

ATENÇÃO DOMICILIAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Vitória Ferreira Calado¹
Geraldo Eduardo Guedes de Brito²

INTRODUÇÃO

A atenção domiciliar (AD) é uma atividade contemplada pelas redes de apoio à saúde (RAS), caracterizada pela assistência domiciliar por meio de ações preventivas, tratamentos, cuidados paliativos e promoção de saúde que garante à continuidade do cuidado (PORTÁRIA, N°5). De maneira análoga, a AD expande à atenção oferecida nas unidades básicas de saúde (UBS) com uma sistematização similar e um acompanhamento multiprofissional, sendo necessário o auxílio das pessoas que formam a rede de apoio ao indivíduo assistido, trazendo consigo a função de facilitar as atividades de vida no cotidiano e funcionalidade (PORTARIA, N°5).

A reestruturação da assistência ao cuidado associada ao crescente questionamento da metodologia tradicional construída sob a perspectiva do modelo biológico, trás a AD como uma atividade que compreende o indivíduo em sua totalidade levando o profissional a sua realidade social, ao ambiente em que encontra inserido e a observar além dos sintomas físicos apresentados pelo paciente (PROCÓPIO, 2019).

A mudança no perfil demográfico brasileiro decorrente do envelhecimento populacional impactou diretamente no aumento da demanda da assistência à saúde ao idoso, atmosfera social essa acompanhada de maior vulnerabilidade e perdas biopsicossociais inerentes da idade (SEIXAS, et. al, 2014, p42). Inclui-se ao cenário um novo perfil epidemiológico formado devido a maior sobrevivência às doenças incapacitantes, desencadeada por meio do aprimoramento técnico-científico, diminuição das barreiras de acesso aos cuidados de saúde, além do crescente avanço assistencial (SEIXAS, et. al, 2014, p42).

Nesse âmbito, a AD na sociedade contemporânea vem estabelecendo-se como uma atividade indispensável na atenção básica à saúde. Todavia, mesmo com o grande avanço do cuidado domiciliar e as políticas que o suportam, ainda é percebido algumas dificuldades durante o processo da atuação, desde demandas específicas na formação para AD durante a

¹ Graduando do Curso de fisioterapia Universidade Federal da Paraíba - UFPB, vitoriaf.calado@gmail.com.

² Professor orientador: Doutor, Universidade Federal da Paraíba – UFPB, eduardo.guedes.ufpb@gmail.com

graduação podendo-se estender na deficiência da construção do trabalho multidisciplinar atualmente tão teorizado, mas ainda carente nos campos de prática (SAVASSI, 2016).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo realizar uma análise crítica a partir da experiência prática da atenção domiciliar vivenciada durante a graduação no estágio de saúde coletiva realizado na Unidade de Saúde da Família do Bessa no município de João Pessoa. O presente estudo foi construído visto a necessidade de trazer novos cenários enquanto acadêmico com as percepções da ação da AD, dificuldades presenciadas, relação interdisciplinar dentro da unidade e conhecimentos construídos por meio da vivência.

METODOLOGIA

O relato de experiência foi desenvolvido pela aluna de fisioterapia do 8º período da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), durante o estágio supervisionado de campo da disciplina de saúde coletiva realizado, na Unidade de Saúde da Família (USF) do Bessa, localizada no município da cidade de João Pessoa-PB.

O presente relato consiste em analisar a dinâmica da atividade da atenção domiciliar realizada no período de 14 março de 2023 ao dia 16 de maio de 2023, levantar questionamentos críticos a partir das experiências vivenciadas e as dificuldades percebidas.

A inclusão do paciente para assistência da AD ocorreu por intermédio dos agentes comunitários de saúde (ACS) e pela equipe multiprofissional atuante na USF do Bessa, não sendo preciso residir na área coberta pela unidade.

As VD ocorriam uma vez por semana com duração média de 60 minutos por encontros com a necessidade da presença de uma pessoa da rede de apoio do paciente durante o atendimento. No primeiro dia era realizada uma avaliação fisioterapêutica do paciente contendo anamnese, queixa principal, história da doença atual e atividades de vida diária, além do exame físico contido a avaliação da força muscular, amplitude de movimento, avaliação do tronco, equilíbrio estático e dinâmico, sensibilidade, propriocepção, postura e marcha.

A partir da avaliação, era dado o diagnóstico fisioterapêutico e construído os objetivos do protocolo a partir da necessidade explanada pelo paciente e elaborada uma intervenção guiada pelas dificuldade percebidas e apontadas pelo indivíduo. Caso necessário, o indivíduo integrante da rede de apoio também era assistido pela fisioterapia.

A discussão e correlação dos referências teóricos deram-se a partir da vivência percebida pelo estagiário durante as atividades na UBS e no ambiente domiciliar do paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram assistidos dez pacientes na atenção domiciliar, durante o período de estágio. Os atendimentos eram realizados semanalmente com duração média de uma hora por atendimento. Não havia critérios inclusivos para os indivíduos serem contemplados com os atendimentos, sendo assistidos os pacientes conforme repasse da sinalização da necessidade de assistência fisioterapêutica. Assim, a busca pelos pacientes ocorreu por intermédio dos profissionais atuantes na USF do Bessa e por meio dos ACS. Nesse cenário, encontra-se a primeira barreira enfrentada da gestão do fluxo de pacientes que precisavam de assistência fisioterapêutica.

Conforme a portaria em vigor, Portaria nº825, de 25 de abril de 2016, para os serviços de atenção domiciliar (SAD) ocorre-se uma delimitação territorial com profissionais da equipe multiprofissional pré cadastrados para o serviço sendo cada profissional acionado, conforme indicação clínica, para dar suporte e completar suas ações. Ademais, durante o período que o usuário encontra-se sob os cuidados do SAD a equipe de referência deve compartilhar o cuidado, passando informações sobre a assistência e construindo um projeto terapêutico singular. De forma antagônica ao exposto, os serviços de AD fisioterapêutica ocorreu de maneira isolada, sem interação com os demais profissionais de saúde para o compartilhamento e troca de necessidades clínicas.

A primeira visita domiciliar (VD1) foi realizada por intermédio da farmacêutica atuante na USF do Bessa em área não coberta. Paciente do sexo feminino com 68 de idade, branca, com diagnóstico clínico de acidente vascular cerebral (AVC) com hemiparesia ao lado esquerdo e em tratamento oncológico de câncer retal, residente em apartamento com o marido sendo sua principal rede de apoio. O perfil de pacientes assistidos na AD no Sistema Único de Saúde (SUS) indicou a prevalência sendo idosos, mulheres, brancas, com idade acima de 70 anos e assistidos por disfunções consequenciais de distúrbios neurológicos (JOHNN, 2022). Assim, ressalta-se a incidência na comunidade do perfil apresentado e a necessidade da AD a esses indivíduos.

Anteriormente, durante a graduação, o contato com a reabilitação ocorria em clínicas especializadas com disposição de um espaço pré-definido e uma variedade de ferramentas disponíveis para utilização na sessão terapêutica. De maneira distensionada, a obrigatoriedade do paciente em locomover-se até o serviço de saúde se torna um critério inclusivo para o desfecho positivo em receber assistência ou manter um acompanhamento da saúde (PROCÓPIO, 2019).

Em contrapartida, a AD tem como ambiente de atuação a residência do indivíduo com público-alvo de perfil de pacientes que apresentam um quadro socioeconômico mais vulnerável, podendo ou não, estender-se no quadro clínico e no diagnóstico cinético-funcional (DANTAS, 2017). Nesse cenário, encontra-se imprescindível a ampliação do cuidado e a quebra pragmática do sistema biológico. Estando sob a realidade do usuário, com uma situação econômica variada, queixas que traboam as limitações físicas e uma vulnerabilidade acentuada (BRITO, 2013, p.31). É preciso ressignificar a relação diagnóstico-tratamento e seja adicionado as condutas um olhar integral ao sujeito, percebendo o indivíduo em sua totalidade, visualizando quem é a pessoa por trás dos cuidados, sua experiência com a doenças, suas relações interpessoais e o contexto em que encontra-se inserido (LOPES, 2015)

A iniciação da atividade da AD apresentou a necessidade de uma rede de apoio ativa de maneira clara e indiscutível. Por meio das visitas em que era percebido maiores dificuldades funcionais do paciente e econômicas da família, era preciso a existência de cuidadores que pudessem estar disponíveis para a continuidade do cuidado e atingir os melhores desfechos possíveis. Dessa forma, torna-se irrefutável que o ato de cuidar não é uma linha, mas uma rede, sendo fundamental a assistência ao paciente e todos que os cerca (CARDOSO, 2019).

Na AD1 também foi avaliado e prestado serviços fisioterapêuticos ao esposo da paciente que sinalizou o marido como sendo a unida rede de apoio assistencial e cuidador do lar, manifestando sua preocupação com a sobrecarga de atividades e tarefas que é responsável. Dessa forma, durante todas as visitas domiciliares, ambos eram cuidados e avaliados pelos estagiários responsáveis (BIERHALS, 2017).

Neste ínterim, o contato com a prática da vivência da atenção domiciliar durante a graduação, fornece ao discente experiências que induzem o ampliar o olhar ao cuidado, coloca-os em ambientes heterogêneos e ratificam a necessidade da assistência multiprofissional. Explorando a visão da continuidade do cuidado, integralidade do indivíduo e percepção de sua rede de apoio ao cuidado, como fundamental no processo assistencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência por meio das visitas domiciliares durante o estágio de saúde coletiva na Unidade de Saúde da Família do Bessa no município de João Pessoa, permitiu compreender uma experiência prática da atuação no cuidado continuado dos indivíduos através da AD. Desenvolveu habilidades de gestão de tempo, observação atenta e integral ao sujeito e toda a família. Exercitou a necessidade da abordagem centrada no indivíduo desde o acolhimento até

a elaboração de uma terapêutica singular, e de serviços assistências também para a rede de apoio.

Como limitações, foi percebido a dificuldade em vivenciar o trabalho multiprofissional dentro da USF e de forma cooperativa no cuidado com o usuário. Alerta-se um fator a ser estudado e aprimorado dentro do ensino e nos setores práticos. Como também, a ausência de equipes de referência prestadores da AD de maneira continuada.

Palavras-chave: Atenção domiciliar; Fisioterapia; Relato de experiência.

REFERÊNCIAS

BIERHALS, Carla Cristiane Becker Kottwitz et al. Necessidades dos cuidadores familiares na atenção domiciliar a idosos¹. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 825 de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

BRITO, Maria José Menezes et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 603-610, 2013.

CARDOSO, Andriara Canêz et al. Rede de apoio e sustentação dos cuidadores familiares de pacientes em cuidados paliativos no domicílio. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 3, 2019

DANTAS, Isadora Cid et al. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 93-108, 2017.

LOPES, José Mauro Ceratti; SOUZA, A. I. A gestão do cuidado na atenção domiciliar. **Porto Alegre**, 2015.

PROCÓPIO, Laiane Claudia Rodrigues et al. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em debate**, v. 43, p. 592-604, 2019.



SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

SEIXAS, Clarissa Terenzi et al. Experiências de atenção Domiciliar em saúde no mundo: lições para o caso brasileiro. **Brasil. Ministério da Saúde (MS). Atenção Domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília: MS**, p. 17-66, 2014.

SEÇÃO, I.; POLOS DO PROGRAMA, Parágrafo Único Os. Portaria de consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017. **Política**, v. 20, p. 08, 2018.4