

A atenção domiciliar sob à luz da estratégia de saúde da família: um relato de caso

Home care in the light of the family health strategy: a case report

DOI:10.34117/bjdv7n5-141

Recebimento dos originais: 07/04/2021

Aceitação para publicação: 09/05/2021

Cristina Cardoso Felix

Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá (UNESA)

E-mail: enfermeirafelix1983@yahoo.com.br

Richardson Lemos de Oliveira

Mestrado em Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de La Plata (UNLP), Especialista em Gestão em Saúde da Família pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Fenf/UERJ) e Especialista em Geriatria e Gerontologia pela Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UERJ)

E-mail: richardsonmedicina@gmail.com

Marília Lopes Pernambuco

Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Docência do Ensino Superior pela UNINASSAU

Luciana Quagliane Ribeiro

Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá (UNESA). Coordenadora do curso de graduação em Enfermagem pela Universidade Estácio de Sá (UNESA)

Itaécio Felipe Silva

Especialista em Pesquisa e Inovação em Saúde da Família, especialista em Saúde Mental, especialista em Formação Pedagógica para Graduados não licenciados

Angélica Cristina Castro Soares

Especialista em Estratégia de Saúde da Família pela Universidade Castelo Branco (UCB)

Gabrielle Nepomuceno da Costa Santana

Especialista em Saúde da Família pela Instituição FAVENI

Claudia da Hora Silva Benholiel

Especialista em Saúde da Família pela Instituição de Ensino Wpós e Especialista em Educação em Saúde pelo Hospital Sírio Libanês/Ministério da Saúde

Carla Cristina Chagas Santos

Especialista em Gestão da Saúde e Administração Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá (UNESA)

Larissa Lessa dos Santos

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estácio de Sá (UNESA)

RESUMO

Introdução: A Lei no 8.080/1990 e dispôs sobre: organização do SUS, planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa, entre outros aspectos, colocando a rede de saúde como ponto estratégico para a melhoria da qualidade da assistência. Dentro do Sistema Único de Saúde, é importante ressaltarmos a proposta da Atenção Básica (AB) que compõe o SUS, com propostas de prevenção, promoção e manutenção da Saúde através de seus inúmeros programas. **Método:** O estudo tratou-se de um relato de experiência de profissionais que atuaram em uma Unidade de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro. **Conclusão:** Pode-se notar durante o desenvolvimento do estudo alguns pontos que nos chamam atenção. O primeiro é a importância manter uma boa relação com a equipe de Saúde da Família, interdisciplinar, afim de compreender e identificar situações no território que, a maior parte das vezes são trazidas pelos ACS's, ressaltando a importância deste profissional na equipe de Saúde da Família.

Palavras-chave: Serviço de Atenção Domiciliar, Visita Domiciliar, Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: Law 8,080 / 1990 and provided for: SUS organization, health planning, health care and inter-federative articulation, among other aspects, placing the health network as a strategic point for improving the quality of care. Within the Unified Health System, it is important to highlight the proposal of Primary Care (AB) that makes up the SUS, with proposals for prevention, promotion and maintenance of Health through its numerous programs. **Method:** The study was an experience report of professionals who worked in a Family Health Unit in the city of Rio de Janeiro. **Conclusion:** It is possible to notice some points that call our attention during the development of the study. The first is the importance of maintaining a good relationship with the Family Health team, interdisciplinary, in order to understand and identify situations in the territory that, most of the times are brought by the CHA's, emphasizing the importance of this professional in the Family Health team.

Keywords: Home Care Service, Home visit, Family Health.

1 INTRODUÇÃO

Mundialmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) é conhecido através de sua proposta como Sistema de saúde de acesso universal e gratuito.

“A Lei no 8.080/1990 e dispôs sobre: organização do SUS, planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa, entre outros aspectos, colocando a rede de saúde como ponto estratégico para a melhoria da qualidade da assistência.” (Domingos et. al, 2016; Oliveira et. al, 2021).

Dentro do Sistema Único de Saúde, é importante ressaltarmos a proposta da Atenção Básica (AB) que compõe o SUS, com propostas de prevenção, promoção e manutenção da Saúde através de seus inúmeros programas.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (Brasil, 2012)

Dentro desta perspectiva, segundo Oliveira et. al, (2021) a Estratégia de Saúde da Família (ESF), é um programa que foi criado com focos principais: a reorientação e consolidação do modelo da Atenção Básica (AB). O objetivo foi de aumentar a resolutividade e impacto na situação de Saúde das pessoas e coletividades e a reorientação de processo de trabalho das equipes multidisciplinares, debruçando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando uma relação importante no custo- efetividade.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui importância primordial na vida dos brasileiros. Além de atuar na prevenção, promoção e manutenção da Saúde, conforme descreve a Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2012), atua também como porta preferencial de entrada para os usuários que necessitam ter acesso as Redes de Atenção à Saúde (RAS). (Oliveira, et al. 2021)

Além disso, o SUS também dispõe do programa de Atenção Domiciliar (AD) que pode ser solicitado através das Equipes de Saúde da Família para auxiliar na assistência do paciente que necessita de Atenção domiciliar. A AD,

é definida como uma modalidade de atenção à saúde que envolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e palição em domicílio, de forma integrada com as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essa modalidade tem se expandido em resposta às mudanças demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais que vêm tomando lugar, tanto no Brasil quanto no cenário mundial, para atender à necessidade de viabilidade e sustentabilidade econômica dos sistemas de saúde, bem como pela busca de uma proposta de cuidado que promova maior bem-estar aos usuários e às suas famílias, reduzindo as iniquidades em saúde. (Procópio, et al, 2019)

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é regulamento pela Portaria nº 936 de 2013, segundo Simão e Miotto (2013) define-se como serviço 'substitutivo ou complementar à internação hospitalar' ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emads) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emaps). Além disso, conforme art. 10º, para organização do SAD, os municípios deverão ter população igual ou superior a 20 (vinte) mil habitantes. Ampliando ainda mais a cobertura, de acordo com a portaria, os municípios que, agrupados, somam população igual ou superior a 20.000

habitantes, podem também constituir um SAD (BRASIL, 2013). Cabe ressaltar que a Atenção Domiciliar possui três modalidades de atenção, sendo elas: AD1, AD2 e AD3.

2 MÉTODO

O estudo tratou-se de um relato de experiência de profissionais que atuaram em uma Unidade de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.

O relato de experiência busca descrever de forma relevante a dada experiência/vivência dos autores ou equipe de forma exitosa ou não, mas que possa trazer contribuição para a discussão, troca de ideias e proposições, objetivando trazer novos ideais e melhorias para o cuidado em saúde. (UFJF, 2016; Oliveira et al, 2021)

A experiência se deu através da atuação profissional de um dos autores (relator), que atuava no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na região norte do Município do Rio de Janeiro.

A equipe *Flor de Lótus* (nome fictício), era composta por 1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Técnico de Enfermagem e 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O território desta equipe era localizado próximo da unidade e com base nos diagnósticos territoriais realizados pelos ACS, não possuía grandes vulnerabilidades. Apesar disso, a parcela de população idosa era predominante nos usuários cadastrados na equipe, que por ventura, possuíam cerca de 4.800 cadastrados. Era a equipe com maior número de cadastrados e com a maior quantidade de pessoas acima de 65 anos de idade.

Foi solicitado em reunião de equipe o número de pacientes acamados/ restritos ao leito independente da patologia e pacientes domiciliados para que pudéssemos desenvolver estratégias de cobertura a esta parcela de cadastrados que estavam pouco assistidas.

Com esse levantamento, seria possível identificar quantos pacientes precisavam de atendimento domiciliar e estabelecer um cronograma de Visitas Domiciliares (VD); Otimização de Imunizações; Atenção integral ao doente no que tange os programas de Saúde e estreitar os vínculos com os pacientes que se encontravam mais distantes da Unidade de Saúde.

O fato que nos chamou atenção é: 47 pacientes idosos domiciliados viviam sozinhos, 10 acamados com cuidados e destes 3 encontravam-se em cuidado paliativo com diagnóstico de câncer terminal.

Antes de iniciarmos as visitas, decidimos planejar junto a gerência da unidade um turno a mais para absorver toda essa demanda de pacientes que precisavam de uma atenção com mais afinco. Ao propor o planejamento da equipe à gestão para a atenção a população acamada e domiciliada, propusemos 1 turno a mais para a realização das visitas domiciliares. O objetivo era, dar conta de toda essa população acamada inicialmente, para realização de exames físicos completos para identificar o surgimento de outras patologias, além das patologias de base e principalmente, prevenir o surgimento de Lesões por pressão, instalação de Sonda Vesical de Demora (SVD) que alguns paciente já estavam em uso e entre outros fatores.

A surpresa para os membros da equipe veio, quando a gerente nos informou que não haveria possibilidade da liberação de mais um turno, onde a equipe estaria fora da unidade, pois, havia uma discrepância profissional de membros de outras equipes e uns deveriam cobrir a ausência dos outros.

Confessamos que tal contestação foi um pouco difícil de ser compreendida, nos questionávamos: E agora? Como vamos dar conta de todos esses pacientes que são nossas prioridades de cuidado? Quando vamos poder visita-los? Qual componente da equipe irá visita-los? Foi um momento complexo.

Ainda assim, precisávamos prosseguir e levar atendimento aos pacientes que tínhamos listados. O fato é que a experiência ocorreu no momento em que a Estratégia de Saúde da Família estava sendo desconstruída no Rio de Janeiro. Ao final de 2019 e início de 2020, vivenciamos momentos difíceis na Atenção primária do Rio de Janeiro com corte de verbas, insumos, demissão massivas de profissionais e fechamentos de Unidades Básicas de Saúde.

Este evento gerou muitas sequelas no Sistema de Saúde do Rio de Janeiro e por mais que houvesse planejamento e boa vontade de atuar e promover saúde aos pacientes, éramos impossibilitados por múltiplos fatores, onde um deles é a vacância de profissionais assistencialistas.

3 DISCUSSÃO E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Com base na experiência descrita anteriormente, nota-se a inviabilidade de absorção da demanda que necessita de atenção de maneira prioritária, através da Visita Domiciliar do Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e ACS.

“A ESF prevê a atenção domiciliar à saúde como forma de assistência àqueles que precisam de cuidados contínuos, mas, sobretudo, como instrumento de diagnóstico local e programação das ações a partir da realidade.” (Cunha e Sá, 2013)

Para Merhy e Franco (2003) a formação da equipe, o deslocamento do trabalho para o território e o incentivo ao trabalho de vigilância à saúde, dão uma ideia de que há mudança do modo de produzir saúde, no entanto, a micropolítica de organização do trabalho revela, especialmente na atividade clínica, um núcleo do cuidado que continua operando um processo centrado na lógica instrumental de produção da saúde.

É nessa perspectiva, embasada na ideologia de que o território adscrito é um território vivo e perpassam por mudanças e alterações de forma corriqueira e cotidiana, optou-se por dividir-se dentro da equipe técnica, o máximo de pacientes que pudessem ser encaixados nos turnos de Visita Domiciliar (VD), afim de identificar as principais realidade que cada paciente se encontrava.

Nesta trajetória, podemos notar que, parte destes pacientes poderiam ser assistidos por nossa equipe, já outros, precisaríamos de solicitar o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) disponibilizado pelo município, que por sua vez é solicitado através do Sistema de Regulação (SISReg).

A AD, por suas características, possui grande potencialidade no cuidado a usuários com doenças crônicas não transmissíveis, que demandam atenção longitudinal prestado por equipe multiprofissional. O fortalecimento de práticas anti-hegemônicas e a formulação de novas estratégias/mecanismos para o cuidado em saúde, como a AD, têm sido motivados por “novas necessidades decorrentes do envelhecimento populacional e demandas por melhor qualidade da atenção” (Oliveira Neto, et al. 2014)

Apesar das fragilidades evidenciadas pela literatura sobre o programa, é notório que há muito o que melhorar. No entanto, no nosso contexto, o SAD, com todas as fragilidades apontadas atuou de maneira sólida fazendo valer a ideologia de funcionalidade das Redes de Atenção a Saúde (RAS).

O SAD, dispõe de 3 modalidades de atenção que é necessário levar em conta a condição clínica dos pacientes e o cuidado que a condição dela irá demandar. Sendo eles:

AD1- difere-se por ser dirigida a pessoas que demandam cuidado de profissional de saúde com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e os profissionais responsáveis por ela são aqueles que compõem as equipes de atenção primaria.

AD2 - destina-se a pessoas que necessitam maior frequência do cuidado profissional, recursos de saúde e acompanhamento contínuos.

AD3 - difere-se porque é destinada a pessoas que, além de impetrar cuidado profissional ininterrupto e sem autonomia de locomoção, fazem uso contínuo de equipamentos de saúde. (Simão e Miotto, 2016)

Neste contexto, o paciente pode enquadrar-se em apenas uma modalidade ou mais de uma. Vale ressaltar que os pacientes que necessitam de assistência na modalidade AD2 e AD3, ficam sob a responsabilidade de equipes multidisciplinares e equipes de apoio. Além disso, é de suma importância que os pacientes que se enquadrem nessa modalidade assistencial, possuam um cuidador (sendo ele, um familiar ou alguém indicado pela família), pois o cuidador será orientado/capacitado pelas equipes para auxiliar o paciente em suas Atividades de Vida Diária (AVD) e em suas atividades cotidianas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se notar durante o desenvolvimento do estudo alguns pontos que nos chamam atenção. O primeiro é a importância manter uma boa relação com a equipe de Saúde da Família, interdisciplinar, afim de compreender e identificar situações no território que, a maior parte das vezes são trazidas pelos ACS's, ressaltando a importância deste profissional na equipe de Saúde da Família.

Outro fator que nos chama atenção é o fato de que quaisquer alterações a nível gerencial, reflete diretamente no corpo assistencial que automaticamente, de modo cascata, implica na assistência ao paciente e continuidade do cuidado. Esse fato, é um dos mais preocupante, pois fere alguns princípios da Lei Orgânica do SUS como a integralidade. Além disso, a dinamização da equipe, mesmo vivenciando um contexto de grande escassez e complexidade, é algo positivo porque atua de forma resolutiva ou parcialmente resolutiva.

A atuação das equipes de SAD, exerceram e exercem um papel fundamental, dando suporte as equipes de saúde da Família e atuando principalmente em casos mais complexos como pode-se perceber nas modalidades AD2 e AD3.

REFERÊNCIAS

Brasil. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, 2012.

Brasil. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, 2017.

Cunha, M. S. D., & Sá, M. D. C. (2013). **A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território**. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 17(44), 61-73.

Domingos, C. M., Nunes, E. F. P. A., Carvalho, B. G., Mendonça, F. F. **Legislation on primary care in Brazilian Unified National Health System: document analysis**. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2016.

Merhy, E. E., **Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção** in Merhy et al, **“O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano”**; São Paulo, HUCITEC, 2003.

Oliveira, R. L., Bernardelli, M., dos Santos, C. P., de Almeida, S. K. R., de Souza, L. A. C. F., de Almeida, B. S., ... & Lube, F. M. P. (2021). **Atenção ao Pré-natal de alto risco e o manejo por profissionais da Estratégia de Saúde da Família: um relato de experiência profissional**. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1).

Oliveira, R. L., Caldas, C. P., De Menezes, H. F., De Lima, C. R., Pequeno, B. E. D. M., Abranches, C., ... & Nogueira, W. P. D. C. (2021). **O financiamento dos sistemas universais de saúde e seus impactos na atenção ao usuário idoso. Uma análise à luz da saúde pública**. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1).

Oliveira, R. L. et al, 2021. **“Quedate en casa”: el aislamiento social como factor de impulso para los casos de violencia intrafamiliar contra las Personas mayores**”, *International Journal of Development Research*, 11, (04), 45922-45926.

Oliveira, R. L. et al, 2021. **“Sobre aplicação de condutas na consulta de puericultura: relato de experiência profissional numa clínica da família no município do Rio de Janeiro”**, *International Journal of Development Research*, 11, (03), 45364-45367.

Oliveira, R. L. de, Pequeno, B. E. de M., Maconato, A. M., Veiga, D. de O. C. da., Almeida, S. K. R. de, Cavalcanti, T. V. C., Barros, R. R. de ., Silva, I. F., Lima, I. N. de, Abranches, C. de A. F. ., & Oliveira , M. C. de. (2021). **Old age and sexuality in post-modernity: a study on body and pleasure**. *Research, Society and Development*, 10(2), e28410212628. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12628>

Oliveira, R. L. de, Santana, W. K. F. de, Veiga, D. de O. C. da ., Maconato, A. M., Pequeno, B. E. de M., Barros, R. R. de ., Reis, L. D., Pacheco, L. F. ., Macedo, H. A. de ., Gomes, J. C. T., & Araújo, I. de O. de . (2021). **Interpretation of prescription from the perspective of elderly patients functional and low schools**. *Research, Society and Development*, 10(2), e25410212494. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12494>

Oliveira Neto, A. V. D., & Dias, M. B. (2014). **Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa?**. *Divulg. saúde debate*, 58-71.

Pinheiro, J. V., Ribeiro, M. T. A. M., Fiuza, T. M., & Junior, R. M. M. (2019). **Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência.** *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 14(41), 1818-1818.

Procópio, L. C. R., Seixas, C. T., Avellar, R. S., Silva, K. L. D., & Santos, M. L. D. M. D. (2019). **A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades.** *Saúde em debate*, 43, 592-604.

Santos, C. P., de Oliveira, R. L., Reis, L. D., de Sousa, A. H. P., Ribeiro, M. T. S., Cavalcanti, T. V. C., ... & de Araújo, I. D. O. (2021). **O gerenciamento de estratégias de prevenção de lesão por pressão pelo enfermeiro: um conjunto entre a arte e a ciência do cuidado.** *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 2707-2719.

Simão, V. M., & Mioto, R. C. T. (2016). **O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina.** *Saúde em debate*, 40, 156-169.

Veiga, D. D. O. C., Maconato, A. M., de Oliveira, R. L., de Oliveira, M. C., de Barros, R. R., Pinheiro, S. P., ... & Silva, I. F. (2021). **A promoção de saúde e seus impactos no envelhecimento ativo sob a ótica da teoria de Nola j. Pender: um relato histórico.** *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 3240-3257.