

VISITAS DOMICILIARES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE

Luiz Rugero Marcatto do Carmo¹, Dayanna Monteiro Salomão²

RESUMO: A Atenção Domiciliar inclui todas as ações em saúde realizadas no domicílio pelas equipes de Saúde da Família com o apoio multidisciplinar de outros atores, como a equipe de Saúde Mental. Indivíduos portadores de quadros de saúde mental frequentemente apresentam dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sendo as visitas domiciliares uma alternativa para superar essa barreira. O objetivo deste artigo é apresentar o processo de organização de visitas domiciliares multiprofissionais entre equipe de Saúde da Família e equipe de Saúde Mental realizadas em uma Unidade Básica de Saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. O processo metodológico incluiu revisão bibliográfica sobre o tema; listagem de pacientes com quadros mentais graves; definição de calendário de visitas; discussão dos casos; desenho de projetos terapêuticos singulares; revisão e educação permanentes. O território onde as pessoas residem traz importantes informações sobre a saúde de uma população, sendo especialmente relevante quando tratamos de quadros de saúde mental. As visitas domiciliares foram definidas a partir do matriciamento, com presença das Agentes Comunitárias de Saúde em todas elas. As visitas foram realizadas de forma multidisciplinar. A realização de visitas domiciliares na Saúde Mental permite uma nova forma de acesso, vínculo e integração a sujeitos tipicamente colocados à margem da sociedade. As visitas domiciliares compartilhadas são ainda uma forma de estimular a educação permanente. O atendimento compartilhado com outros profissionais da Atenção Primária à Saúde fortalece a vinculação do paciente, permite compreender de forma mais aprofundada os efeitos dos determinantes sociais em saúde na população e facilita a confecção de planos terapêuticos para os indivíduos, respeitando sua singularidade.

Palavras-chave: saúde mental, visita domiciliar, território sociocultural, determinantes sociais da saúde, atenção primária à saúde

Área Temática: saúde pública

¹Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) Ouro Preto, Minas Gerais.

²Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) Ouro Preto, Minas Gerais.

ABSTRACT: Home Care includes all the actions to promote health that occur in a patient's home, often performed by the Family Care team with the multidisciplinary support of other actors, such as the Mental Care team. Individuals that suffer from mental disorders oftenly present difficulty in accessing public health services. In this scenario, home care is an alternative to overcome such barriers. The goal of this article is to present the organizational process of multidisciplinary home visits performed by Family and Mental Care teams in a Primary Care Unit in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. The methods include bibliographic reviewing the subject; listing patients with severe mental health conditions; defining dates for the visits; discussing cases; designing singular therapeutic projects; reviewing information and promoting permanent education. The territory where people live brings important information about this population's health, with special relevance when focusing on mental health issues. Home visits were defined from group meetings, with the presence of Community Health Agents all throughout the process. All visits were performed with multiple professionals. Bringing home visits as part of mental health care provides a new way to access health services for individuals who have historically been left out of these places. Multidisciplinary home visits also provide stimuli to permanent education in health. Sharing a home visit with other professionals strengthens the bond with the patient, allows for better understanding of the effects of social determinants of health on a population and easens the construction of therapeutic plans, respecting the individual's singularity.

Keywords: mental health, house calls, sociocultural territory, social determinants of health, primary health care.

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) inclui todas as ações em saúde realizadas no domicílio, integrando-se à Rede de Atenção à Saúde (RAS) visando prevenção, promoção à saúde, tratamento de doenças, reabilitação e palição (SAVASSI et al., 2022). As ações da AD são realizadas pelas equipes de Saúde da Família (eSF) com o apoio multidisciplinar de diversos outros atores na Unidade Básica de Saúde (UBS), entre eles a equipe de Saúde Mental (eSM), com psiquiatra, psicólogo e assistente social. (PEREIRA et al., 2022).

Indivíduos portadores de quadros de saúde mental frequentemente apresentam dificuldade de acesso aos serviços de saúde, com menor vinculação e maiores índices de abandono de tratamento (CORREIA et al., 2020). Nesse cenário, as visitas domiciliares realizadas pela eSM trazem um importante papel equalitário, de melhoria do acesso e tratamento desses pacientes. Quando realizadas de forma

multidisciplinar com os profissionais da eSF, são chamadas de visitas domiciliares conjuntas (CHIAVERINI et al., 2011). São especialmente favorecidos nesse contexto indivíduos com quadros graves de transtornos mentais, como pacientes com alterações da sensopercepção, construções delirantes, agitação psicomotora, risco de errância, tentativas recentes de autoextermínio, entre outros.

A realização de visitas domiciliares conjuntas pode ser vista como uma forma de educação permanente dentro da lógica do matriciamento em Saúde Mental (SM). Os atendimentos compartilhados promovem maior apropriação pela eSF dos casos de SM no seu território, fortalecem o vínculo do usuário com o serviço de saúde, e ampliam a capacidade resolutiva dos profissionais da UBS.

Neste relato de experiência objetivamos apresentar o processo de organização de visitas domiciliares multiprofissionais entre eSF e eSM realizadas em uma UBS do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, apresentando alguns dos resultados alcançados.

METODOLOGIA

O processo de trabalho aqui apresentado iniciou-se com revisão bibliográfica sobre o tema, utilizando como base principal publicações consolidadas na saúde pública sobre Atenção Domiciliar e sobre o matriciamento em Saúde Mental. As principais fontes utilizadas foram os materiais "Guia Diretrizes da Atenção Domiciliar" (PEREIRA et al., 2022), "Tratado de Atenção Domiciliar" (SAVASSI et al., 2022), e "Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental" (CHIAVERINI et al., 2011). A revisão foi complementada com pesquisa nas bases de dados BVS, Scielo e Pubmed por artigos relacionados, utilizando se as seguintes palavras-chave: multidisciplinar saúde mental, saúde território, "social determinants", "social determinants" mental health.

A partir da metodologia proposta pelo Ministério da Saúde para os matriciamentos em Saúde Mental (CHIAVERINI et al., 2011), foi solicitado à eSF coleta de lista de pacientes com quadros mentais graves, conforme critérios definidos durante o matriciamento a partir das características do território abrangido. Foi definido então um calendário de visitas, conforme gravidade e disponibilidade dos profissionais. Após cada visita, os profissionais realizavam discussão do caso e

desenho de projeto terapêutico singular para o paciente. A cada matriciamento mensal, as visitas anteriores eram retrabalhadas e discutidas em conjunto, promovendo um espaço de educação permanente para as equipes de Saúde da Família e Saúde Mental.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A AD é uma modalidade de acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo todas as ações em saúde realizadas no domicílio e coordenadas pelas eSF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). A AD integra-se à RAS com ações realizadas em domicílio envolvendo prevenção, promoção à saúde, tratamento de doenças, reabilitação e palição (SAVASSI et al., 2022). As ações da AD são realizadas pelas eSF com o apoio multidisciplinar das equipes de Saúde Bucal (eSB), profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) (fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, etc), profissionais de apoio da Atenção Básica (pediatras, ginecologistas, etc) e pela eSM (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, etc). Em Belo Horizonte, a AD conta ainda com o Serviço de Atenção Domiciliar no papel da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar e da Equipe Multiprofissional de Apoio (PEREIRA et al., 2022). Este relato de experiência trata do processo de organização de visitas domiciliares multiprofissionais entre eSF e eSM realizadas em uma UBS do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. A eSF em questão abrange uma área territorial de alta vulnerabilidade, classificada como espaço de Alto Risco no Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS), utilizado pela Prefeitura de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2018). Nesse território estão localizadas duas vilas urbanas, com alta densidade populacional, grande prevalência de abuso de substâncias lícitas e ilícitas, riscos elevados de desabamentos, enchentes e surtos de doenças transmissíveis por via oro-fecal. Por outro lado, essas vilas carregam importantes laços pessoais e familiares entre os moradores, um relevante papel da religiosidade e conhecimento profundo da história do bairro, que permeiam as relações interpessoais, promovendo cuidado e fortalecendo vínculos de promoção à saúde.

O território onde as pessoas residem traz importantes informações sobre a saúde de uma população. É no território onde podemos identificar inúmeros Determinantes Sociais em Saúde (DSS), como segurança das vias, indivíduos sem

moradia definida, venda e uso de drogas lícitas e ilícitas, disponibilidade de alimentos in natura ou ultraprocessados, hiper ocupação de residências, comportamento dos indivíduos nas relações familiares e com seus vizinhos, entre tantos outros (SPRUCE, 2019). Todos esses elementos trazem dados sobre a comunidade, mas também sobre o indivíduo que reside naquele local, sendo relevantes para a promoção de sua saúde, o entendimento e condução de seus problemas.

Durante muito tempo, o território foi compreendido apenas dentro de suas características geográficas e urbanísticas, como uma porção de solo com limites, construções e vias de tráfego. Ao longo anos, autores como Henri Lefebvre, Yves Lacoste e David Harvey "transformaram o entendimento das relações de sociedade e espaço, evidenciando que não se trata de uma fusão harmônica, mas de uma conjunção tensionada, repleta de embates, conflitos e contradições" (FURTADO et al., 2016). O entendimento do território como espaço de processo e construção social, considerando as peculiaridades de territórios periféricos e semiperiféricos no capitalismo global, surge no Brasil a partir dos trabalhos do geógrafo Milton Santos (FARIA, BORTOLOZZI, 2009).

As peculiaridades do território são especialmente importantes quando tratamos de quadros de SM. O ambiente tem papel determinante na saúde, no adoecimento, na prática de esportes e até mesmo no aumento do percentual corporal de gordura de uma população (MENDES, 2021). Compreendendo essa relação e observando a necessidade em se definir de forma mais estreita os laços entre as eSF e as equipes de apoio à SM na APS, a eSF aqui citada optou por trabalhar, prioritariamente, as visitas domiciliares multidisciplinares entre profissionais da eSF (médico, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitárias de saúde) e da eSM da unidade (psicóloga e assistente social).

O processo de organização das visitas domiciliares iniciou-se a partir de levantamentos realizados pela eSM durante as reuniões mensais de matriciamento. Chiaverini et al. (2011), no "Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental", propõe recomendações para a organização dos matriciamentos em SM, além de orientações sobre visitas domiciliares conjuntas, que pautam o planejamento relatado a seguir. Foi solicitado pela psicóloga que as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) fizessem levantamento dos pacientes residentes na área de abrangência da eSF que possuíam

quadros graves de saúde mental. Foram definidos como graves pacientes com alterações da sensopercepção, construções delirantes, agitação psicomotora, risco de errância, uso abusivo de substâncias, conflitos familiares com histórico de agressões físicas, tentativas recentes de auto extermínio ou relato de ideação suicida, entre outros. A lista incluía ainda pacientes que mantinham acompanhamento exclusivamente nos Centros de Referência em Saúde Mental/ Centros de Atenção Psicossocial (CERSAM/CAPS) ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA), sem vinculação com sua eSF. Os dados desses pacientes foram obtidos a partir de conversas com esses equipamentos de saúde, com apoio da referência técnica em SM da regional de saúde da UBS na Prefeitura de Belo Horizonte. É importante ressaltar que o foco dos atendimentos da eSM e da eSF no domicílio costuma diferir. Enquanto a eSF no serviço de AD da APS absorve atendimentos a idosos com restrição de locomoção, a eSM prioriza casos de sofrimento mental agudizados (CHIAVERINI et al., 2011).

Ainda sobre as visitas domiciliares conjuntas e suas peculiaridades:

Outro aspecto a ser lembrado é que, numa visita domiciliar, as habilidades de comunicação e de adaptabilidade cultural são essenciais. Além disso, se por um lado essas visitas são provavelmente o procedimento matricial mais complexo, por outro lado elas são capazes, para olhos e mentes atentos, de prover um número incrível de pistas que irão auxiliar a condução do caso. Por isso as visitas domiciliares são um recurso a considerar sempre que a equipe se sentir em um “beco sem saída” na condução de um caso (CHIAVERINI et al., 2011).

Após levantamento dos dados, foi organizado um calendário de visitas domiciliares contemplando Psicologia e/ou Assistência Social e eSF, a depender da necessidade do caso. As datas foram definidas de acordo com os horários de trabalho interseccionados entre os profissionais. Algumas visitas eram avisadas previamente através das ACS, enquanto outras eram feitas sem aviso prévio, como em situações onde a intenção da visita era observar maus tratos, abuso de substâncias ou higiene precária. Em todos os casos, as ACS sempre estavam presentes nas visitas, e o intuito daquela ação era bem explicado à família e ao paciente, além de solicitada permissão para entrada no domicílio (CHIAVERINI et al., 2011). Todas as visitas foram realizadas de forma multidisciplinar, inclusive como forma de reforçar o vínculo principal do paciente com a eSF e seu papel como ordenadora do cuidado. O profissional condutor da visita variou conforme o caso e a necessidade dos pacientes. A presença da equipe de saúde no domicílio é ainda um momento onde pode-se explorar a educação popular em saúde através da psicoeducação, visando empoderar o

paciente como protagonista de seu tratamento e aumentar o vínculo com a RAS. Todos os atendimentos foram posteriormente registrados em prontuário eletrônico de forma conjunta, com lançamento do atendimento compartilhado e nomes dos profissionais presentes. A continuidade do cuidado na modalidade de AD ou nas dependências da UBS era definida de forma compartilhada com a equipe e o paciente, entendendo suas peculiaridades e a capacidade de atendimento do serviço. Para pacientes com quadros mais graves e que necessitavam de outros pontos da RAS, como os CERSAM/CAPS, foi realizado contato com o local e referenciamento, sem abandono do acompanhamento pela UBS e priorizando atendimentos compartilhados entre unidades componentes da rede.

CONCLUSÃO

Indivíduos com quadros graves de saúde mental apresentam historicamente dificuldade de acesso aos serviços de saúde, resultando em dificuldade de vinculação com maiores índices de abandono de tratamento, complicações e internações (CORREIA et al., 2020). A coordenação do cuidado dessa população é papel da APS, na figura da eSF, sendo que a realização de visitas domiciliares permite uma nova forma de acesso, vínculo e integração a sujeitos tipicamente colocados à margem da sociedade, como os portadores de sofrimento mental (FURTADO et al., 2016). O protagonismo da eSF na coordenação do cuidado reforça o papel descentralizador no tratamento de quadros de sofrimento mental, possibilitando a redefinição de uma lógica psicologizante e patologizante na condução desses casos, buscando a integralidade no cuidado desses sujeitos.

As visitas domiciliares compartilhadas são ainda uma das formas de estimular a educação permanente dos profissionais da eSF. A realização de interconsultas "permite que se construa uma compreensão integral do processo de saúde e doença, ampliando e estruturando a abordagem psicossocial e a construção de projetos terapêuticos" (CHIAVERINI et al., 2011). Ao promover uma maior apropriação pela eSF dos casos de saúde mental de seu território, a integração com a eSF fortalece o vínculo do usuário com o serviço de saúde, além de ampliar os conhecimentos e a capacidade resolutiva dos profissionais da UBS.

Um dos pontos mais cruciais nesse processo de matriciamento é o

empoderamento das ACS para identificar e lidar com casos de saúde mental no território onde circulam, permitindo que se apropriem do manejo desses pacientes e contribuam para o diagnóstico precoce de agudizações. As ACS têm papel chave na construção do projeto terapêutico singular dos indivíduos, considerando o conhecimento desses profissionais da realidade do território. A educação permanente propicia também que as ACS obtenham maior propriedade dos fluxos da RAS utilizados para seguimento dessa população.

O atendimento compartilhado com outros profissionais da APS, além dos componentes da eSF, fortalece a vinculação do paciente, permite compreender de forma mais aprofundada os efeitos dos DSS na vida do indivíduo e facilita a confecção de planos terapêuticos para os indivíduos, respeitando sua singularidade (BAPTISTA et al., 2020). A vinculação com os diferentes atores presentes na APS é, ainda, uma maneira de fortalecimento dos serviços substitutivos a lógicas manicomial, de forma mais próxima à realidade de cada sujeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAPTISTA, Juliana Ávila et al. A incorporação dos ambientes alimentares na Política Nacional de Alimentação e Nutrição: uma abordagem de possibilidades, avanços e desafios. *Rev Bras Enferm.*, [s. l.], v. 73, n. e20180508, ed. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BCtyHwC4h9TFqfNKVtfTKLw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 jun. 2023.

BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde: 2018 a 2021. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2023.

CHIAVERINI, Dulce Helena et al, (org.). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p. ISBN 978-85-89737-67-8. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 9 jun. 2023.

CORREIA, Cíntia Mesquita et al. Atenção psicossocial às pessoas com comportamento suicida na perspectiva de usuários e profissionais de saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 54, ed. e03643, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/mkX3GWtwDMbKRhsTMWXfgVm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2023.

FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, Território e Saúde:

contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. R. RA 'E GA, Curitiba, v. 17, p. 31-41, 2009.

FURTADO, Juarez Pereira et al. A concepção de território na Saúde Mental. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. e00059116, ed. 9, Set 2016. DOI 10.1590/0102-311X00059116. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/mhkpNm87vhrXYBWKzy7psjy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 jun. 2023.

MENDES, Larissa Loures et al. A incorporação dos ambientes alimentares na Política Nacional de Alimentação e Nutrição: uma abordagem de possibilidades, avanços e desafios. Cad. Saúde Pública, [s. l.], v. 37, n. e00038621, ed. Supl. 1, 2021. DOI 10.1590/0102-311X00038621. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/6Zjqy7jHyRTsjMCFmpXrNqH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 100 p. DOI 978-85-334-2776-1. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf. Acesso em: 19 jun. 2023.

PEREIRA, Adriana Ferreira et al. Guia Diretrizes da Atenção Domiciliar. 1. ed. Belo Horizonte: SMSA-PBH, 2022. 72 p. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/sau/GuiadiretrizesAtencaoDomiciliarSAD-3-11-2022.pdf)

[governo/sau/GuiadiretrizesAtencaoDomiciliarSAD-3-11-2022.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/sau/GuiadiretrizesAtencaoDomiciliarSAD-3-11-2022.pdf). Acesso em: 19 jun. 2023.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro et al, (ed.). Tratado de Atenção Domiciliar. 1. ed. Brasil: Manole, 2022. 1350 p. ISBN 9786555767506.

SPRUCE, Lisa. Back to Basics: Social Determinants of Health. Aorn J., [s. l.], v. 110, ed. 1, p. 60-69, Jul 2019.