

A VISITA DOMICILIAR AO USUÁRIO COM CONDIÇÃO CRÔNICA: VIVÊNCIA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

THE HOME VISIT TO THE USER WITH CHRONIC CONDITION: EXPERIENCE OF MEDICAL ACADEMICS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Saray Sallin da Silva¹

Shara Hozana Silva²

Géssica Adorno Aguiar³

Stefane Oliveira Batista⁴

Ana Clara Marinho Santos⁵

Lorena Dias Monteiro⁶

Resumo: *A visita domiciliar é um instrumento essencial para a prática das ações de saúde na atenção primária em especial, na Estratégia Saúde da Família. Esse relato consiste em experiências vivenciadas por estudantes de Medicina na ESF mediante visitas domiciliares realizadas no mês de outubro de 2019 ao usuário com condição e doença crônica cadastrado em um Centro de Saúde da Comunidade (CSC) de Palmas, Tocantins. Essa experiência no processo formativo permite o aluno de medicina se aproximar do contexto de vida dos usuários com condições crônicas e possibilita a valorização da dimensão subjetiva das práticas, e ainda se constitui numa estratégia facilitadora para o cuidado integral e de acesso do usuário aos serviços públicos de saúde com ruptura do modelo biomédico vigente.*

Palavras-chave: *Visita Domiciliar. Atenção Primária à Saúde. Integralidade em Saúde.*

Abstract: *The home visit is an essential tool for the practice of health actions in primary care, especially in the Family Health Strategy. This report consists of experiences lived by medical students in the ESF through home visits conducted in October 2019 to the user with chronic condition and disease registered in a Community Health Center (CSC) of Palmas, Tocantins. This experience in the formative process allows the medical student to approach the context of life of users with chronic conditions and enables the valorization of the subjective dimension of the practices, and also constitutes a facilitating strategy for comprehensive care and user access to public health services with a break from the current biomedical model.*

Keywords: *Home Visiting. Primary Health Care. Integrality in Health.*

1 Discente do curso de bacharelado em Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (IIPAC) de Palmas-TO. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6388583952169638>. E-mail: saray.sallin@gmail.com

2 Discente do curso de bacharelado em Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (IIPAC) de Palmas-TO. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6389326795765785>. E-mail: shara.hozana@gmail.com

3 Discente do curso de bacharelado em Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (IIPAC) de Palmas-TO. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4959952191701745>. E-mail: gessica2198@gmail.com

4 Discente do curso de bacharelado em Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (IIPAC) de Palmas-TO. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0103345469731680>. E-mail: stefanelirio.com

5 Discente do curso de bacharelado em Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (IIPAC) de Palmas-TO. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4345337115836360>. E-mail: anaclara-ms@gmail.com

6 Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) e docente do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (IIPAC) de Palmas-TO. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4256982092922468>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2246-3490>. E-mail: lorenamonteiro3@hotmail.com

Introdução

A Visita Domiciliar (VD) se configura como um instrumento para a atenção à saúde no âmbito individual e familiar e é realizada como forma de acompanhamento da condição do paciente e oferta de atenção à saúde considerando os aspectos biopsicossociais e o contexto da realidade para superação do modelo assistencial biomédico no Sistema Único de Saúde (SUS) (ROCHA et al., 2017; BRASIL, 2020).

No Brasil, a VD aparece como uma atividade realizada dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) pelos profissionais das equipes de Atenção Primária, denominadas de Estratégia Saúde da Família (ESF), e pelos Núcleos Ampliado de Saúde da Família (NASF), que fazem a retaguarda especializada para as equipes de Atenção Primária (FREIRE; PICHELLI, 2013; BRASIL, 2017).

A ESF foi institucionalizada para reorganizar a prática assistencial de saúde possuindo como eixo condutor a modificação do modelo assistencial hegemônico. Caracterizada por assistência centrada na família, focada a partir de contexto físico e social em que vive, pressupõe o estabelecimento de vínculo, de corresponsabilidade, de desenvolvimento de autonomia entre os trabalhadores de saúde e as pessoas que vivem no território da área de abrangência de cada equipe (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017; MACINKO et al., 2018).

A capilaridade da ESF no SUS é a única capaz de promover respostas sociais reativas ou proativas, contínuas, e integradas às condições crônicas nos sistemas de atenção à saúde no Brasil (Mendes, 2011). Por isso, o campo de aprendizagem de estudantes de medicina no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos de Palmas (ITPAC) privilegia na sua grade curricular maior orientação para atenção primária à saúde.

Conforme estabelecido na Constituição Federal e na Lei 8080 de 1990, o Ministério da Saúde deve ordenar a formação de profissionais na área da saúde e assegurar ao cidadão o direito à saúde (BRASIL, 1990). Desde 2002, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) estão orientadas para formação de médicos com foco na Atenção Primária e na estratégia da Saúde da Família para efetivar o compromisso e o fortalecimento do SUS (GOULART et al., 2009).

Nesse contexto, a aprendizagem de estudantes sobre VD para intervenção nas condições crônicas, as quais têm entre suas principais causas o uso do tabaco, tipo de alimentação, sedentarismo e consumo abusivo de álcool, é uma estratégia paradigmática para romper com as crises do modelo biomédico ainda hegemônico no SUS.

Diante disso, o Módulo Integração Ensino-Serviço-Comunidade / IESC I do curso de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC), Palmas – TO, promove essa atividade prática a fim de colocar o aluno em proximidade com o contexto de vida das famílias. A VD promove espaços de comunicação e diálogo entre saberes e práticas, além de novas perspectivas para a reflexão e ação (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Diante essas colocações, a realização desse relato se deu em função das vivências em atividades de aulas práticas do Módulo de IESC I. Durante o estágio foi possível perceber que as VD engendram respostas sociais proativas, contínuas e integradas para o enfrentamento das condições crônicas, pois é um instrumento potente para estabilizar essas condições crônicas e promover o autocuidado apoiado.

Com base nessa experiência, pode-se afirmar que a VD para pessoas com condições crônicas promove a longitudinalidade do cuidado, orientação do cuidado para as reais necessidade da população, satisfação dos usuários, e promoção do autocuidado rompendo com o modelo hegemônico biomédico. Cumpre-se assim o princípio do SUS da integralidade, o qual discorre que “o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade” (BRASIL, 1990,

p. 5; BRASIL, 2020).

Diante essas premissas, é objetivo do estudo foi relatar a experiência de estudantes de medicina na realização de VD para o acompanhamento de usuários com condições crônicas no território da ESF.

Desenvolvimento

A abordagem trata de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, elaborado a partir da vivência em atividades de aulas práticas do Módulo Integração Ensino-Serviço-Comunidade I (IESC I) do curso de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC) de Palmas, Tocantins.

Metodologia

O módulo de IESC I dispõe de 16 semanas de atividades práticas no semestre e cada encontro é realizado com objetivo de aprendizagem e competências pré-definidas a serem alcançadas.

O cenário da experiência foi o Centro de Saúde da Comunidade (CSC) da Quadra 1004 Sul, no município de Palmas – TO. Esse CSC dispõe de três Equipes de Saúde da Família com 13.100 pessoas cadastradas. As atividades acadêmicas do módulo de IESC I eram vinculadas a uma dessas equipes sob preceptoria de um Médico de Família e Comunidade e um tutor do Módulo.

Antes do encontro para realização das VD, a tutora do módulo realizou uma oficina temática na sala de aula com a aplicação da atividade “Cine Viagem”. Essa atividade utilizou o cinema como recurso pedagógico para discussão reflexiva dos atributos da Atenção Primária à Saúde e o processo de trabalho da ESF com ênfase na VD.

A atividade prática ocorreu na 13ª e 14ª semana de aula do 2º semestre de 2019. O objetivo de aprendizagem foi realizar visitas domiciliares para pessoas com condições crônicas pré-estabelecidas com a finalidade de observar se as ações do CSC no cuidado a essas pessoas estavam sendo promovidas de forma contínua, proativa e integrada com os demais pontos da rede de atenção à saúde.

Para a execução da VD, foram selecionados os usuários por critério de maior necessidade e com condição crônica pré-estabelecida. Todas as informações sobre os sujeitos a serem visitados foram coletadas dos prontuários, cadastrados domiciliares e individuais para o planejamento da VD.

Durante a VD, além de participação ativa no processo de atualização do cadastro das famílias nos domicílios, faziam-se questionamentos às pessoas sobre como o cuidado era ofertado pela equipe de ESF e observávamos uso de medicações, autocuidado, condições de moradia, relação com os familiares, vizinhança e estilo de vida. Essa observação direta nos proporcionou a vantagem de perceber os fatos diretamente, sem qualquer intermediação.

As VD foram realizadas com no máximo 3 estudantes acompanhando 1 Agente Comunitário de Saúde (ACS). Houve tentativa de realização de visita em 7 casas, com sucesso em 6 delas.

Posterior a cada VD, as observações realizadas eram discutidas em rodas de conversas entre as estudantes, onde foram compartilhadas observações e experiências vivenciadas por cada uma na execução das VD, sempre com ênfase ao cuidado integral ofertado pela ESF à pessoa com condição crônica. Por último, fez-se uma reflexão sobre como era realizada a construção da produção do cuidado na perspectiva da atenção integral, equânime e contínua.

Resultados

Foram visitados no território da equipe de saúde da família seis domicílios. As VD foram elegíveis para pessoas com as seguintes condições crônicas pré-estabelecidas, sendo:

a) Um idoso, 73 anos, hipertenso, cadeirante, com diagnóstico de hanseníase 8 anos antes da VD e com incapacidades físicas permanentes decorrentes da doença. Residente em um domicílio próprio de 4 cômodos construído de tijolo e sem reboco. Disponibilidade de água encanada, coleta de lixo e energia elétrica. Cuidado pela esposa de 69 anos, também tratada de hanseníase há 7 anos. Renda familiar de 2 salários-mínimos para o sustento de 6 pessoas, sendo mais 2 filhas e 2 netos no domicílio. Conta o CSC e a igreja para rede de apoio.

b) Uma mulher, 48 anos, diabética e com cegueira adquirida por retinopatia diabética. Residente em um domicílio próprio de 6 cômodos construídas de tijolo e com revestimento. Disponibilidade de água encanada, coleta de lixo e energia elétrica. Cuidada por uma senhora de 55 anos. Renda familiar de em média 10 salários-mínimos para o sustento de 2 pessoas, sendo apenas mais uma filha no domicílio. Divorciada há 6 anos, aposentada há 5 anos tem plano de saúde. Conta com amigos, família, filhos, igreja para rede de apoio.

c) Uma adolescente, 15 anos, gestante de 32 semanas faltosa à consulta de pré-natal e ao tratamento de sífilis. Residente em um domicílio alugado de 4 cômodos construídas de tijolo e revestimento. Disponibilidade de água encanada, coleta de lixo e energia elétrica. Reside com a mãe de 37 anos, o pai alcoólatra de 45 anos e um irmão de 15 anos. Renda familiar de em média 3 salários-mínimos. Apresenta conflitos com o pai. Conta a mãe como rede de apoio.

d) Um casal de idosos, 90 anos e 79 anos. O idoso acamado por fratura de fêmur decorrente uma queda provocada por um empurrão de um filho de 59 anos. Residente em um domicílio alugado de 3 cômodos construídas de tijolo e revestimento. Sob os cuidados apenas da esposa de 79 anos. A aposentadoria de ambos era confiscada por esse filho há mais de 10 anos e chegaram a passar fome. Após denúncias houve notificação pelo conselho do idoso e intervenção do Ministério Público. Contam apenas com o CSC como rede de apoio.

e) Uma idosa, 64 anos, diabética e com insuficiência renal crônica. Realiza diálise peritoneal no domicílio 4 vezes ao dia. Residente em um domicílio próprio de 7 cômodos construídas de tijolo e revestimento. Disponibilidade de água encanada, coleta de lixo e energia elétrica. Assistida em casa por uma cuidadora. Renda familiar de 6 salários-mínimos dela e do esposo de 70 anos que é hipertenso. Conta com rede de apoio de 5 filhos, 4 netos, vizinhos, igreja e vizinhos.

f) Uma criança, 11 anos, obeso grau II e diabética. Residente em domicílio próprio de 5 cômodos e sem reboco externo. Segundo filho de um casal, sendo ela cabeleireira e ele caminhoneiro. Rende média familiar de 5 salários-mínimos. O pai realizou cirurgia bariátrica aos 30 anos. A criança apresenta indicação precoce para cirurgia bariátrica e seus hábitos alimentares são de massas e frituras, não pratica exercícios, quando não está em aula escolar passa o dia inteiro assistindo televisão e várias horas diárias no vídeo game.

g) Um homem, 37 anos, com distrofia muscular. Residente em domicílio de alvenaria com 7 cômodos. Reside com a mãe também com distrofia de 67 anos e um sobrinho de 27 anos que os auxilia em todos os afazeres do dia a dia. Ambos dependem dos serviços domiciliares do CSC e têm acompanhamento contínuo da equipe multiprofissional.

Discussão

As experiências com a realização de VD às pessoas com condições crônicas na comunidade permitiu a experimentação e compreensão dessa atividade no processo de trabalho do ACS e nos fez entender que as entrevistas e consultas de gabinete não são suficientes para se conhecer e apreender as necessidades dos sujeitos para a oferta de um cuidado diferenciado, contínuo e com ações proativas.

No processo de formação acadêmica, especialmente no curso de medicina, poder participar da realização da VD torna muito mais inteligível a construção de novas lógicas de produção do processo de saúde/cuidado e o rompimento com o modelo biomédico dominante. Essa prática nos permitiu conhecer os problemas de saúde dos sujeitos no contexto de suas vidas reais e as necessidades de oferta de saúde àqueles que estão impossibilitados de se deslocar até o CSC.

Considerando que o setor saúde enfrenta uma carga crescente de necessidades e demandas com as doenças e condições crônicas, as ações no território da equipe de saúde família carecem de foco e estratégias para controlar o avanço de suas complicações que, muitas vezes, são consequência de uma assistência que não considera as especificidades da cronicidade, com modelos assistenciais inadequados e voltados puramente para a cura das doenças, presente na lógica do modelo biomédico sem considerar a inter ou multidisciplinaridade (MENDES, 2011; SALCI et al., 2017).

Percebemos que a VD domiciliar se mostrou uma importante estratégia para o cuidado diferenciado e contínuo e facilita as ações proativas no acompanhamento das pessoas com doenças e condições crônicas. Por outro lado, foi possível verificar nas seis VD realizadas que as pessoas com doenças e condições crônicas não tiveram intervenções precoces diante das especificidades da cronicidade, das condições e estilo de vida adquiridas. A intervenção precoce com foco nos determinantes sociais, envolvendo a família, redes sociais, os serviços de saúde, os profissionais, a gestão e as políticas teriam sido importantes para mitigar o avanço e as sequelas sofridas pelas pessoas acometidas, bem com suas repercussões sociais e econômicas (MENDES, 2011; MENDES, 2012; SALCI et al., 2017; BRASIL, 2020)

A observação e o diálogo tecido nessa experiência nos possibilitaram verificar que a atenção às pessoas com doenças e condições crônicas, era oferecida pelo serviço privado, para quem tinha plano de saúde privado, e/ou do CSC sem distinção e muitas vezes com enfrentamento de filas de espera devido à grande demanda por consultas. A assistência recebida era, quase sempre, centrada na consulta médica de gabinete, prescritiva, na qual a principal atividade consistia na entrega de receitas e algumas vezes, mas não de forma sistematizada, eram solicitados exames de laboratório.

O sentimento de angústia e tristeza foi algo comum percebido nas observações durante a visita, pois as pessoas referiam unanimemente a falta de uma vida ativa no cotidiano da vida diária e do trabalho, exceto a criança que apesar de referir o desejo de emagrecer, também referia uma grande satisfação em comer guloseimas. Outro aspecto perceptível era a satisfação com as VD realizada pelo ACS, pois este sempre atendia aos chamados e fazia interlocução com o CSC diante das necessidades que surgiam.

Essa vivência nos permitiu compreender que a visita domiciliar torna mais abrangente a oferta de saúde à população, em especial àquela que está impossibilitada de realizar deslocamentos. Sob a perspectiva de Neves et al. (2012) as VD podem servir como uma forma de criar fortes vínculos afetivos com pacientes, especialmente os que podem estar com dificuldade de locomoção ou com humor deprimido.

Análise Crítica

A visita domiciliar é um instrumento essencial para a prática das ações de saúde na atenção primária em especial, na Estratégia Saúde da Família. Vivenciar as práticas de saúde no território da equipe de saúde da família tem nos permitido entender aspectos socioculturais, humanísticos e biológicos dos sujeitos considerando-se a inter e multiprofissionalidade, bem como uma boa convergência da prática com os

princípios do SUS e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

O domicílio se configura como um espaço de atuação e contexto de assistência ao usuário/família, se os atores sociais envolvidos neste processo (trabalhadores de saúde – usuários) estabelecerem uma relação horizontalizada e com o estabelecimento de vínculo, esta poderá ser uma forma de desenvolver a assistência de forma integral, independente das condições de saúde.

Conforme afirma Matta (2007) conceituar e compreender a integralidade seria uma forma de romper com o modelo tradicional hegemônico de assistência à saúde, centrado num reducionismo biomédico. Assim, a integralidade busca a compreensão das dimensões que determinam a produção da saúde e da doença, envolvendo o sujeito como um todo e suas relações com a sociedade e o meio ambiente e não apenas, sua descrição biológica.

Outrossim, fica evidente que a visita domiciliar é parte inerente do processo de trabalho voltado a grupos específicos da população.

Entender as nuances individuais de cada sujeito/família é fundamental para propor ações de produção do cuidado. Por isso a atenção domiciliar é uma forma de atenção à saúde, oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento, e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. A visita domiciliar abre espaço para a construção de novas lógicas profissionais, uma vez que por meio dela é possível conhecer os problemas de saúde dos sujeitos no contexto em que estes estão inseridos.

Conclusões

Essa experiência no processo formativo permite o aluno de medicina se aproximar do contexto de vida dos usuários com condições crônicas e possibilita a valorização da dimensão subjetiva das práticas, e ainda se constitui numa estratégia facilitadora para o cuidado integral e de acesso do usuário aos serviços públicos de saúde com ruptura do modelo biomédico vigente. Em suma, o sentimento coletivo dessa experiência é de uma real aproximação de estudantes com a comunidade, o que tem nos possibilitado uma aprendizagem significativa com o desenvolvimento de habilidades e aptidões para lidar com os problemas da sociedade e da saúde pública, com ênfase na adequação às demandas do SUS.

Referências

ALBUQUERQUE, A. B. B; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112.

ANDRADE, V. M. P; CARDOSO, C. L. **ACS e Visitas Domiciliares**. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 22, n. 1, p. 87-98, jan./abr. 2017.

BORGES, R; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. A visita médica como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v.15, n.37, p.461-72, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **ABC do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde; 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]** – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 59, n. 4, p. 532-536, Aug. 2006.

FREIRE, F. M.; PICHELLI, A. A. W. S. O psicólogo apoiador matricial: Percepções e práticas na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 33, 162173. doi:org/10.1590/S1414-98932013000100013.

MATTA; G. C. Princípios e diretrizes do sistema único de saúde. In: Matta GC. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 61-80.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família** [Internet]. Brasília: OPAS; 2012. 512 p.

MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

NEVES, R., DIMENSTEIN, M., PAULON, S., NARDI, H., BRAVO, O, BRITO V., FIGUEIRÓ, R. 2012. **A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise**. Avances en Psicología Latinoamericana, 30, 356-368.

PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001. p. 65-112.

ROCHA, K. B.; CONZ, J.; BARCINSKI, M., PAIVA, D.; PIZZINATO, Adolfo. (2017). A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psic. Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 1, p. 170-185, Abr. 2017.

USP, Universidade de São Paulo. **Centro de Pesquisas sobre o Genoma Humano e Células-Tronco**. 2019.p 01. Disponível em: <http://www.genoma.ib.usp.br/servicos/distrofias-musculares-progressivas>. Acesso em: 15 mar 2020.

Recebido em 15 de fevereiro de 2021.

Aceito em 20 de agosto de 2021.