na oferta desse serviço não contemplará todas as demandas desse perfil de pacientes, entretanto esse desenvolvimento é essencial para integração dessa atividade à rede de saúde⁴. A atuação da AD como parte de uma rede de cuidados mostra potencial para colaborar com a integralidade e continuidade da atenção, porém este é mais um obstáculo a ser superado no oferecimento desse serviço. Posto que, a fragmentação das ações ainda é uma realidade presente, retratando uma necessidade de comunicação e integração entre os serviços da RAS^{14,15,24}.

4 MATERIAS E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa.

4.2 Local e período do estudo

Este estudo foi realizado no cenário de uma empresa privada que presta assistência domiciliar em saúde com raio de influência no município de Salvador e adjacências no período de setembro a novembro de 2020.

4.3 População/Amostra

A população do estudo foi composta por profissionais de saúde, de nível superior, que trabalham no serviço de Home Care da empresa Qualivida.

4.3.1 Tamanho da amostra no Brasil

A empresa possui 07 médicos que prestam serviço como visitantes e/ou plantonistas, 08 enfermeiros que fazem a visita domiciliar, 01 assistente social e 01 psicóloga. Com relação a fisioterapia e fonoaudiologia, os profissionais estão ligados a cooperativas que prestam serviço à empresa; foi solicitado o contato de 07 profissionais, de cada cooperativa. O tamanho final da amostra foi composto por 15 pessoas, e destes, cinco participaram da entrevista semiestruturada conforme a acessibilidade dos profissionais. Neste estudo, visando garantir a privacidade dos participantes foram utilizadas as seguintes abreviaturas de acordo com a profissão de cada um: medicina (M), enfermagem (E), fisioterapia (FT) e fonoaudiologia (FN).

4.3.2 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão adotados foram profissionais da área de saúde com graduação em enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social ou medicina, atualmente atuantes na atividade de Assistência Domiciliar na empresa supramencionada e com tempo mínimo de seis meses de experiência no serviço, na cidade de Salvador-BA.

4.3.3 Critério de exclusão

Os critérios de exclusão adotados foram profissionais que não aceitaram assinar o TCLE e profissionais que estivessem de férias no período da coleta de dados.

4.3.4 Instrumento de Coleta de Dados

A pesquisa foi realizada através de dois instrumentos: entrevista semiestruturada e aplicação de um questionário estruturado contendo questões, abertas e fechadas, acerca da formação acadêmica e profissional dos participantes, informações sociodemográficas e sobre a trajetória prévia até seu ingresso na Atenção Domiciliar (APÊNDICE A). As entrevistas foram realizadas individualmente com interlocução do pesquisador, por via remota, online, através de aplicativo/plataforma gratuita (Zoom, Google Meets, Teams...), gravadas e transcritas. As transcrições foram inicialmente realizadas utilizando o aplicativo AmberScript e posteriormente revisadas pela pesquisadora. O questionário e o roteiro da entrevista foram confeccionados tendo como base as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

4.4 Procedimento para Coleta de dados

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa por Whats App. No convite foi disponibilizado um link do Formulário Google (do Google Drive) com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE APÊNDICE B) e o questionário autoaplicável. Os profissionais participantes não tiveram limite de tempo para responder as questões. Depois de devidamente preenchidos, foram sorteados para participar de uma entrevista online 02 profissionais de cada classe, exceto psicologia e serviço social, as quais apesar da prevista participação, não aderiram a pesquisa. Em casos de não adesão à entrevista, foram convidados outros profissionais da mesma classe para relocação. Os encontros foram realizados individualmente pela plataforma Zoom ou Google Meets com os pesquisadores, para aprofundar as respostas dadas no questionário, e para isso foi combinado dia e horário para realização das entrevistas. A quantidade final de participantes foi de acordo com a disponibilidade dos profissionais. As entrevistas realizadas nas plataformas supramencionadas foram registradas com gravador de voz possibilitando registro fidedigno dos dados, os quais posteriormente foram transcritos pelo aplicativo

AmberScript e revisado pela pesquisadora, já os questionários, ficaram disponíveis na plataforma do Formulário Google para posteriores análises.

4.5 Tratamento e Análise de dados

Para tratamento e análise dos dados, foi utilizado a técnica de análise de conteúdo, teorizada por Bardin³¹. Dentre essa, foi escolhida a modalidade de análise temática, que é composta pelas seguintes etapas: Pré-análise, na qual propõem-se ter uma visão geral dos dados, elaborar pressupostos iniciais e escolher as formas de classificação inicial; Exploração do material, momento da análise propriamente dita, a qual foi feita a partir da distribuição de trechos entre as formas de classificação inicial, além da identificação dos núcleos de sentido e a sua correlação aos pressupostos, para assim reagrupar os temas encontrados e descrevê-los separadamente; e interpretação dos resultados, etapa final referente a construção de uma síntese interpretativa da pesquisa, buscando relacionar o tema, objetivo, questões de pesquisa e pressupostos.

O tratamento e análise dos dados foi feito por dois pesquisadores, separadamente. Posteriormente os dois se reuniram com as pesquisadoras principais para apresentarem as categorias eleitas, que foram avaliadas de forma que as possíveis diferenças no estabelecimento dos núcleos de sentido e categorias fossem discutidas e consensuadas.

Os dados quantitativos, foram analisados com estatística descritiva no programa IBM SPSS Statistics versão 23.0 da Plataforma Windows. Para as variáveis categóricas foram utilizados o número absoluto (n) e em percentual (%), e para as variáveis contínuas a média e o desvio padrão apresentadas em tabelas.

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e aprovado, sendo identificado pelo número CAAE 34936720.5.0000.5544. Os aspectos éticos foram embasados conforme prevê a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2014), que regulamenta pesquisas com envolvimento direto ou indireto de seres humanos.

4.6.1 Riscos

Sabe-se que toda pesquisa envolve riscos para os participantes já que alguns indivíduos podem se sentir pressionados ou constrangidos em responder algumas questões de foro íntimo ou ainda tenham algum receio de ter suas informações divulgadas. No entanto, toda precaução foi tomada para respeitar a privacidade dos participantes e a confidencialidade das informações. Os pesquisadores deram todas as informações e esclareceram todas as dúvidas referentes à pesquisa, além de darem o acolhimento necessário para os participantes. Os questionários respondidos individualmente pelos participantes através do Formulário Google e não foram identificados. Os dados coletados, assim como as gravações em áudio ou vídeo das entrevistas daqueles sorteados, foram armazenados em banco digital que ficará sob a responsabilidade do professor orientador, por um período de 05 anos. Após esse tempo o material será deletado do computador sem cópia do arquivo, preservando assim, seus direitos éticos e bioéticos, atendendo as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum participante foi obrigado a responder o questionário, participar da entrevista ou responder o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi disponibilizado, estando o participante livre para concordar ou não com a pesquisa. Além disso, não foram divulgados dados que identifiquem os mesmos e possam, com isso, causar constrangimento aos sujeitos da pesquisa, ou algum sentimento indesejado. Não houve nenhum incentivo monetário para participar da pesquisa, e o participante pôde se desligar a qualquer momento sem ônus para o mesmo.

4.6.2 Benefícios

Os benefícios para os participantes foram indiretos, pois se relacionam a uma melhor organização dos serviços de Atenção Domiciliar nos quais atuam, a partir do entendimento acerca do trajeto e qualificação dos profissionais vinculados a essa atividade. Esse conhecimento uma vez divulgado à comunidade científica somará ao estudo dessa especialidade, além de estimular novas pesquisas na área.

5 RESULTADOS

5.1 Análise quantitativa

Foram abordados 31 profissionais de saúde com graduação em enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social e medicina, e atuantes no serviço de Assistência Domiciliar em uma empresa de Salvador. Dentre esses, 15 pessoas concordaram em participar da pesquisa respondendo o questionário estruturado, o qual contribuiu com os resultados quantitativos a partir das questões fechadas. A média de idade dos participantes foi de 32 anos, com predominância do sexo feminino (66,7%). A média de tempo de graduação dos profissionais foram 8 anos, sendo o tempo médio de atuação em serviço de Home Care de 5 anos (tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos Profissionais de um Serviço de Assistência Domiciliar, Salvador – Bahia, out. 2020

Variáveis		Média/ DP	n (%)
Idade*	-	32/±7*	-
Sexo	Feminino	-	10 (66,7%)
	Masculino	-	5 (33,3%)
Área de graduação	Medicina	-	4 (26,7%)
	Enfermagem	-	3 (20,0%)
	Fisioterapeuta	-	3 (20,0%)
	Fonoaudiologia	-	5 (33,3%)
Tempo de graduação	-	8/±6*	-
Tempo de atuação em HC	-	5/±6*	-

Legenda: * em anos

Fonte: dados coletados pela autora

Em relação a trajetória acadêmica dos profissionais, 66,7% dos participantes consideraram que os conteúdos fornecidos em graduação não foram suficientes para atuação em HC, entretanto apenas um profissional (6,7%) mencionou ter feito um curso específico para atuação em HC antes da vinculação ao serviço. Ademais, 40% dos participantes referiram ter realizado curso específico para atuação após a vinculação a assistência domiciliar e a maioria referiu ter realizado uma pós-graduação (86,7%) (tabela 2).

Tabela 2 – Trajetória acadêmica e profissional de profissionais de saúde atuantes em um Serviço de Assistência Domiciliar, Salvador – Bahia, out. 2020

Variáveis		n (%)
Pós-graduação	Sim	13 (86,7%)
	Não	2 (13,3%)
Curso específico para atuação em HC antes de ingressar nesse serviço	Sim	1 (6,7%)
	Não	14 (93,3%)
Curso específico para atuação em HC após vinculação ao serviço	Sim	6 (40,0%)
	Não	9 (60,0%)
Diferença na sua atuação após a realização do curso	Sim	6 (100,0%)
	Não	0 (0,0%)
Trabalho em outros serviços antes de ingressar no HC	Sim	9 (60,0%)
	Não	6 (40,0%)
Considera as experiências prévias importantes para atuação em HC?	Sim	7 (77,8%)
	Não	2 (2,22%)
Os conteúdos da graduação foram suficientes para a atuação em HC	Sim	5 (33,3%)
	Não	10 (66,7%)

Fonte: dados coletados pela autora

Sobre a percepção dos profissionais sobre a vivência no serviço, 73,3% dos participantes relataram que em algum momento se sentiram despreparados para realizar atividades assistenciais, contudo a maior parte deles (93,3%) consideraram se sentirem mais seguros ao longo da experiência no serviço. Além disso, a maioria dos participantes considerou desafiador lidar com a dinâmica familiar (93,3%) e realizar um atendimento centrado no usuário (80,0%). Todos julgaram necessário ter qualificações específicas para atuação em HC (tabela 3).

Tabela 3 – Percepção dos profissionais de um serviço de HC sobre a vivência no serviço, Salvador – Bahia, out. 2020

Variáveis		N (%)
Interesse pelo HC antes da admissão	Sim	7 (46,7%)
	Não	8 (53,3%)
Sentimento de despreparo para realizar atividades assistenciais em algum momento da atuação	Sim	11 (73,3%)
	Não	4 (26,7%)

Variáveis		N (%)
Sentimento de segurança ao longo da sua experiência no serviço	Sim	14 (93,3%)
	Não	1 (6,7%)
Considera que seria importante um curso direcionado para atuação em HC	Sim	15 (100,0%)
	Não	0 (0,0%)
Considera necessário qualificações profissionais específicas para atuação em HC	Sim	15 (100,0%)
	Não	0 (0,0%)
A falta de profissionais qualificados afeta a oferta da HC	Sim	12 (80,0%)
	Não	3 (20,0%)
Considera desafiador realizar um atendimento centrado no usuário	Sim	12 (80,0%)
	Não	3 (20,0%)
Considera desafiador lidar com a dinâmica familiar	Sim	14 (93,3%)
	Não	1 (6,7%)
Considera que os cuidados prestados a usuários com doença crônico degenerativas são específicos	Sim	14 (93,3%)
	Não	1 (6,7%)
Considera o atendimento domiciliar como um serviço de alta complexidade	Sim	12 (80,0%)
	Não	3 (20,0%)
Considera o HC um serviço importante	Sim	15 (100,0%)
	Não	0 (0,0%)
Recomendaria o serviço de HC	Sim	15 (100,0%)
	Não	0 (0,0%)

Fonte: dados coletados pela autora

5.2 Análise qualitativa

Conforme previsto na metodologia, os resultados da abordagem qualitativa foram obtidos através de questões abertas aplicadas em um questionário estruturado e por meio de entrevistas semiestruturadas. Dos 31 profissionais convidados a participarem da pesquisa, 15 responderam ao questionário estruturado.

Já em relação a entrevista, foram sorteados 8 profissionais, sendo dois de cada categoria e a quantidade final de participantes foi alcançada de acordo com a disponibilidade deles. Assim, foram realizadas cinco entrevistas, sendo elas compostas pela presença de um médico, um fonoaudiólogo, um enfermeiro e dois fisioterapeutas. Os dados obtidos foram submetidos à análise qualitativa de conteúdo

temática de Bardin³¹ e com base nessa técnica emergiram quatro categorias, conforme representadas na tabela 4. As Unidades de Registro – UR que compuseram cada categoria constam no apêndice C.

Tabela 4. Categorias e nº de unidades de análise a partir da análise do conteúdo das respostas dos docentes às perguntas abertas do questionário estruturado e da entrevista semiestruturada. Salvador – Bahia, out. 2020

CATEGORIAS	Nº DAS UNIDADES DE REGISTRO
1. Trajetórias Profissionais antes e durante o HC	25
2. Atributos Profissionais Necessários para à Assistência em HC	33
3. O Compromisso dos Profissionais de HC com Qualificação Contínua	10
4. Desafios e Possibilidades em Serviços de HC: Opinião da Equipe de Saúde em HC	22

Fonte: dados coletados pela autora.

Sobre a categoria um, referente as trajetórias profissionais antes e durante o HC, algumas falas podem ser destacadas, **conforme verificado no quadro 1.**

Quadro 1 - Unidades de registro referente a categoria 1.

Categoria 1	Unidades de registro
Trajetórias Profissionais antes e durante o HC	Eu só vim saber o que era HC quando eu comecei a auxiliar, e aí que eu gostei. (M1)
	Hoje eu trabalho na parte de gestão, mas comecei na assistência, então é uma evolução natural. Hoje dou apoio aos colegas que estão começando e atendendo na assistência. (M1)
	Foi difícil ingressar inicialmente nesta área pela falta de experiência de HC, porém quando você se insere é fácil aprender e conseguir entender a dinâmica de atendimento e funcionamento, quando há busca do profissional. Entrei como enfermeira assistencial e hoje estou na gestão, isso fruto do meu trabalho e busca de crescimento. A empresa oferece oportunidade para todos, hoje me sinto segura e preparada dentro da área. (E2)

Já na segunda categoria, é possível observar atributos profissionais que foram considerados, pelos participantes, necessários para a assistência domiciliar. Os relatos abordaram tanto aspectos pessoais, quanto aspectos técnicos, e podem ser observados no quadro 2.

Quadro 2 - Unidades de registro referente a categoria 2.

Categoria 2	Unidades de Registro
Atributos Profissionais Necessários para a Assistência em HC	[...] gostar de conversar com pessoas e com pacientes, quando a gente vai na casa do paciente a gente tem que ter um grau de empatia muito grande, você está na casa do paciente, é o ambiente dele, então tem a questão de como se portar e saber ouvir a família. Então a questão de comunicação, da empatia, ter um bom conhecimento de clínica médica e gostar de paciente crônicos. (M1)
	Primeiros socorros em primeiro lugar, sem dúvida alguma, inclusive na prática, porque a gente tem cursos principalmente da parte teórica. Algumas empresas disponibilizam, inclusive, recentemente eu tive um. Mas eu acho que principalmente ter prática desses cursos que é indispensável. (F1)
	[...] Outra coisa importante é o conhecimento de cuidados paliativos, que é acima de tudo lidar com o novo, cuidar da dor do paciente, e o lado humanizado que o cuidado paliativo precisa. (F2)

Em relação a categoria O Compromisso dos Profissionais de HC com Qualificação Contínua, as falas consideradas representativas foram trazidas no quadro 3.

Quadro 3 - Unidades de registro referente a categoria 3.

Categoria 3	Unidades de Registro
O Compromisso dos Profissionais de HC com Qualificação Contínua	Cada dia e cada paciente dentro da sua dinâmica familiar traz um ensinamento diferente. A experiência e a busca por conhecimento são uma constante para aprimoramento do atendimento de HC, que envolve uma rede complexa familiar e suas expectativas. (M4)
	Eu passei por um processo de amadurecimento no primeiro ano de ser tudo novidade, e a partir do segundo ano eu consegui me aprofundar mais nos conhecimentos necessários e competências necessárias para me desenvolver mais. Eu penso que isso diário, eu não posso me acomodar e achar que eu já sei de tudo, que já vi de tudo no serviço, que estou tranquilo porque tem escala, porque tem paciente suficiente e porque o dinheiro entra. Pois se pensar só nisso você fica muito limitado. Mas se você pensar por esse ponto de vista de saber, é uma busca diária. (FT1)

Ademais, quarta categoria identificada foi Desafios e Possibilidades em Serviços de HC: Opinião da Equipe de Saúde em HC, a qual apresentou como destaque algumas unidades de registro evidenciadas no quadro 4.

Quadro 4 - Unidades de registro referente a categoria 4.

Categoria 4	Unidades de Registro
Desafios e Possibilidades em Serviços de HC: Opinião da Equipe de Saúde em HC	Pena que nem todos ainda conheçam ou saibam como é que funciona a assistência domiciliar. Infelizmente ainda tem pouca divulgação (E1)
	[...] O que eu vejo aqui é que talvez o problema não seja de qualificação. Mas ainda há uma oferta no Brasil para quem é desempregado, atrás de emprego, o HC ainda é uma oportunidade de iniciação profissional para essas pessoas, em especial cuidadores, técnicos de enfermagem, então acho que para esse público ainda há uma oferta grande de trabalho e acho que hoje supre a demanda. (M1)

6 DISCUSSÃO

Os dados obtidos no presente estudo possibilitaram identificar, segundo a perspectiva dos profissionais de saúde que atuam em Home Care, que após finalizarem a formação em ensino superior, os recém graduados não possuem conhecimentos específicos acerca do serviço de HC e se sentem inseguros para tal atuação, dinâmica essa que é modificada a partir do aprofundamento sobre o funcionamento do serviço em conjunto com a experiência prática. Além disso, o estudo reforça alguns atributos necessários para essa atividade, sobre os quais cabem destacar a qualificação técnica, o atendimento centrado no usuário, a assistência à estrutura familiar, o comportamento ético e a busca de qualificação contínua^{4,6,14,15}. Ademais, permite conhecermos alguns desafios e possibilidades de avanço do serviço.

Categorização do perfil de profissionais atuantes em AD

Conhecer o perfil dos profissionais que trabalham no âmbito da AD, é importante, pela possibilidade de identificar possíveis fatores que possam vir a influenciar na trajetória desses profissionais e contribuir para adoção de estratégias por parte de gestores dessa área de serviço assistencial e possíveis tomadas de decisões relacionadas a gestão de pessoas, com conseqüente melhoria da qualidade dos serviços ofertado a população. Como características da amostra desta pesquisa, houve uma predominância do sexo feminino com uma média de idade de 32 anos. O tempo de atuação em HC refletiu uma média de 5 anos, tendo cerca de 8 anos de graduação. Um estudo sobre a atenção domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde levantou dados que compunham o perfil dos profissionais da AD em São Caetano do Sul, SP e apontou uma predominância do mesmo sexo e uma média etária de 39 anos, sendo superior a encontrada no presente estudo²⁶. O tempo médio de graduação e de atuação em AD também foram avaliados sendo eles 8 e 5, respectivamente.

Quanto a trajetória acadêmica e profissional dos profissionais atuantes em AD (tabela 2), dois terços dos participantes consideraram que os conteúdos da graduação não foram suficientes para atuação em HC, e a maior parte deles referiram terem realizado uma pós-graduação. Entretanto, apenas 1 dos 15 profissionais tinham realizado algum curso específico para atuação em HC antes da vinculação do serviço, e após

admissão, 40% deles realizaram algum curso voltado para o HC. Todos eles consideraram que houve diferença na atuação após o curso.

Já em relação a percepção dos profissionais sobre a vivência no serviço (tabela 3), 53,3% dos participantes relataram que não tinham interesse pelo HC antes da admissão. Esse fato, pode vir a influenciar no desempenho inicial dos profissionais, visto que, segundo Andrade *et al*, os conhecimentos necessários para atuação em HC podem ser adquiridos pelos estudos voltados para a Prática Baseada em Evidências, por meio da troca de experiências e pela vivência prática⁶. Nesse cenário, 73,3% dos profissionais afirmaram ter experienciado um sentimento de despreparo para realização de atividades assistenciais durante algum momento da atuação, e a 93,3% referiram ter desenvolvido um sentimento de segurança ao longo da sua experiência no serviço. Além disso, 77,7% dos profissionais consideraram que as experiências profissionais anteriores ao HC foram importantes para a atividade atual.

Quanto à qualificação, Sieradzk *et al* separam as competências necessárias ao profissional envolvido em atendimento de HC em individuais, as quais envolvem habilidade, conhecimento e atitude, e coletivas³². Nesse sentido, no presente estudo, todos os participantes consideraram que são necessárias qualificações profissionais específicas para atuação em HC e que seria importante um curso direcionado para tal atuação. Ademais, 80% destes ponderaram que a falta de profissionais qualificados afeta a oferta de HC.

Trazendo um enfoque para as singularidades do serviço, o desenvolvimento do HC é fundamentado no surgimento de um novo perfil de demandas da área da saúde, que implicam em necessidades de cuidados específicos⁴. Nesse contexto, 93,3% dos participantes consideraram que os cuidados prestados a usuários com doença crônica degenerativas são específicos e, 80%, consideraram o atendimento domiciliar como um serviço de alta complexidade. Além disso, o HC dispõe como base para atuação um conceito de atenção centrada no usuário e seu contexto familiar^{14,27,33}. Todavia, podemos observar ainda há uma predominância de profissionais que consideraram desafiador lidar com a dinâmica familiar (93,3%) e realizar um atendimento centrado no usuário (80%). Por fim, todos os profissionais julgaram o HC um serviço importante e recomendariam o serviço.

É importante destacar que não foram encontrados estudos que dialoguem diretamente com os resultados das variáveis referentes a trajetória acadêmica e profissional dos profissionais atuantes em AD (tabela 2) e referentes a percepção dos profissionais de

um serviço de HC sobre a vivência no serviço (tabela 3). A busca foi realizada nos Portais de Periódicos da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS – e Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal do Ensino Superior – CAPES -, sendo utilizados como descritores os termos: Home Care, Assistência Domiciliar, Profissionais de Saúde, Perfil, Escolaridade e Capacitação.

Trajetórias profissionais antes e durante o HC

Entender a trajetória profissional saúde antes de entrar no Home Care e após atuar no serviço permite que tenhamos uma compreensão acerca do funcionamento do atual sistema de contratação, a partir da identificação sobre o preparo dos profissionais, o conhecimento sobre a modalidade e o interesse prévio. Ademais, possibilita conhecermos os reflexos e mudanças dessa trajetória após a efetiva atuação.

Em um estudo de caso desenvolvido em um Programa de Atenção Domiciliar de uma capital brasileira, os participantes demonstraram que não conheciam ou que não tinham sido preparados para tal modalidade²⁷. Essa realidade é ratificada pelas falas dos participantes:

[...] conheci o serviço de HOME CARE através de um estágio extracurricular. Eu estava na faculdade e a coordenadora do curso chamou eu e mais uma colega e disse: “Eu tenho 2 vagas de Home Care e eu acho que é perfil para vocês, querem tentar?”. (E1)

Eu só vim saber o que era HC quando eu comecei a auxiliar, e aí que eu gostei. (M1)

Eu conheci através de um anúncio que um colega passou para mim e aí foi bem rápido. A informação foi passada através de um informativo, mandei o currículo, e no dia seguinte fui chamado para fazer a entrevista. (FT2)

Em outro estudo que avalia o grau de implantação da Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família, no município de Camaçari (BA), foi observado que as equipes não aplicavam todas as estratégias que abrangem a Promoção à Saúde³⁴. Nesse sentido, considera-se que há um distanciamento entre as habilidades e competências necessárias para atuação e o grau de conhecimento das equipes^{4,27,32,33}. E, tal conjura, está diretamente relacionada ao fato de que o atendimento domiciliar ocorre em um ambiente totalmente diferente do hospitalar, no qual os participantes são habitualmente treinados⁶.

Dessa forma, nota-se que, a compreensão integral acerca do serviço de Home Care é obtida após as experiências práticas, vivências diárias e trocas com colegas^{6,33}. Os registros dos participantes demonstram que, após o período de adaptação, ocorre um amadurecimento dos conhecimentos, os quais refletem na qualidade da assistência, na segurança em atender os pacientes e em um sentimento de satisfação pessoal com o trabalho desenvolvido, como demonstrado nas falas abaixo:

Foi difícil ingressar inicialmente nesta área pela falta de experiência de HC, porém quando você se insere é fácil aprender e conseguir entender a dinâmica de atendimento e funcionamento, quando há busca do profissional. Entrei como enfermeira assistencial e hoje estou na gestão, isso fruto do meu trabalho e busca de crescimento. A empresa oferece oportunidade para todos, hoje me sinto segura e preparada dentro da área. (E2)

Hoje eu trabalho na parte de gestão, mas comecei na assistência, então é uma evolução natural. Hoje dou apoio aos colegas que estão começando e atendendo na assistência. (M1)

Aprendizado! Essa é a palavra que define meu caminho até aqui em HC. Ao longo desses dois anos pude desenvolver o conhecimento adquirido na graduação, e com o auxílio da pós-graduação, pude me tornar um profissional mais capacitado a oferecer um atendimento com maior qualidade e focado nas reais necessidades de cada paciente. (FT1)

Tenho trabalhado em HC há 3 anos, e no segundo ano em diante eu me transformei como profissional. Porque eu acordei para essa questão de buscar na literatura científica as bases do meu trabalho [...]. Hoje eu tenho muito mais segurança para pegar qualquer tipo de paciente em casa e com muita tranquilidade por ter esse saber que foi construído ao longo do tempo. (FT1)

Atributos profissionais necessários para à assistência em HC

A opinião dos profissionais acerca das qualificações necessárias para à assistência em Home Care foi a categoria que teve um maior número de unidades de registro. Nesse sentido, entende-se que a capacitação profissional teórica e técnica são fundamentais para a prática do atendimento domiciliar, porém algumas habilidades ainda são pouco abordadas nos cursos profissionalizantes^{27,33}. Quanto aos saberes assistenciais, os participantes trouxeram destaque para algumas habilidades que são comuns a todos os profissionais, e algumas atribuições específicas dentro de cada área de formação, como exemplificado nas falas:

Quanto a qualificação técnica a gente precisa dividir as áreas. Então em reação a parte médica, precisa ser um generalista de fato, as vezes tem que ter um

conhecimento na parte de geriatria, porque, hoje, o maior perfil usuários da assistência domiciliar é o de idosos. Precisa ter um conhecimento da parte de infectologia, pois infecções em domicílio são recorrentes já que os pacientes ficam muito tempo acamados, então se observa frequentes infecções respiratórias, infecções urinárias. Para a parte de enfermagem eu acho que tem que ter um bom conhecimento de procedimentos, então um profissional para trabalhar na assistência tem que ter um bom conhecimento técnico e prático da situação, e tem que conhecer um pouco de lesões operatórias. Na parte de fisioterapia é mais a questão da reabilitação, o conhecimento de reabilitação motora, reabilitação respiratória, que são as situações que a gente mais trata na assistência domiciliar. Pacientes paliativos também, hoje tem muita desospitalização. (E1)

Primeiros socorros em primeiro lugar, sem dúvida alguma, inclusive na prática, porque a gente tem cursos principalmente da parte teórica. (FN1)

Um das qualificações é cuidado com pacientes críticos, cuidados paliativos, manejos com EPI's. Eu acho que nesse momento são as qualificações principais. (FT2)

Entretanto, para realização desse serviço não é suficiente apenas as competências técnicas³³. A assistência domiciliar requer um atendimento que seja centrado no usuário, e que simultaneamente atue auxiliando a rede de cuidado do indivíduo^{26,27,32}. Assim, ao adentrar um domicílio, o qual é espaço de domínio do usuário e seus familiares^{6,27}, os profissionais precisam ter um comportamento ético, e utilizar estratégias de convívio interpessoal como boa comunicação, paciência e empatia^{6,26,33}. O desenvolvimento de um plano terapêutico compartilhado é considerado uma potencialidade do serviço de AD⁴, e Sieradzk *et al*, reforçam que é fundamental tratar o paciente como a família deseja, contanto que esteja alinhado com as práticas corretas e com os procedimentos prescritos³². Esses atributos e questões também surgiram nas declarações dos profissionais:

[...] gostar de conversar com pessoas e com pacientes, quando a gente vai na casa do paciente a gente tem que ter um grau de empatia muito grande, você está na casa do paciente, é o ambiente dele, então tem a questão de como se portar e saber ouvir a família. Então a questão de comunicação, da empatia, ter um bom conhecimento de clínica médica e gostar de paciente crônicos. (M1)

É necessário ética, empatia e sabedoria, pois ao entrarmos no domicílio estamos lidando com toda família e é muito importante saber manejar diversas situações (FN1)

E é preciso ter paciência, sabe? Eu acho que empatia, se colocar no lugar do outro e ver cada indivíduo como um, é um atendimento, de fato, personalizado. Então você está lidando com vários valores, com questões sociais, se pararmos para analisar o perfil de assistência domiciliar público (SUS), você tem de tudo. (E1)

[...] só o primeiro momento mesmo que foi impactante, principalmente quando a família é muito cuidadosa com o doente, e aí tem alguns pacientes que a

gente não vai conseguir evoluir se a gente for seguir a linha de conduta exigida pela família enquanto à família não entender que tem um profissional ali capacitado para prestar aquele atendimento. Então, cabe ao profissional se impor naquele momento, demonstrar de forma profissional, claro, coerente com a preocupação da família e aí saber dominar aquele espaço lá. (FT2)

O compromisso dos profissionais de HC com qualificação contínua

As percepções referentes ao empenho dos profissionais pela busca de conhecimentos, competências e atualizações contínuas, tiveram um quantitativo de unidades de registro menor em relação as outras categorias. Porém, ganham destaque por terem emergido na entrevista de forma bastante inusitada, como se fosse uma realidade constante no cotidiano deles. Isso pode ser verificado nas unidades de registro, expressas pelas falas que se seguem:

Cada dia e cada paciente dentro da sua dinâmica familiar traz um ensinamento diferente. A experiência e a busca por conhecimento são uma constante para aprimoramento do atendimento de HC, que envolve uma rede complexa familiar e suas expectativas. (M4)

Eu passei por um processo de amadurecimento no primeiro ano de ser tudo novidade, e a partir do segundo ano eu consegui me aprofundar mais nos conhecimentos necessários e competências necessárias para me desenvolver mais. Eu penso que isso diário, eu não posso me acomodar e achar que eu já sei de tudo, que já vi de tudo no serviço, que estou tranquilo porque tem escala, porque tem paciente suficiente e porque o dinheiro entra. Pois se pensar só nisso você fica muito limitado. Mas se você pensar por esse ponto de vista de saber, é uma busca diária. (FT1)

Eu aprendi muito na prática mesmo, com o HC. (FN1)

Nesse sentido, considera-se que o saber necessário para o atendimento domiciliar é diariamente construído e reforçado de acordo com as experiências e desafios que se apresentam para cada profissional. O serviço é ativo, e o desenvolvimento de métodos de cuidados e estratégias para prática da integralidade são responsabilidade da equipe multidisciplinar^{27,29}. Em contrapartida, Xavier *et al* trazem que os conhecimentos construídos através das práticas em AD não substituem a formação técnica e corrobora com a importância de treinamentos e aprimoramentos constantes para esses profissionais²⁶.

Opinião da equipe de saúde sobre desafios e possibilidades em serviços de HC

Compreender os desafios do sistema de Home Care, pela visão dos profissionais atuantes, possibilita a identificação de fragilidades e auxilia no aprimoramento do serviço. Nesse sentido, a falta de conhecimento sobre a rede e divulgação quanto ao modo de funcionamento da assistência domiciliar é uma vulnerabilidade da rede, que afeta tanto os usuários, quanto a própria equipe, devido à dificuldade de integralizar o cuidado com as Redes de Atenção à Saúde²⁶. As falas abaixo reforçam acerca da necessidade de divulgação e valorização do serviço de Home Care:

Mas eu acho que o conhecimento de como funciona, do que é a assistência domiciliar, qual é o público, qual é o perfil é que ainda falta ser difundido. (E1)

Pena que nem todos ainda conheçam ou saibam como é que funciona a assistência domiciliar. Infelizmente ainda tem pouca divulgação. (E1)

Então assim, o conceito de assistência domiciliar ainda é muito poluído, porque ele ainda é pouco difundido. (E1)

Infelizmente as pessoas ainda não dão valor ao HC, então talvez um curso direcionado não fosse tão procurado por isso. (FT1)

A relação entre oferta e demanda de trabalhadores surge na literatura nacional como um potencial desafio para o atendimento de HC⁴. Essa associação é também discutida em um estudo americano, o qual aponta que a demanda pelo serviço de HC é maior do que a quantidade de profissionais que atuam na modalidade³⁵. Todavia, no Brasil, o cenário é diferente, uma vez que a oferta de emprego em Home Care é vista como uma porta de entrada para o mercado de trabalho. Dessa forma, a indisponibilidade de mão de obra não foi considerada, pelos profissionais, um obstáculo tão significativo para o serviço, porém, segundo um estudo de caso acerca do Desenvolvimento de Competências do Profissional Envolvido em Atendimento de Home Care, a qualificação dos profissionais ainda é uma questão importante³³. A percepção dos profissionais em relação a oferta e demanda podem ser evidenciados nas falas abaixo:

O que eu vejo aqui é que talvez o problema não seja de qualificação. Mas ainda há uma oferta no Brasil para quem é desempregado, atrás de emprego, o HC ainda é uma oportunidade de iniciação profissional para essas pessoas, em especial cuidadores, técnicos de enfermagem, então acho que para esse público ainda há uma oferta grande de acho que hoje supre a demanda. (M1)

Acho que o problema maior hoje é são as pessoas sem plano de saúde poderem arcar com esse serviço particular. Então as vezes tem cuidadores disponíveis, tem técnicos de enfermagem, e a pessoa tem uma demanda em

casa, mas ela não pode arcar com esse serviço e não tem um plano de saúde que cubra esse serviço em casa. Mas no Brasil esse problema de oferta de mão de obra não é um problema tão sério e significativo como é lá fora. Eu acho que aqui a gente tem até mais pessoas precisando, e por não ter como contratar o serviço, não ter plano de saúde, não tem acesso ao serviço em casa. (FN1)

Por fim, cabe ressaltar as possibilidades do serviço de Home Care, o qual tem como alguns dos seus principais objetivos a otimização de leitos hospitalares, racionalização dos recursos da saúde e a humanização do atendimento^{4,26}. A percepção dos profissionais acerca da funcionalidade do serviço é apresentada nos registros abaixo:

A gente conseguiu desospitalizar muita gente que estava em unidade hospitalar e não tinha condições de ir para casa. Por exemplo, pacientes com osteomielite, que o tratamento é de 6 meses a 1 ano, e iriam ficar retidos nos hospitais porque a medicação era venosa; pacientes que precisavam de uma aspiração em casa que a família ainda se sentia insegura porque não sabia fazer procedimento; e aí com o profissional na casa, a gente conseguiu girar esses pacientes. Então para desafogar o sistema de saúde e para melhorar o serviço de saúde tanto do público, quanto privado, quanto do SUS, eu acho que é muito bom, tem uma importância muito relevante. (E1)

O HC permitiu que os pacientes pudessem ter uma recuperação fora do hospital, com menos risco de infecção. (M1)

O serviço domiciliar é um serviço tão importante quanto o serviço ambulatorial, porque prepara o paciente, principalmente aqueles pacientes hospitalares, para um encaminhamento para o ambulatorial [...]. (FT2)

É importante salientar, que o estudo não tem potencial para apontar fragilidades em alguma graduação específica quanto ao ensino sobre o serviço de assistência domiciliar, visto que os participantes são de diferentes áreas de formação. Porém possibilita demonstrar que, em geral, é um campo de trabalho superficialmente conhecido pelos profissionais de saúde antes da atuação.

Quanto as limitações deste estudo, ressalta-se a dificuldade em realizar uma discussão mais aprofundada dos dados obtidos a partir das variáveis relacionadas a trajetória acadêmica, profissional e referentes a percepção dos profissionais sobre a vivência no serviço de Home Care, investigadas através da abordagem quantitativa. Essa limitação foi decorrente da escassa produção científica sobre tais especificidades. Assim, reforça a necessidade de mais estudos que possam categorizar o perfil e trajetória dos profissionais atuantes em HC e expandir o conhecimento científico acerca desse tema.

7 CONCLUSÃO

Em decorrência das transformações nos perfis demográficos e epidemiológico da população brasileira, a Atenção Domiciliar ganha destaque como uma possibilidade de reorganização da atenção à saúde e suprimento de cuidados a populações específicas. Todavia, apesar da demanda por esse serviço, é identificado um déficit na oferta desse atendimento. Nesse sentido, nota-se uma carência de estudos que busquem entender essa lacuna a partir da perspectiva do profissional cuidador.

Dessa forma, o estudo buscou investigar, na ótica do profissional de saúde atuante em Home Care, a trajetória que se faz, desde a graduação em ensino superior, até a vinculação a esse serviço bem como sua opinião sobre as qualificações necessárias para tal atuação. Assim, foi possível verificar que após a graduação, os profissionais não conheciam ou não foram preparados para atuação em serviço de HC e, portanto, inicialmente se sentiam inseguros para tal atuação. Ainda foi observado, que a mudança desse sentimento costuma ocorrer após experiência prática e amadurecimentos dos conhecimentos acerca do funcionamento do serviço.

Quanto aos atributos necessários para essa atividade, os participantes destacaram habilidades como primeiros socorros, cuidados paliativos e manejo de Equipamento de Proteção Individual, além de habilidades específicas de cada área de formação. Ademais, foi considerado indispensável o atendimento centrado no usuário e o cuidado compartilhado com a família, devendo ser utilizada como ferramenta uma boa comunicação, ética, empatia e paciência. Por fim, verifica-se que é de suma importância o compromisso de busca por uma qualificação contínua através de uma busca ativa e diária.

Ademais, o estudo ainda permite identificarmos alguns desafios e possibilidades para o serviço de HC. Entre eles, destacam-se, respectivamente: falta de divulgação sobre a rede e modo de funcionamento da assistência; e a otimização de leitos hospitalares e humanização do serviço.

Esse estudo agrega à produção de conhecimento científico acerca do tema e contribui para o desenvolvimento do serviço de HC em âmbito educacional e administrativo. Ademais, enfatiza a necessidade de mais produções que busquem categorizar o perfil e trajetória dos profissionais atuantes em HC para que exista subsídio suficiente para conclusões mais aprofundadas.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira SG, Kruse MHL. Gênese da atenção domiciliar no Brasil no início do século XX. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(2):1–9.
2. Franco TB, Merhy EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: Dispositivo da reestruturação produtiva. *Cienc e Saude Coletiva.* 2008;13(5):1511–20.
3. Giacomelli G, Chiapinoto F, Marion Filho P. Sistema de saúde suplementar brasileiro e transição demográfica: crescimento e perfil etário. *J Bras Econ da Saúde.* 2017;9(3):242–8.
4. Braga PP, de Sena RR, Seixas CT, de Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Cienc e Saude Coletiva.* 2016;21(3):903–12.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n 825 de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. [Internet]. Brasil: Diário Oficial da União; 2016. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
6. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(1):210–9.
7. Rajão FL, Martins M. Home care in Brazil: An exploratory study on the construction process and service use in the brazilian health system. *Cienc e Saude Coletiva.* 2020;25(5):1863–77.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.414, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital-dia geriátrico. [Internet]. Brasil: Diário Oficial da União; 1998 p. 4–6. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2414_23_03_1998.html
9. Brasil. Lei n° 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá [Internet]. Brasil: Diário Oficial da União; 2002 p. 2002. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10424.htm

10. de Mattos RA. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface Commun Heal Educ.* 2009;13(SUPPL. 1):771–80.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada nº 11, DE 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. [Internet]. Brasil Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2006 p. 6–26. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529 de 19 de outubro 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. O [Internet]. Brasil: Diário Oficial da União; 2006 p. 6–26. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006.html
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Brasil: Diário Oficial da União; 2011 p. 1–7. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html
14. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL da, Santos ML de M dos. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde em Debate.* 2019;43(121):592–604.
15. Pires MRGM, Duarte EC, Göttems LBD, Figueiredo NVF, Spagnol CA. Factors associated with home care: Support for care management within the SUS. *Rev da Esc Enferm.* 2013;47(3):648–56.
16. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto Context - Enferm.* 2006;15(4):645–53.
17. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Soc.* 2006;15(2):88–95.
18. Martelli DRB, da Silva MS, Carneiro JA, Bonan PRF, Rodrigues LHC, Martelli-Júnior H. Internação domiciliar: O perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis.* 2011;21(1):147–57.
19. Cruz MM, Bourget MMM. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: Conhecendo as percepções das famílias. *Saude e Soc.* 2010;19(3):605–13.

20. Garcia A, Junior S, De Oliveira Pedro J, Chaves De Oliveira M, Cristina M, Furlan R, et al. Caracterização Sociodemográfica E a Autopercepção Das Condições De Saúde De Idosos Sociodemographic Characterization and the Self-Control in the Health Conditions of Elderly People Caracterización Sociodemográfica Y La Autopercepción De Las Condiciones De. 2018;12(3):692–700. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a230161p692-700-2018>
21. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. Rev Saude Publica. 2010;44(6):1102–11.
22. Herrmann FR. Geriatric epidemiology: Practical considerations when involving elderly subjects in studies. Swiss Med Wkly. 2004;134(9–10):117–25.
23. Kerber NPDC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. Cad Saude Publica. 2008;24(3):485–93.
24. Seixas CT, Souza CG SK et al. Experiências de atenção Domiciliar em saúde no mundo: lições para o caso brasileiro. In: Brasil. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf
25. Schutz V, Leite JL, Figueiredo NMA de. Como administrar cuidados domiciliares: o custo e o preço do preparo e do trabalho da enfermagem uma experiência. Esc Anna Nery. 2007;11(2):358–64.
26. Xavier GT de O, Nascimento VB do, Carneiro Junior N. The contribution of Home Care to the construction of health care networks from the perspective of health professionals and elderly users. Rev Bras Geriatr e Gerontol. 2019;22(2).
27. Andrade A, Brito M, Silva K, Randow R, Montenegro L. the Home Care Job and Its Peculiarities: Impressing a New Health Care Logic. Rev Pesqui Cuid é Fundam Online. 2013;5(1):3383–93.
28. Amaral NN do, Cunha MCB, Labronici RHDD, Oliveira ASB, Gabbai AA. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. Rev Neurociências [Internet]. 2001;9(3):111–7. Available from:

http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN_09_03/Pages_from_RN_09_03-5.pdf

29. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: Desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2008;24(3):180–8.
30. Silva DC da, Santos JLG dos, Guerra ST, Barrios SG, Prochnow AG. O trabalho do enfermeiro no serviço de internação domiciliar: visão dos familiares cuidadores. *Ciência, Cuid e Saúde.* 2010;9(3).
31. Bardin, L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70,2011.
32. Sieradzki AV. Desenvolvimento de competências do profissional envolvido em atendimento de Home Care: um estudo de caso. *Diálogo.* 2014;0(25):57-70–70.
33. de Lima Lopes MC, Marcon SS. Assisting the family in basic care: Facilities and difficulties which health professionals have to face. *Acta Sci - Heal Sci.* 2012;34(1):85–93.
34. Lopes GVDO, Vilasbôas ALQ, Castellanos MEP. Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA). *Saúde em Debate.* 2017;41(spe3):241–54.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO ONLINE –

Analisar a percepção sobre o caminho percorrido e o saber construído relacionado ao Home Care.

Parte 1

1) Idade:

2) Sexo/Gênero:

3) Área de graduação:

4) Tempo de graduação:

5) Pós-graduação:

() NÃO () SIM: Especificar_____

6) Você realizou algum curso de especialização em HC **antes** da ingressar nesse serviço?

() NÃO () SIM: Especificar_____

Parte 2

1) Como você conheceu o serviço de HC?

2) Há quanto tempo você realiza serviços de Home Care (em anos)?

3) Você se interessava pelo serviço de Home Care antes da sua admissão?

() SIM () NÃO

4) Você trabalhou em outros serviços antes de ingressar no HC?

() SIM () NÃO

- 5) Se sim, você considera que as experiências prévias foram importantes para a atuação em serviço de HC?
() SIM () NÃO
- 6) Em algum momento você se sentiu despreparado para realizar atividades assistenciais no HC?
() SIM () NÃO
- 7) Você passou a se sentir mais seguro ao longo da sua experiência no serviço?
() SIM () NÃO
- 8) Você considera que os conteúdos fornecidos em sua graduação foram suficientes para a atuação em HC?
() SIM () NÃO
- 9) Você realizou algum curso específico para atuação em HC **após** a vinculação ao serviço?
() SIM () NÃO
- 9.1 - Se sim, qual? _____
- 9.2 - Você notou diferença na sua atuação após a realização do curso?
() SIM () NÃO
- 10) Você considera que seria importante um curso direcionado para atuação em HC?
() SIM () NÃO
- 11) Você considera necessário qualificações profissionais específicas para atuação em HC?
() SIM () NÃO
- 12) Cite algumas qualificações que você considera indispensáveis para atuação em HC?

13) Para você a falta de profissionais qualificados afeta a oferta da HC?

SIM NÃO

14) Você considera desafiador realizar um atendimento centrado no usuário?

SIM NÃO

15) Você considera desafiador lidar com a dinâmica familiar, durante realização da assistência?

SIM NÃO

16) Você considera que os cuidados prestados a usuários com doença crônica degenerativas são específicos?

SIM NÃO

17) Você considera o atendimento domiciliar como um serviço de alta complexidade?

SIM NÃO

18) Você considera o HC um serviço importante?

SIM NÃO

19) Você recomendaria o serviço de HC?

SIM NÃO

20) Como você analisa o caminho percorrido e o saber construído até agora?

ENTREVISTA ONLINE –

Aprofundar questões referentes ao questionário

- 1) Como você conheceu a HC?
- 2) Você considera o HC um serviço importante? Por quê?
- 3) Você considera que os conteúdos fornecidos em sua graduação foram suficientes para a atuação em HC?
- 4) Caso tenha sentido despreparo para realizar atividades assistenciais no HC, exemplifique alguns desses momentos.
- 5) Você considera que seria importante um curso direcionado para atuação em HC?
- 6) Cite algumas qualificações que você considera indispensáveis para atuação em HC?
- 7) Para você, a falta de profissionais qualificados afeta a oferta da HC?
- 8) Você considera o atendimento domiciliar como um serviço de alta complexidade? Por quê?
- 9) Como você analisa o caminho percorrido e o saber construído até agora?

APÊNDICE B



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da seguinte pesquisa: **“Análise do percurso feito pelo profissional de saúde até a sua vinculação ao Home Care”**, com o objetivo de analisar, na ótica do profissional de saúde atuante em Home Care, a trajetória feita, desde a graduação em ensino superior, até a vinculação a esse serviço, buscando entender a sua percepção sobre o caminho percorrido e o saber construído, além do impacto da pandemia do Covid-19 na sua prática profissional.

Antes de decidir sobre este convite é importante que você entenda os motivos desta pesquisa. Leia com atenção todas as informações abaixo, caso tenha alguma dúvida, sinta-se à vontade para perguntar ao pesquisador no momento da leitura. Sua participação no estudo não é obrigatória. Caso concorde em participar, ao responder o questionário você assumirá automaticamente a concordância com esse TCLE. Você poderá negar-se a participar ou retirar-se deste estudo em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

A pesquisa será realizada com profissionais da área de saúde com graduação em enfermagem, medicina, psicologia, fisioterapia e fonoaudiologia atualmente atuantes na atividade de Assistência Domiciliar na empresa Qualivida Atendimento de Saúde em Salvador, Bahia. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: autoaplicação de um questionário e participação de uma entrevista individual com o pesquisador. O questionário será dividido em 3 partes, sendo a primeira delas formada por 6 questões, abertas e fechadas, acerca da formação acadêmica e profissional dos participantes, e informações sociodemográficas; a segunda parte é composta por 20 questões, abertas e fechadas, sobre a trajetória prévia do profissional até sua vinculação ao HC e como isso influenciou sua atuação (*Como você conheceu o serviço de HC? Você considera que os conteúdos fornecidos em sua graduação foram suficientes para a atuação em HC? Você trabalhou em outros serviços antes de ingressar no HC? Se sim, você considera que as experiências*

prévias foram importantes para a atuação em serviço de HC?); e a terceira parte composta por 12 questões referentes aos desafios enfrentados pelos profissionais durante a pandemia do COVID-19 (Você acha que a pandemia do COVID-19 interferiu na sua atuação profissional? Você percebeu alguma mudança na procura pelos serviços em HC durante o isolamento social? Você recebeu alguma capacitação extra para prestar atendimentos durante a pandemia?). Os profissionais participantes não terão limite de tempo para responder as questões e os questionários ficarão disponíveis na plataforma do Formulário Google para posteriores análises. Depois das questões devidamente preenchidos, haverá o sorteio para participar de uma entrevista online, através de aplicativo/plataforma gratuita (WhatsApp ou zoom) com os pesquisadores, para aprofundar as respostas dadas no questionário, e para isso será combinado dia e horário para realização. As entrevistas serão registradas com gravador de voz ou filmagens possibilitando registro fidedigno dos dados, os quais posteriormente serão transcritos para análise.

O estudo utilizará como recurso para obter as informações desejadas uma entrevista semiestruturada e um questionário estruturado pelos pesquisadores - baseado nas referências encontradas na literatura – e confeccionados tendo como base as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes serão convidados a participar da pesquisa por e-mail/ Whats App. No convite já será disponibilizado um link do Formulário Google (do Google Drive) com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário autoaplicável. Os pesquisadores se manterão neutros e imparciais para assegurar que não haverá interferências.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar ou desistir da sua participação a qualquer momento, sem que isto acarrete ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Sabe-se que toda pesquisa envolve riscos para os participantes já que alguns indivíduos podem se sentir pressionados ou constrangidos em responder algumas questões de foro íntimo ou ainda tenham algum receio de ter suas informações divulgadas. No entanto, toda precaução será tomada para respeitar a privacidade dos sujeitos e a confidencialidade das informações. Os pesquisadores darão todas as

informações e esclarecerão todas as dúvidas referentes à pesquisa, e darão o acolhimento necessário para os participantes. Os questionários não serão identificados, serão respondidos individualmente pelos participantes através do Formulário Google, e os dados coletados, assim como as gravações em áudio ou vídeo feitas das entrevistas daqueles que venham a ser sorteados, serão armazenados em banco digital que ficará sob a responsabilidade do professor orientador, por um período de 05 anos. Após esse tempo o material será deletado do computador sem cópia do arquivo, preservando assim, seus direitos éticos e bioéticos, atendendo as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum participante será obrigado a responder o questionário, participar da entrevista e responder o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que será disponibilizado, estando o participante livre para concordar ou não com a pesquisa. Além disso, não serão divulgados os dados que identifique os mesmos e possa, com isso, causar constrangimento aos sujeitos da pesquisa, ou algum sentimento indesejado.

Por se tratar de uma pesquisa online, o TCLE estará disponível no mesmo link que o questionário, e caso o sujeito concorde em participar da pesquisa, deverá clicar no campo onde confirma ter lido e aceito os termos contidos nesse documento. Não há nenhum incentivo monetário para participar da pesquisa, e o participante poderá se desligar a qualquer momento sem ônus para o mesmo.

Os benefícios para os participantes são indiretos, pois se relacionam a uma melhor organização dos serviços de Atenção Domiciliar nos quais atuam, a partir do entendimento acerca do trajeto e qualificação dos profissionais vinculados a essa atividade. Esse conhecimento uma vez divulgado à comunidade científica somará ao estudo dessa especialidade, além de estimular novas pesquisas na área.

Você não fará e nem receberá pagamento por sua participação no estudo. Caso tenha alguma reclamação a fazer, você poderá procurar o Pesquisador principal, Dra. Iêda Aleluia, professora adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Caso seja identificado qualquer efeito adverso, mesmo que mínimos, serão de inteira responsabilidade do pesquisador responsável e você poderá ser indenizado em caso de danos causados pela pesquisa.

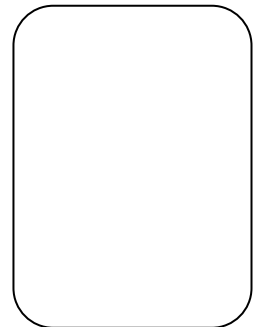
Seu consentimento em participar deste estudo permitirá ao pesquisador coletar dados sobre sua formação. Estes dados poderão ser publicados em revistas médicas, mas sem registrar seu nome, iniciais do seu nome ou seu endereço, e você poderá ter

acesso a estas informações. Qualquer dúvida ou denúncia, o participante deverá procurar o CEP da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____
 _____RG _____ - _____, considero-me satisfeito com a leitura e explicações deste documento referente ao estudo da pesquisa: : **“Análise do percurso feito pelo profissional de saúde até a sua vinculação ao Home Care”**, coordenada pela Dra. Iêda Aleluia. Autorizo a minha participação no referido estudo. Estou ciente de que as informações serão mantidas em segredo, assegurando a minha privacidade. Sei que sou livre para recusar a participação neste estudo a qualquer momento, sem prejuízo. Além disso, terei a oportunidade de perguntar sobre qualquer questão e obter respostas satisfatórias do pesquisador, pessoalmente ou por meio do telefone registrado abaixo:

_____, ____/____/____
 (Local e data)



 Assinatura ou impressão digital

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Av. Dom João VI, nº 274, Brotas. Ao lado do Salvador Card. Salvador-BA. CEP: 40.285-001. TEL: (71) 2101-1921

Pesquisadora principal: Iêda Maria Barbosa Aleluia, e-mail: iedaleluia@bahiana.edu.br; celular: (71) 98805-4525

Pesquisadora adjunta: Christine Carvalho de Almeida e-mail: christinealmeida17.2@bahiana.edu.br; celular: (71) 99984-1244

APÊNDICE C

PLANILHA COM A ANÁLISE TEMÁTICA COMPLETA E APRESENTADA

CATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Trajetórias Profissionais antes e durante o HC	[...] conheci o serviço de Home Care através de um estágio extracurricular. Eu estava na faculdade e a coordenadora do curso chamou eu e mais uma colega e disse: “Eu tenho 2 vagas de Home Care e eu acho que é perfil para vocês, querem tentar?”. (E1)
	Eu não sabia o que era de fato a assistência domiciliar. Então eu fui para a internet ver como é que funcionava antes de fazer a entrevista. Eu passei no Processo Seletivo, entrei como estagiária de auditoria e contas médicas e por lá fiquei, formei, precisei sair 1 ano e retornei já como enfermeira. (E1)
	Na minha época, eu tenho 5 anos de formada, ninguém nem sabia o que era assistência domiciliar. Só para você ter uma ideia, a empresa que eu trabalho tem 18 anos de mercado. (E1)
	Eu fui me ambientado, e aí foi tranquilo. Até porque eu nunca trabalhei diretamente com assistência, eu sempre fui mais a parte administrativa e de gestão, então para mim foi essa a dificuldade que eu tive. (E1)
	Eu acho que eu estou caminhando, eu não sei ainda tudo, eu sou curiosa e não tenho interesse de sair da assistência domiciliar. A empresa está expandindo, está crescendo, e o meu objetivo é crescer junto. Então hoje eu já conheço muita coisa da assistência domiciliar, hoje a gente vê mudando a nossa mentalidade para muita coisa, através de cultura mesmo de empresa, através do remodelo de negócio. (E1)
	Na verdade, assim, estou no Home Care há muito tempo, eu fui, eu acho, um dos pioneiros aqui na Bahia. (M1)
	Então assim, eu comecei em HC em 2001, na verdade eu sou cardiologista de formação, e estava no último ano de residência de cardiologia e aí eu vim para trabalhar aqui como auxiliar para visitar pacientes de Home Care. (M1)
	Eu só vim saber o que era HC quando eu comecei a auxiliar, e aí que eu gostei. (M1)
	Meu caso é até peculiar, eu sou cardiologista, ainda trabalho com cardiologia, mas 80% do meu tempo é voltando para atenção domiciliar, para o HC. Isso já há mais de 18 anos. Assim, já tem um bom tempo que eu trabalho em HC, então virou praticamente minha especialidade, hoje eu acabo sendo mais conhecido dentro do serviço de HC do que na minha própria especialidade. Porque é um trabalho de durante muito tempo eu fiz. Eu comecei na assistência atendendo o paciente em casa e peguei toda a evolução do HC, desde o começo quando ainda se sabia muita pouca coisa sobre o HC, então eu fui aprendendo e amadurecendo junto com o próprio seguimento de HC. (M1)
	Hoje eu trabalho na parte de gestão, mas comecei na assistência, então é uma evolução natural. Hoje dou apoio aos colegas que estão começando e atendendo na assistência. (M1)

CATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
<p>Trajetórias Profissionais antes e durante o HC</p>	<p>Maior aprendizado com o acompanhamento de pacientes em casa e em lidar com as dinâmicas familiares diversas. Amadurecimento em gestão em saúde. (M1)</p>
	<p>Eu conheci o serviço de HC pela primeira vez na faculdade ainda, em uma disciplina que eu não me lembro o nome. Mas eu me lembro do trabalho, foi sobre as áreas da fonoaudiologia e na época eu já sabia sobre o HC. No final da faculdade a gente também acaba escutando muito sobre o HC porque normalmente é a porta de entrada de trabalho para muitas pessoas. (FN1)</p>
	<p>Uma coisa que eu conto para todo mundo é que no início eu tinha um pouco de preconceito com o HC, principalmente por questões de remuneração, esse detalhe importa muito. E eu sempre dizia que quando eu me formasse eu não iria trabalhar com HC, e inclusive não foi meu primeiro trabalho, eu entrei para clínica, só que não estava satisfeita com o serviço da clínica. E nesse meio tempo enquanto eu trabalhava com a clínica eu comecei a atender alguns pacientes para uma empresa, mas também não estava satisfeita. E depois conheci a empresa que estou hoje[...] (FN1)</p>
	<p>Hoje já tenho quase três anos de formada, e eu sempre falo de traqueostomia porque foi o meu maior desafio, então foi o que acabei me aprofundando muito e o que hoje gosto eu muito de trabalhar. Eu tenho muito prazer trabalhar de trabalhar com pacientes traqueostomizados. (FN1)</p>
	<p>Hoje eu sou muito grata ao HC. Hoje eu não penso em sair de HC. Apesar de se ter uma rotina muito árdua, pois essa questão de você ir de casa em casa não é fácil e você acaba absorvendo muita coisa do paciente e da família [...] (FN1)</p>
	<p>Profissionalmente eu cresci muito com o HC, e é o que eu falo, para mim que no início dizia que eu não trabalharia como o HC, hoje eu digo ao contrário, que eu não pretendo sair. Eu não trabalho em hospital, mas tenho muita vontade, e se um dia eu tiver a oportunidade de entrar para o serviço hospitalar com certeza eu iria querer conciliar um hospital com o HC. (FN1)</p>
	<p>Durante a graduação eu não me fixei em uma área, então fui para a parte final da graduação com a mente aberta para explorar as possibilidades. Não tive nenhuma paixão súbita por nenhuma área, deixei as coisas acontecerem, fiquei de coração aberto para todas. E por conta de pesquisar sobre desospitalização precoce, eu sempre achei que o Home Care seria o futuro, que seria um mercado muito promissor. E aí eu tentei estar à frente, fiz algumas coisas para me preparar para atuar, apesar de nenhum curso em específico. E assim que terminei a graduação é sempre a primeira porta que aparece. Salvo algum hospital que chama sem experiência, que é muito raro, o HC é primeira porta que aparece para pacientes ventilados, neurológicos. E eu me joguei, sem me preocupar muito com remuneração, nem nada disso, sabia que estava começando e que tinha que começar a construir um caminho. E acabei gostando muito, principalmente por conta da liberdade que o HC me dá. Mas eu conheci</p>

CATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
<p>Trajetórias Profissionais antes e durante o HC</p>	<p>mesmo estudando, comecei estudando a desospitalização por causa do meu TCC. (FT1)</p>
	<p>Tenho trabalhado em HC há 3 anos, e no segundo ano em diante eu me transformei como profissional. Porque eu acordei para essa questão de buscar na literatura científica as bases do meu trabalho, associado ainda com a pós-graduação, com todas as discussões em sala de aula e com os professores que tive a sorte de encontrar e que me transformaram. Me fez crescer muito. Hoje eu tenho muito mais segurança para pegar qualquer tipo de paciente em casa e com muita tranquilidade por ter esse saber que foi construído ao longo do tempo. (FT1)</p>
	<p>Aprendizado! Essa é a palavra que define meu caminho até aqui em HC. Ao longo desses dois anos pude desenvolver o conhecimento adquirido na graduação, e com o auxílio da pós-graduação, pude me tornar um profissional mais capacitado a oferecer um atendimento com maior qualidade e focado nas reais necessidades de cada paciente. (FT1)</p>
	<p>Eu conheci através de um anúncio que um colega passou para mim e aí foi bem rápido. A informação foi passada através de um informativo, mandei o currículo, e no dia seguinte fui chamado para fazer a entrevista. (FT2)</p>
	<p>É algo novo, um desafio que eu aceitei para ganhar experiência, um desafio que eu aceitei para aprimoramento de técnicas e para fazer o meu nome também. A gente quer sempre ser reconhecido, e aí eu vou realizando meu trajeto para tentar conquistar um espaço melhor lá na frente. Levar o melhor do profissional que sou para os pacientes, conquistar os pacientes. Vou buscar lá na frente ainda. Estou usando o HC como trajeto, para engajamento e para melhoria profissional. (FT2)</p>
	<p>Foi difícil ingressar inicialmente nesta área pela falta de experiência de HC, porém quando você se insere é fácil aprender e conseguir entender a dinâmica de atendimento e funcionamento, quando há busca do profissional. Entrei como enfermeira assistencial e hoje estou na gestão, isso fruto do meu trabalho e busca de crescimento. A empresa oferece oportunidade para todos, hoje me sinto segura e preparada dentro da área. (E2)</p>
	<p>Uma experiência incrível como profissional, principalmente no gerenciamento de conflitos com paciente/familiar. (E3)</p>
	<p>Evolui muito como profissional e na obtenção de conhecimentos para atendimentos aos pacientes de HC (FN2)</p>
<p>Atributos Profissionais Necessários para à Assistência em HC</p>	<p>[...]Então precisa sim, ser divulgado, ser orientado, ser educado, ser ensinado, de fato. Porque existe um equívoco muito grande quando se fala que assistência domiciliar é um hospital dentro de casa, não é assim que funciona, a logística é diferente. Você pode sim ter um profissional “full time” dentro de casa, que é o técnico de enfermagem, mas você não vai ter um médico o tempo todo, como você tem em uma unidade hospitalar, você não vai ter um fisioterapeuta 24 horas se tiver uma intercorrência ou para aplicar medicações. (E1)</p>
	<p>Eu não falo em conhecimento técnico, porque o técnico ele é universal, e a parte médica mesmo, quando terminam a graduação ou viram clínico geral, ou vão se especializar em alguma área, ou tem alguma área que se identificam mais. A gente vê muito geriatra em assistência domiciliar,</p>

CATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
<p>Atributos Profissionais Necessários para à Assistência em HC</p>	<p>infectologista e pediatra, então assim a preparação técnica ela não é falha, até porque a formação é generalista. Mas eu acho que o conhecimento de como funciona, do que é a assistência domiciliar, qual é o público, qual é o perfil é que ainda falta ser difundido. (E1)</p>
	<p>Eu não digo nem só qualificações, eu falo mais alguns adjetivos, eu acho que o profissional para trabalhar em assistência domiciliar primeiro é um profissional que tem que ser ético, tem que ter um bom comportamento porque você está invadindo um domicílio [...](E1)</p>
	<p>Quanto a qualificação técnica a gente precisa dividir as áreas. Então em reação a parte médica, precisa ser um generalista de fato, as vezes tem que ter um conhecimento na parte de geriatria, porque, hoje, o maior perfil usuários da assistência domiciliar é o de idosos. Precisa ter um conhecimento da parte de infectologia, pois infecções em domicílio são recorrentes já que os pacientes ficam muito tempo acamados, então se observa frequentes infecções respiratórias, infecções urinarias. Para a parte de enfermagem eu acho que tem que ter um bom conhecimento de procedimentos, então um profissional para trabalhar na assistência tem que ter um bom conhecimento técnico e prático da situação, e tem que conhecer um pouco de lesões operatórias. Na parte de fisioterapia é mais a questão da reabilitação, o conhecimento de reabilitação motora, reabilitação respiratória, que são as situações que a gente mais trata na assistência domiciliar. Pacientes paliativos também, hoje tem muita desospitalização. Então assim, já tem alguns locais de Home Care que possuem uma equipe de paliativo, alguns locais que têm uma equipe extra para palição pois a gente sabe é um caso à parte, algumas condutas são diferentes. E é preciso ter paciência, sabe? Eu acho que empatia, se colocar no lugar do outro e ver cada indivíduo como um, é um atendimento, de fato, personalizado. Então você está lidando com vários valores, com questões sociais, se pararmos para analisar o perfil de assistência domiciliar público (SUS), você tem de tudo. Tudo que você pode imaginar, você acha em assistência domiciliar. (E1)</p>
	<p>Conhecer um pouco de lesão, então um profissional de Home Care é um profissional que tem que saber de lesões, lesões operatórias. Na parte de fisioterapia é mais mesmo a questão de reabilitação, o conhecimento de reabilitação motora, reabilitação respiratória, então são as situações que a gente mais trata na assistência domiciliar. (E1)</p>
	<p>Pacientes paliativos, hoje tem muita desospitalização. Então assim, já tem alguns Home Care's que têm com uma equipe de paliativo, alguns locais que têm uma equipe extra para palição que a gente sabe é um caso à parte, algumas condutas são diferentes. E é preciso ter paciência, sabe? Eu acho que empatia, se colocar no lugar do outro e ver cada indivíduo como um, é um atendimento, de fato, personalizado. Então você está lidando com vários valores, com questões sociais, se pararmos para analisar o perfil de assistência domiciliar público (SUS), você tem de tudo. (E1)</p>
	<p>Hoje a maioria das reclamações, das demandas que a gente tem, são partes comportamentais. Um técnico que chega na casa e não sabe conversar, por exemplo a gente já teve caso de o técnico chegar na casa da família para pegar o planto de sete horas da noite, o plantão noturno, e</p>

CATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Atributos Profissionais Necessários para à Assistência em HC	dizer “cheguei, ainda não jantei não, estou com fome”. Tem família que é tranquila, mas tem família que não. Então eu acho que a parte técnica e comportamental poderia ser mais bem tratada. (E1)
	A primeira qualificação, em relação a parte técnica, é ter um bom conhecimento de clínica médica, e se for geriatra melhor ainda. Eventualmente tem pediatras, mas a grande maioria dos pacientes são idosos. Então acho que se tiver um bom conhecimento de clínica médica, tecnicamente já está bem preparado para trabalhar em HC. Obvio que tem algumas peculiaridades próprias do HC, que se ele não tem o conhecimento antes pode aprender na prática, mas sendo um bom clínico já tem 90% do caminho andado. (M1)
	[...] gostar de conversar com pessoas e com pacientes, quando a gente vai na casa do paciente a gente tem que ter um grau de empatia muito grande, você está na casa do paciente, é o ambiente dele, então tem a questão de como se portar e saber ouvir a família. Então a questão de comunicação, da empatia, ter um bom conhecimento de clínica médica e gostar de paciente crônicos. (M1)
	Cuidados paliativos, clínica geral, cuidados centrados no paciente. (M1)
	Primeiros socorros em primeiro lugar, sem dúvida alguma, inclusive na prática, porque a gente tem cursos principalmente da parte teórica. Algumas empresas disponibilizam, inclusive, recentemente eu tive um. Mas eu acho que principalmente ter prática desses cursos que é indispensável. (FN1)
	O curso também de traqueostomia, que normalmente não é oferecido pelas empresas. Acho que tem que ter para todos os profissionais, não só fonoaudiólogos, porque tem muita manipulação dos outros profissionais também, as vezes técnicos que mexem sem orientação, por exemplo. Então, eu acho que é um curso interessante. (FN1)
	Essa questão da ética eu considero importante sim e isso é algo que, pelo menos na minha universidade, a gente aprendeu muito na disciplina de ética. Mas eu acredito que isso é muito mais do profissional, da pessoa. É algo que é sempre bom ser reforçado, mas eu acredito que é muito mais do profissional. (FN1)
	É necessário ética, e empatia e sabedoria, pois ao entrarmos no domicílio estamos lidando com toda família e é muito importante saber manejar diversas situações. (FN1)
	Então quanto mais preparo, quanto mais experiência e qualificação o profissional tem, com certeza a gente consegue otimizar o tempo a nosso favor e ter melhores respostas do paciente. Então com certeza quanto mais qualificado e eu não digo nem experiência de tempo [...] (FN1)
	[...] porque ao lidar com família a gente tem que aprender principalmente a questão da comunicação. Isso é muito, muito importante. Como falei no início pelo fato estarmos entrando na rotina do paciente, na rotina da família. Então muitas vezes a gente pega pacientes crônicos ou com diversas sequelas neurológicas que os pacientes não são nem responsivo mais. Então a gente tem que lidar com a família. (FN1)
O conhecimento é sempre bom, então ter profissionais que já possuem a experiência dividindo com você a experiência em algum curso seria	

CATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Atributos Profissionais Necessários para à Assistência em HC	interessante, porque, por exemplo, a gente tinha as aulas de ventilação mecânica e eu acho que dificilmente algum professor falou sobre os ventiladores domésticos. Em geral mostram muito os hospitalares, mostram a interface, mas dificilmente falam da ventilação mecânica no ambiente doméstico. Talvez essa seja uma lacuna que um curso poderia pegar. Esquecem desse mercado. Talvez isso seja uma falha no currículo. E ter curso por fora precisa? Não precisa, mas um curso poderia abordar por aí, um treinamento com os ventiladores mais usados hoje, os aparelhos [...] (FT1)
	O resto de ventilação não invasiva é básico, o mesmo que usamos no hospital. A diferença é que você não tira o oxigênio da parede, você usa o concentrador, que foi outra coisa que aprendi na prática, eu não sabia nem da existência do concentrador. Nesse cenário talvez um curso fosse interessante. (FT1)
	Conhecimento de fisiologia respiratória, fisioterapia respiratória, ventilação mecânica invasiva, ventilação não invasiva, oxigenoterapia, ou seja, tudo de fisioterapia respiratória e terapia de higiene brônquica. E conhecer não apenas os conceitos, mas olhar as cânulas usadas, os materiais todos usados. O aspirador, por exemplo, é diferente do hospital, tem um vácuo no aparelho, tem um aspirador portátil. Então o conhecimento desse material. (FT1)
	Se aprende com o tempo que família é um bicho complicado. A parte difícil do HC é a família. 70% das famílias tem um paciente acamado e ter um doente em casa mexe com o psicológico não só dos pacientes, mas também dos familiares, do dia a dia. Além disso, as vezes tem doenças que realmente não tem um prognóstico muito bom. Então eu costumo dizer que a família as vezes adoce junto, e a gente tem que aprender a ouvir. Eu falo com os meus colegas sempre que tirei do meu vocabulário o "não", "não posso", "não consigo", "não sei". A gente tem que tentar sempre ser um bom ouvinte. Porque bem ou mal você chega lá como um profissional de saúde e as pessoas querem tirar dúvidas, querem desabafar problemas que nem são para você, são de outra competência, da nutricionista, do psicólogo, do próprio serviço do HC, da estrutura, da falta de material e tudo mais. Então, as vezes as pessoas só querem falar, só querem ser ouvidos. Então acho que talvez em relação a questão pessoal seria isso, trabalhar o ouvir [...] (FT1)
	Outra coisa importante é o conhecimento de cuidados paliativos, que é acima de tudo lidar com o novo, cuidar da dor do paciente, e o lado humanizado que o cuidado paliativo precisa. (FT1)
	Empresas menores de oferta de assistência domiciliar que possuem um quadro de profissionais não tão qualificado sofre muito mais com isso, do que empresas que investem nos cursos de formação desses profissionais. Na familiarização com o ventilador, no atendimento humanizado, que é outra coisa que a gente discute muito. (FT1)

CATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
<p>Atributos Profissionais Necessários para à Assistência em HC</p>	<p>Manejo com um paciente crítico, adaptações interpessoais na área de saúde, tanto de profissional com profissional, quanto profissional com pacientes e familiares. Conhecer um pouco mais também de manejo com ventiladores, com os próprios Equipamentos de Proteção Individual (EPI's). Enfim, tem que ir em busca de outras técnicas e tem que ir em busca de outros cursos extracurriculares que a faculdade em si não apresenta. (FT2)</p>
	<p>Um das qualificações é cuidado com pacientes críticos, cuidados paliativos, manejos com EPI's. Eu acho que nesse momento são as qualificações principais. (FT2)</p>
	<p>Experiência/vivência com atendimento ao paciente de Home Care, qualificação técnica, científica e teórica. (E3)</p>
	<p>Experiência na assistência, pro atividade e dinamismo criativo. (E2)</p>
	<p>Atendimento multidisciplinar, visão holística do paciente. (M2)</p>
	<p>Temas de clínica médica. (M3)</p>
	<p>Primeiros socorros; conhecimentos em disfagia; conhecimentos em ventilação mecânica; saber aspirar vias aéreas superiores. (FN2)</p>
	<p>Primeiros socorros. (FN3)</p>
	<p>Gestão do cuidado, primeiros socorros, especialização em disfagia. (FN4)</p>
	<p>Trabalhar com fisioterapia respiratória. (FT3)</p>
<p>O Compromisso dos Profissionais de HC com Qualificação Contínua</p>	<p>Primeiros Socorros; Atenção Domiciliar. (FT4)</p> <p>A minha prática fez com que eu voltasse para estudar. Quando eu entrei lá eu fui para o setor de captação, que é o setor de entrada do paciente, então eu avaliava em unidade hospitalar e mandava a avaliação e o orçamento para o convenio. E aí, para eu fazer orçamento, eu tinha que ter conhecimento do procedimento, porque eu tinha que saber o que é que ia usar, como era a troca, como era que funcionava, e aí, eu fui estudar, fui correr atrás, fui assistir vídeo no Youtube. Então, como é que faz um procedimento que eu nunca tinha visto? Um procedimento que era incomum. Como é que eu vou cobrar uma troca de sonda em domicílio? Como é que eu vou trocar uma troca de gastrostomia? (E1)</p>
	<p>Como eu falei para vocês, eu estava começando no HC, então tinha situações que a eu não sabia como lidar. Um dos primeiros casos que eu peguei foi um paciente em ventilação mecânica domiciliar, e eu nem sabia que tinha ventilação mecânica em domicílio, isso há muito tempo, hoje está mais comum. Então é uma coisa que eu tive que ir aprendendo com os fisioterapeutas, como é que funcionava, por que assim, eu tinha formação de intensivista, terapia intensiva, para mim na UTI ficava muito tranquilo, mas em casa era algo estranho. E aí a gente teve que fazer e eu acabei aprendendo na prática mesmo, perguntando a equipe, conversando com os colegas, e a gente ia aprendendo dessa forma. (M1)</p>
	<p>Eu aprendi muito na prática mesmo, com o HC. (FN1)</p>
	<p>Tem cursos. O primeiro curso de traqueostomia que eu fiz foi voltado para o paciente traqueotomizado do hospital para o HC. Inclusive na época eu não trabalhava com HC, era época que eu estava em clínica. Porém como sempre gostei da área de disfagia, foi um curso que encontrei de traqueostomia e coincidentemente era sobre isso. Eu fiz esse curso, mas a gente não encontra muito um curso voltado para Home Care não. A</p>

CATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
O Compromisso dos Profissionais de HC com Qualificação Contínua	gente encontra curso voltados para a nossa área mesmo, disfagia, no geral, mas para HC não, muito pouco. (FN1)
	[...] quando entrei no HC eu não tinha tanta experiência. Apesar de não ter sido o meu primeiro trabalho eu era recém-formada. Eu tinha alguns meses, não tinha nem 1 ano de formação, eu fui atrás de qualificações, mas por conta própria, não foi pela empresa de HC. (FN1)
	Depois eu fiz a pós-graduação da EBMSp também de hospitalar, o que deu uma aprofundada melhor em ventilação e perfil de pacientes neurológicos. Mas se eu não tivesse a pós, com o básico que eu tinha da faculdade eu atenderia. Além disso, a gente é bem curioso. A gente recebe um paciente e é inevitável que a gente vá procurar artigos científicos sobre aquela determinada doença para se embasar. Eu acho que o grande diferencial é esse, você não ficar superficial. Você com conhecimento da faculdade ok, dá para você começar legal, mas assim a gente recomenda que vá ler, o que a gente mais faz hoje é pesquisar, fazer pesquisa científica. Então vai ler, vai se aprofundar, porque com o que você sai faculdade dá para fazer, mas pode ser que você fique mediano e mediano nunca é bom. (FT1)
	Se qualificar não é necessariamente ir atrás de um curso, é ler diariamente, fazer da leitura exercício diário, é se preparar para essas situações. Eu acho sim, às vezes até pela quantidade de serviço que a gente acaba trabalhando você chega em casa cansado, as vezes tem filho, casado, ou tem outras coisas para fazer e acaba que não tem esse tempo para se dedicar. Mas sim, a falta de profissionais qualificados para lidar com pacientes neurológicos, com ventiladores domésticos, acaba que aumenta essa demanda. (FT1)
	Eu passei por um processo de amadurecimento no primeiro ano de ser tudo novidade, e a partir do segundo ano eu consegui me aprofundar mais nos conhecimentos necessários e competências necessárias para me desenvolver mais. Eu penso que isso diário, eu não posso me acomodar e achar que eu já sei de tudo, que já vi de tudo no serviço, que estou tranquilo porque tem escala, porque tem paciente suficiente e porque o dinheiro entra. Pois se pensar só nisso você fica muito limitado. Mas se você pensar por esse ponto de vista de saber, é uma busca diária. (FT1)
	Em relação à quantidade, falando daqui de Salvador, temos muitos pacientes que falam que a rotatividade é muito grande, então a quantidade de profissionais é grande. Porque é um mercado de experiência, é um mercado de início para muita gente, muita gente não vê como estabilidade, então é um mercado de início. Então a rotatividade eu acredito que é muito grande, então por esse motivo acredito que a quantidade de profissionais seja adequada. (FT2)
	[...] Processo de aprendizagem constante. (E2)
	Cada dia e cada paciente dentro da sua dinâmica familiar traz um ensinamento diferente. A experiência e a busca por conhecimento são uma constante para aprimoramento do atendimento de HC, que envolve uma rede complexa familiar e suas expectativas. (M4)

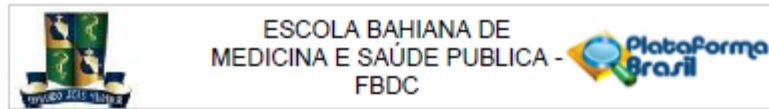
CATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Desafios e Possibilidades em Serviços de HC: Opinião da Equipe de Saúde em HC	<p>Infelizmente o Home Care ainda não tem a notoriedade como tem em outros países como, por exemplo, EUA, Canada, Portugal, onde a gente percebe que o sistema de Home Care é de fato uma casa de atendimento à saúde, que a gente meio que adaptou a nomenclatura aqui para o Brasil. Eu vejo o Home Care como um sistema de extrema importância porque acaba desafogando alguns serviços de alta complexidade. (E1)</p>
	<p>A gente conseguiu desospitalizar muita gente que estava em unidade hospitalar e não tinha condições de ir para casa. Por exemplo, pacientes com osteomielite, que o tratamento é de 6 meses a 1 ano, e iriam ficar retidos nos hospitais porque a medicação era venosa; pacientes que precisavam de uma aspiração em casa que a família ainda se sentia insegura porque não sabia fazer procedimento; e aí com o profissional na casa, a gente conseguiu girar esses pacientes. Então para desafogar o sistema de saúde e para melhorar o serviço de saúde tanto do público, quanto privado, quanto do SUS, eu acho que é muito bom, tem uma importância muito relevante. (E1)</p>
	<p>Pena que nem todos ainda conheçam ou saibam como é que funciona a assistência domiciliar. Infelizmente ainda tem pouca divulgação. (E1)</p>
	<p>Então assim, o conceito de assistência domiciliar ainda é muito poluído, porque ele ainda é pouco difundido. (E1)</p>
	<p>[...] a assistência domiciliar deve começar a ser divulgada dentro da academia. (E1)</p>
	<p>Eu acho que deveria ser implantado como a gente tem componente curricular de UTI, de adulto, de criança, eu acho que a assistência domiciliar também poderia ganhar um pedaço aí na grade curricular. (E1)</p>
	<p>O HC permitiu que os pacientes pudessem ter uma recuperação fora do hospital, com menos risco de infecção. (M1)</p>
	<p>O que eu vejo aqui é que talvez o problema não seja de qualificação. Mas ainda há uma oferta no Brasil para quem é desempregado, atrás de emprego, o HC ainda é uma oportunidade de iniciação profissional para essas pessoas, em especial cuidadores, técnicos de enfermagem, então acho que para esse público ainda há uma oferta grande de acho que hoje supre a demanda. (M1)</p>
	<p>Acho que o problema maior hoje é são as pessoas sem plano de saúde poderem arcar com esse serviço particular. Então as vezes tem cuidadores disponíveis, tem técnicos de enfermagem, e a pessoa tem uma demanda em casa, mas ela não pode arcar com esse serviço e não tem um plano de saúde que cubra esse serviço em casa. Mas no Brasil esse problema de oferta de mão de obra não é um problema tão sério e significativo como é lá fora. Eu acho que aqui a gente tem até mais pessoas precisando, e por não ter como contratar o serviço, não ter plano de saúde, não tem acesso ao serviço em casa. (FN1)</p>
	<p>As coisas negativas sempre vão para o lado da remuneração, essa questão de trabalhar com planos de saúde, e eu acredito que isso acaba desmotivando os muitos profissionais, não só fonoaudiólogos, mas todos que trabalham com HC, técnicos, médicos, enfim, eu acho isso um ponto negativo. Outro ponto negativo também é o tempo que a gente tem de atendimento que é em torno de 30 minutos, tem alguns locais que</p>

CATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Desafios e Possibilidades em Serviços de HC: Opinião da Equipe de Saúde em HC	determinam de 20 a 30 minutos, alguns outros que determinam o tempo de 40 minutos, mas é um tempo reduzido. (FN1)
	E o lado positivo é o caso da estar na casa do paciente, o que também tem seu lado negativo. Então a gente acaba estando ali envolvido com toda família, diferente da clínica. A clínica normalmente só está o profissional e o paciente, dependendo do caso algum acompanhante, e na casa não. (FN1)
	[...] o conforto no domicílio do paciente é um ponto muito positivo, a gente consegue adequar a terapia e a dinâmica, diferente da clínica. Porque muitas vezes a gente chega com um paciente na clínica, e eu faço essa comparação por já ter passado pelos dois espaços, e na clínica muitas vezes a gente passa a terapia para o paciente, da as orientações e muitas vezes a gente não sabe se os pacientes têm condição para isso. Ou se tem algum cuidador ou alguém que esteja com tempo disponível para acompanhar. (FN1)
	Uma experiência única e muito desafiadora, pois realizar atendimento de pacientes críticos fora do âmbito hospitalar demanda conhecimento. (FN1)
	É um nicho muito importante para fisioterapia, as vezes a gente fica muito engessado com hospital, clínicas e a gente perde uma fatia do mercado que paga muito, paga muito bem, só os planos de saúde que infelizmente em lugar nenhum paga bem, não só no HC. Mas principalmente com o atendimento particular. Paga bem e você tem muito liberdade. Eu trabalho 8 horas por dia e não dou os plantões de 12 horas, durmo em casa todos os dias. Então é um pouco de qualidade de vida também. (FT1)
	A gente tem que pensar no HC como um internamento domiciliar mesmo, mas diferente de um hospital porque você tem alguns recursos que você deixa de ter. Mas hoje com o acesso à tecnologia a gente tem muita coisa nas casas. Eu tenho casas que são verdadeiras UTIs, com cilindros de oxigênio puro para manter um paciente que depende de ventilação, tem os aspiradores portáteis, tem carrinhos de parada cardíaca. Eu acho que é fundamental, principalmente nesse mundo moderno, no qual a gente fala sobre tirar o paciente do hospital o quanto antes. (FT1)
	Infelizmente as pessoas ainda não dão valor ao HC, então talvez um curso direcionado não fosse tão procurado por isso. (FT1)
	O serviço domiciliar é um serviço tão importante quanto o serviço ambulatorial, porque prepara o paciente, principalmente aqueles pacientes hospitalares, para um encaminhamento para o ambulatorial. De fato, nem todos os pacientes saem do ambiente hospitalar preparados e o HC propicia isso, ser uma extensão do atendimento hospitalar na residência do paciente. E aí, prepara o paciente para que ele tenha, de fato, o atendimento ambulatorial de forma mais adequada. E aí, de uma certa forma, nem todos os pacientes que saem do ambiente hospitalar saem preparados para esse atendimento. Por esse motivo muitos até complicam o quadro de saúde e retornam para o atendimento hospitalar novamente por não ter o atendimento de HC. (FT2)
	[...] foi tranquilo, só o primeiro momento mesmo que foi impactante, principalmente quando a família é muito cuidadosa com o doente, e aí tem alguns pacientes que a gente não vai conseguir evoluir se a gente for seguir a linha de conduta exigida pela família enquanto à família não

CATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Desafios e Possibilidades em Serviços de HC: Opinião da Equipe de Saúde em HC	entender que tem um profissional ali capacitado para prestar aquele atendimento. Então, cabe ao profissional se impor naquele momento, demonstrar de forma profissional, claro, coerente com a preocupação da família e aí saber dominar aquele espaço lá. (FT2)
	Acredito que o profissional indo em busca da melhora, do aprimoramento, acredito que tudo isso que muda. Mas o máximo que a gente puder conquistar os pacientes, a gente faz isso, e tenta contornar todas as situações. (FT2)
	Dificuldades inerentes ao serviço de saúde privado (convênios). (M2)
	Desafiador, pois requer competência, responsabilidade e especialidade do serviço, no entanto há muita desvalorização do profissional de saúde atuante em HC. (FN4)
	Caminho árduo, porém, gratificante em ver a família valorizar o profissional do home pois a maioria das pessoas dão maior credibilidade aos profissionais do hospital. (FN3)

Fonte: Dados coletados pela autora

ANEXO A



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO PERCURSO FEITO PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE ATÉ A SUA VINCULAÇÃO AO HOMECARE

Pesquisador: Ieda Maria Barbosa Alelula

Versão: 1

CAAE: 34936720.5.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 074768/2020

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto ANÁLISE DO PERCURSO FEITO PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE ATÉ A SUA VINCULAÇÃO AO HOMECARE que tem como pesquisador responsável Ieda Maria Barbosa Alelula, foi recebido para análise ética no CEP Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - FBDC em 13/07/2020 às 09:46.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.285-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921 **E-mail:** osp@bahiana.edu.br