

VISITAS DOMICILIARES: TRABALHO INTERDISCIPLINAR DESENVOLVIDO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE III, NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, RS.

Autores: Catiane Tiecher Cusinato, Ana Karina Schmitz, Bruna Krawczyk, Eglê Ângela Ronsoni, Eliandre Sozo de Abreu, Índrea Facenda Falavigno, Mári Estela Kenner, Silvana Vizzotto

Instituição: ESP/RS, Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Av. Ipiranga, 6311 - Partenon - Porto Alegre – RS

Palavras-chaves: cuidado em saúde, interdisciplinar, visitas domiciliares.

Caracterização do Problema:

Considerando o contexto do SUS, a realização de Visitas Domiciliares (VDs) interdisciplinares é fundamental para que pacientes com dificuldades de acesso à unidade básica de saúde sejam contemplados pela atenção básica. Neste sentido, o trabalho tem como objetivo analisar a importância das equipes interdisciplinares de saúde na implementação da VD e verificar quantitativamente e qualitativamente a demanda da comunidade na busca deste serviço.

Segundo o Ministério da Saúde, as ações de atenção básica realizadas em domicílios compreendem ações sistematizadas, articuladas e regulares. Baseiam-se na integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação, atendendo as necessidades da população que apresentam perdas funcionais e dependência para realização das atividades do cotidiano. Utiliza-se de tecnologia de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamento).

As visitas são instrumentos de intervenção no cuidado à saúde e de conhecimento das realidades de vida da população, favorecendo vínculos e a compreensão de aspectos importantes das dinâmicas familiares. O objetivo das VDs é a atenção às famílias e a comunidade, já que estas influenciam diretamente, através das relações que estabelecem no meio em que estão inseridas, nos processos de saúde e adoecimento.

Esta prática é principalmente relevante na prevenção de doenças e na promoção de saúde. Ainda, possibilita a coleta de dados necessária para o planejamento dos processos educativos a cada indivíduo ou grupo familiar.

Descrição da Experiência:

Vivenciou-se esta experiência através da Residência Integrada em Saúde com ênfase na Atenção Básica em Saúde Coletiva, da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, que envolve as seguintes áreas: medicina, fisioterapia, nutrição, farmácia, psicologia, serviço social, enfermagem e odontologia.

As VDs nos dão a oportunidade de conhecer a realidade dos usuários *in loco*, proporcionando maior proximidade aos modos de vida na comunidade e dos determinantes dos processos de saúde-doença no território e no âmbito familiar. Ao compreendermos o contexto e as relações que ali se estabelecem, gera-se um (re)direcionamento nas formas de atuação dos profissionais e no planejamento das ações.

A VD é realizada a partir da solicitação na unidade, por um familiar ou responsável. No momento do pedido, justifica-se a necessidade da visita, e conforme a demanda, são selecionados os profissionais mais adequados para cada caso. De acordo com cada situação, solicitamos o auxílio de um ou de outro profissional, de diferentes recursos, podendo articular a rede básica com outros níveis da assistência.

Algumas visitas são executadas a partir da busca ativa de indivíduos ou famílias que não comparecem a unidade para vacinas, tratamento e acompanhamento de gestantes e recém-nascidos, ou também através do acompanhamento periódico a pacientes acamados, em sua maioria idosos, que necessitam de atenção especial por não terem condições físicas de se dirigirem até a unidade básica de saúde.

As VDs podem ter objetivos assistenciais, de apoio, acompanhamento, educativos ou investigativos, entre outros, visando melhoria na qualidade de vida dessas famílias.

Esta atividade é desenvolvida na UBS III todas as terças-feiras no turno da tarde, período no qual a unidade se encontra indisponível para atendimentos clínicos e agendamento.

A organização do trabalho segue critérios de proximidade entre as residências selecionadas para determinado dia de visita, facilitando o itinerário de locomoção dos profissionais.

Foram realizadas 100 VDs no período de 1 de julho de 2009 até 3 de março de 2010 e analisados os seguintes dados: sexo e idade do paciente, motivo da visita e quantidade de queixas por solicitação.

Efeitos Alcançados:

A partir da análise das VDs, foi possível visualizar a situação de saúde dos usuários de forma ampliada, através dos diferentes olhares de cada profissão, de acordo com a realidade social na qual estão inseridos. Neste período, 63% dos atendidos foram do sexo feminino e 78% encontravam-se na faixa etária acima de 60 anos. Apenas 15% das solicitações de VD apresentavam 1 queixa, 58% 2 ou 3 queixas diferentes e 28% mais de 4 tipos de queixas. Totalizaram-se 281 queixas que foram subdivididas em 20 categorias. As 5 categorias mais prevalentes foram: doenças crônicas (diabetes mellitus, hipertensão e outras), 23,5 %; acamados e restritos ao domicílio, 21%; dor, 6,4%; solicitação de exames, atestados, receitas e entregas de encaminhamentos para rede, 6,4%; doenças neurológicas, 5,7%; curativos e feridas, 5%.

A diversidade das reclamações constatadas num mesmo indivíduo e numa mesma solicitação, bem como suas diferentes causas, demonstram a importância da atuação da equipe interdisciplinar no manejo da condição complexa em que cada sujeito se encontra. A composição das diferentes atuações profissionais na equipe objetiva uma melhor qualidade de vida para estes usuários, através da elaboração de um plano terapêutico junto com a família, avaliando os agravantes e os recursos que aquele contexto oferece.

Mesmo tendo apenas 15% de solicitações com somente uma queixa, muitas vezes a equipe identifica que esta reclamação foi apenas um dispositivo para acionar a equipe. Ao chegar no domicílio, os profissionais deparam-se com outras inúmeras queixas e percebem uma complexidade de outros fatores (sociais, físicos e psicológicos), que implicam diretamente no estado de saúde do indivíduo e que não haviam sido mencionados anteriormente.

As doenças crônicas tiveram maior prevalência dentre as categorias de queixas, caracterizando o perfil dos usuários idosos atendidos através de VDs. Este dado reflete a tendência atual do aumento da expectativa de vida e da vulnerabilidade do indivíduo no processo de envelhecimento.

O cuidado em saúde, nas VDs, implica atitude de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Quando o usuário sente que foi compreendido e suas necessidades foram contempladas, dificilmente há duplicação do trabalho. Ao entrarmos na casa das pessoas que estão em locais de difícil acesso, abandonadas e/ou negligenciadas em seus cuidados pelos familiares ou pelas políticas públicas, muitas restritas ao domicílio, com doenças crônicas, damos um passo à frente na questão da acessibilidade, além de que, há uma minimização da solidão e do sofrimento. Luta-se, a cada VD realizada, pela garantia de direitos, que todo cidadão tem de ser atendido, contra as desigualdades sociais, contra a produção de impotência subjetiva, chegando lá na ponta, nos mais necessitados e menos assistidos. Isso provoca, mesmo que minimamente, mudanças subjetivas, físicas, comportamentais e no entorno familiar e social.

Ao executarmos as VDs, transitamos no território e assim parece que há um transbordamento do cuidado para fora dos espaços convencionais de atenção. Assim, conseguem-se outras formas de engate terapêutico e outras possibilidades de conexão com os fluxos do território, da cultura da comunidade e da rede social.

Recomendações:

Os princípios do SUS e da Saúde Coletiva permitem entender a saúde de forma ampliada e complexa. Portanto, percebeu-se a importância das VDs interdisciplinares, como ferramenta essencial à assistência da comunidade. Ao integrar e manejar as diversas práticas profissionais, de acordo com a necessidade de cada paciente aproxima-se da idealizada atenção integral, efetiva e humanizada.

Conclui-se que a VD é um instrumento eficiente de coleta de dados e de vigilância em saúde, e representa um meio de execução de técnicas ágeis e fidedignas de pesquisa.

As VDs geram um verdadeiro impacto no modelo assistencial, já que realmente impõe novos espaços de atuação e uma nova postura dos profissionais envolvidos, constituindo relações horizontais. O modelo hegemônico, centrado na doença e no médico em busca de medicalizar sintomas, é desconstruído por profissionais que vão à casa do usuário em busca de um sujeito histórico e contextualizado, e que então passam a entender a saúde de forma ampliada, considerando os contextos sociais, simbólicos e culturais, contrapondo-se a uma visão reducionista e fragmentada dos indivíduos. Contribui-se, assim, para uma proposta de atendimento integral e humanizado.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para assistência domiciliar na atenção básica. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica, 2003.

Diogo, MJDE; Ceolim, MF; Cintra, FA. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. Rev Esc Enferm, USP, v.39, n.1, p.97-102, 2005.

Giacomozzi, CM; Lacerda, MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.15, n.4, p.645-53, out.-dez. 2006.

Heck, RM; Casarin, ST; Klock, AD; Rosa Filho, LA. Cuidado domiciliar: proposta de ação da residência multiprofissional em saúde da família-UFPEL. Fam Saúde Desenv, Curitiba, v.7, n.1, p.51-59, jan.-abr. 2005.

Lopes, WO; Saupe, R; Massaroli, A. Visitas Domiciliares: Tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Cienc Cuid Saúde. v.7, n.2, abr.-jun., p.241-247, 2008.

Lucimare Ferraz, L.; Aerts, DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Ciência & Saúde Coletiva, v.10, n.2, p.347-355, 2005.

Morosini, MVGC; Corbo, ADA. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 240 p.

Roese, A; Lopes, MJM. A visita domiciliar como instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v.25, n.1, p.98-111, abr. 2004.