

# Projeto Rede de Cuidados Territoriais em Saúde: cuidado integral e multiprofissional como prática de aprendizagem

Mateus José Dutra\*; Paulo do Prado Funk\*\*; Juliane Bervian\*\*\*; Daniela Jorge Corralo\*\*\*

- \* Graduando em Odontologia, Universidade de Passo Fundo
- \*\* Professor Mestre, Curso de Odontologia, Universidade de Passo Fundo
- \*\*\* Professora Doutora, Curso de Odontologia, Universidade de Passo Fundo

Recebido: 30/06/2021. Aprovado: 17/03/2022.

## RESUMO

Na formação do profissional de saúde é essencial o conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) além da teoria, sendo importante a vivência prática da interdisciplinaridade e interprofissionalidade no cuidado integral dos indivíduos. O presente relato de experiência descreve, sob a visão de um aluno do curso de odontologia, as principais ações, como as visitas domiciliares, que tinham o enfoque na atenção primária à saúde, a busca ativa de demandas urgentes dos usuários e a importância delas no cuidado em saúde de uma comunidade incluída no Projeto Rede de Cuidados Territoriais, realizado pela Universidade de Passo Fundo, Brasil. O relato de experiência traz os aprendizados e reflexões gerados durante os encontros em equipe, como consequências das visitas domiciliares multidisciplinares, que ocorreram semanalmente, propiciando ao aluno o acompanhamento de famílias e a criação de vínculos, visando o cuidado e a atenção integral. As ações do projeto contribuíram para a formação acadêmica dos alunos de diversos cursos da área da saúde de uma Instituição de Ensino Superior (IES), permitindo a prática no território, na comunidade, sem simulações. A partir da realidade da população, o grupo acadêmico foi estimulado a conhecer o SUS, pela vivência das suas diretrizes e princípios, a realidade do sistema, incluindo suas fortalezas e fraquezas. Identifiquei, a partir dessa experiência, que ações voltadas às comunidades mais vulneráveis em seus territórios são desafiadoras, principalmente em relação à tomada de decisões na atenção integral à saúde dos indivíduos.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Odontologia Comunitária. Visita domiciliar. Saúde da Família. Educação Superior.

## 1 INTRODUÇÃO

Relacionar o conhecimento acadêmico com a vivência no Sistema Único de Saúde (SUS) é um ponto indispensável na formação de profissionais da saúde, pois contribui para o processo de ensino-aprendizagem do estudante e corrobora com benefícios para a população assistida pelas atividades desenvolvidas durante as aulas nos territórios de prática junto à comunidade. As

atividades de extensão universitária e de estágios nos territórios quebram a rotina das atividades intramuros das universidades, tornando-se um espaço com a possibilidade de novas formas de ensino e aprendizado, contemplando situações que extrapolam as habilidades técnicas e que são essenciais para a formação profissional<sup>1,2</sup>. A necessidade do estudo e da aplicabilidade de tecnologias leves, além de conhecer locais de variada

vulnerabilidade, impõem favoravelmente o ensino no tripé institucional (ensino, pesquisa e extensão)<sup>3</sup>.

A estrutura organizacional do SUS visa a atenção integral ao usuário, proporcionando acesso a todos os níveis de atenção do sistema. Compreende-se, dessa forma, que a saúde é um processo que se constrói dentro de uma rede de prestação de serviços humanizados, inter-relacionadas e corresponsáveis pela integralidade na atenção aos sujeitos da comunidade<sup>4</sup>. As redes de atenção à saúde (RAS) tem um papel imprescindível no diagnóstico, tratamento e acompanhamento das diversas doenças, de cunho agudo ou crônico, que afetam a população. O SUS possui três níveis de atenção à saúde, onde a atenção primária é focada em ações em um território e atua como a porta de entrada do usuário ao sistema, que é completado também pela atenção secundária e terciária, sendo essas parte do cuidado especializado, e sem a articulação entre os três níveis de atenção há uma fragmentação do sistema de saúde, levando a um fracasso da rede<sup>5</sup>. As RAS devem ser vinculadas entre si, dividindo a mesma missão, motivada por uma ação de cooperação visando a atenção contínua e integral aos usuários<sup>5</sup>.

Nos serviços e na atenção à saúde é de suma importância compreender tanto o conceito como o significado de território. O território é considerado um espaço delimitado produzido pela sociedade composto de objetos geográficos, naturais ou construídos, de pessoas e grupos, sendo considerados os atores sociais, e também compostos pelas instituições e relações dos diversos poderes<sup>6</sup>. Ainda, o território permite entender o modo de vida, as relações e a organização de grupos e pessoas, abrindo espaço para conhecer a sociedade, como se organizam no espaço geográfico, os riscos e vulnerabilidades, sendo uma ferramenta e um meio de estratégia para potencializar as práticas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos usuários

adscritos no território. A vivência plural e comunitária com a dinâmica do território proporcionada pelo exercício de aprendizagem no SUS desenvolve, a partir disso, estudantes e grupos acadêmicos diferenciados, com o entendimento de uma rede de cuidado, com as reais necessidades indicadas pelo sujeito, com protagonismo único.

A Lei 8080/90<sup>4</sup>, que regula as ações e serviços de saúde, indica que a promoção da articulação do SUS com órgãos educacionais é benéfica, por outra via, as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia, que estabelece princípios, fundamentos e finalidades para a formação, exigem que os cursos devam incluir como etapa integrante da graduação as atividades didáticas e as vivências nas redes de serviços do SUS, permitindo com que o aluno compreenda-o como um campo de atuação profissional e de aprendizado, desenvolva ações e serviços essenciais para a formação profissional, bem como desenvolver a prática da atenção integral a saúde, o trabalho em equipe interprofissional e a vivência das políticas de saúde em diversas situações de vida<sup>7</sup>. Assim, a articulação entre os serviços de saúde do SUS e os cursos de ensino superior geram uma importante cooperação entre si, tanto para o atendimento ao usuário bem como na formação de futuros profissionais que, assim, estarão familiarizados com o sistema.

O SUS, enquanto ordenador da formação em saúde<sup>4</sup>, disponibiliza espaços de aprendizagem aos estudantes de diversas áreas das redes de saúde, estimulando práticas pedagógicas desenvolvidas principalmente nos territórios, focando na atenção primária, bem como nos níveis de atenção secundária e terciária<sup>8</sup>. Essa articulação se dá entre as esferas da universidade, do sistema de saúde e dos governos. As atividades desenvolvidas, estimuladas por meio de projetos de extensão ou de estágios supervisionados nas áreas de Saúde Coletiva, permitem que o acadêmico atue

diretamente com a comunidade e que desenvolva no seu processo de formação um conhecimento mais aprofundado sobre o SUS, sobre as suas estratégias de atuação e entenda o usuário como protagonista das ações. A atuação em equipes multiprofissionais junto às comunidades oportuniza com que o acadêmico atue de forma interdisciplinar com outras áreas do conhecimento e dê o devido suporte na sua especialidade. Muitos profissionais de saúde apresentam um enfoque nos procedimentos técnicos curativos, executando a prática clínica isolada das demais especialidades, sendo uma ação inapropriada e incondizente com os princípios do SUS<sup>1</sup>. Também, essa maneira de atuação das universidades em atividades extramuros favorece a comunidade, pois as ações visam a promoção de saúde e a melhoria na qualidade de vida das pessoas<sup>9</sup>. Os cursos de graduação das IES, especialmente das áreas da saúde, têm, dentre seus objetivos, preparar o aluno para desenvolver habilidades de liderança, gestão em saúde pública, administração e gerenciamento<sup>10,11</sup>. As atividades de extensão universitária e os estágios em campo promovem ações integrais de saúde e adequadas aquela comunidade sendo um meio para que o saber científico possa ser aplicado nos serviços de saúde<sup>12</sup>.

A formação universitária deve ensinar aos alunos técnicas e procedimentos específicos da área em formação, mas também deve trabalhar contextos éticos, técnicos e políticos propostos pela Saúde Coletiva, que atua com múltiplas dimensões indissociáveis das pessoas. Deve levar em consideração, além da biologia, o contexto histórico e o contexto social em que o indivíduo está inserido<sup>13</sup>, potencializando desta forma o real impacto social de uma IES dentro da comunidade, como coadjuvante de uma melhora coletiva.

A Odontologia e as equipes de saúde bucal contribuem para a manutenção e promoção da saúde da população, seja por meio de ações

orientativas, educativas, de fins diagnósticos ou através de ações curativas, devolvendo a saúde do usuário. Portanto a sua inclusão no projeto proporciona benefícios para a população, possibilitando a diminuição de potenciais agravos da saúde bucal e geral e, assim, a inserção do acadêmico de Odontologia no SUS, promove uma formação mais humanizada e de profissionais mais sensíveis à saúde bucal brasileira<sup>13</sup>. Também, as ações comunitárias, estimuladas durante a graduação, promovem a interligação entre a universidade e a comunidade afim de amenizar impactos na sociedade, tentando torná-la mais justa e igualitária, contribuindo para as funções de ensino e pesquisa<sup>14</sup>. É importante que os acadêmicos experimentem práticas de aprendizado fora das universidades e hospitais, onde realizam a maior parte de suas atividades de estágio, para que não fiquem com uma visão distorcida da rede pública de saúde, e conheçam a realidade do serviço e da população atendida por ele. É fundamental a atuação dos acadêmicos em cenários de prática transversalizados, observando as demandas da comunidade, agindo através de ações ético-pedagógicas, considerando o direito à saúde, o sujeito como um ser único, que possui necessidades específicas e uma vivência dinâmica do processo de saúde<sup>15</sup>.

Diante de todos os benefícios bidirecionais entre a comunidade e as universidades, a Universidade de Passo Fundo, em parceria com o Município de xxxx, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), desenvolveu o Projeto “Rede de Cuidados Territoriais” (RCT), no qual inicialmente as atividades visavam auxiliar na cobertura de assistência à saúde básica da comunidade frente à pandemia de COVID-19, declarada em 11 de março de 2020, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) buscando casos suspeitos da doença e também atuando, através das visitas domiciliares, na identificação de casos que necessitassem de atendimento, de caráter

eletivo ou urgente, em vista da queda do acesso à rede de saúde, procurada apenas em casos graves evitando a sua superlotação.

A partir da vivência do projeto, verificou-se a necessidade dos cursos da área da saúde da IES de estarem juntos de forma permanente e contínua. No projeto inicial, a proposta vivenciada e experimentada pelos alunos dos cursos de graduação, proporcionou o compartilhamento de saberes coletivos, atuando nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos territórios vulneráveis indicados pela própria SMS, que variaram em diversos pontos da cidade. Depois, com a continuidade do *modus operandi* do projeto original, as atividades possuíam enfoque na atenção primária à saúde, nas quais os alunos, realizavam visitas domiciliares, também em territórios vulneráveis e indicados pela SMS, e discutiam os casos com os profissionais atuantes nas UBS e os demais acadêmicos presentes nos encontros, buscando o acompanhamento de doenças crônicas, promovendo ações de educação em saúde, orientação sobre coletas de exames preventivos, exames bucais e também a checagem de sinais vitais, além de promover encaminhamentos e agendamentos de exames preventivos e de rotina, incentivando o cuidado e detecção de doenças crônicas em percurso, ou de doenças agudas que necessitam um pronto atendimento.

A proposta para essa vivência acadêmica incluiu projetos de extensão, onde alunos voluntários participam das atividades, e os estágios curriculares, como as disciplinas obrigatórias de Estágio em Saúde Coletiva. Os participantes eram instigados a auxiliar na melhoria da qualidade de vida das pessoas, no campo de prática, e de compreender as diversas formas de atuação do SUS, através do projeto, que teve como objetivo oportunizar ao aluno a ampliar seus conhecimentos em relação ao SUS e a atenção primária, conhecer os fluxos de atendimento, poder desenvolver um

cuidado humanizado e integral ao usuário e por em prática as habilidades desenvolvidas nas disciplinas teóricas favorecendo a população com as atividades e ações promovidas nos momentos em campo.

O Curso de odontologia atuou, por meio dos Estágios em Saúde Coletiva, com os demais cursos da Universidade, com a proposta de agir de forma compartilhada, promovendo a nós alunos, visitarmos os territórios e seus domicílios, formando equipes multiprofissionais com outros colegas, onde orientávamos sobre cuidados, prevenção, forma de atendimento na UBS e fluxos da RAS. As atividades geraram diversas experiências e aprendizados aos acadêmicos, que serão discutidos a seguir, considerando a importância do projeto na formação profissional.

A importância deste relato está na proposta de vivência de estágio coletivo, a partir do enfrentamento da pandemia, na apropriação dos estudantes para o cuidado integral dos usuários, no entendimento que no território e a dinâmica do processo saúde-doença transversaliza o conhecimento especializado, exigindo uma postura humanizada e acolhedora, além da imprescindível necessidade de escuta. Também, as experiências relatam os desafios encontrados nas ações da atenção básica e os desafios das visitas domiciliares, comuns no cotidiano dos profissionais atuantes na área.

## **2 RELATO DE EXPERIÊNCIA**

### **Estratégia de visitas domiciliares do Projeto RCT**

As visitas domiciliares (VDs) compõem as ações da atenção domiciliar (AD), que são caracterizadas por ações de promoção à saúde, diagnósticos precoces, prevenção, acompanhamento e tratamento de doenças, onde tem-se uma continuidade dos cuidados. Estas ações estão integradas às redes de atenção à saúde<sup>16</sup>. Um

dos objetivos das VDs é a “desospitalização” do cuidado, facilitando o acesso aos serviços de saúde permeados pelos princípios do vínculo e da humanização<sup>17,18</sup>. As VDs, são realizadas por profissionais das unidades básicas de saúde (UBS), como os agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros e técnicos de enfermagem, médicos, dentistas e acadêmicos ligados a estágios e projetos de extensão universitária, onde há um deslocamento da equipe, multiprofissional, até a residência do usuário, para acompanhar e inteirar-se sobre a saúde dos moradores, reconhecer o ambiente familiar e planejar ações adequadas para a família.

As visitas aos domicílios da comunidade incluídas no projeto aconteciam durante toda a semana, nos turnos da manhã e da tarde. Estudantes de diversos cursos da área da saúde se faziam presentes em um dia/turno semanal, conforme o seu horário curricular. As equipes de trabalho eram formadas por três acadêmicos de diferentes cursos (por exemplo: Odontologia, Medicina, Psicologia; ou, Odontologia, Farmácia, Enfermagem; variando conforme o dia da semana/turno do dia), visando à interdisciplinaridade das equipes multiprofissionais durante as visitas. Estes grupos eram supervisionados pelos professores responsáveis pelas disciplinas/estágios.

As VDs eram divididas em dois momentos; no primeiro, a equipe se apresentava para a família, explicando o propósito da VD, e iniciava a coleta das informações gerais sobre os moradores (dados demográficos, cartão SUS, nível de escolaridade, patologias crônicas em tratamento ou não, uso geral de medicamentos, rastreamento de situações de vícios, como alcoolismo, tabagismo ou outras drogas, deficiências, urgências e demandas de saúde não assistidas), entre outras informações para traçar um perfil dos habitantes da casa. No segundo momento ou na segunda VD, a equipe retomava com a família aspectos mais específicos de saúde, guiados pelo instrumento de coleta de dados

construído dentro do projeto RCT, orientados a partir de documentos do Ministério da Saúde (MS). Nesta fase, eram coletadas informações sobre a saúde bucal, saúde da mulher, demandas médicas, psicológicas, fonoaudiológicas, dentre outras. Também eram abordadas questões envolvendo animais domésticos e zoonoses com a participação de estagiários da medicina veterinária.

No retorno das VDs, cada equipe apresentava para o grande grupo a situação das famílias, em uma grande reunião de equipe, orientadas pelos professores. Então, eram realizados *rounds* de discussão e encaminhamentos das demandas, compartilhando com outras áreas da saúde as necessidades a serem atendidas, sempre em conjunto com a equipe de saúde que atendia a área adscrita, no território envolvido. Urgências detectadas na primeira visita eram repassadas aos profissionais da UBS para serem sanadas o quanto antes.

As VDs não se limitavam a dois encontros, sendo a família acompanhada semanalmente conforme as demandas observadas. O apoio da equipe da UBS se fez essencial para a atenção aos encaminhamentos e resolução das necessidades sentidas pela comunidade. A proposta da unificação e qualificação do ensino-serviço também estava dentro desta dinâmica, em um processo de construção coletiva, onde o serviço possuía um apoio institucional com um número maior de profissionais, e o ensino recebia uma real situação cotidiana da vida comunitária.

A dinâmica adotada para as visitas domiciliares permitiu uma visão multidisciplinar da família, sendo facilmente a detecção dos problemas não relatados pelos moradores após o momento de conversa com a família e pela contribuição dos colegas que compuseram as equipes de visita, tendo em vista a variada quantidade de cursos que participavam das ações. Também, o contato com a equipe da UBS foi de grande valia para que se aprendesse os fluxos e

como a unidade de saúde se organizava e trabalhava nos atendimentos, o que não seria possível se não houvesse o projeto.

### **Visitas domiciliares**

As visitas nas casas da comunidade intensificaram o entendimento sobre a necessidade e a importância da saúde geral das pessoas e do cuidado integral em saúde. Estas experiências permitiram a observação do contexto no qual a família estava inserida, as demandas mais importantes dos moradores e como o meio no qual estavam vivendo afetavam-lhes na saúde geral e até mesmo nas formas de relacionamentos interpessoais. Também foi observada a necessidade de deixar o tecnicismo um pouco de lado e entender o indivíduo como um todo. Assim, a atuação em campo, durante a graduação, teve importância no preparo dos estudantes para a realidade da atenção básica de saúde e mostrou que enquanto sujeitos de saúde, devem fazer ações adaptadas a cada família, dentro de sua realidade, e que somos capazes de mudar algo de forma positiva na vida das pessoas, iniciando pela escuta e pelo cuidado, ou seja, pelas relações interpessoais com os moradores.

A criação de vínculos com a comunidade foi importante para conhecer e para saber sobre suas necessidades. As visitas domiciliares semanais proporcionaram conversas descontraídas, a retomada de assuntos abordados em outros momentos e demonstraram, ao usuário, a preocupação real dos acadêmicos/equipe com a sua condição de saúde e de vida, possibilitando assim criar um vínculo com a família, que notava a persistência do cuidado promovida pela equipe<sup>10,19</sup>. A aproximação com os moradores permitia aprofundar assuntos superficialmente tratados, ampliando o conhecimento, sendo possível contribuir de uma melhor forma na solução de problemas, pela familiarização com os problemas dos moradores. Portanto, a conversa,

principalmente a inicial, não deve ocorrer seguindo um roteiro, ou focada apenas sobre um assunto, para que assim se tenha um espaço de conversa mais amplo com os moradores. A intimidade com a família, o diálogo e a atenção em detalhes simples, contribuem para a ligação de informações importantes como em casos vistos em que o hábito do tabagismo estava potencialmente relacionado com a solidão, tendo em vista que logo em que iniciávamos a conversa era nítida a falta de atenção e cuidado de familiares/amigos/vizinhos ao morador em assistência.

As visitas devem seguir de forma espontânea e diversos assuntos podem e devem ser abordados e não apenas sobre problemas relacionados à saúde<sup>16</sup>. Muitas vezes, os moradores, ao notar receptividade a ouvi-los, se abrem para novas conversas e temas, permitindo conhecê-los melhor, sobre a sua história. Vale salientar que este olhar surge e define-se com a equipe, onde, por exemplo, o aluno da Odontologia completa seu olhar multidisciplinar com o da Psicologia que reforça vínculos e apresenta uma melhor forma de escuta, outro da Enfermagem contribui com um olhar diferente e assim a rede vai se construindo e o cuidado integral sendo realizado.

Na unidade de saúde, o ponto de encontro, discutiam-se os casos que eram repassados para todos os colegas em uma roda de conversa durante o fim do encontro, chamado de *round*. Muitas vezes eram identificadas situações de conflitos familiares, dependência química, problemas relacionados à saúde e necessidades básicas de alimentação ou moradia que acabavam instigando a procurar vias e parcerias com o intuito de contribuir positivamente para uma melhoria da realidade da família.

A atuação na comunidade propiciou aos estudantes viver na prática como o SUS pode atuar e a importância da atenção básica para a vida das pessoas. O acompanhamento das famílias contribuiu para o crescimento pessoal e

profissional dos alunos, tornando-os mais humanos durante o cuidado com a comunidade que também foi beneficiada, pois os moradores eram instigados a procurar atendimento e tratamento, contribuindo para a prevenção e diminuindo os agravos em saúde.

Foram percebidos alguns limites e desafios durante as visitas, como os casos em que os moradores não eram receptivos, não revelavam detalhes que permitissem traçar um perfil da família e assim não era possível estabelecer uma criação de vínculos. Também, a indiferença durante as ações desenvolvidas nas visitas e a comodidade de alguns em não querer aderir ao tratamento de doenças já existentes se tornou, em alguns momentos, um desafio para trabalhar com a comunidade. Além disso, por condições ocupacionais e socioeconômicas, alguns moradores relatavam a não adesão de atividades preventivas ou de acompanhamento clínico de doenças, procurando o atendimento da rede apenas em casos de urgências, sendo um vício instalado e muito observado nas visitas, sendo desanimador para os profissionais e para quem trabalha com as ações na comunidade.

### **Interdisciplinaridade com foco na integralidade**

O SUS tem o objetivo da assistência integral aos usuários<sup>4</sup>, portanto é de extrema importância que as equipes sejam formadas por profissionais de todas as áreas da saúde, visto que para alcançar a integralidade da atenção, proposta pela Lei 8080/90<sup>4</sup>, os sujeitos devem ter a possibilidade de acessar o sistema em todos os seus níveis e ter assistidas todas as suas necessidades de saúde. Na maioria das vezes, em um único domicílio, a família, ou mesmo um indivíduo da família, possuía necessidade de atenção de várias especialidades e níveis de atenção da rede, dada a complexidade do ser humano e da vulnerabilidade de alguns territórios. Portanto, a necessidade da

equipe que cuida precisa ser composta pelo maior número de profissionais de todas as áreas possíveis, para alcançar a resolução dos casos e a integralidade do cuidado.

Na formação dos profissionais da saúde há um desafio na articulação entre diferentes cursos da saúde que consigam trabalhar integrados, e, em muitas instituições, este processo de ensino-aprendizagem integral não ocorre, se mostra fragmentado, com foco na especialização, e então pode notar, nas atividades desenvolvidas no território, que se isso for mantido após a formação acadêmica, pode ocorrer a fragmentação das redes de atenção à saúde, pois o profissional não foi treinado para a dinâmica proposta pelo SUS, e então a prática da clínica isolada torna-se um hábito vicioso. Atualmente a formação acadêmica deveria passar pela superação deste modelo, o que, sem dúvida, constitui-se um dos maiores desafios para as universidades e os docentes<sup>20</sup>. O projeto RCT pode ser considerado um investimento de esforços de várias áreas visando à articulação entre alunos dos cursos de Biologia, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. O objetivo das visitas domiciliares era de que todas estas áreas fossem abordadas e de que fossem trabalhadas caso necessário. Embora, durante as VDs, não houvesse um acadêmico de cada curso/área, todos os aspectos relacionados à saúde da família observados eram retomados nas discussões finais para que todos pudessem contribuir a respeito das suas áreas e encaminhar as demandas específicas observadas. Essa metodologia de trabalho permitiu a formação de profissionais da saúde com perfil modificador e questionador para além da sua própria área de atuação, o que se espera em relação ao trabalho em saúde, sob a ótica da integralidade na atenção básica e na verdadeira formação de rede de cuidado.

Nas VDs realizadas, em muitos domicílios,

notava-se a necessidade de um contínuo cuidado para as doenças crônicas dos moradores, como a organização e orientação em relação à posologia dos medicamentos utilizados, principalmente em residências onde havia idosos de baixa escolaridade. Assim, nestes domicílios, encontravam-se demandas de duas ou mais origens para um único morador, aumentando ainda mais a necessidade da interdisciplinaridade e da importância do trabalho integral, onde os estudantes atuavam como profissionais de saúde generalistas, contribuindo no auxílio de áreas que nem sempre se apresentam nas unidades. Essa atuação permitiu aos estudantes ampliar a percepção do trabalho interdisciplinar e intensificou a necessidade de entender a dinâmica do processo do cuidar, que precisa transversalizar o conhecimento de forma lúdica e que seja compreensível aos usuários.

A multidisciplinaridade contribui para a comunidade ter as suas demandas atendidas de forma ampla e também reforça os vínculos na equipe e com os usuários, tornando a resolubilidade do processo mais humanizada. Muitas vezes, identificavam-se situações durante as visitas, quando a família relatava não possuir informação sobre a quem recorrer. Isso demonstrava que ter a especialidade à disposição da comunidade não era sinônimo de atenção integral. Ao contrário, a especialidade pode muitas vezes ampliar a distância entre o acesso do usuário e a atenção à sua necessidade. Por isso, a equipe não deve deixar de usar as tecnologias leves de cuidado, que são estimuladas pelas VDs, pelo cuidado humanizado e em equipe. Dentro da prática no projeto, quando os acadêmicos trabalhavam suas respectivas áreas em conjunto com os demais, percebiam a melhora da qualidade de vida da comunidade, pois se comprometiam com que nenhuma condição relatada passasse despercebida, melhorando o cuidado e a atenção com todos os usuários. Portanto, a interdisciplinaridade contribuía no

cuidado às famílias que passavam a ser ouvidas e assistidas. Ainda, o trabalho em equipe, proporcionava ações dinâmicas dos princípios do SUS, que eram implementadas mais facilmente e de forma humanizada.

O enfoque da graduação em Odontologia muitas vezes passa a ser em treinar e desenvolver técnicas, sendo predominantemente curativo. Os momentos em campo foram de grande valia, pois era um dos poucos momentos de atividades curriculares extramuros, onde se aprende a importância do cuidado integral, do trabalho em equipe, dos cuidados em prevenção e a desenvolver, na prática, o cuidado individualizado, que no início era uma dificuldade relatada pelos estudantes, até aprenderem a estudar a família e adequar as informações e as ações para aquela realidade e nível de compreensão, tendo em vista que as atividades eram realizadas com uma comunidade com diferentes níveis de escolaridade e acesso à informação.

No projeto, colocou-se em prática o que foi aprendido na teoria, aprofundando em aspectos que apenas as atividades em campo possibilitam, fazendo com que saíssemos melhores preparados para atuarmos no SUS e em outros serviços futuramente, compreendendo assim que o projeto precisa de seres humanos diferenciados, com olhar ao cuidado integral e humanizado, para funcionar, potencializando e contribuindo para a formação profissional e pessoal dos participantes.

### **Round**

As discussões dos casos encontrados nas visitas domiciliares aconteciam no final do turno, na unidade de saúde do bairro. As demandas urgentes eram repassadas à equipe que atuava na unidade de saúde, como em um caso encontrado durante uma visita, em que o morador estava com a pressão arterial descompensada há duas semanas. Ainda, havia um fluxo de comunicação entre os acadêmicos que atuavam em diferentes turnos,

utilizando um painel com avisos sobre as necessidades de alguns domicílios, especialmente se durante a visita não estivesse presente nenhum acadêmico da área da demanda encontrada.

A discussão com a equipe permitia troca de experiências, saberes e sugestões de pontos a serem trabalhados com as famílias nas visitas subsequentes. As discussões de casos permitiam que a equipe toda pudesse pontuar as questões potencialmente despercebidas durante as visitas, propiciando o aprendizado sobre a importância do trabalho em equipe em conjunto com outras áreas. Ainda, esse tempo era utilizado para readequar algumas ações e organizar as atividades de modo interdisciplinar.

Os momentos juntos na unidade de saúde, antes ou após as visitas domiciliares, permitiam também que houvesse uma maior interação entre os diversos cursos que atuavam no projeto, mostrando a importância do trabalho coletivo e multidisciplinar na nossa formação universitária, onde uma das estudantes do curso de Psicologia ressaltou sobre respeitar o processo de amadurecimento do próximo e tomar cuidado com a enxurrada de informações passadas a algumas famílias, pois nem todas absorvem as informações rapidamente. Assim, deve-se trabalhar aos poucos com a comunidade, à medida em que se criam vínculos com os moradores. A leitura de realidade transforma o agente que cuida, diminui os julgamentos e credita ouvir, acolher e a ajustar-se.

As discussões permitiram aos estudantes ver além do contexto bucal: os momentos técnicos continuarão tendo seu lugar e sua importância, mas saber agregar o cuidado humanizado traz a verdadeira excelência no tratar pessoas.

Em suma, o projeto e as ações realizadas foram de grande importância na formação. Houve a oportunidade de praticar os princípios e diretrizes do SUS, ampliar conhecimentos extramuros, aprender sobre a importância do cuidado multiprofissional e as relações com outras áreas da

saúde e com os pacientes, priorizando sempre o cuidado integral da população, além da força do trabalho em equipe. O projeto ainda teve importância para que os estudantes sentissem e presenciassem os desafios no território, da saúde pública do Brasil e do cuidado integral, percebendo os erros que levam à fragmentação e à interrupção do cuidado, culminando na não resolutividade ou piora da saúde da população, experiências agregadas em campo durante o projeto.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades desenvolvidas no projeto potencializaram, de forma ímpar, a formação de cirurgiões-dentistas e demais profissionais da área da saúde, ressaltando a importância da interdisciplinaridade, do cuidado integral dos pacientes, do trabalho em equipe multiprofissional em equipe, permitindo a prática no território, na comunidade, sem simulações da realidade da população, estimulando a conhecer o SUS, suas diretrizes e princípios, a realidade do sistema, incluindo suas fortalezas e fraquezas. Ao analisar as experiências vividas, identifica-se que as ações voltadas às comunidades mais vulneráveis em seus territórios são benéficas para as famílias, ao mesmo tempo que são desafiadoras, pelo planejamento individual de cada família e também para propiciar adesão da comunidade às ações desenvolvidas.

Ainda, o projeto foi essencial para o conhecimento sobre o território e sua importância, sobre a estratégia da rede de atenção à saúde, criada entendendo os sujeitos na sua singularidade e complexidade, relacionando as patologias com suas condições biopsicossociais, seu modo de vida, de trabalho, o local em que o indivíduo está inserido e da sua percepção em relação ao processo saúde-doença, devendo-se trabalhar com os moradores diversos fatores que são indispensáveis para a saúde e bem-estar dos mesmos, o que era o maior foco das atividades do projeto.

## ABSTRACT

### *Territorial Health Care Network Project: comprehensive and multiprofessional care as a learning practice*

In the education of health professionals, in addition to theory, knowledge about the Unified Health System (SUS) is essential, as this system provides significant practical experience of interdisciplinarity and interprofessionality in the integral care of individuals to health professionals. This experience report describes, from the viewpoint of dentistry students, the main actions included in the health care of a community in the Territorial Care Network Project, conducted by the University of Passo Fundo, Brazil; these actions included home visits, which focused on primary health care, and the active search for urgent demands of users. The experience report presents the learning and reflections generated during team meetings held to discuss multidisciplinary home visits, which occurred weekly, these provided the students with the information collected after monitoring the families in the target community; they also enabled the student to witness the creation of bonds among health care professionals and community members; thus, the students learned the significance of primary care and comprehensive care. The actions of the project contributed to the academic training of students from various courses in the health field of a Higher Education Institution (HEI), facilitating their practice in the territory, that is, in this case, the community, without simulation. Thus, the academic group was encouraged to learn the role of SUS in a community, by practically implementing its guidelines and principles, and the reality of the system, including its strengths and weaknesses. From this experience, we identify that actions aimed at the most vulnerable communities in their territories are challenging, especially in relation to decision-making in comprehensive health care of individuals.

**Descriptors:** Primary Health Care. Unified Health System. Community Dentistry. House Calls. Family Health. Education, Higher.

## REFERÊNCIAS

1. Leite MF, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Batista PSS. Extensão Popular na formação profissional em saúde para o SUS: refletindo uma experiência. *Comunic Saude Educ.* 2014;18(2):1569-78.
2. Barros MEB. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.* Rio de Janeiro: Cepesc, UERJ, IMS, Abrasco; 2005. p. 131-50.
3. Chesani FH, Wachholz LB, Oliveira MAM, Silva C, Luz ME, Fabris FA, et al. A indissociabilidade entre a extensão, o ensino e a pesquisa: o tripé da universidade. *Conexão UEPG.* 2017; 13(3):452-61.
4. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 1990. [Acesso em 16 mar 2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm).
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saude Colet.* 2010;15(5):2297-305.
6. Gondim GMM, Monken M. Território e territorialização. In: Gondim GMM, Christófaros MAC, Miyashiro G. *Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade.* Rio de Janeiro: EPSJV. 2017:21-44.
7. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 17 de junho de 2021. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil.* 2022, 05 de jan; Seção 1:10. [Acesso em 16 mar 2022]. Disponível em:

- <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-3-de-21-de-junho-de-2021-327321299>.
8. Bulgarelli AF, Souza KR, Baumgarten A, Souza JM, Rosing CK, Toassi RFC. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. *Interface Comun Saúde Educ.* 2014;18(49): 351-62.
  9. Kriger L, Moysés SJ, Moysés ST. Humanização e formação profissional. *Cad ABOPREV.* 2005; 8p.
  10. Taichman RS, Parkinson JW, Nelson BA, Nordquist B, Thompson JF. Leadership training for oral health professionals: a call to action. *J Dental Educ.* 2012;76(2):185-91.
  11. Fonseca EP. As diretrizes curriculares nacionais e a formação do cirurgião dentista brasileiro. *J Manag Prim Health Care.* 2012;3(2):158-78.
  12. Vasconcelos EM. Educação Popular, um jeito de conduzir o processo educativo. In: Vasconcelos EM, Cruz PJSC (orgs). *Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência.* São Paulo: Hucitec; 2011. p. 28-34.
  13. Guimarães DA, Silva ES. Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e educação para a cidadania. *Ciênc Saúde Colet.* 2010;15(5):2551-62.
  14. Gurgel RM. *Extensão universitária: comunicação ou domesticação.* São Paulo: Cortez; 1986.
  15. Macêdo MCS, Romano RAT, Henriques RLM, Pinheiro R. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA (orgs). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesq, Abrasco; 2006. p. 229-50.
  16. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2011. [Acesso em 16 mar 2022]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527\\_27\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html).
  17. Bizerril DO, Saldanha KGH, Silva JP, Almeida JRS, Almeida MEL. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. *Rev Bras Med Fam Comun.* 2015;10(37):1-8.
  18. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A Prática da Assistência Domiciliar dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(4):645-53.
  19. Martins-Melo FR, Lima MS, Ramos Júnior AN, Heukelbach J, Campo MOC. Modalidade de educação a distância na formação profissional em saúde da família: relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comun.* 2014;9(30):89-95.
  20. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde Debate.* 2017; 41(115):1177-86.

**Correspondência para:**

Mateus José Dutra

e-mail: [mateusdutra2@hotmail.com](mailto:mateusdutra2@hotmail.com)

Rua Fagundes dos Reis, 622/502

99010-070 Passo Fundo/RS