

**A VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
**Marcela Lages dos Santos<sup>1</sup>; Cristiane Wagner<sup>2</sup>**

**RESUMO**

O presente trabalho apresenta um breve relato de experiência da utilização das Visitas Domiciliares (VD) como estratégia de cuidado em saúde mental, sendo esta realizada em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Tais atividades fazem parte da rotina de intervenções e estão sendo realizadas desde junho de 2021. Em relação aos métodos utilizados durante as visitas domiciliares é importante ressaltar que todas as intervenções são fundamentadas na Política Nacional de Humanização – PNH e seus princípios e diretrizes, destacando a Clínica Ampliada e compartilhada que contribui na abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, considerando a singularidade dos sujeitos e seus diferentes saberes, buscando sempre valorizar as relações e reforçar o protagonismo do usuário frente às vivências relacionadas ao processo saúde e doença

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família; Saúde Mental; Terapia Ocupacional.

**Eixo Temático:** Atenção Integral e Promoção à Saúde (AIPS)

**1. INTRODUÇÃO**

Entendida como uma questão social multifacetada e complexa, a saúde, de uma forma geral, é tema presente no cotidiano dos sujeitos. Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946), ter saúde não se trata apenas da ausência de enfermidade ou de doença, mas também de um completo estado de bem-estar físico, mental e social, que exige a participação de todos os atores envolvidos para seu pleno desenvolvimento e produção (BRASIL, 1988). Com a promulgação da Constituição Federativa do Brasil em 1988 é criado o Sistema Único de Saúde - SUS que define a saúde como “direitos de todos e dever do estado”. Ao pé do SUS devem ser

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional, Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Franciscana (UFN). marcelaslages@gmail.com

<sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional, Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Franciscana (UFN). cristinewagner@gmail.com.

assegurados o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, além de prever a elaboração e execução de políticas públicas, sejam elas de ordem social ou econômicas, que contemplem o pleno desenvolvimento saudável da população, propiciando melhoria na qualidade de vida e a redução dos agravos à saúde (SANTOS, 2013).

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS) - representada dentre outras pelas Estratégias Saúde da Família - ESF's – configura não só como uma porta de entrada dos usuários aos serviços oferecidos pelo SUS, mas também um espaço privilegiado para o acolhimento de pessoas em situação de sofrimento. A ESF conhecida anteriormente como PSF- Programa Saúde da Família teve seu início na região Nordeste do Brasil no ano de 1994, seu surgimento veio logo após a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na década de 1990, o qual tinha como objetivo expandir e aprimorar o acesso aos serviços de saúde, utilizando como porta de entrada a atenção básica à saúde. O PACS é criado pelo Ministério da Saúde com o propósito de ampliar as ações da rede básica, tendo como alvo as demandas individuais e grupais, com foco no cuidado integrado e contínuo. Desse modo o PSF da origem à ESF, trazendo como principal objetivo a reafirmação dos princípios do SUS, e a busca pela mudança do modelo tradicional de saúde, voltado à prática clínica centrada na doença, ou seja, a ESF surge como uma possibilidade para a reorganização do modelo assistencial vigente dos serviços de saúde da época, os quais tinham em sua prática a predominância do modelo hospitalocêntrico e curativo (BRASIL,2000).

Segundo Szwarcwald et al (2006) a Atenção Básica apresenta-se como elemento-chave para a promoção da equidade nas sociedades que apresentam grandes disparidades sociais. Sendo assim desde a sua criação em 1994 a ESF vem cada vez mais realçando sua importância e se consolidando enquanto estratégia para a reorganização da AB.

Vanderlei e Almeida (2007) apontam como principal mudança em relação à implantação da proposta da ESF “o foco de atenção, que deixa de ser centrado exclusivamente no indivíduo e na doença, passando também para o coletivo, sendo a família e seu contexto o espaço privilegiado de atuação”. Posto isto, é possível afirmar que a ESF é uma estratégia pensada e elaborada para promover mudanças

no atual modelo de assistência à saúde do país, permitindo que de fato sejam colocados em práticas os princípios que orientam e conduzem o Sistema Único de Saúde - SUS, os quais são: integralidade da assistência, universalidade, equidade, participação e controle social, intersetorialidade, resolutividade, saúde como direito e humanização do atendimento. Além de ainda promover o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilização entre os profissionais e usuários dos serviços. Desse modo, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência da atuação em saúde mental na atenção básica utilizando como ferramenta a visita domiciliar.

### 1.1 A VISITA DOMICILIAR NO CUIDADO EM SAÚDE

A ESF caracteriza-se como um instrumento criado e direcionado para atender o indivíduo e a família de modo integral e constante. Para isso, se faz necessário que os profissionais desenvolvam ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Como já mencionado a ESF apresenta como objetivo principal a reorganização da prática assistencial com foco na família e em seu contexto físico e social. Sendo assim uma das atividades caracterizantes à ESF é a visita domiciliar, que oportuniza ao profissional de saúde entrar no contexto familiar do sujeito e, assim, reconhecer suas demandas e potencialidades(BRASIL,2000).

Segundo Mazza (1994):

A visita domiciliaria constitui uma atividade de assistência à saúde exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade. Seu objetivo é contribuir para a efetivação das premissas de promoção de saúde definidas pela Organização Mundial de Saúde, e adoradas também, pelo Sistema Único de Saúde no Brasil. (MAZZA,1994,p.59-60).

A visita domiciliar proporciona ao profissional uma ampla visão das condições reais de vida da família, além de incentivar a interação familiar e social do sujeito, através do conhecimento do cotidiano, da cultura, dos costumes e das crenças de uma determinada sociedade, o que acaba por tornar essas vivências enriquecedoras tanto para o profissional quanto para o sujeito e sua família. É importante ressaltar que as intervenções são fundamentadas na Política Nacional de Humanização – PNH e seus princípios e diretrizes, destacando a Clínica Ampliada e compartilhada que contribui na abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, considerando a

singularidade dos sujeitos e seus diferentes saberes, buscando sempre valorizar as relações e reforçar o protagonismo do usuário frente às vivências relacionadas ao processo saúde e doença (BRASIL,2015).

Segundo Coelho (2004), a visita domiciliar pode ser realizada de duas formas, sendo a primeira nominada visita domiciliar Fim, a qual se apresenta com foco na atuação da atenção domiciliar terapêutica e a visita a pacientes acamados. E a segunda chamada de visita domiciliar Meio, na qual se faz a prática da busca ativa por demanda reprimida, promoção e prevenção da saúde mediante educação em saúde de maneira singularizada. Com base na experiência vivenciada no território é possível identificar situações/casos que compreendem as duas categorias de visitas mencionadas no parágrafo anterior, porém ao fazer uma rápida análise dos casos que estão sendo acompanhados por meio de VD é perceptível que a prática aconteça em maior número nos casos em que o paciente apresenta dificuldades de locomoção ou nos casos de pacientes acamados.

### 1.1.1 A Terapia Ocupacional na Atenção Básica

A Terapia Ocupacional pode ser definida como:

Um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais e/ou sociais) apresentem, temporária ou definitivamente, dificuldades na inserção e participação na vida social. As intervenções em Terapia Ocupacional dimensionam-se pelo uso de Atividades, elemento centralizador e orientador na construção complexa e contextualizada do processo terapêutico (Schneider apud Ribeiro MBS, Oliveira LR, 2005).

A Terapia Ocupacional vem de um contexto histórico centrado no modelo biomédico com ênfase na reabilitação física, sendo uma área que por muito tempo teve sua atuação subordinada e limitada pela medicina. Hoje já é possível ver o profissional terapeuta ocupacional atuando em vários cenários e contextos com diferentes abordagens. Porém sua atuação na Atenção Primária/Atenção Básica ainda tem suas limitações. Apesar de ser um profissional de extrema importância como provedor de saúde, podendo atuar de diferentes formas na construção coletiva com a equipe, nos grupos, no atendimento individualizado e na comunidade,

principalmente no contexto da ESF que possui como principal estratégia as visitas domiciliares onde o profissional pode identificar a real demanda daquela família, daquele usuário e da própria comunidade em si, mesmo assim sua atuação na AB apesar dos avanços ao longo dos anos ainda pode ser considerada restrita.

. O Terapeuta Ocupacional por não fazer parte da equipe mínima, vê sua atuação na AB delimitada, ganhando maior destaque nesse contexto após a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) criado por meio da Portaria GM nº 154 de janeiro de 2008, o qual é constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, inclusive de terapia ocupacional, para atuar em conjunto com os profissionais das equipes de saúde da família, visando ampliar o escopo e a resolutividade de atenção aos usuários (BRASIL, 2008).

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido por uma Terapeuta Ocupacional residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Franciscana (UFN) acerca dos ganhos observados na utilização da visita domiciliar como uma potente ferramenta no cuidado em saúde mental, realizada em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Tais atividades fazem parte da rotina de intervenções e estão sendo realizadas desde Junho de 2021. Sendo que, a frequência, a duração e o tipo de ações propostas durante as visitas domiciliares foram definidos de acordo com as subjetividades, necessidades e singularidades dos usuários e familiares que estão em acompanhamento.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Desde os anos setenta e com base em todo o processo da reforma psiquiátrica os conceitos e práticas relacionados à atenção a saúde mental vem se transformando ao longo dos anos. Desde seu inicio a reforma psiquiátrica apresentou como eixo centralizador a desinstitucionalização e a redução do número de leitos nos manicômios, além da implementação da rede comunitária de serviços substitutivos (Tanaka e Ribeiro, 2009).

Segundo Tanaka e Ribeiro (2009):

(...) o direcionamento da reforma psiquiátrica para o cuidado dos pacientes com transtornos severos e persistentes e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deixou em segundo plano a assistência aos transtornos mentais menos graves e mais prevalentes.

E é na assistência aos transtornos mentais menos graves e mais prevalentes que a ESF se destaca, por ter no centro das suas práticas o trabalho multiprofissional realizado em um determinado território adstrito onde são desenvolvidas ações de saúde, baseadas no conhecimento da realidade local e das necessidades observadas. Ter acesso ao contexto familiar e social do paciente proporciona ao profissional um olhar mais detalhado as reais demandas, além de proporcionar uma melhor vinculação para com o paciente, tornado o cuidado mais integral e eficaz.

Tendo em vista a problemática levantada pelos autores no ano de 2001 a Coordenação Geral da Saúde Mental (CGSM) - DAPE/SAS/MS desenvolveu uma sucessão de documentos referentes a articulação entre a saúde mental e a atenção básica, documentos esses que apresentam como principais diretrizes o apoio matricial; a priorização da saúde mental na formação profissional das equipes da AB e intervenções de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica (Tanaka e Ribeiro, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, publicou o documento *“La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria”*, no qual ressalta a magnitude do componente emocional na atenção à saúde: “É impossível alcançar saúde se não se cuida das necessidades emocionais” (Organização Mundial de Saúde –OMS, 1990). Diante do exposto é irrefutável a relevância e a importância da AB no cuidado em saúde mental.

Segundo Silveira e Vieira (2009):

A ESF estabelece uma forte interface com princípios caros à reforma psiquiátrica brasileira, como as noções de territorialidade e responsabilização pela demanda, além de conferir um novo sentido e ordenamento às ações de saúde mental no contexto da atenção básica, tornando possível migrar do modelo das psicoterapias tradicionais para um modelo onde o usuário seja considerado como sujeito-social, numa abordagem relacional na qual o sujeito é concebido como participante de suas redes sociais e ambiente ecológico (Silveira e Vieira, 2009, p.140-141).

Sendo a ESF uma importante estratégia de organização e cuidado em saúde mental é imprescindível ressaltar a visita domiciliar como ferramenta potente no cuidado do indivíduo em seu contexto de produção de vida, onde a terapêutica se estabelece com o olhar para além da “doença”, direcionando-se para os sujeitos, suas subjetividades e seu cotidiano, através da aproximação da realidade do sujeito e a criação de vínculos. Posto isto é importante ressaltar a atuação do terapeuta ocupacional junto ao paciente no ambiente domiciliar o qual comprehende projetos, realizações, sentido e resgate de atividades significativas, além da busca pela autonomia, auxiliando no processo de restabelecimento e melhoria da qualidade de vida por meio da horizontalidade e integralidade das relações. Apesar da VD ser algo relativamente novo em nossa prática, pois começamos a utilizar essa ferramenta apenas em junho de 2021, já é possível observar alguns dos benefícios/ganhos que está ferramenta proporciona no cuidado integral para com o paciente e sua família.

Atualmente estão sendo acompanhados sete pacientes por meio da visita domiciliar, todos os sete apresentam dificuldades de ordem física, sendo que dentre os sete apenas um é acamado. O acompanhamento em saúde mental diferentemente de alguns outros atendimentos/acompanhamentos demanda de uma certa periodicidade para melhor compreensão sobre o contexto e situação que vem causando sofrimento para aquele indivíduo, sendo esse na sua maioria realizado de forma semanal ou quinzenal a depender da intensidade do caso, podendo essa frequência em alguns casos ser um impedimento ainda maior ao acesso a essas pessoas que apresentam dificuldade de locomoção. Tendo em vista o exposto é que se faz tão importante a visita domiciliar como ferramenta de cuidado em saúde mental. Ponto importante a destacar é que a frequência, a duração e o tipo de ações propostas durante as visitas domiciliares são definidas em conjunto com a equipe e o paciente, respeitando sempre suas subjetividades, necessidades e singularidades.

#### 4. CONCLUSÃO

O desenrolar deste estudo possibilitou uma melhor compreensão sobre a importância das visitas domiciliares no território, mostrando que a mesma apresenta pontos positivos por fornecer assistência a uma parte da população que

normalmente não teria acesso aos serviços de saúde, seja por questões de ordem física como mencionado anteriormente no texto, como os acamados ou pessoas com alguma limitação física ou em decorrência de alguma outra questão que impossibilite ou dificulte o acesso a unidade de saúde. A visita domiciliar utilizada como principal ferramenta de cuidado dentro do território através da ESF nos possibilitou fazer uma reflexão sobre a utilização desta prática no cuidado em saúde, dentro do contexto dos pacientes, evidenciando ser uma importante ferramenta no cuidado integral e familiar, ferramenta esta que permite um cuidado mais humanizado, com maior troca de informações e melhor criação de vínculo, desta forma a VD contribui para uma construção e corresponsabilização coletiva referente ao cuidado em saúde. Este trabalho buscou expor por meio de um breve relato de experiência o potencial da visita domiciliar como elemento de aproximação das equipes de saúde com as famílias. Essa prática permite a construção de vínculos e um atendimento mais humanizado, visando a prevenção e promoção de saúde e melhoria na qualidade de vida das famílias atendidas.

Diante do exposto, realça-se a importância da visita domiciliar como ferramenta de cuidado em Saúde mental na Atenção Básica. Tendo em vista que, essa prática possibilita o uso das tecnologias leves as quais segundo Merhy (2002) são tecnologias que compreendem as relações envolvidas no processo de cuidado como o acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização, valorização dos saberes tanto dos usuários quanto dos profissionais e familiares e o próprio cuidado no território.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à saúde da família. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde-Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família: a**

implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2000. (1ª edição ).

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2015. (1ª edição 2ª reimpressão).

Coelho FLG, Savassi LCM. **Aplicação da escala de risco domiciliares**. Rev Bras Med Família Comun. 2004; (2): 19-26.

Mazza MPR. **A visita domiciliaria como instrumento de assistência de saúde**. Rev Bras Cresc Des Hum. 1994;4(2):60-8.

Merhy EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo (SP):Hucitec; 2002.

Organização Mundial de Saúde. **La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria**. Genebra: OMS; 1990.

Schneider apud Ribeiro MBS, Oliveira LR. **Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão**. Interface. 2005; 9(17):425-431

Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. **Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional**. Cien Saude Colet 2006; 11(3):643-655

SANTOS, Jussara Carvalho dos. **O estigma da doença mental: compreensão e ações dos trabalhadores dos CAPS**. 2013. 205f. Dissertação (Programa de PósGraduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2013.

Silveira DP, Vieira ALS. **Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):139-148, 2009.

Tanaka OY, Ribeiro EL. **Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(2):477-486, 2009.

Vanderlei MIG, Almeida MCP. **A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família.** Cien Saude Colet 2007; 12(2):443-453.