

DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i62p5072-5081>

Cuidado dentro de casa: reflexões sobre visitas domiciliares na Estratégia Saúde da Família

Taking care from the inside: reflections about home visits in the Family Health Strategy

Cuidado dentro de la casa: reflexiones sobre visitas domiciliares en la Estrategia Salud de la Familia

RESUMO

A Visita Domiciliar (VD) é uma prática do leque de cuidados ofertados pela Atenção Primária à Saúde que visa prestar assistência na moradia das pessoas. Objetivo: Dialogar sobre a relevância da VD, abordando a imersão em laços criados com as pessoas no seio de suas casas. Métodos: Trata-se de um relato de experiência realizado por residentes de Medicina de Família e Comunidade (MFC) de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, na cidade de João Pessoa (PB). Resultados: Através das VD, pôde-se entender a dinâmica das famílias, permitindo realizar o cuidado de maneira equânime e integral, principalmente diante da pandemia pelo COVID-19. Conclusão: A pluralização das relações e do entendimento do adoecer foram estímulo à aprendizagem dos princípios e atributos da MFC, tornando-se ferramenta potente para os profissionais ressignificarem o cuidar.

DESCRIPTORIOS: Atenção Primária à Saúde; Visita Domiciliar; Residência Médica; Medicina de Família e Comunidade; COVID-19.

ABSTRACT

Home Visit (HV) is one of the options offered by the Primary Health Care, in order to provide assistance inside people's houses. Objective: To talk about the importance of HV, exploring the immersion in bonds created with patients in their homes. Methods: It is an experience report written by two Family Practice medical residents, who belong to the same Family Health Strategy team, in João Pessoa (PB). Results: Through the HV, it was possible to understand the families' dynamic, providing an equitable and integral care, specially in front of events like the COVID-19 pandemic. Conclusion: The pluralization of the social relations and the illness understanding were stimulus to learn the Family Practice principles and attributes, working as a strong tool for professionals to reframe the care.

DESCRIPTORS: Primary Health Care; Home Visit; Medical Residency; Family Practice; COVID-19.

RESUMEN

La Visita Domiciliar (VD) es una práctica de la oferta asistencial que ofrece la Atención Primaria de Salud que tiene como objetivo brindar en los hogares de las personas. Objetivo: discutir la relevancia de la VD, abordando la inmersión en lazos que se crean con las personas dentro de sus hogares. Métodos: Se trata de un informe de experiencia elaborado por residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) de un equipo de Estrategia de Salud de la Familia, en la ciudad de João Pessoa (PB). Resultados: Mediante el VD, se logró comprender la dinámica de las familias, lo que les permitió brindar una atención de manera equitativa e integral, especialmente ante la pandemia por COVID-19. Conclusión: La pluralización de relaciones y la comprensión del enfermo fueron un estímulo para el aprendizaje de los principios y atributos del MFC, convirtiéndose en una poderosa herramienta para que los profesionales reformulen la atención.

DESCRIPTORIOS: Atención Primaria de Salud; Visita Domiciliar; Residencia Médica; Medicina Familiar y Comunitaria; COVID-19.

RECEBIDO EM: 25/11/2020 APROVADO EM: 05/01/2020

Lana Muriely Borges de Assis

Residente em Medicina de Família e Comunidade (MFC) pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa - SMS/JP em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

ORCID: 0000-0002-9460-9444

Marina de Lima Pinheiro

Residente em Medicina de Família e Comunidade (MFC) pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa - SMS/JP em parceria com a FCM-PB.

ORCID: 0000-0001-9566-7366

Melissa Maria Medeiros de Morais

Biografia: Residente em Medicina de Família e Comunidade (MFC) pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa - SMS/JP em FCM-PB.

ORCID: 0000-0003-2336-3907

Denise Mota Araripe Pereira Fernandes

Discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). Docente e Preceptora do internato e Residência em Medicina de Família e Comunidade da FCM/PB.

ORCID: 0000-0001-7804-882X

Vilma Felipe Costa de Melo

Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da FACENE. Formação: Doutora. Psicóloga.

ORCID:0000-0001-5721-3240

Mariana Falcão Motta

Acadêmica de Medicina do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.

ORCID:0000-0003-1824-6511

INTRODUÇÃO

A Visita Domiciliar (VD) é uma prática reconhecida de assistência à saúde que visa ofertar cuidados aos usuários que não podem se deslocar até a Unidade de Saúde da Família (USF). É uma ferramenta importante, não apenas à descoberta do indivíduo em seu ambiente, mas pelo potencial de ressignificar necessidades em cuidado, como também possibilidades de abordar condições ambientais no processo que possam impactar a qualidade de vida das pessoas^{1,2}.

Com a portaria 2.527, de outubro de 2011, a Atenção Domiciliar (AD) ganha o status de nível de atenção à saúde focado na desospitalização, especialmente para cuidados a situações crônicas agudizadas ou agudas, reabilitação e nos cuidados paliativos. Essas características dialogam com as necessidades de aprendizagem do médico de família e comunidade, assim a visita domiciliar é tão importante que figura entre as competências previstas pelo Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade^{3,4}.

Além da efetividade, as VDs são capazes de reduzir custos nos cuidados em saúde. Permitem ao profissional cisalhar o modelo centrado na doença, voltando-se para uma abordagem centrada na pessoa no ambiente doméstico, observando a dinâmica familiar, o ambiente no qual o pa-

ciente está inserido e compreender como tais fatores interferem em sua saúde⁵.

Esse formato de cuidado sofreu uma paralisação, visto ao período pandêmico da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19), sendo assim necessária a reestruturação da visita domiciliar para minimizar as chances de contaminação, uma vez que, além de esses pacientes serem grupos de risco e mais susceptíveis a formas graves da COVID-19, os profissionais são elencados como fômites transmissores. Para isso, lançamos mão de uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), ferramentas de comunicação à distância e participação ativa dos agentes comunitários de saúde (ACS), a fim de garantir a resolutividade da VD⁶.

A pesquisa qualitativa se mostrou uma opção de escolha natural por conjugar dos nossos anseios em discorrer sobre a relevância do estudo das VD e imersão em laços criados com as pessoas no seio doméstico, sobretudo no contexto de isolamento social imposto, onde o estímulo à fala e a presença do profissional se mostrou caminho cuidador. Essa pluralização das relações sociais e processos de percepção pessoal e familiar do adoecimento nos pareceu um potente estímulo à aprendizagem dos princípios e atributos da Medicina de Família e Comunidade (MFC), e foi esse relato que decidimos ser pertinente enquanto partilhado com nossos pares.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência fruto da atuação profissional de uma preceptora de medicina de família e comunidade e duas residentes. O trabalho tem caráter observacional, descritivo e transversal. Elaborado através do conjunto de reflexões, advindas das experiências cotidianas vividas pelas residentes de MFC, em diferentes processos formativos, uma no primeiro ano de pós-graduação e outra no segundo, vinculadas a uma mesma equipe de Estratégia Saúde da Família (eSF) USF Saúde e Vida Integrada, localizada na cidade de João Pessoa (PB).

Tal eSF tem aproximadamente 4000 usuários adscritos e durante as partilhas do processo de trabalho, percebeu-se que as visitas domiciliares (VD) eram potentes ferramentas de exploração territorial, por permitirem atuação médica em diferentes partes do mesmo. Objetivou-se encontros mensais que explorassem os saberes e o compartilhamento das experiências vividas durante as visitas realizadas nos abril de 2019 a setembro de 2020.

Assim, através da hermenêutica dialética e da educação médica centrada no aprendiz as visitas foram pensadas e dialogadas, antes e depois da realização, com a preceptora, tendo como intuito ajudar os residentes a aprimorarem suas relações com os pacientes^{7,8}. As pesquisas qualitativas procuram dialogar com a realidade

dos sujeitos através das suas histórias, das suas biografias, das suas relações, dos simbolismos que albergam, assim como do universo dos significados, das volições, das aspirações, das crenças e dos credos, dos valores ético-morais, das atitudes do sujeito concreto e manejam técnicas variadas para o trabalho empírico por darem substrato ao entendimento do mesmo. A pesquisa foi submetida ao comitê de ética CAAE: 40858820.6.0000.5178.

RESULTADOS

As VDs foram realizadas pelas residentes de MFC de uma mesma equipe, utilizando uma abordagem centrada no residente enquanto aprendiz para o planejamento. Ao longo dos meses, as doenças mais prevalentes na comunidade já eram do conhecimento comum, constituindo um dos atributos do médico de família e comunidade, ou seja, exerciam uma clínica adequada enquanto recurso da comunidade. As VDs foram organizadas de acordo com as afinidades das residentes depois do diálogo com a preceptoria. As comorbidades e condições biopsicossociais eram problematizadas em encontros semanais para tomada de decisão de quem visitaria o paciente, sempre partindo do próprio residente enquanto sujeito autônomo do processo. Com isso, descrevemos aqui os nossos sentimentos e os desfechos em nós gerados.

Visitas transformadoras

Uma das visitas mais impactantes realizadas por nós aconteceu na presença das duas residentes, já "violando" os acordos. Encaramos, frente a frente, o sentimento de impotência, de mãos atadas diante da situação. Foram questões burocráticas, organizacionais, e um pouco inerentes ao paciente, sua experiência de adoecer era exigente. Nos olhamos em sentimento de urgência, em desespero por respostas silenciosas. Como determinar com exatidão cada passo que o paciente daria em seu processo terapêutico quando os resultados não são os esperados e o gargalo do sistema nos oprime?

É comum escutarmos relatos de pacientes, traduzindo que usam suas medicações de maneira inadequada ou que suspendem o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão, por não sentirem nada. Nem sempre há a compreensão da parte que lhes cabe de seus tratamentos e a importância da adesão medicamentosa enquanto entidade que precisa ser explorada pelos profissionais. Enfrentamos, nestes contextos, desfechos que podem ser ruins, como o do nosso paciente, idoso diabético e hiperten-

É comum escutarmos relatos de pacientes, traduzindo que usam suas medicações de maneira inadequada ou que suspendem o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão, por não sentirem nada.

so, em completa negligência de tais situações e com parâmetros assustadoramente aumentados. O prognóstico, resultados de más escolhas, tinham laivos de inocência, sentimos compaixão e desespero, queríamos que ele fosse ao hospital e ele simplesmente não foi, era lúcido, não queria.

Refletimos sobre ações e comunicação no cotidiano como Residentes em MFC, lançando mão, cada vez mais, de estratégias que nos permitam dar maior suporte à nossa população, sendo a principal delas a longitudinalidade, porém diante do sujeito concreto, existe algo de imponderável que só essa experiência relacional é capaz de traduzir.

Realidades duras

Realizamos uma visita que a princípio estava voltada a queixas orgânicas e já conhecidas, porém em dois momentos distintos, com e sem apoio familiar. Quando adentramos muito além da doença conseguimos observar a realidade nua e crua de alguns idosos na comunidade, que sofrem de solidão e não possuem boas condições de moradia. Com isso, buscam uma rede de apoio com a eSF para maior conforto, tentando sanar os espaços vazios deixados pela ausência dos seus familiares, seja por morarem longe ou por não demonstrarem tanta aproximação quanto desejam. Com a pandemia, esses sintomas se intensificaram e a procura por visitas domiciliares aumentou. Com o passar dos meses do distanciamento social, cada vez mais éramos chamadas por questões psicossomáticas e elas eram urgentes.

Vivenciamos a necessidade de abordar sobre cuidados paliativos e trazer a realidade da condição clínica do paciente para os familiares, visto que o mesmo se encontrava num estado avançado de senilidade e seus familiares não conseguiam entender o processo de evolução natural de suas comorbidades. A casa era um ambiente cheio de aspectos afetivos, mas com muitas controvérsias entre seus cuidadores, sempre com o denominador comum do medo de perda. Muitos sentimentos foram explorados e compreendidos, além das questões do paciente em questão. O cuidado foi estendido aos acompanhantes mais pró-

ximos, houve uma mudança da visão geral do cuidador, principalmente com o um sentimento de alívio de que está dando o melhor conforto a quem ama, compreendendo seus limites.

Em ambientes complexos, há um histórico de problemas relacionados à saúde mental mais forte, seguimos enfrentando as barreiras impostas por condições crônicas de um lar adoecido, tentando ajudar na autonomia e no processo ativo da terapêutica dos próprios pacientes em pessoas que, por muito tempo, só conheciam o que era ser cuidador e o autocuidado já tinha sido esquecido. Frequentemente um integrante da família assumia o papel de cuidador principal, assim, o trabalho que deveria ser familiar, resultava-se sobrecarregado por um único membro. Este geralmente possui um grande entendimento do indivíduo cuidado, compreendendo o significado de qualquer alteração como mudança de comportamentos, gemidos e necessidades. Embora isso, esses cuidadores mostravam-se com aspectos comuns de baixa autoestima, culpa e renúncia.

A influência familiar em alguns casos gera pressão por falta de apoio, por vezes havendo julgamento dos parentes que apontam defeitos no apoio prestado ou pelos que veem como demasia o zelo ofertado, gerando uma angústia interna, que pode se converter em sofrimento e sobrecarga por não acharem que os outros possam ter o mesmo cuidado fornecido por eles, resultando na apropriação de uma função que deveria ser compartilhada. Ainda, é comum esconderem os sentimentos de exaustão, mas ao longo do acompanhamento familiar, são perceptíveis os sinais de desgaste.

DISCUSSÃO

Com aumento da expectativa de vida populacional e a maior abrangência assistencial da APS, as VDs passam a ganhar cada vez mais destaque, e a indicação adequada é primordial para a garantia da equidade, priorizando os mais vulneráveis. A escala de Coelho e Savassi é a ferramen-

ta mais utilizada para fazer esse direcionamento no Brasil. A conduta centrada no indivíduo é fundamental para elaborar o plano de ação, direcionando as metas e o seguimento conforme a necessidade⁹.

É frequente o cuidador familiar ter dificuldades no autocuidado e não conseguir buscar ajuda por um profissional da saúde, entretanto, quando o procura, geralmente traz os problemas do familiar de quem cuida.

A pandemia pela COVID-19 impôs modificações no processo de trabalho, levando as eSF a se organizarem frente à demanda dos pacientes sintomáticos respiratórios e os com demais queixas. Neste sentido, tornou-se mais difícil a conciliação da agenda de consultas na unidade de saúde com as visitas domiciliares, limitando cada vez mais as prioridades¹⁰.

É no ambiente familiar que se constroem afetos e dissabores capazes de influenciar na abordagem terapêutica e na realidade de vida das pessoas. A casa transmite valiosas informações quanto à forma de viver, de circular, de dividir os espaços e respeitar os limites de privacidade. Considera-se um tema robusto, muito comum a muitas ciências, sendo a prática das VD, um campo de reflexões e construção de novos saberes e ressignificação do processo de trabalho¹¹.

A revalorização do lar, como ambiente produtor de ações de saúde tanto educativo quanto assistencial, permite que as famílias sejam figuras ativas no processo de adoecimento que as envolvem. Essa proposta permite uma melhora na qualidade da atenção, visando à família como corresponsável pela saúde¹². Assim, as intervenções focadas no modelo biomédico tradicional são limitadas, pois embasado na troca de informações e de prescrições, muitas vezes coercitivas, estão eventualmente destinadas ao fracasso por não condizer com a realidade das pessoas¹³.

É frequente o cuidador familiar ter dificuldades no autocuidado e não conseguir buscar ajuda por um profissional da saúde, entretanto, quando o procura, geralmente traz os problemas do familiar de quem cuida. Portanto, a VD para a pessoa em cuidado domiciliar também se torna uma oportunidade de escuta e de cuidados para o cuidador de fato².

Ao médico de família e comunidade atribui-se a tarefa de lidar com a diversidade cultural, incorporando os princípios da APS. Essa competência culmina como uma das características experimentadas nas VD: uma busca por aprimorar o cuidado, de acordo com a diversidade e a individualidade das pessoas, refletindo o cotidiano para produção social do entendimento do processo saúde-doença. A despeito de tais limitações, oferecer cuidados domiciliares é uma aproximação humana vista como algo favorável e enriquecedor para o profissional^{14,15}.

A partir das visitas, visamos ampliar a perspectiva curativa ao implementar medidas de cunho preventivo, refletindo e in-

corporando os conhecimentos adquiridos através da longitudinalidade. Na busca de uma atuação em APS forte, temos a comunicação como ferramenta para educação em saúde, procurando estabelecer metas terapêuticas conjuntas com os pacientes. Após uma boa relação médico-paciente, conseguimos identificar a participação ativa do paciente no cuidado do seu adoecimento. Nesse propósito, as habilidades de comunicação são fundamentais para despertar um sentimento de confiança, proporcionando um diálogo mais aberto e profundo, sendo um dos seus pilares, o autêntico sentimento de “saber ouvir”².

O cuidar se pauta muito além dos limites físicos da universidade, mas na simbiose entre teoria e prática. Cada paciente é um universo complexo, e uma mesma

doença será expressa, vivida e sentida de forma completamente distinta entre cada ser. O reconhecimento das limitações da atuação do médico especializado em MFC reforça a ideia de descentralizar a responsabilidade da atenção em torno deste e distribuí-la equitativamente para os demais profissionais componentes da eSF. Deste modo, todas as esferas do conhecimento em saúde podem e devem atuar juntas em prol do ser humano, em todas as suas particularidades^{15,16}.

Dessa forma, a VD propõe trabalhar a formação médica voltada na integralidade do cuidado muito além do pragmático da casa, explorando uma dimensão abstrata e compreendendo o pequeno mundo de cada família com suas histórias vividas e as diversas versões contadas. Surge, assim,

uma abertura para tratar do sofrimento e da relação com os serviços^{11,17}. A VD permite que os indivíduos sejam bem compreendidos como seres inteiros e complexos, não apenas definidos por suas patologias.

CONCLUSÃO

Ficam evidentes os benefícios colhidos pela atuação do médico de família e comunidade na Atenção Primária à Saúde, principalmente no âmbito da residência médica. Mais do que ir em busca dos que não conseguem chegar à unidade de saúde, a visita domiciliar é uma importante ferramenta de cuidado que nos permite caminhar lado a lado no processo terapêutico e a passos largos para uma boa relação médico-paciente. ■

REFERÊNCIAS

1. Fracon BRR. Percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto à classificação das famílias: vantagens e desafio [master's thesis]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2019. 108 p.
2. Mahmud SJ, Mano MAM, Lopes JMC, Savassi LCM. Abordagem comunitária: cuidado domiciliar. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2. ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2019. v.1, p 306-308.
3. Brasil. GABINETE DO MINISTRO. Portaria N° 2.527 de 27 de outubro de 2011 - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2011
4. Junior NL (organizador). Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2014.
5. Santos SMA. O cuidador familiar de idosos com demências: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileira e brasileira [tese]. Campinas: Unicamp; 2003
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
7. Gomes R. Análise e Interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS (org.); Deslandes SF.; Gomes R. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade (Série Manuais Acadêmicos). Petrópolis: Editora Vozes; 2016. 95p.
8. Weston WW, Brown JB. Educação Médica Centrada no Educando. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina Centrada Na Pessoa: Transformando o Método Clínico. Porto Alegre: Artmed; 2017. p. 172.
9. Pinheiro JV, Ribeiro MTAM, Fiuza TM, Monteiro Junior RM. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019; 14(41):1-8.
10. Savassi LCM, Reis GVL, Dias MB, Vilela LO, Ribeiro MTAM, Zachi MLR, Nunes MRPTM. Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020; 15(42): 2611.
11. Mano MA. Casa de família uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção de conhecimento. Rev. APS. 2009; 12(4): p.459-67.
12. Galassi CV, Ramos DFH, Kinjo JY, Souto BGA. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. Rev ABCS Health Science. 2014; 39(3): p.177-85.
13. Casanova F, Osório LC, Dias LC. Abordagem comunitária: grupos na Atenção Primária à Saúde. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2. ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2019. v. 1, p.1040.
14. Marques FP, Bulgarelli AF. Os sentidos da atenção domiciliar no cuidado ao idoso na finitude: a perspectiva humana do profissional do SUS. Ciênc. saúde coletiva. 2020; 25(6): 2063-72.
15. Targa LV, Oliveira FA. Cultura, saúde e o médico de família. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2. ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2019. v.1, p 306-08.
16. Borges R, D'Oliveira AFPL. The medical home visit as a space for interaction and communication in Florianópolis - Santa Catarina. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2011; 15(37): 461-72.
17. Romanholi R, Mano Z, Cyrino EG. A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. Interface (Botucatu). 2012; (16) 42:693-705.