

**Raquel dos Reis Tavares.**

**ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR AO  
PORTADOR DE PATOLOGIAS CRÔNICAS: ANÁLISE DE  
EXPERIÊNCIAS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO  
MUNICÍPIO DE ARACAJU.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo E. Pfeiffer Castellanos.

**ARACAJU, 2012**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE  
COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
COLETIVA



**Raquel dos Reis Tavares.**

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR AO PORTADOR DE  
PATOLOGIAS CRÔNICAS: ANÁLISE DE EXPERIÊNCIAS DE EQUIPES DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ARACAJU.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a dissertação apresentada em sessão pública  
ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da  
Bahia.

Data de defesa:

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Jeane Saskya Campos Tavares.** ( Professor Adjunto I - UFRB)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Leny Alves Bonfim Trad.** (Professor associado III do ISC – UFBA)

---

Prof. Dr. **Marcelo Pfeiffer Castellanos** (Professor Adjunto – ISC/UFBA)

### *Agradecimentos*

*A Deus, por ter me dado inúmeras dádivas;*

*Aos meus pais, Estela e Lisânias, por representar o alicerce das minhas realizações pessoais e profissionais;*

*Aos meus irmãos Marly, Ricardo e Nilson, meus eternos companheiros de jornada, que às vezes um pouco longe, mas sempre representando um porto seguro e um apoio certo;*

*À minha princesinha Estefany, que, com seu sorriso e ternura, motivou-me a tentar ser uma pessoa melhor. A Joyce e Dayane, filhas do coração, que sempre perto ou longe estiveram ao meu lado, vibrando com cada conquista;*  
*Ao meu companheiro, Paulo Augusto, que sempre me apoiou e soube lidar com minhas ausências e tensões durante este desafio que foi a realização deste mestrado;*

*Ao professor, Dr. Marcelo, pela paciência e presteza na orientação;*

*Às minhas grandes amigas, Rosa Prado e Diana Luna, sempre disponíveis para me ouvir e me apoiar no que foi necessário;*

*Aos colegas do mestrado pelo companheirismo e união, em especial Silvânia, Lucas e Cecília;*

*Aos meus colegas do Hospital Universitário e Coordenadoras de enfermagem que facilitaram a minha jornada durante este mestrado em especial à Enf.<sup>a</sup> Maria Regina, à Enf.<sup>a</sup> Maria Pontes, à Enf.<sup>a</sup> Suze, à Enf.<sup>a</sup> Nádia, à Enf.<sup>a</sup> Alice, à Enf.<sup>a</sup> Sângela e à minha equipe de plantão Alda, José Gomes, Walberlânia, Edjane e Débora. Obrigada Companheiros;*

*Aos colegas das Equipes de Estratégia da Saúde da Família de Aracaju que participaram da entrevista, fico muito grata pela atenção e boa vontade;*

*Às professoras, Dr.<sup>a</sup> Leny Trad, Dr.<sup>a</sup> Jeane Tavares e Dr.<sup>a</sup> Cristiane Nunes pelo carinho, apoio e sugestões no momento da qualificação;*

*À Soninha pelo apoio, sempre sorrindo com disponibilidade de servir na secretaria do mestrado.*

*Raquel dos Reis Tavares.*

*“Nunca permita que um problema a ser resolvido se torne mais importante do que uma pessoa a ser amada.”*

*Bárbara Johnson*

Tavares. R dos R. Organização da atenção domiciliar ao portador de patologias crônicas: análise de experiências de equipes de Saúde da Família do município de Aracaju. Salvador, 2012. 72p. Dissertação, (Mestrado Profissional), Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

## RESUMO

**Introdução:** O perfil epidemiológico mundial e brasileiro está marcado, dentre outros elementos, pelo aumento das doenças crônicas. A atenção domiciliar (AD) é uma tecnologia assistencial alternativa e/ou complementar para acompanhamento dos portadores de condições crônicas. A AD tem sido incorporada nas unidades de saúde da família no Brasil, sendo importante analisar a visão dos profissionais dessas unidades sobre o modo como essa incorporação tem se dado. **Objetivo:** Analisar o ponto de vista de profissionais de duas equipes de saúde da família do Município de Aracaju sobre a atenção domiciliar prestada por essas unidades aos portadores de doenças crônicas e sobre o modo como a mesma é planejada e operacionalizada. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, delineado a partir da abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito profissionais de saúde de duas unidades de saúde da família do Município de Aracaju. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** Observou-se que, apesar de considerarem a atenção domiciliar como uma ferramenta necessária para o cuidado do doente crônico, a qual deveria ganhar centralidade na organização do trabalho na USF, a AD é utilizada prioritariamente como uma estratégia para facilitar o acesso das pessoas com dificuldades de locomoção às ações da equipe. Os profissionais entrevistados afirmam que os portadores de doenças crônicas necessitam de atenção diferenciada, porém, visualizam essas necessidades apenas na dimensão biomédica. Assim, o planejamento da AD prestadas aos pacientes crônicos é guiado prioritariamente pela identificação de episódios de agudização do quadro clínico ou pela ausência do usuário às atividades agendadas na USF. Os entrevistados apontam, como facilitadores da AD, a existência de programas já existentes (Programa de Atenção Integral ao Hipertenso e Diabético) e o trabalho em equipe. Como complicadores, destacam a pressão da demanda espontânea, dificuldades para se locomover da USF ao domicílio dos pacientes e a falta de apoio para exames diagnósticos e serviços especializados de referência. **Conclusão:** A visão dos profissionais de saúde entrevistados aponta para uma compreensão das condições crônicas e do cuidado restrita à perspectiva biomédica, assim como para a existência de importantes limites técnicos no planejamento e organização da AD. Essa situação fragiliza a efetividade da AD para responder a necessidades ampliadas dos pacientes crônicos, assim como retira sua potencialidade para reorganizar o trabalho em saúde da ESF.

Palavras – chaves: Atenção domiciliar. Doença crônica. Saúde da família

## Abstract

The increase of the longevity of the population, unless there are actions of prevention, brings the growth in the predominance of chronic diseases. The home attention is an alternative for attendance of the bearers of chronic conditions. The objective is to describe the projection and operacionalização of the home attention and to analyse the senses attributed to the Home Attention gone to the Bearers of Chronic Diseases. It the question is a study exploratório and descriptively, outlined from the qualitative approach, interviews were used with semistructured itinerary and analysis of content. The inquiry was carried out in two Unities of Health of the Family of the local authority of Aracaju, that you like characteristics, the first one because of having a great number of old ones; the second one because of having a population of precarious conditions of social ones. The population of study was composed for the professionals of health of the least team of the strategy Health of the Family. It was observed that in spite of they considered the home attention. There is in schedule of the teams investigated one day established-daily pay of routine that varies depending on the profile of the populaçãoe to carry out this attention, but depending on the considered situation there be able to be the realization in other shifts. I eat facilitadores, we find the existence of already existent programs, the organization of the service in team and the possibility to reduce the demand espontanea and since complicantes are made a list by us to the access: unity of distant health of the added area and problems with transport made a list to the structure: the organization and understanding of the care, the limits of the projection and organization of the care, as well as the great demand in the thirst of the team, the question of support for examinations in the residence and problems considered out of the aim of the team.

Keywords: Home attention. Chronic disease. Health of the family

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1. Objetivo geral.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2. Objetivo específico.....</b>	<b>19</b>
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1. Atenção domiciliar e doença crônica.....</b>	<b>20</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>27</b>
<b>4.1. Tipo de estudo.....</b>	<b>27</b>
<b>4.2. Local de estudo e sujeito da pesquisa.....</b>	<b>27</b>
<b>4.3. Técnica de coleta e registro de dados.....</b>	<b>28</b>
<b>4.4. Análise dos dados.....</b>	<b>29</b>
<b>5. Resultados e discussões.....</b>	<b>31</b>
<b>5.1. Os sentidos atribuídos à atenção domiciliar ao doente crônico.....</b>	<b>31</b>
<b>5.2. Planejamento da atenção domiciliar ao portador da doença crônica.....</b>	<b>43</b>
<b>5.3. Facilidade e limitações para a operacionalização da atenção domiciliar.....</b>	<b>53</b>
<b>6. Considerações Finais.....</b>	<b>63</b>
<b>7. Bibliografia.....</b>	<b>65</b>
<b>8. Anexos.....</b>	<b>70</b>
<b>8.1. Termo de Livre consentimento.....</b>	<b>71</b>
<b>8.2. Roteiro de entrevista.....</b>	<b>72</b>

## 1. INTRODUÇÃO

As sociedades estão tendo que se adaptar às mudanças que o aumento da longevidade da população tem trazido. O crescimento do quantitativo de idosos é influenciado pelas melhorias nas condições de vida, o que pode ser observado pela alteração de alguns indicadores, como a redução das taxas de mortalidade infantil, o declínio dos coeficientes de mortalidade por doenças infecto-parasitárias, aumento da expectativa de vida ao nascer, declínio da fecundidade. (Brasil<sup>a</sup>, 2006)

Observamos o surgimento de novas demandas relacionadas às políticas públicas, em especial no setor saúde, previdência e assistência social. Muitas dessas novas necessidades são consequências do crescimento da prevalência e incidência de patologias crônicas.

O aumento da longevidade, segundo a Organização Mundial da Saúde, não é fator condicionante para crescimento de doenças crônicas, se forem realizadas ações de prevenção do aparecimento deste tipo de agravo, uma vez que existem estratégias que se mostram eficazes para evitar o crescimento e reduzir o impacto negativo que estes agravos podem trazer para população e para o indivíduo. (OMS, 2003).

No entanto, dados da Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar do IBGE mostram que à medida que a idade aumenta, cresce o número relativo de pessoas que são portadoras de doenças crônicas no Brasil. (IBGE, 2009). Barros *et al.* afirma que “a prevalência de pelo menos uma doença crônica aumenta intensamente com a idade enquanto fica em cerca de 10% entre as pessoas com menos de 20 anos, atinge valores superiores a 70% naquelas com 70 anos ou mais.” (Barros et al, 2006. p.914)



Esse aumento não decorre unicamente do envelhecimento, mas também pode estar diretamente relacionado, por exemplo, ao prolongamento da janela de exposição a fatores de risco, tais como a “persistência de hábitos inadequados de alimentação e falta de atividade física, além do tabagismo.” (Brasil<sup>b</sup>, 2006 p.8).

Delimitar o que são doenças crônicas é algo bastante complexo, o que se revela na diversidade termos utilizados para designá-las “não infecciosas”, “doenças crônicas não transmissíveis” e “doenças crônico-degenerativas”. Lessa (1998) ressalta que existe grande dificuldade para delimitar precisamente este conceito, e que os diversos termos utilizados trazem as vantagens e desvantagens associadas ao sentido que representam. A autora, afirma que: “doenças infecciosas, crônicas não-transmissíveis ou crônico degenerativas são terminologias usadas para definir grupos de patologias caracterizados pela ausência de microorganismos no modelo epidemiológico, pela não transmissibilidade, pelo longo curso clínico e pela irreversibilidade”. (Lessa, 1998, p.29)

A possibilidade de se trabalhar com uma população definida permite que se tenha o estabelecimento de vínculo terapêutico forte e duradouro com os seus usuários que, a princípio, têm grande potencialidade para se orientar pela longitudinalidade da atenção, pela detecção precoce e atuação efetiva sobre agravos à saúde e fatores de risco importantes para as doenças crônicas (tanto em nível individual quanto populacional), por um olhar mais compreensivo sobre os sujeitos (pessoa doente, etc.), por uma atuação pautada pelo princípio da equidade. (Starfield, Shi e Macinko, 2005)

No Brasil, em 1993, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), orientado pelo princípio operacional do fortalecimento das ações de descentralização na

saúde. O PSF tem em sua organização características que podem ser reforçadas para potencializar o seu impacto no controle das doenças e condições crônicas.

Por ser considerado uma ferramenta do Ministério da Saúde de reorganização da atenção à saúde, o termo programa acabou sendo substituído por Estratégia de Saúde da Família, o que minimiza a impressão de uma ação verticalizada e pontual do poder central.

A estratégia de Saúde da Família teria todo o potencial para fazer um acompanhamento adequado e humanizado ao portador de doença crônica uma vez que seus princípios teóricos se adequam ao que é necessário ao cuidado integral (*comprehensive care*) descrito por Bodenheimer et al (2002).

Isto é tanto mais relevante quanto lembramos que o setor saúde pode ser considerado “*co-responsável* por complicações e por mortes – muitas delas precocemente – e por tantos custos sociais desnecessários com incapacidades/invalides decorrentes do tipo de atendimento que oferece às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus.” (Lessa, 1998. p.39)

A Política Nacional de Atenção Básica recomenda que a Unidade Básica de Saúde esteja localizada dentro do território adstrito (Brasil<sup>a</sup>, 2006), garantindo assim a proximidade geográfica. A inserção de um membro da comunidade na equipe de saúde, o Agente Comunitário, por sua vez, objetivou potencializar a proximidade cultural entre as equipes de saúde da família e a comunidade na qual está inserida (Brasil, 2009).

A assistência à saúde ficando mais próxima do usuário, do seu ambiente e de sua família amplia as possibilidades de que os profissionais de saúde conheçam a realidade das pessoas assistidas, de modo a orientar as ações de acordo com as possibilidades e recursos existentes. Assim sendo potencializa as possibilidades de que alterações no

estilo de vida do paciente sejam negociadas, ao mesmo tempo em que estimula o protagonismo e a responsabilidade individual. Uma vez que o tempo de interação entre profissional de saúde e portador de doença crônica é pequeno quando comparado ao tempo que o doente tem que interagir com sua condição.

Muitos serviços de saúde, nos lembra Bodenheimer et al., (2008) ainda estão organizados para atender casos agudos no instante do sofrimento, fornecendo respostas imediatas. Mas, atualmente, o usuário dos serviços de saúde de acordo com Machado “Passou-se de um paciente com enfermidade aguda única, de rápida evolução e que não produzia dependência, ao paciente dos dias atuais, muitas vezes idoso sofrendo de vários agravos crônicos, de longa evolução e duração, e que acaba por produzir dependência funcional ou agravando a sua qualidade de vida.” (2010, p.27). O tratamento das condições crônicas, muitas vezes, requer uma reorganização dos serviços, uma vez que tais condições devem ser enfrentadas a partir de um manejo continuado e participativo, tanto em termos individuais quanto coletivos. Quando os usuários se envolvem no seu tratamento os resultados são bem mais significativos. (Caldas, 2006)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003, p.07), “As evidências também demonstram que sistemas organizados de atenção (não apenas profissionais da saúde individualmente) são essenciais para produzir resultados positivos”. Os portadores de patologias crônicas demandam cuidados permanentes ou por longos períodos, tais como: o uso contínuo de medicações; alteração no regime alimentar; adoção de atividades físicas regulares e demandam “novos métodos de planejamento e gerência dos serviços de atenção à saúde”. (Carreira e Rodrigues, 2010, p. 396)

A atenção domiciliar representa uma modalidade assistencial complementar ao trabalho em saúde organizado no espaço institucional dos serviços de saúde. Sakata et al (2007) nos lembra que essa modalidade assistencial transpõe as práticas institucionalizadas, inserindo o profissional da saúde no ambiente do usuário, considerando de modo mais efetivo e, conseqüentemente, o contexto da residência das famílias. Para os autores, essa modalidade assistencial pode ser utilizada com estratégia para a promoção de ambiente mais humanizado, possibilitando o desenvolvimento de relações mais horizontais.

O Ministério da Saúde lembra que a estratégia de atenção domiciliar “ pode evitar a hospitalização e, por conseqüência, o *stress* e as dificuldades decorrentes da internação hospitalar, tendo o ambiente familiar papel fundamental neste processo, diminuindo internações, reduzindo os riscos decorrentes das hospitalizações e humanizando o atendimento.” (Lopes, 2003.p 10)

Nesse contexto de relações, a atenção domiciliar pode também ser vista como um espaço propício para o aumento do grau de participação e autonomia para dos usuários/pacientes e familiares nos processos de decisão relativos às práticas de cuidado. Isso porque o profissional de saúde vivencia a situação de saúde-doença no ambiente do usuário e das relações familiares. Pode abrir-se, então, um espaço de maior aproximação entre a equipe de saúde e indivíduo, para que as negociações sobre a terapêutica recomendada possa ocorrer.

Diante desses deslocamentos, responsáveis pela diminuição das assimetrias simbólicas entre profissionais e usuários, melhor seria designar tais práticas como Atenção Domiciliar. Com isso queremos dizer que a noção de “assistência” nos remete mais para um conjunto de procedimentos, enquanto a noção de “atenção” – ainda que

envolva uma dimensão pragmática das práticas assistenciais – nos remete à reflexão sobre sua dimensão mais propriamente relacional. Nesse sentido, a atenção domiciliar representaria a concretização de um modelo de atenção bastante coerente com princípios e características específicos da Atenção Primária à Saúde e do Sistema Único de Saúde. Em contrapartida, a assistência domiciliar representaria muito mais a extensão da cobertura de práticas institucionais assentadas em relações muito assimétricas, fragmentadas, focadas na doença, dentre outros elementos já que tradicionalmente orientados pelo modelo biomédico (Camargo Jr, 2005).

Giacomozzi e Lacerda (2006) observaram que os profissionais da saúde da família compreendem atenção domiciliar em duas perspectivas: “a de uma prática hierarquizada e impositiva, na qual são destacados os aspectos envolvidos diretamente como dimensão biológica do adoecimento e a facilitação do atendimento; e a perspectiva relacional e interativa, como forma de assistência diferenciada e de prática inovadoras de construção da saúde.” (Giacomozzi e Lacerda, 2006. p. 652)

Podemos ver no estudo de Albuquerque e Bossi (2009) que a atenção domiciliar amplia o acesso dos usuários aos serviços de saúde e é percebida “como via para a garantia de direitos, além de facilitar o acesso a técnicas de diagnóstico e tratamento” (Albuquerque e Bossi, 2009. p. 1110).

Através da vivência como enfermeira da estratégia de Saúde da Família, há 10 anos, aprendi a trabalhar com a demanda trazida pelo aumento da prevelência e incidência das doenças crônicas. Inicialmente trabalhando em pequenos municípios do interior do estado e a principal demanda eram doenças transmissíveis e os programas relacionados à atenção a Saúde da Mulher e da criança, mas ao iniciar o trabalho na capital pude perceber que o público predominante era composto por portadores de

doenças crônicas, com isso tive que redirecionar a prática e aprender com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde e com a médica da equipe a trabalhar esta nova clientela. Foi observado que as atividades que são realizadas pelos profissionais que integram as equipes possuem uma carência de padronização e uniformidade nas ações empreendidas.

Diante das possibilidades abertas (em várias direções) para as implicações da atenção domiciliar empreendida na Estratégia Saúde da Família, torna-se relevante a investigação de experiências concretas em que (parafrazeando Bury) as consequências e significados dessas implicações são delimitados pelos sujeitos nelas envolvidos. Assim, o estudo aqui proposto tem o objetivo de analisar os sentidos atribuídos por duas equipes de saúde de saúde da família de Aracaju à atenção domiciliar ao portador de doenças crônicas, assim como conhecer a forma como essa modalidade de atenção é planejada e operacionalizada.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Analisar os sentidos atribuídos por profissionais de saúde da família do Município de Aracaju sobre a atenção domiciliar prestada por essas unidades aos portadores de doenças crônicas e sobre o modo como a mesma é planejada e operacionalizada.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar e analisar o sentido atribuído pelos profissionais dessas equipes de saúde sobre os objetivos da atenção domiciliar ao Portador de doenças crônicas.
- Descrever o planejamento da atenção domiciliar ao portador de doenças crônicas em suas equipes, a partir do ponto de vista dos profissionais.
- Identificar os fatores facilitadores e restritivos para operacionalização da atenção domiciliar ao Portador de doenças crônicas em suas equipes.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1. DOENÇAS CRÔNICAS

Os portadores de doenças crônicas estão presentes na maioria dos serviços de saúde e o aumento de sua incidência e prevalência desta condição na sociedade torna imperativo que os profissionais de saúde se adéquem às novas demandas por elas trazidas.

Lessa (1998) a partir de sua revisão bibliográfica sobre o assunto, propõe que o grupo de doenças classificadas como crônicas não transmissíveis são caracterizadas por:

- “- história natural prolongada;
- multiplicidade de fatores de riscos conhecidos;
- interação de fatores etiológicos conhecidos;
- interação de fatores etiológicos desconhecidos;
- longos períodos de latência;
- longo curso assintomático;
- curso clínico em geral, lento, prolongado e permanente;
- manifestação clínica com períodos de remissão e de exacerbação;
- evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte” (Lessa, 1997.

p.32)

A Organização Mundial da Saúde inclui na definição de doenças crônicas as patologias cardiovasculares, as neoplasias, as patologias respiratórias crônicas e a diabetes mellitus. São também incluídos os distúrbios mentais e neurológicos, as



doenças bucais, ósseas e articulares, oculares e auditivas assim como as desordens genéticas. (OMS, 2005)

Ao descrever a abordagem socioantropológica das doenças crônicas, Canesqui (2007) recupera algumas ideias que apontam para pontos comuns que caracterizam condições tão diversas como as apontadas acima. Esses conceitos são muito bem sintetizadas nas palavras de uma das principais sociólogas que pesquisou o assunto:

“As doenças são de longa duração, incertas, múltiplas, desproporcionalmente intrusivas e requerem paliativos porque são incuráveis. Essas características são essenciais para se pensar nos impactos da enfermidade sobre os pacientes, famílias e profissionais de saúde.” (Strauss et. AL, 1984 apud Canesqui 2007).

Barros *et al.* (2006) complementam definindo-as “como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudas) ou melhor sensível.” (2006, p.912)

Ainda que essas características não estejam necessariamente presentes com a mesma intensidade em todas as condições crônicas, certamente, reconhecer sua existência conduz a levar em consideração suas consequências e significados (Bury, 1991) para as pessoas que lidam com elas (pacientes, profissionais de saúde, cuidadores, familiares, etc.). O manejo dessas condições implica um grande desafio para os profissionais e serviços de saúde, assim como uma carga crescente de trabalho.

As doenças crônicas oneram os Sistemas de Saúde, principalmente, se não forem prevenidas e gerenciadas adequadamente. O agravamento destas patologias gera uma demanda de atenção à saúde de custo crescente, em razão da permanente e necessária incorporação de tecnologia de alto custo. (OMS, 2003)

Além dos custos para os sistemas de saúde, temos ônus para a previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces. Acima de tudo, há um forte impacto para as pessoas afetadas diretamente por essas condições e seus familiares, relacionadas aos gastos para o tratamento, à perda da produtividade, e o sofrimento, além da dor e do prejuízo da qualidade de vida.

Para toda a sociedade o número de mortes prematuras e de incapacidades decorrentes das complicações das doenças crônicas exige uma estratégia de amplo enfrentamento que inclui investimentos em ações de promoção à saúde e defesa de um estilo de vida mais saudável, além de prevenção de agravos e tratamento adequado para os doentes.

Dentre as doenças crônicas temos a hipertensão arterial sistêmica, a obesidade, a dislipidemia e o diabetes mellitus que são os maiores fatores de risco para o agravamento das doenças do aparelho cardiovascular, que hoje são no Brasil a maior causa de mortes. (Brasil, 2008).

Nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos geralmente se priorizam as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e *diabetes mellitus*, por ser um conjunto de agravos que tem fatores de risco comuns e por serem as patologias as mais prevalentes. (Brasil, 2008).

### **3.2. ATENÇÃO DOMICILIAR**

O cuidado realizado no domicílio, segundo Hernnam e Lacerda, (2007) é uma prática antiga e era bastante difundida nas sociedades, segundo Tavolari (2000, apud Amaral, 2001. p.111) Hipócrates descreve em seu Tratado sobre os ares, as águas e os lugares (séc V ac.) as vantagens desta atividade no domicílio, pois tal cuidado propiciava um bom êxito. Na Grécia antiga, segundo Rodrigues, 2008, alguns discípulos de Asklépios (o médico) atendiam em templos, que permitia uma agregação de medicamentos e materiais de cura, o que pode ser considerada a estrutura primitiva dos hospitais.

Mas com o aumento da demanda, com a institucionalização dos serviços de saúde (organização de hospitais e ambulatórios) e com crescimento tecnológico a atenção domiciliar deixou de ser predominante. Uma das razões para que os hospitais e os ambulatórios fossem criados foi a necessidade desse adensamento de recursos, seja eles humanos ou materiais para que se realizassem uma atenção à saúde adequada, mas com o tempo observou-se uma tendência para fragmentação no atendimento. (Diogo e Duarte, 2006)

Atualmente a atenção domiciliar está crescendo devido a diversos fatores como necessidade de se criar um ambiente mais humanizado, mantendo o indivíduo com sua família e em seu ambiente, de estratégia para ampliação do vínculo entre o usuário e o profissional de saúde, pois o trabalhador da saúde sai de seu ambiente de domínio que são as Unidades de Saúde e se insere no domínio do usuário, que é a residência. Isso viabiliza o desenvolvimento de relações mais horizontais, além de se criar a possibilidade de se manter o indivíduo em seu ambiente familiar, fato este que é de grande valia, principalmente se o paciente/usuário necessitar de cuidados paliativos, pois pode-se trabalhar melhor o apoio emocional para o usuário e familiares. (Barbieri

et al, 2005). A manutenção de sua rede de vínculos afetivos e sociais insere-se nesse contexto, como um fator potencializador de um maior grau de autonomia do indivíduo.

Há também a tentativa de reduzir os efeitos iatrogênicos da hospitalização prolongada. Quando referida à assistência hospitalar, essa modalidade possui a vantagem de reduzir os efeitos indesejados de intervenções invasivas, por exemplo, minimizar a exposição aos patógenos que podem causar infecção hospitalar no período pós-operatório. Os idosos, segundo Villas Boas e Ruiz (2004), são um segmento da população susceptível a estas complicações que levam ao aumento na permanência no ambiente hospitalar, assim como a letalidade.

Ainda podemos acrescentar que, além das vantagens relacionadas à humanização, há motivações de ordem financeira para o interesse na internação domiciliar, uma vez que esta possui um menor custo quando comparada à hospitalização. (Brasil<sup>c</sup>, 2006). Diogo e Duarte afirmam que a atenção domiciliar “tende a reduzir em 20 a 70% os custos assistenciais comparativamente às mesmas intervenções realizadas em ambiente hospitalar.” (2006. p.1123)

Mas no que se refere à atenção domiciliar também existe a problemática desta estratégia gerar algumas vezes situações conflituosas entre o usuário, a família, os cuidadores, o provedor e o gestor de saúde, que segundo Floriani & Schramm (2004) pode ser desde a superação da concepção difundida na comunidade de que o ambiente hospitalar é um lugar de tratamento e diagnóstico, a questão de que as residências necessitam se adaptar aos serviços e de que a necessidade da presença do cuidador onera a família, ou pela necessidade de contratá-lo ou por algum membro da família assumir este papel, muitas vezes deixando sua outra atividade remunerada. (2004,

p.988) e os autores ainda complementam afirmando que muitas famílias se sentem pressionadas a aderirem a Assistência Domiciliar (2004, p.990)

Deve-se haver uma vigilância para que a Atenção Domiciliar não seja operacionalizada, como lembra Floriani & Schramm (2004, p990), apenas como uma estratégia de mudança do local de tratamento, sem haver uma mudança na filosofia do cuidado, gerando apenas uma transferência de ônus e responsabilidade para a família.

Ao transferir o doente do ambiente hospitalar deixando-o no domicílio, ocorrem modificações nas atividades famílias e na sua dinâmica o que pode gerar conflitos e lembra Trad, 2010 que “ na medida em que se ampliam as responsabilidades da família no âmbito da proteção social de seus membros, sem um aporte de recursos que amplie a capacidade de atuação nesta esfera, o risco de sobrecarga familiar é iminente.”(2010, p.110)

Floriani & Schramm (2004) alerta que em alguns casos a família e o doente se sentem pressionados a aderirem à atenção domiciliar e que há casos que eles preferem ficar no ambiente hospitalar, desejo esse que deve ser respeitado.

Nos Estados Unidos foi criada a primeira unidade de assistência domiciliar em 1947, e a maior intenção foi descongestionar os hospitais e a manutenção de um ambiente mais agradável. (Rehem e Trad, 2005)

O atendimento domiciliar no Brasil, inicialmente, ela foi realizado pelo Serviço de Assistência Médica de Urgência – SAMDU, criado em 1949, ligado ao Ministério do Trabalho. Segundo Mendes (2001) o principal responsável pela criação deste serviço foram os sindicatos de trabalhadores e médicos deste serviço que realizavam visitas periódicas a previdenciários portadores de doenças crônicas. O Hospital do Servidor

Público de São Paulo, criou em 1967, ainda de acordo com o mesmo autor, um serviço de atendimento domiciliar ao portador de doenças crônicas, que se mantém até os dias atuais (Mendes , 2001, p.18).

A Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, também pioneira no Brasil na Assistência domiciliar, tinha as suas ações associadas ao controle de doenças infecto-contagiosas, (Machado, 2010. p.19) estas visitas, de acordo Mendes (2001, p.18) “não visavam ao indivíduo e sim ao controle da cadeia de transmissão das doenças infecto-contagiosas, sob a coordenação do serviço público de saúde”

Atenção domiciliar, segundo Tavorari et al (2000) é uma termo genérico que é utilizado para qualquer ação em saúde realizada em domicílio, por profissional de saúde que integre a equipe de saúde, sem especificação sobre a complexidade ou objetivo, assim sendo pode ser desde uma orientação até o suporte ventilatório, Fabrício et al (2004, p 722) lembra que os serviços dividem sua forma de assistência em “ visita domiciliar, atendimento domiciliar e internação domiciliar, segundo Lacerda et al (2006) a visita domiciliar seria “um contato pontual dos profissionais com as populações de risco, enfermos e seus familiares para a coleta de informações e/ou orientações.” (Lacerda et al, 2006, p.93) O atendimento domiciliar “é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programada e continuadas, desenvolvidas em domicílio” (Lacerda et al, 2006, p.90). Já internação domiciliar é a disponibilização da tecnologia e dos recursos humanos comuns no ambiente hospitalar no domicílio. (Lacerda et all, 2006, p.92).

Segundo Fabrício *et all.* (2004) deve ser ressaltado que a atenção domiciliária, quando realizada com responsabilidade, competência e supervisão, pode trazer muitos benefícios ao cliente e à sua família. A recuperação e a reabilitação podem ser

realizadas de forma mais segura e eficaz, proporcionando um cuidado embasado na realidade em que vive o cliente e, por conseguinte, uma melhor avaliação de suas reais necessidades. Prestar assistência domiciliar não é apenas concretizar uma nova modalidade de assistência à saúde, mas, sim, tornar possível às pessoas experienciarem uma nova forma de atenção à saúde, aliada a conhecimento e tecnologia. É realizar assistência baseada na realidade de cada indivíduo, proporcionando cuidado individualizado e mais humanizado.

Na legislação brasileira havia uma imprecisão relacionada à atenção domiciliar no que se refere aos tipos de serviços e aos provedores. Segundo Rehem e Trad, a legislação “indica apenas a equipe que prestará a assistência, ou seja, a equipes do PSF” (Rehem e Trad, 2005, p.238). Na lei 10.424, 15 de abril de 2002 “O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora”. A portaria ministerial nº 2.029 de 24 de agosto de 2011 que institui a atenção domiciliar no SUS, veio preencher essa lacuna e considera como diretriz da atenção domiciliar é que deve “ser estruturado na perspectiva das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial” E organiza em três modalidades de atendimento, que varia de acordo com os níveis de complexidade e frequência de atendimento, que são: “Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3)”

A atenção domiciliar do tipo 1 é de responsabilidade da equipe de saúde da família e nesta categorias estão as seguintes situações:

- I - apresentar problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;

II - necessitar de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, e de menor frequência, dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e

III - não se enquadrar nos critérios previstos para o AD2 e AD3 descritos nesta Portaria. (Brasil, 2011)

O atendimento domiciliar implica a oferta de ações complexas, exigindo preparo técnico e precisão na periodicidade de atendimento. Porém, percebemos que algumas vezes as estratégias e realização dessa modalidade assistencial ainda são definidas de forma individual e empírica, trazendo insegurança aos profissionais envolvidos, assim como riscos para os doentes e seus cuidadores domiciliares.

Nesta portaria ministerial nº 2.029 de 24 de agosto de 2011 institui as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e as Equipes Multiprofissionais de Apoio para dar um suporte as Equipes de Saúde da Família para os cuidados de maior complexidade. Só que se faz necessário que as Secretarias de Saúde adira com o detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências para que ocorra a criação das EMAD.

A estratégia de atenção domiciliar, apenas, não é suficiente para garantir o direito à qualidade de vida, Marques e Freitas (2009) enfatiza que existe a necessidade de haver a busca de novas estratégias de processo de trabalho, assim como de se romper com o modelo de assistência centrado no biológico, no médico e no espaço da Unidade de Saúde.

A falta monitoramento do cumprimento de normas específicas sobre a Atenção Domiciliar ao portador de doenças crônicas pode indicar que essa modalidade de cuidado não é pensada na Estratégia de Saúde da Família como uma tecnologia de cuidado estruturante deste tipo de atenção. Mesmo assim, essa modalidade é



eventualmente adotada pelas equipes como uma estratégia para resolver problemas de acesso ao serviço.

De modo mais amplo, a Atenção Domiciliar poderia ser vista como uma tecnologia de cuidado adequado às metas e princípios basilares da Saúde da Família, em especial, no que se refere à organização da atenção focada em problemas crônicos em saúde.

Existe, portanto, uma grande necessidade de investir-se em normatização da atenção domiciliar no âmbito da atenção básica. (Rehem e Trad, 2005). No entanto, devemos considerar que os processos de trabalho implicados na oferta dessa modalidade assistencial imprimem, em grande parte, o sentido dessas ações. Portanto, os parâmetros normativos não devem ser vistos como a única referência para os sentidos das ações presentes na Atenção Domiciliar, ainda que componham um contexto importante para ela. Assim, conhecer o ponto de vista dos profissionais a respeito do sentido e alcance dos processos de trabalho envolvidos na concretização do cuidado domiciliar passa a ser um elemento fundamental para a avaliação de seus alcances e limites.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, delineado a partir da abordagem qualitativa de pesquisa. “A pesquisa qualitativa busca entender o contexto em que o fenômeno ocorre” (Canzonieri, 2010.p.38), buscando a compreensão particular do caso, lidando mais amplamente com a interpretação das realidades sociais ( Bauer e Goskeell, 2008).

A seleção do método foi motivada pela necessidade da abordagem sobre o tema uma vez que:

“A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis" (Minayo, M.C.S. et al, 1994:21-22).

A pesquisa qualitativa, segundo Canzonieri, (2010) demanda métodos próprios e apresenta dados de forma subjetiva, exigindo uma escuta específica, e observações de situações cotidianas em tempo real.

#### **4.2. Local do estudo e participantes da pesquisa**

A pesquisa foi realizada em duas Unidades de Saúde da Família do Município de Aracaju, uma localizada na quinta região sanitária e outra na oitava região.

Estas unidades, uma da região central e outra do norte, possuem características específicas. A população adscrita da USF da 8ª Região de Sanitária envolve uma população com condições socioeconômicas precárias. Essa característica provoca situações de vulnerabilidade social diferenciadas da outra USF, com prováveis implicações específicas para a AD, tanto em termos de justificativas quanto de operacionalização. Ademais, Barros et al (2008) apontam que há uma maior prevalência de doenças crônicas nos segmentos de menor renda.

Já a USF da 5ª Região Sanitária envolve um grande número de idosos (IBGE, 2009). Assim, espera-se que essa unidade possua um número elevado de pessoas com uma ou mais doenças crônicas, assim como apresentem situações que justifiquem com maior intensidade o recurso à AD.

Participaram deste estudo, profissionais de saúde da equipe mínima das USFs acima apontadas. Assim, foram incluídos médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e um Agente Comunitário de Saúde (ACS) de uma das Equipes de Saúde da Família de cada uma daquelas unidades, totalizando 08 profissionais. O ACS foi selecionado através de sorteio aleatório simples.

Para serem incluídos na pesquisa, os sujeitos deveriam integrar uma das equipes, acima referidas, assim como a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 01).

Para identificar os entrevistados, na apresentação dos resultados, utilizamos a seguinte legenda:

Médico da equipe da área de precária condição socioeconômica	<b>M1</b>	Médico da equipe da área com grande número de idosos	<b>M2</b>
Enfermeiro da equipe da área de precária condição socioeconômica	<b>E1</b>	Enfermeiro da equipe da área com grande número de idosos	<b>E2</b>
Auxiliar de enfermagem da equipe da área de precária condição socioeconômica	<b>AUX1</b>	Auxiliar de enfermagem da equipe da área com grande número de idosos	<b>AUX2</b>
Agente comunitário de Saúde equipe da área de precária condição socioeconômica	<b>ACS1</b>	Agente comunitário de Saúde equipe da área com grande número de idosos	<b>ACS2</b>

#### **4.3. Técnicas de coleta e registro de dados**

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, orientadas por um roteiro (anexo 02) que abordou questões sobre a visão dos profissionais sobre esta modalidade de atenção e do uso desta estratégia para o cuidado com os usuários com doenças crônicas, assim como sobre o planejamento e operacionalização da atenção domiciliar pela equipe.

A utilização de um roteiro semiestruturado permitiu uma melhor interação entre o entrevistador e população do estudo. Segundo Minayo, a entrevista semiestruturada “não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma

situação de interação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador.” (Minayo, 1996: 114)

As entrevistas foram realizadas em lugar escolhido pelo entrevistado, em geral, o próprio local de trabalho em horário em que o fluxo de usuários era menor. O Centro de Educação Continuada de Aracaju também foi utilizado para a realização de entrevistas, em concordância com a preferência de alguns dos entrevistados. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

#### **4.4. Análise de dados**

A análise dos dados orientou-se pela análise do conteúdo. Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo se configura como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

A análise sobre os pontos de vistas dos profissionais sobre a atenção domiciliar ao portador de doenças crônicas incidiu, principalmente, sobre dois aspectos:

- Formas de planejamento da atenção domiciliar ao Portador de doenças crônicas.
- Operacionalização da atenção domiciliar ao Portador de doenças crônicas em suas equipes.

#### **4.5. Considerações éticas**

O presente estudo respeitou os aspectos éticos da Resolução número 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **5.1. Os sentidos atribuídos à atenção domiciliar ao doente crônico**

Os serviços de saúde por muito tempo lidaram predominantemente com as demandas emergenciais, hoje na atenção básica é proposto um cuidado mais longitudinal, onde os indivíduos são acompanhados ao longo de sua vida por uma equipe de saúde, durante todo o seu processo de vida, não apenas no momento de doença aguda.

As doenças crônicas trazem para a sociedade a ambiguidade de se buscar ser saudável mesmo sendo portador de uma patologia crônica como o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, na luta por um equilíbrio dinâmico entre o ser portador de uma patologia e não se sentir doente e incapaz de enfrentar os desafios diários.

Esta situação leva os profissionais de saúde a observar esses pacientes de forma diferenciada, pois não são mais pessoas em risco iminente de morte e sim indivíduos que devem aprender a manejar sua situação de saúde para que não cheguem a sofrimento futuro, o que pode ser consequência de atitudes muito anteriores do momento de agudização da doença. O tempo e as ações realizadas neste momento de interação entre o profissional de saúde e o indivíduo portador de patologia são muito importantes pois representa o momento de negociação e convencimento sobre a melhor a ser feito pelo sujeito em sua vida diária.

O espaço domiciliar surge como estratégia por permitir uma maior aproximação entre a equipe e o indivíduo, o ambiente é favorável à criação e à manutenção de vínculo e a relações mais horizontais.

O compromisso e vinculação estabelecidos pelos profissionais da ESF com os usuários possibilitam o fortalecimento de confiança nos serviços. Sabe-se que esta relação é fundamental para ampliar a qualidade da assistência, pois entre outros fatores, esta influência diretamente na aderência do indivíduo ao tratamento da doença crônica, fazendo com que, a partir daí, as pessoas acreditem nas suas condutas e orientações, tomando assim os cuidados necessários no controle da doença” (CARREIRA, L. & RODRIGUES 2010,p.935)

A importância de se pensar uma atenção específica a esta categoria de paciente é reconhecida pelos profissionais entrevistados, assim como os desafios de se ofertar essa assistência, como podemos ver na fala abaixo:

*“o paciente crônico tem alguns desafios, o primeiro é a causa da cronicidade do problema, que é um paciente com doenças crônicas que é como diabetes, asma, bronquite, ou se é um paciente crônico como psiquiátrico, enfim, o acamado, ou o restrito ao lar, vai variar a assistência a partir destas características” E1*

Há um reconhecimento de que as doenças crônicas têm suas diferenças entre si, e que apesar de se estudar características comuns da condição de portador de doença crônica, cada patologia tem suas características específicas, assim como cada indivíduo o que influencia na forma dele lidar com cada situação, assim como deveria influenciar a abordagem do profissional. Podemos ver nas falas que diferentes situações que levam o indivíduo ser considerado portador de patologias crônicas são citadas, assim como a intervenção específica para cada caso:

*“é importante, ver (...) os cuidados que se devem ter com o ambiente para um paciente asmático” M2*

*(...) “os pacientes que não tem condições mesmo de vir para cá, ou por limitação de movimento ou pacientes psiquiátricos que não saem de casa” M2*

Esta visão da individualização das condições de saúde no momento e do tipo de agravo que o indivíduo é portador, segundo os entrevistados trazem diferenciações no que é realizado na atenção domiciliar, como podemos ver a seguir:

*“(...)se é um paciente com úlcera de decúbito, você vai ter o cuidado desde o curativo, a organização, a orientação da alimentação, você tem o exame físico normal, que se deve fazer e a parte farmacológica que é o médico que dá(...)” E1*

*“se for diabético, glicemia, se for hipertenso aferição de pressão arterial, curativo, vacina quando tem campanha dos pacientes que não podem vir agente vai até eles” Aux2*

A condição crônica abrange um grande número de patologias que são desde agravos relacionados a condição física ao de ordem psiquiátricas e precisam ser manejadas pelo portador e pela família com o auxílio de diversos atores sociais, aos quais estão incluídos os profissionais de saúde, que podem adequar o conhecimento científico de cada núcleo para negociar com o paciente e/ou com o cuidador as atitudes que possa manter o agravo sob um controle, reduzindo os efeitos nocivos da patologia e das restrições impositivas.

Conhecer as especificidades que o sujeito portador de uma patologia crônica possui é muito importante para que haja uma assistência individualizada e mais efetiva, pois amplia a possibilidade de se levar em conta a singularidade de cada situação, só que podemos perceber nas falas que se há uma ênfase na dimensão biológica da situação, centralizada na patologia conta como podemos ver na fala a seguir:

*“Depende do quadro clínico, se é um alzheimer, se é parkinson, se é uma mutilação é outra depende muito da condição clínica, da característica diagnóstica do paciente, aí você organiza os cuidados.” E1*

Só que visualização da singularidade do indivíduo pode ser ampliada e ir além do físico, pois vemos que está sendo desconsiderada a dimensão psicológica e social. A forma como o sujeito lida com a sua condição, suas experiências de vida, a estrutura familiar a qual está envolvido, assim como a rede de apoio, situação social situações de vulnerabilidade influenciam bastante na forma como o processo de adoecimento é vivido pelo sujeito, e não deveria ser menosprezada, pois aumenta a probabilidade do indivíduo não ser visto de forma completa, pois variáveis sociais e psicológicas também têm grande influência no manejo da situação de portador e deveriam ser levadas em conta. Há o grande risco que se ver o indivíduo como somente extensão da doença.

Conseguir enxergar além da patologia é uma recomendação defendida pelos processos de humanização, que segundo Reis et alli,(2004), na área da saúde teve sua gênese nos movimentos de reformas sanitárias, por volta da década de 1980, uma vez que todo cidadão tem muitas outras particularidades que transcende as características de uma patologia, e hoje se desaconselha a prática de chamar ou classificar o sujeito por sua patologia.

As questões encontradas pelos profissionais entrevistados, quando não relacionada a problemas biológicos, ou mais precisamente médicos, elas são



consideradas demandas que só poderiam ser resolvidas por profissionais que não fazem parte da equipe que compõe a equipe mínima da estratégia de Saúde da Família, como o assistente social, como no caso abaixo:

*“mais importante seria um serviço de assistência social mais forte, pois a grande maioria dos problemas que se encontra não se pode fazer muita coisa, os problemas são muito mais social do que médico propriamente dito”M1*

Quando problemas de ordem social são encontrados eles são negligenciados ou ignorados como podemos ver na fala abaixo:

*“ a questão de exames, a questão social, fechar os olhos quando vemos o que está errado no local devido a questão social(...)M2”*

Assim como podemos ver a dificuldade no manejo dos problemas que fazem parte da dimensão psicológica a qual se incluem os pacientes portadores de transtornos mentais:

*“o paciente de saúde mental é um nó, um calo para mim, porque as referências estão lutando pra se organizar melhor, os CAPS e a equipe de saúde da família, agente não entendeu que o paciente de saúde mental tem que ser tratado também na unidade, e o apoio ainda agente não tem visualizado técnicas de como desenvolver o cuidado de saúde mental”E1*

Algumas características gerais do atendimento dos portadores de patologias crônicas foram citadas, principalmente as relacionadas à necessidade de um tempo maior de para o atendimento e a utilização de estratégias de convencimento para adesão à terapêutica, que pode ser devido a vários fatores, que vai desde a doenças crônicas concomitantes, onde a insuficiência de um sistema pode gerar complicações em outros; a necessidade de mudanças nos hábitos de vida, associado à dependência da colaboração do portador da patologia e de sua família e cuidador; a utilização de inúmeros fármacos entre outros fatores.

*“o doente crônico tem necessidades diferentes, mas o cuidado deve ser igual a todos, quando a gente pensa em cuidado, mas a diferença é do próprio quadro clínico , agora, ele requer um certo tempo de cuidado diferente do*

*paciente que não é crônica, no que diz respeito ao atendimento (...) um tempo maior, uma atenção maior” E1*

*“um cuidado diferenciado, um cuidado mais intensivo, um acompanhamento mais de perto” M2*

*“o doente crônico é um paciente que necessita de um cuidado constante, necessitando de um cuidado constante você precisa estar atento aos retornos do paciente na unidade, quando é um paciente que pode vir à unidade ou quando for um paciente que é um doente crônico que não possa vir à unidade, no caso você tem que fazer a visita domiciliar, é o paciente que necessita de uma visão especial” E2*

A necessidade de uma aproximação maior entre os serviços de saúde e o portador de patologia crônica pode ser potencializada de diversas maneiras, uma delas é a presença constante do Agente Comunitário de Saúde nas residências das famílias de sua microárea de atuação, e quando ele faz parte da comunidade amplia a possibilidade de ele conhecer os costumes, as realidades regionais e servir de mediador entre os hábitos do indivíduo e de sua família, o que se faz necessário para a manutenção de um bom estado de saúde.

*“a presença do Agente de Saúde, como ele mora na área a facilidade é maior (...) pois quando chega na residência, ele [o doente crônico] fica mais a vontade para dizer o que sente, e o profissional percebe a carência, a necessidade e alguns cuidados necessários além de só ve o paciente, pois vê o ambiente onde ele vive” ACS2*

*“neste contexto [atenção aos pacientes crônicos], a ação dos agentes comunitários de saúde é imprescindível” M2*

*“a visita domiciliar do agente, tem que estar lá no campo vendo este tipo de paciente” ACS1*

A regionalização trouxe a probabilidade de que características das vidas das pessoas fossem conhecidas e utilizadas nos planejamentos e o Agente Comunitário de Saúde pode servir como elo entre a comunidade e os trabalhadores da Unidade de Saúde, pois além desse profissional morar na área de abrangência, na maioria das vezes, ele tem como atividade predominantemente a visita sistemática das residências de sua microáreas.

A literatura mostra o reconhecimento da importância do Agente Comunitário de Saúde como vemos no texto abaixo:

“No modelo proposto pelo PSF, as pessoas – pacientes e profissionais – estão mergulhadas na realidade local e nela resgatam espaços de subjetividade que há muito se perderam nas práticas assistenciais ancoradas no modelo queixa-resposta médica. Nessa condição, ficam reforçados o encontro e o vínculo, e as pessoas podem se ver como gente que tem nome, origem, história, família, personalidade, defeitos e qualidades humanas. A qualidade da relação é outra, em particular no que se refere ao trabalho do agente comunitário de saúde (ACS), personagem que desponta como elemento indispensável na lógica de atenção do PSF.” (Rios, 2009.p.138)

Observamos que alguns profissionais entrevistados veem esta frequência constante do portador de doenças crônicas aos serviços de saúde como um certo tipo de dependência:

*“necessita sim. pela sua enfermidade, porque o doente crônico necessita de um suporte maior, tanto do médico quanto do enfermeiro (...) pela dependência, pela sua enfermidade, sua doença crônica, como ela não tem uma cura, ela tem uma estabilidade, a dependência dele é para deixar a vida dele mais estável, ele o doente com sua doença (...)” Aux1*

*“[importância da atenção ao PC] sim por causa o paciente crônico por causa que o paciente crônico tem uma certa dependência da unidade e dos profissionais, agente sempre esta buscando aqueles mais críticos, observando mais de perto, para que possamos trazer da casa para unidade, ver como eles vivem, com os familiares, para que a gente possa passar para os profissionais mais adequados, médicos, enfermeiros. Agente tem que mostrar como aquela pessoa está” ACS1*

O contato periódico do sujeito ao serviço é visto por alguns entrevistados como uma forma de dependência pode gerar o risco de subjugar o indivíduo, colocando-o como receptor de cuidado. Sabe-se que o momento de interação entre o portador de patologia crônica e a equipe é pequeno em comparação ao tempo que ele passa sozinho para manejar sua condição, por isso ele deveria ser orientado e estimulado no auto cuidado e o contato periódico deveria ser um momento que transcenda a transmissão de orientação a um sujeito subordinado.

Quando se enfoca a atenção domiciliar ao portador de doenças crônicas observamos que os entrevistados veem a importância da utilização desta tecnologia de assistência:

*“dentro da visita você tem que evidenciar situações problemas para daí criar um processo terapêutico, que deve envolver toda equipe desde o agente de saúde ao médico” E1*

*“(AD) É muito importante (...) os objetivos seriam um acompanhamento ‘mais próximo do paciente,[ orientá-los] mais próximo do contexto onde eles vivem,(...) [os pacientes crônicos] são pacientes que precisam de muito cuidado, grande parte polimedicados , precisamos estar ajustando as doses dos medicamentos, necessitam muito da equipe, escara de cuidados constante” M2*

*(AD) deve existir e faz parte da ideia do PSF, não faz sentido uma unidade de PSF que não faz assistência domiciliar aos pacientes crônicos.” M2*

Mas encontramos nas falas que apesar da atenção domiciliar ser vista como importante para o serviço, na prática muitas vezes a atenção domiciliar é utilizada apenas como uma estratégia de vigilância, onde os profissionais vão verificar se a terapêutica recomendada é cumprida. Havendo um predomínio de discursos com tons de prescritivos e de sujeição indivíduo portador das doenças crônicas.

*”[AD] para mim é assistir, e ser porta aberta a todo paciente, agente é assim um olheiro, a pessoa que estar sempre vigiando” ACS1*

*“quando precisa de uma atenção em domicílio, para verificar e comprovar os cuidados que estão sendo oferecidos a este paciente, que podem ser executados por ele ou não (...) [com o objetivo de] dar um melhor acompanhamento a este paciente, uma atenção com maior qualidade, uma coisa é o familiar vir aqui na unidade falar de como está o paciente outra coisa é você fazer a visita e verificar se os cuidados estão realmente sendo executadosE2*

*ver se o paciente esta com os remédios dele, se sabe como usar, a forma correta de usarM 2*

*o controle dele da doença em si, e controle da medicação, ver se ele esta tomando, a questão da alimentação e os cuidados domiciliares dele, no caso do paciente que necessita de cuidador, como ele está sendo cuidado, esse paciente, você estar verificando e acompanhando. E2*

Encontramos também nas falas dos entrevistados uma referência ao tratamento continuado, e a necessidade de auxiliar o sujeito a conviver de forma satisfatória com sua situação de saúde:

*“manter o maior tempo o paciente em condições de saúde melhor de ser vivida” ACS2*

*“[a AD] é ajudar o paciente a viver com a enfermidade dele, sempre estabilizando o doentes” AUX1*

Mesmo admitindo que a atenção domiciliar é uma tecnologia que ajuda no cuidado do doente crônico, os entrevistados admitem que ele não é realizada:

*(...) o cuidado domiciliar ao paciente crônico não, a gente tem é para os acamados e os ‘restrito ao lar’, porque os processos de trabalho do saúde da família é um processo de trabalho muito complexo de uma abrangência muito grande, quando a gente olha as demandas das doenças crônicas do acamado, dos hipertensos, as doenças transmissíveis, as notificações, os cuidados com a capacitação da equipe, o tempo fica extremamente estrangulado E1*

Os sentidos atribuídos à atenção domiciliar é predominantemente um estratégia que amplia o acesso aos pacientes que apresentam problemas para se locomoverem, devido a dificuldades para deambular ou por serem acamados.

Apesar de haver um reconhecimento das potencialidades como a possibilidade de conhecer o ambiente onde o indivíduo vive e outras variáveis que influenciam no adequado manejo da condição, ela não é vista como algo que deva ser realizada de forma sistemática e sim como algo pontual que deva responder a uma demanda de ordem biológica, muitas vezes devido ao agravamento do quadro clínico do indivíduo assistido.

Muitas vezes com função fiscalizadora, ou de manutenção de prescrições medicamentosa. Citada a possibilidade de utilizá-la para busca ativa de sujeitos que deixam de ir às atividades programadas.

São inúmeros fatores que contribuem para que esta tecnologia não seja aplicada de forma satisfatória, que vão desde o modelo assistencial, que direciona a prática dos trabalhadores, à forma como a doença é vista em nossa sociedade.

### **3.2. Planejamento da atenção domiciliar ao portador de doenças crônicas:**

O uso racional dos recursos humanos e do tempo é muito importante para os serviços de saúde, pois de maneira geral eles têm que lidar com demandas crescentes e recurso finito, realidade que faz parte trabalho das equipes de Saúde da Família.

A regionalização dos serviços, onde o planejamento das atividades podem ter como base a realidade local e as necessidades encontradas, na atenção do domiciliar, conhecer o território é muito importante, assim como as principais demandas da população.

O cadastramento da população adscrita para a alimentação de um sistema de informação (Sistema de Informação da Atenção Básica –SIAB), que é um instrumento que permite o conhecimento do perfil da população e ter uma base epidemiológica para que se avalie os problemas de saúde predominantes na área de abrangência. Sendo assim, conhecer os pacientes que são portadores de doenças crônicas possibilitaria as equipes subsídios para um planejamento da atenção domiciliar.

Observamos através das falas dos entrevistados que nas equipes pesquisadas há registros dos pacientes que necessitam de atenção domiciliar, o que facilita a execução de um planejamento:

*“Na minha equipe a gente trabalha com registro sim, agente tem o registro de todo paciente que precisa de visita, temos também o registro dos doentes crônicos, estão na ficha B” ACS2*

Instrumentos comuns do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) podem auxiliar as equipes a identificar alguns doentes crônicos, uma vez que estes instrumentos sistematizam os registros dos portadores de hipertensão arterial e de diabetes *mellitos*, mas elas transcendem os portadores destas duas patologias e o SIAB não possuem uma ficha de registro específica para as demais condições crônicas.

Apesar de ter o registro dos pacientes portadores hipertensão arterial e de diabetes *mellitos* nas fichas do Sistema Informação da Atenção Básica utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, em momento algum há relato que elas sejam utilizadas para o planejamento da atenção domiciliar. As equipes relatam apenas que a atenção domiciliar se direciona aos pacientes que apresentam dificuldade para chegar à unidade de Saúde da Família.

*“temos os registros de todos os pacientes que estão acamados, que necessitam de visita domiciliar” M2*

*“(...) no PSF a agente tem como saber quantos e quais são estes pacientes que precisam desta atenção (...)” Aux1*

O planejamento das atividades pode ter como base estes registros de pacientes mas também pode ser direcionada pela observação dos profissionais da equipe quando visitam as famílias, em especial temos a figura do Agente Comunitário de Saúde que tem como principal ferramenta de trabalho à visita às famílias de sua microárea.

Esta possibilidade de ter um profissional que visita as famílias de forma sistemática, permitindo assim uma interação constante entre a equipe de Saúde e as famílias, amplia as oportunidades de se realizar além de um monitoramento do estado

de saúde destes pacientes à intervenção oportuna, quando for identificada a necessidade. Podemos constatar que o planejamento desta atividade é considerada uma atividade importante para os entrevistados como observado nas falas abaixo:

*(...)Se a assistência domiciliar fizer parte de um circuito e não for algo pontual sim, caso contrário vira apenas a sensação de cumprimento de dever e não de processo terapêutico, que é uma coisa bem distinta, pode um enfermeiro de uma equipe fazer uma visita a um paciente acamado é uma coisa, mas você tem uma visita porque ali tem um plano de cuidado (...)E1*

A utilização de duas estratégias como o registro de todos os pacientes que possuem condições crônicas e a monitorização dos Agentes Comunitários de Saúde, ampliaria as possibilidades de se oferecer uma atenção estes indivíduos de forma integral e sistemática. Uma vez que elas são complementares.

O planejamento da atenção domiciliar nas equipes pesquisadas é feito prioritariamente em reuniões, como podemos ver:

*(...) toda segunda-feira a gente na reunião de equipe a gente procura fazer um levantamento clínico, o agente de saúde coloca o que eles viram na comunidade, aí eles trazem situações problema, que direciona o fluxo ou para o médico, ou para o enfermeiro, as visitas da equipe são agendadas nesta reunião, na conversação com os colegas de trabalho.” E1*

*(...) toda a segunda-feira nossa equipe se reúne os agentes detectam quem esta precisando, e tem uma lista e tem o número de visitas do médico e tem o numero de visitas do enfermeiro e vai preenchendo este número” AUX1*

*(...) são planejadas nas reuniões de equipe, então verifica quais os pacientes que tem necessidade de atendimento, e aí agente faz o agendamento” E2*

O planejamento da atenção domiciliar realizado em reunião é algo que potencializa a ocorrência de democratização das ações que serão executas. A participação de uma equipe multiprofissional permite um olhar ampliado das demandas e dos problemas de saúde, algo que pode ser muito satisfatório considerando que as



ações de saúde não devem ser focadas apenas nas patologias, mas nas famílias, nos indivíduos, nos costumes e em diversas outras variáveis.

A estratégia de utilizar a reunião para planejar a atenção domiciliar pode ser considerada a mais adequada para que se possa ampliar a participação de todos os membros da equipe nas decisões e se discutir os melhores caminhos para se executar um Plano Terapêutico Individual. O Ministério da Saúde recomenda: “a utilização de saberes de variadas origens para que a APS possa ser mais eficaz e resolutiva, saberes tanto específicos da saúde como de outros campos de conhecimento, como cultura, assistência social, gestão, esporte, lazer etc.” (Brasil<sup>a</sup>,2010, p9).

O encontro do profissional da estratégia de saúde da família com o usuário do serviço é considerado “um momento único no estabelecimento dos cuidados aos usuários da comunidade adscrita” (Brasil, 2006 p 15) e que deve ser planejada pela equipe de forma a permitir que contemple as demandas de cada família.

Podemos encontrar na literatura que a reunião de equipe é utilizada para planejar a atenção domiciliar em outros serviços: “em reunião de equipe discute o caso coletivamente com a participação de todos profissionais que a integram” (Lopes, 2003. P.18)

O planejamento feito com data preestabelecida e com a participação de todos é algo importante, só que uma característica existe nos serviços de que é imprevisibilidade de algumas variáveis que existes faz-se necessário um planejamento flexível, que possibilite a reformulação das ações durante a execução. (Brasil, 2009.p 63).

O lidar com o usuário portador de uma ou mais doenças crônicas amplia a possibilidade de se manejar as ações e ele apresentar uma agudização do caso, necessitando de uma intervenção da equipe de saúde. Esta flexibilidade no planejamento pode ser visto na fala abaixo:

*“(...) mas existe aquele paciente que necessita de uma visita domiciliar de urgência, então, a agente de saúde vem até a gente e avisa, assim que tenha um espaço disponível na agenda, agente vai lá e faz uma visita.”E2*

*“então o médico visita o paciente a cada três meses a gente tenta fazer esse jogo, vindo como ele está, depende muito da necessidade de cada um, se tiver uma piora, um acamado, claro que agente vai dar prioridade a ele e não a outro paciente. Que está agendada a visita, ai agente reagenda a visita do outro.”Aux1*

*“Na visita agente percebe a necessidade, pois na verdade agente não tem uma agenda aberta, com disponibilidade, na maioria das vezes [a atenção domiciliar é realizada] é quando agente percebe uma carência maior do paciente no momento”ACS2*

*Mas sempre o agente de saúde está lá mensalmente, no caso que o paciente fique crítico, mais do que ele já está, aí agente avisa ao médico, sendo acamado o médico vai lá ACS1*

As atividades de planejamento e avaliação são atividades que fazem parte das responsabilidades de todos os profissionais de saúde da família e segundo o Ministério da Saúde trazem “benefícios tanto aos trabalhadores quanto ao trabalho da equipe como um todo”. (Brasil, 2009, p35)

Temos na Estratégia de Saúde da Família a figura do Agente Comunitário de Saúde que seria um elemento que facilita a aproximação entre a Comunidade e os profissionais de saúde, pois eles visitam regularmente as casas de toda a população de sua microárea, inclusive dos doentes crônicos e comumente comunicam aos demais membros da equipe a situação encontrada, e a sua função é reconhecida como importante pelos entrevistados, como podemos ver:

*(...) quem organiza, agenda a visita aos doentes que estão acamados são os agentes de saúde, então há a necessidade primeira, primordial, da visita do*

agente de saúde nas casas da área para dizer quem necessita de visita em primeiro lugar (...)” M1

As demandas que chegam às equipes através do acolhimento ou originadas nas ações de interação com os Agentes Comunitários de Saúde com as famílias, também pode traçar um plano de cuidados para o paciente que necessita de atenção, observando quais as necessidades podem ser atendidas pela atenção domiciliar, como vemos:

*“através da informação dos agentes de saúde ou de algum familiar, então se faz uma visita(...)” E2*

O profissional enfermeiro é quem geralmente faz as ações regulação das situações que necessitam de atenção domiciliar, como podemos ver que podemos encontrar situação semelhante nas equipes pesquisadas, como podemos observar na fala dos entrevistados:

*“normalmente o enfermeiro que vai até a casa do paciente visitar e verificar as condições, se realmente ele não tem condições de vir ao posto, quais as necessidades destes paciente para então coloca-los no mapa ou não”E2*

*[pacientes que necessitam de atenção domiciliar]” o enfermeiro de nossa equipe é que organiza isso” M2*

Situação semelhante encontramos na literatura onde Fabrício *et alli* afirma que:

“As enfermeiras gerenciavam todo o atendimento, realizando planejamento do cuidado e solicitando avaliação de outros profissionais. A frequência dessas visitas foi estabelecida conforme necessidade do cliente, imposta por sua patologia e tratamento” (2004, p.724).

A programação da atenção domiciliar faz parte do cronograma de atividades da maioria dos profissionais das equipes pesquisadas. A agenda semanal é algo comum nas equipes de Saúde da Família e as atividades que serão executadas comumente estão neste cronograma:

*(...) todo mundo sabe que aquele dia é dia de visita(...)M1*

Este cronogramas de visitas nas equipes pesquisadas se adaptam a realidade do território. Na equipe que tem um maior número de idosos em sua área adscrita tem em sua programação dois turnos de atenção domiciliar, o que demonstra que o cronograma se adapta a realidade da população:

*(...) toda a semana, temos duas tardes M2*

Já na equipe com precárias condições socioeconômicas as visitas são organizadas em apenas um turno, o que parece ser rotina na maioria das equipes da estratégia de saúde da família de Aracaju:

*'(...) um dia por semana a equipe vai visitar os doentes (...)'M1*

Os pacientes que recebem visita de maneira geral são as pessoas que tem dificuldade de se deslocar até a unidade de saúde da família. O que possibilita a ampliação de acesso a estes usuários.

*“São só os paciente que não podem se locomover até a unidade.” M1*

*“(...)na minha equipe, nós fazemos visita domiciliar (...) apenas quando este paciente não tem condições de vir à unidade(...)então a única justificativa para você ir para a cada do paciente seria um paciente acamado, ou por algum outro motivo não pode vir aqui ao posto, ou para fazer busca ativa, do contrário, na equipe da gente, não justificaria uma visita no domicílio não”E2*

*“É importante pois as vezes agente como Agente de Saúde percebe a necessidade do paciente e tem a dificuldade de chegar ais serviços, a importância é assim grande, pela dificuldade de locomoção do paciente crônico”ACS2 “são os paciente que não tem condições de vir ao posto, os paciente idosos que podem vir ao posto agente prefere que venha marcar consulta como outro qualquer, se tiver alguma limitação importante, aí a gente vai.M2*

Além da ampliação do acesso aos Serviços de Saúde para os pacientes com dificuldades para se locomoverem, a Estratégia de Saúde da Família como lembra Mendes (2007) possibilita “entrar no ambiente familiar e conhecer melhor a realidade (e assim estabelecer planos de ação pertinentes aquele cenário) seja porque uma série de

pacientes ‘esquecidos’ pelo sistema de saúde devido a sua impossibilidade de locomoção – vítimas de AVC Acidente Vascular Cerebral, paraplégicos, deficientes mentais que se recusam a deixar o domicílio, entre outros, hoje podem ter contemplados seu direito de cuidado e ao atendimento” (Mendes, 2007, p. 254)

Os pacientes que recebem visita de maneira geral são as pessoas que não tem condições de se locomover até a unidade de saúde da família.

Araújo *et ali*(2006) verificaram em seu estudo que os usuários visitados durante o ano de 2005 no município de Tiradentes, Minas Gerais, em sua maioria eram mulheres, idosos, residentes na área urbana, que recebiam benefício do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e não estavam acamadas; o principal motivo para a visita foi a idade avançada e as principais co-morbidades que apresentavam foram hipertensão arterial, seguida de diabetes *mellitus*, e a maioria não necessitou de atendimento médico, mostrando a necessidade de planejamento e sistematização da visita para otimizar recursos financeiros e humanos.

A atenção domiciliar na atenção primária pode ser considerada uma resposta à demanda dos pacientes que estão sem condições de se deslocar até o serviço de saúde. (Lopes 2003) e o Estatuto do Idosos garantem este direito de assistência domiciliar aos pacientes que estão impossibilitados de ir até os serviços (Lei 10.741, 1.º de outubro de 2003). Mas fazer uso desta tecnologia de cuidado apenas para assistir os usuários com limitações de locomoção pode ser considerada uma subutilização de uma estratégia tão potencializadora de vínculos e responsabilização, o que é de grande importância para o tratamento do problema crônico.

A aproximação entre os serviços de saúde e o ambiente do usuário amplia as possibilidades de empatia entre os profissionais envolvidos na assistência assim como o respeito às dificuldades enfrentadas pelos pacientes portadores de doenças crônicas, facilitando assim uma mediação entre o que é prescrito e os que pode ser executado, potencializando o cuidado continuado. Smeltzer e Bare (2002, p108) lembra que o “o controle das condições crônicas é um processo cooperativo”

Vemos que a lógica de se atender os casos agudos ainda é utilizada para direcionar a atenção domiciliar, assim como a manutenção de medicação:

*“Agente discute o problema do paciente, a gravidade, ai agente faz a seleção”ACS2*

*na atual estrutura a descompensação clínica, (...) é esse critério que a gente coloca é a descompensação clínica, como eu disse anteriormente a gente não tem como fazer de rotina. E1*

*necessidade de medicação, piora no estado da pessoa M1*

Mas o monitoramento dos retornos às consultas dos pacientes crônicos foi citado por um enfermeiro, algo que é importante para o cuidado com o doente crônico e este acompanhamento é utilizado também para guiar a atenção domiciliar.

*(...) agente precisa este de olho nos retornos dele(...)E2*

E como forma de gestão de cuidado a atenção domiciliar pode ser utilizada:

*busca ativa, ou seja, o paciente é um paciente rebelde, que você sabe que é doente que não vem a unidade, aí você vai atrás(...)E2*

O que determina a periodicidade da visita, segundo os entrevistados, é a situação dos pacientes.

*“(... ) um paciente acamado por exemplo, que é hipertenso ou diabético, ou restrito ao lar, a gente procura fazer visita pelo menos uma vez por mês, a*

*cada dois meses, depende muito do paciente, normalmente é uma visita médica” E1*

*“(...) depende do paciente, geralmente mensal, algumas vezes trimestral, depende do paciente, semanal já teve casos(...)E2*

A estratégia de Saúde da Família preconiza que cada família seja visitada pelo Agente Comunitário de Saúde mensalmente, o que encontra consonância nas falas dos entrevistados, assim como o protocolo de Atenção ao portador de hipertensão e/ou diabetes refere que os pacientes devem ser consultados a depender do grau de agravamento de sua patologia que pode ser mensal, bimensal ou trimestral.

Pacientes classificados como de baixo risco “Acompanhamento mensal pela equipe multiprofissionais (atividades de educação em saúde) e semestral pelo enfermeiro e médico intercalados”. Aracaju, 2004. p.17, paciente classificados como de médio risco “Acompanhamento mensal pela equipe multiprofissionais (atividades de educação em saúde) e trimestral pelo enfermeiro e médico intercalados”. Aracaju, 2004. p.17 e paciente classificados como de alto risco “Acompanhamento mensal pela equipe multiprofissionais (atividades de educação em saúde) e mensal pelo enfermeiro e médico intercalados”. (Aracaju, 2004. p.17)

*“como agente de saúde é mensalmente, o médico sempre para os que são acamados mesmo, tem a visita mensal ou trimestral, caso ele esteja medicado, o paciente, ele passa a medicação para três meses” ACS1*

*“pelo menos uma vez por mês aquele que tem necessidade de visita é agendado”M1*

Outro critério para programar a periodicidade das visitas é o grau de conhecimento e preparo da família e do cuidador:

*“depende de quem está cuidando do paciente, como eu tenho um paciente que há muito tempo está nesta situação, a família já está acostumada com ele, depende da família de que está cuidando, se for uma família que não*

*tenha noção de nada e não saiba fazer nada a visita tem que ser feita com mais frequência, mas se a família já esta orientada a fazer o que se tem a fazer aí a gente, prolonga mais um pouco a visita” AUX2*

A proposta brasileira tem como parâmetro à media de três usuários de Atenção domiciliar para cada 1.000 habitantes. Esta média foi encontrada na Assistência Domiciliar de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, no sul do país, nos anos de 1998 e 2001 (Brasil, 2003). Para facilitar o planejamento dessas visitas, esta proposta sugere como parâmetro para os enfermeiros, cirurgiões–dentistas e médicos, a proporção de 1: 12 usuários, podendo realizar uma visita a cada mês.

Só que a grande demanda espontânea é referida como um fator dificultador para que o planejamento e a programação de ações de atenção domiciliar para a população de doente crônico seja feita de forma satisfatória:

*“Não para o cuidado domiciliar ao paciente crônico não, a gente tem é para os acamados e os restrito ao lar, porque os processos de trabalho do saúde da família é um processo de trabalho muito complexo de uma abrangência muito grande, quando a gente olha as demandas das doenças crônicas do acamado, dos hipertensos as doenças transmissíveis, as notificações , os cuidados com a capacitação da equipe, o tempo fica extremamente estrangulado. por mais que você abra espaço para uma demanda de porta de entrada tão forte que é a demanda espontânea, que estou falando da minha realidade de uma SUS dependência extrema, que sufoca estes momentos de agendamento (...) e não se trata de negligência, mas é uma questão mesmo de demanda, de processo de trabalho, os processos de trabalho no saúde da família eles estão extremamente estrangulados, precisa de uma certa dedicação organizativa no sentido gerencial, técnico para a gente abrir espaço para esta demanda” E1*

Um estudo feito por Oliveira (2008) demonstrou que a grande maioria dos profissionais que trabalham na estratégia de saúde da família se sentem sobrecarregados e que apesar do Ministério da Saúde definir o limite de pessoas pelas quais as equipes devem ficar responsáveis, essa quantidade muitas vezes não é excedida.



O modelo da atenção primária brasileiro coloca uma equipe de saúde responsável por 4500 pessoas em média, já o modelo de atenção primária que tem resultados satisfatórios como os modelos cubano e canadense a população não ultrapassa 1200 pessoas (Oliveira, 2008)

Uma alternativa sugerida pelo entrevistado seria a redução do número de pessoas que seriam acompanhadas pelas equipes:

“diminuir o numero de pessoas na área adscrita de cada equipe, ai você teria mais condições de sair da unidade, hoje o grande problema e que você não consegue sair da unidade para você sair da unidade você tem que se planejar muito, se houver uma necessidade uma urgência e você precise ir à área você cria um transtorno na unidade (...) se você tem uma grande demanda você não vai conseguir dar conta desta demanda toda e ainda mais fazer essas visitas domiciliares, se você tem uma demanda menor você consegue dividir o tempo da equipe entre os dois tipos de atendimento” E2

Uma atenção domiciliar ao doente crônico na atenção primária que permitisse que um Plano Terapêutico Individual fosse elaborado e cumprido no modelo de “gerenciamento de caso”, teríamos a possibilidade tanto de reduzir custos uma vez que segundo Mullahy in Bem Filho, 2007 “A maior parte do custo em assistência à saúde é gerada por cerca de 3 a 5% da população” e que “esta subpopulação é constituída por indivíduos que se encontram fortemente expostos a fatores de risco, criticamente doentes ou que são portadores de uma doença crônica.”(BEM FILHO, 2007p. 14) como também de evitar que o portador de patologias crônicas que acessa inúmeras vezes os serviços com sintomas semelhantes, tivesse que passar por este transtorno.

Atenção domiciliar ao portador de patologias crônicas é feita seguindo o modelo biomédico de monitorização e vigilância nas ações dos usuários, não vemos nas falas a preocupação com uma negociação sobre a terapêutica ou sobre a busca de uma maior autonomia do doente para com a sua condição.

*“(... ) ver se o paciente esta com os remédios dele, se sabe como usar, a forma correta de usar, os cuidado que deve ter em casa(...)” M2*

*“ a gente sabe que tem pacientes que não tomam o remédio adequado, não faz o que o medico manda fazer caminhada alimentação ,que atropela essas coisas”ACSI*

Apesar de se reconhecer a importância do portador da patologia para um a manutenção de um bom estado de saúde, essa participação é vista como coadjuvante das ações medicamentosas:

*“mas depende da pessoa mesmo, tem que fazer caminhada, alimentação o remédio ajuda mas a pessoa tem que se ajudar muito mais a si próprio o remédio não faz efeito, só faz efeito se o paciente se ajudar”ACSI*

Podemos perceber uma perda no potencial que a atenção domiciliar pode trazer na assistência ao doente crônico, uma vez que observamos a predominância na atenção domiciliar da dimensão biológica do indivíduo e que a ênfase em atender casos agudos.

*o médico vai, vê, o agente de saúde vê o que esta acontecendo entre a família e o paciente, conversa com o médico e com o enfermeiro,se é um caso mais crítico chama a assistente social também para ver, e as ofertas são o médico e os remédios, a atenção básica só com o médico.AC SI*

*[procedimentos ofertados]”consulta médica, cuidados com o enfermeiro e auxiliares, sobre higiene local a equipe de saúde bucal também vai e faz procedimento, basicamente isso”M2*

## **5.2. Facilidades e limitações para operacionalização da atenção domiciliar**

A atenção domiciliar traz inúmeras potencialidades para o manejo do portador do doente crônico, ela permite uma maior aproximação entre os profissionais das Equipes de Saúde da Família e a comunidade adscrita, mas inúmeros fatores influenciam na implementação desta estratégia.

Os profissionais do Saúde da Família entrevistados referem existem fatores que facilitam a atenção domiciliar como os programas já existentes a exemplo do Programa de Atenção ao Hipertenso, a organização do serviço em equipe e quando ela é bem integrada e que as ações na dimensão domiciliar reduz a demanda espontânea na Unidade de Saúde da Família.

A hipertensão arterial é um agravo que abrange grande parte da população, segundo o Ministério da Saúde do Brasil, cerca de 35% das pessoas maiores de 40 anos são portadores desta patologia, devido à alta morbimortalidade desta doença eles já são alvos de políticas de saúde no Brasil.

No atendimento ao paciente portador de patologias crônicas a existência de um programa de atenção Integral ao Hipertenso é citada como facilitador para a atenção domiciliar:

*“o hipertenso é o paciente que melhor recebe assistência na unidade de saúde, o paciente de feridas crônicas também recebe bastante cuidado, a porta de entrada é bem tranquila” E1*

Como as equipes já trabalham com programas específicos e a o programa de atenção ao hipertenso e diabético já fazem parte rotina dos trabalhadores desde a implantação da Estratégia de Saúde da Família. Em uma avaliação normativa realizada em 2001, observou-se que 90% das equipes realizavam ações voltadas ao portador de hipertensão arterial, sejam elas de diagnóstico ou de tratamento.( Brasil, 2004)

Como uma grande parte dos doentes crônicos tem como patologia principal a hipertensão ou ela como co-morbidade eles de maneira geral já são assistidos pelas equipes de forma sistemática.

A atenção primária no Brasil é estruturada de forma predominante com base no trabalho da equipe da estratégia Saúde da Família, onde os profissionais de saúde com membros da Comunidade planejam e executam ações de promoção, prevenção e tratamento de agravos. Segundo Gomes et al, 2005 desde a década de 70, o trabalho da área de saúde no Brasil é composto por equipes multiprofissionais, que abrange profissionais de vários de categorias profissionais e níveis de escolaridade. Mas a

simples junção de diversos profissionais não garante que se supere a falta de integração de diversas especialidades.

A equipe do Saúde da Família segundo o Ministério da Saúde se constitui em um “espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.” BRASIL<sup>b</sup>, 2006 p. 8

O vínculo é visto como facilitador como podemos ver na fala a seguir:

“A aceitação dos profissionais, o bom relacionamento dos profissionais, o bom relacionamento dos profissionais com as famílias da área” ACS2

A atenção domiciliar é também considerada, segundo Bem Filho(2007, p55), como um potente instrumento para as ações de gestão de cuidado de portadores de doenças crônicas e “o trabalho multiprofissional é fundamental para uma ação pró-ativa de atendimento de necessidades sentidas ou não pelos pacientes ou familiares, facilitando a adesão e o seguimento do protocolo de tratamento e contribuindo para evitar complicações e propiciar uma melhor qualidade de vida.” BEM FILHO, 2007P 55

As ações em equipe são reconhecidas como facilitadores para atenção domiciliar como podemos ver a seguir:

*“entender o que é trabalho de equipe, que cada membro da equipe tem a sua importância e que cada membro da equipe é essencial(...)” M 2*

*“(...)equipe unida, muito bem integrada é o mais importante, e a boa vontade de todos” M 2*

Gomes (2005) compara o bom trabalho em equipe de saúde, com o trabalho de uma boa orquestra, onde cada qual maneja o conhecimento de seu núcleo produzindo um resultado único e harmônico:

*“a sinfonia, enquanto produto de um trabalho realizado, não é resultado ou responsabilidade exclusiva de nenhum dos componentes, nem pode ser garantido pelo trabalho individual de qualquer um deles, ainda que as inserções dos diferentes profissionais (maestro, violinista, oboísta etc) tenham especificidades. É o agir em concerto desses profissionais, respeitando suas especificidades e responsabilidade que garante a execução da sinfonia”.* (Gomes, 2005. p. 108)

O trabalho em equipe pode potencializar as ações realizadas, pois além de permitir a otimização do tempo ele amplia a visão sobre a demanda, e esta potencialidade é vista pelos entrevistados como facilitadora das ações a serem desenvolvidas.

Quando na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978, se produziu a Declaração de Alma Ata que estipulou-se a meta de “saúde para todos no ano 2000”, se difundiu a ideia de que se não fossem tomadas medidas que potencializassem as ações de Promoção de Saúde e prevenção de agravos esta meta dificilmente seria alcançada.

Acredita que se ações de monitoramento e prevenção forem feitas com a população portadora de agravos crônicos reduzir-se-ia a possibilidade de agudização e os ônus para o serviço de saúde.

Existem inúmeras dificuldades para que haja um correto controle dos problemas crônicos de saúde, principalmente os que estão relacionados a mudanças no estilo de vida dos indivíduos o que leva segundo Carreira a um “elevado número de pessoas que procuram as instituições de saúde, repetidas vezes, necessitando tratamento dos mesmos sintomas”.(CARREIRA, 2010, P 934)

As ações de atenção domiciliar ao portador de doenças crônicas é vista pelos entrevistados como forma de se reduzir a demanda:

“facilita, que com as medidas desincha mais o acolhimento, a demanda é grande ainda, em busca de consulta, mas com a visita domiciliar aos idosos e acamados desincha mais” Aux1

A atenção domiciliar permitindo uma maior aproximação entre o portador do agravo e a equipe de saúde facilita as ações guiadas pela empatia e pelo reconhecimento do espaço do indivíduo, possibilitando uma negociação da terapêutica e potencializando a adesão ao tratamento, algo que é essencial para alcançar resultados satisfatórios.

O cuidador é definido pelo Ministério da saúde brasileiro como: “a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração.” ( Brasil, 2008, p.8)

A presença da pessoa do cuidador é visto também como facilitadora para a atenção domiciliar. Esta pessoa é quem executa diuturnamente os cuidados, e deve ser orientado pela equipe de saúde para que seja ampliada os benefícios de sua presença. Os profissionais das Equipes de Saúde da Família devem capacitar e/ou orientar os cuidadores domiciliares leigos para as tarefas mínimas de atenção básica no domicílio, como cuidados com a higiene corporal, dejetos, alimentação, administração de medicamentos e identificação de sinais e sintomas que alertam para as complicações.(Machado 2010, 89)

Segundo Fabrício *et alli* “ Com essa modalidade, o profissional pode proporcionar não apenas cuidados ao cliente, mas também realizar um intenso trabalho de educação com cuidadores e/ou familiares, tornando-os aptos e seguros para continuidade do cuidado. ” (2004, 725)

*“ o cuidador segundo alguns autores é o personagem mais importante do cuidado domiciliar, primeiro porque tem que mostrar para ele a técnica correta de alguns cuidados, pois é ele que fica operacionalizando tudo na casa, segundo você tem que acolher esse cuidador para que ele não adoça, precisa de um cuidado não só voltado ao usuário\paciente em si que está demandando cuidado, mas ao cuidador” E1*

*“mas o cuidado mesmo, é do cuidador, o familiar, agente oferece as informações como cuidar, o médico vai lá, o enfermeiro também fazer uma visita e conversa com eles, mostrando como cuidar daquele paciente, fazer exercício, caminhada, alimentação, justamente. ACS1*

Quando questionamos sobre as limitações encontramos inúmeros relatos que abrangem a questão de acesso, unidade de saúde distante da área adscrita e problemas com transporte, temos a questão da estrutura, organização e compreensão do cuidado, os limites do planejamento e organização do cuidado, assim como a grande demanda na sede da equipe, a questão de apoio para exames no domicílio, problemas que transcendem a capacidade da equipe, seja eles devido à complexidade, seja os de ordem social e a resitência do paciente a esta modalidade de cuidado ou a falta de um cuidador.

Na atenção primária à saúde, a estratégia de saúde da família deve ser o primeiro contato do indivíduo com o sistema e para se implantar uma equipe de PSF é necessário que haja uma Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde.

Apesar da Unidade de Saúde da Família estar no território adstrito, a distância ainda é vista como complicador para esta modalidade de assistência:

*“a distância entre a unidade onde estou alocado e a comunidade, caminhando você leva em média de 20 a 25 minutos, a depender da localidade da comunidade, isso dificulta a rotina de visita domiciliar do enfermeiro e do médico” (E 1)*

*“Há necessidade de se disponibilizar transporte, porque a área é distante, necessitaria que a Secretaria disponibilizasse um transporte para o profissional se locomover ao domicílio” ACS2*

Em um estudo feito no Paraná sobre as dificuldades de acesso a unidades básicas de saúde para os familiares de idosos portadores de patologias crônicas a questão do distanciamento geográfico entre a residência e o serviço e problemas de transporte também foram apresentados como complicador para se garantir o acesso destes usuários ao serviço.(CARREIRA, 2010 P 936)

*“a segunda coisa é que o carro que leva a gente, não raro a gente tem problemas de ele aparecer, nos períodos agendados(...).” E1*

*“As vezes o carro não está disponível, não sei por que, aí é questão da secretaria, na maioria das vezes falta de carro (...),a nossa área fica a mais de um quilometro daqui do posto, então tem que ter carro para ir até lá (...)como nossa área não é calçada, só tem duas ruas com calçamento, e ainda é muito precária, todo o resto da área é de terra, no inverno é lama pura, nem a pé agente consegue chegar,” M1*

Um estudo feito em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre feito por Marques e Freitas (2009, p.830) identificou “dificuldade dos profissionais envolvidos em conciliar suas atividades na Unidade de saúde com a necessidade de Visita Domiciliar, mais que uma vez por semana e, principalmente, quando aumenta o número de familiares a serem atendidas pelas equipe”.

A queixa por grande demanda é algo comum nas falas dos entrevistados, e a saída para o espaço domiciliar dos usuários é algo que requer planejamento para que não gere desassistência na sede da equipe de saúde da família, algo que os entrevistados relataram:

*“o problema é cumprir com a agenda das visitas domiciliares, com a demanda que é muito grande, para você encontrar um espaço para atender tanto os pacientes que vêm à unidade quanto aos paciente das visitas domiciliares às vezes fica um pouco complicado, então voce não consegue suprir as necessidades que são preconizadas para um paciente que é de atendimento domiciliar (...) o ideal é que existisse um menor número de pacientes acompanhados por cada equipe” E2*

*“agente percebe que os profissionais são muito sobrecarregados, atendente também esta demanda[atensão domiciliar](...) os profissionais ficam na unidade de saúde atendendo uma demanda muito grande de pessoas, ai não tem um tempo disponível para ir fazer essas visitas domiciliares, a não ser o agente de saúde que está dando um suporte, mas é muito pouco.” ACS2*



*“os processos de trabalho na saúde da família, eles estão extremamente estrangulados, precisa de uma certa dedicação organizativa no sentido gerencia técnico para agente abrir espaço para esta demanda”E1*

Alguns municípios optam por ter 2 auxiliares de enfermagem em cada equipes de PSF, para que seja feito um revezamento entre eles para realizar as ações na UBS e na área de abrangência, pois vemos que estes profissionais relatam dificuldades para conciliar a execução das atividades na sede da equipe e na área de abrangência.

*“a dificuldade é que você esta escalada aqui, nas salas de produtivas, na verdade você tem que deixar o paciente desassistido para dar conta daqui da sala (...) acho que deveria o PSF sair do papel, entendeu, porque ele está só no papel, na verdade ele está camuflado (...) o que o programa manda não esta sendo feito por conta das atividades na UBS” Aux2*

*“na minha categoria, que sou auxiliar de enfermagem, agente fica muito presa às unidades produtivas e agente não sai para a área para fazer visita com o enfermeiro ou com o agente, para a gente é mais difícil isso, para o médico e para o enfermeiro eles tem um dia certo, onde tem o carro disponível para fazer visita, tem o número de visitas por dia, para agente que é auxiliar não, para sair agente tem que sobrecarregar as colegas de trabalho, se for sair, agente tem que sobrecarregar porque das áreas produtivas, para ir na casa do paciente aferir pressão arterial, verificar glicemia, e a mesma coisa é nos grupos a presença é maior do médico e do enfermeiro e dos agentes e os auxiliares não por causa das áreas.” Aux1*

Apesar de esta dificuldade não ser percebida por um profissional de outro núcleo profissional sobre desimpedimento do auxiliar de enfermagem para realizar o atendimento domiciliar, como refere o entrevistado ao qual transcrevemos a fala a seguir:

*“a disponibilidade dos profissionais, principalmente dos auxiliares de enfermagem que estão sempre indo verificar as pressões dos pacientes que necessitam os demais profissionais também se disponibilizam a fazer a visita”(...) ACS2*

A rede de atenção em saúde ainda é um grande desafio para os sistemas de saúde, e a atenção domiciliar para ser uma ferramenta de cuidado ela precisa de suporte de rede, uma vez que nem todos os serviços podem ser oferecidos pela atenção básica.

No protocolo de atenção domiciliar de uma capital brasileira o serviço afirma que:

5.2 O SAD deve assegurar os seguintes suportes diagnósticos e terapêuticos de acordo com o PAD:

5.2.1 exames laboratoriais, conforme RDC/ANVISA nº. 302 de 2005;

5.2.2 exames radiológicos, conforme Portaria SVS/MS nº. 453 de 1998;

5.2.3 exames por métodos gráficos;

5.2.4 hemoterapia, conforme RDC/ANVISA nº. 153 de 2004;

5.2.5 quimioterapia, conforme RDC/ANVISA nº. 220 de 2004;

5.2.6 diálise, conforme RDC/ANVISA nº. 154, de 2004;

5.2.6.1 na realização da hemodiálise o dialisador deve ser de uso único. (Lopes, 2003, p. 22)

Encontramos nos entrevistas a dificuldade de se ter o suporte de exames laboratoriais:

*“nem tudo acontece como a gente quer, infelizmente a gente tem que solicitar um exame e não tem como obter, o paciente não tem como sair de casa” M2*

Mas sabemos que ao se ofertar a atenção domiciliar faz-se necessário que este serviço faça parte de uma rede de assistência e que esta rede se comunique para que haja a disponibilização de outras tecnologias como a execução de exames laboratoriais, seja ela de levar o paciente até o local dos exames ou o serviço para a residência do paciente.

Segundo Fabrício *etalli* “Independente da modalidade oferecida (visita, atendimento ou internação domiciliar), o cliente deve receber suporte de um serviço 24 horas para atendimentos de urgência e emergência, ou, até mesmo, para um transporte para exames diagnósticos ou orientação (alguns serviços contam com esse suporte). A maioria dos serviços conta com um central telefônica 24 horas para execução desses atendimentos em qualquer horário.” (2004, 723)

De acordo com KAWASAKI, K; DIOGO “um vez não dispensado o cuidado adequado, desde os procedimentos mais simples, até aqueles mais invasivos, podem oferecer riscos para o desenvolvimento de infecções, além de causar lesões na pele fragilizada do idoso e outros danos a sua saúde” (2001,p.323)

O receio de se ter demandas que excedam a capacidade de ação da equipe é algo real e se faz necessário que exista um serviço organizado em rede para que essa fragilidade seja minimizada.

A atenção domiciliar traz inúmeros momentos em que se faz necessário a tomada de decisão e o profissional muitas vezes está no espaço do paciente sozinho e não há condição para interação com outros profissionais, o que faz necessário que a equipe tenha um trabalho harmônico, para que não haja choques ou conflitos. Além disso o serviço tem que estar integrado a uma rede, principalmente no que se refere à complexidade da demanda que surge ou ao horário que ela surge.

As equipes da Estratégia de Saúde da Família, de maneira geral, trabalham em horário comercial ( das 7 horas às 12 horas e das 14 horas às 17 horas), mas muitas vezes a demanda de um acamado/portador de limitações de mobilidade ocorre fora deste horário, aí surge a necessidade de um sistema integrado que atenda esta demanda:

*“outro problema que dificulta também, e às vezes esse paciente tem demandas que transcendem ao cuidado de uma equipe de saúde da família, a medida que um acamado tem uma demanda de descompensação pulmonar ou cardíaca ou respiratória, e que a unidade não tem um suporte na dimensão de sua necessidade, aí a gente solicita o SAMU, e aí da monitoramento naqueles cuidados que é próprio do enfermeiro ou farmacológicos do médico”. E1*

Outra questão que surge quando se avalia as necessidades de saúde, é a questão social, com a ampliação do conceito de saúde, muitas demandas antes consideradas apenas sociais, agora são consideradas demandas de saúde, o que gera a sensação que são demandas que extrapolam o espaço da saúde.

*“ (...) as dificuldades são mais sociais do que boa vontade, o problema é fazer as modificações sociais nos pacientes, exemplo o paciente com escara de decúbito, precisa de uma cama apropriada para ele, ou meio de transporte para movimentar o paciente para um laboratório, nos temos uma medicina, mas uma medicina hipocrática, não dispondo dos recursos mais modernos deixando o contato médico paciente acima de tudo” M2*

*[AD é importante] porque são carentes em primeiro lugar, devido à questão social, mais a questão social do que médico (...) uma pessoa que não pode se locomover e que normalmente é carente, não tem emprego, não tem fonte de renda, não tem nada” M1*

Uma dificuldade referida foi a falta do cuidador, na maioria dos serviços de atenção domiciliar a presença deste ator social é considerada essencial para a instalação do serviço como podemos ver na Portaria 2529, onde e não ter um “cuidador contínuo identificado” é critério para exclusão da modalidade de atenção domiciliar.

*“as vezes o paciente não é tão aberto a essa visita, então quando é um paciente que recebe bem a equipe fica muito fácil de trabalhar, quando é um paciente que não recebe e não quer o acompanhamento da unidade aí fica mais complicado, e ainda tem a questão do paciente não ter familiar, não tem um responsável, não tem alguém quem o acompanhe, muitas vezes o paciente não é orientado, o que fica difícil dar um seguimento das orientações passadas” E2*

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através deste estudo pudemos perceber um pouco do quanto ainda pode ser feito para que haja uma assistência adequada ao portador de patologias crônicas. O crescimento desse grupo de doenças e agravos é inegável e, a sociedade precisa se preparar para melhor enfrentar essa situação. Temos na estratégia de Saúde da Família um forte potencial para que o manejo das condições e situações provocadas e/ou envolvidas por essas doenças e agravos seja realizado de forma adequada, especialmente, através da atenção domiciliar. Essa modalidade assistencial pode representar uma estratégia de intervenção efetiva e eficiente no controle dessas situações e condições, desde que ocupe um lugar relevante na organização do trabalho em saúde e se consolide em ações e relações pautadas pela integralidade, escuta, vínculo, acolhimento e resolutividade.

Porém, o presente estudo permitiu a identificação de diversos obstáculos e/ou desafios para a efetividade e eficácia da AD, nas experiências e visões analisadas. Assim, apesar dos profissionais reconhecerem a importância de se trabalhar com essa modalidade assistencial, especialmente com os portadores de doenças crônicas, suas ações são guiadas predominantemente pela perspectiva biomédica. Conseqüentemente, as situações e problemas identificados pelos entrevistados como pertencentes ao campo sociológico e/ou psicológico são vistos como de difícil manejo ou fora do escopo de ação da equipe de saúde da família.

Além disso, o maior tempo e a maior frequência de interação entre paciente e profissional de saúde, identificados pelos entrevistados no contexto da oferta de AD a pacientes crônicos, expressam para esses sujeitos uma forma de “dependência” dos pacientes em relação a um serviço que não teria condições para dar uma resposta adequada, dada a forte pressão da demanda espontânea, por exemplo. O planejamento das ações relativas à AD se dá de modo pontual e centrado nas condições clínicas, sem potencializar a integração da equipe e a organização do trabalho em saúde a partir da construção de projetos terapêuticos singulares, pela articulação de redes de cuidado ou de ações de promoção em saúde pautados pelas noções de autonomia e equidade, por exemplo.

O Hiperdia é apontado como um fator facilitador do planejamento e execução da atenção domiciliar, uma vez que consiste em uma organização pré-estabelecida do trabalho e do serviço que garante espaço e integração na agenda da equipe para agir sobre as condições crônicas. A inserção dos ACSs na equipe também é apontado como um fator facilitador. Porém, nenhum desses fatores foi descrito como potente o suficiente para ampliar os escopos e consolidar as ações da AD, em bases que

extrapolem a mera atenção a “acamados” e/ou a pacientes crônicos com sérias “agudizações clínicas”.

## 7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 25, n. 5, p.1103-1112, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/17.pdf>. acessado em 22/10/2010.

ARACAJU, **Manual de ações programáticas – Saúde do Adulto.** Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2004

ARAÚJO, F. E. de; COSTA, L.L. da VILASBOAS, L; DANTAS, D.K. de O. **Características das visitas domiciliares realizadas pelo médico de uma equipe de PSF - Tiradentes-M.G.** *Revista APS*, v.9, n.1, p. 15-19, jan./jun. 2006

BARBIERI, A. L.; MACHADO, A. A.; FIGUEIREDO, M. A. de C. Estudo qualitativo de crenças relativas aos cuidados domiciliares e à morte entre familiares de portadores de HIV/AIDS e câncer. *Rev. Paidéia*, Ribeirão Preto 2005, 15(32), 427-432. Disponível em <http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/32/11.htm>. acessado em 22/10/2010.

BARDIN L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: edição 70, 1977.

BARROS, M B A; CESAR, C L G; CARANDINA,L; TORRES, G D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD – 2003. *Rev. Ciência e Saúde coletiva*, Rio de Janeiro 2006, 11(4): 911-926. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n4/32329.pdf>, acessado em 08/02/2011

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som; um manual prático.** Editora Vozes: São Paulo, 7ª edição, 2008.

BAUER, Martim W.; GASKELL, George. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som; um manual prático.** Editora Vozes: São Paulo, 7ª edição, 2008

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H e GRUMBACH, K. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *Rev. JAMA*, outubro, 9, 2002 – vol. 288, n.o.ex 14. Downloaded from [www.jama.com](http://www.jama.com) at capes consortia, on April 16, 2008.

Brasil. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.140 p.

BRASIL. Ministério da Saúde **Programa de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 36p. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad1.pdf>. Acessado em 12/04/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde **Rastreamento.** Série: Cadernos da Atenção Básica vol. 29. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95p. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad29.pdf>. Acessado em 12/04/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde **Treinamento introdutório**. série Cadernos da Atenção Básica vol 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 16p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd1.pdf>. Acessado em 12/04/2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.029** de 24 de agosto de 2011 institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/>. Acessado em: 11/09/2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**, Série Pacto pela Saúde vol 8 Brasília: Ministério da Saúde 2008. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>. Acessado em 12/04/2011.

BRASIL. **Política nacional de alimentação e nutrição** – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL<sup>a</sup>. **Lei nº 10.424**, de 15 de abril de 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/>. Acessado em: 11/06/2011.

BRASIL<sup>a</sup>. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.60 p.

BRASIL<sup>b</sup>. Ministério da Saúde. **Prevenção de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. série Cadernos da Atenção Básica vol 14. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd14.pdf>. Acesso em 12/04/2011

BRASIL<sup>b</sup>. Programa Nacional de Promoção de Atividade Física “Agita Brasil”: Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. Informes técnicos institucionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2002; 36(2): 254-6. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n2/9222.pdf>, Acessado em: 11/06/2011.

BRASIL<sup>c</sup>. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**, Série Pacto pela Saúde vol 7 Brasília: Ministério da Saúde 2006. 72p.

BRASIL<sup>d</sup>. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**, Série Caderno da atenção básica vol 19 Brasília: Ministério da Saúde 2006. 192p. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>. Acesso em 12/04/2011

BURY, M The sociology of chronic illness: a review of research and prospect. *Sociol Health illn*, v. 13, 1991, p.451-468.

CALDAS, C. P. O autocuidado na velhice. In:FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia et al**. 2.a. ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006 p.1117-1121

CAMARGO JR., K. R. de. A biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a09.pdf> acessado em 28/12/2011



CANESQUI, A.M. **Olhares socioantropológicos sobre os adoecimentos crônicos**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CANZONIERI, A. M. . **Metodologia da Pesquisa Qualitativa na Saúde**. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. v. 1. 125 p.

CARREIRA, L. & RODRIGUES, R. A. P. Dificuldade dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso a Unidade Básica de Saúde. **Rev. Bras. enfermagem**, Brasília, 2010, nov-dez; 63(6): 933-939 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/10.pdf> acessado em 28/01/2011

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

DIOGO, M.J.D.E. DUARTE, Y. A. Cuidados domiciliares: conceitos e práticas. In:FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia et al**. 2.a. ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006 p.1122-1130

FABRÍCIO, S. C. C.; WEBBE, G., NASSUR, F. B., ANDRADE, J. I. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, 2004 setembro-outubro; 12 (5): 721-6. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n5/v12n5a04.pdf> acessada em 28/01/2011.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(4):986-994, jul-ago, 2004

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, dez. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>. acessos em 04 out. 2010 .

GOMES, R. da S; PINHEIRO, R e GUIZARDI, F. L. **A orquestração do trabalho em saúde um debate sobre a fragmentação das equipes**.In. PINHEIRO, R; MATTOS, R. A.Construção social da demanda. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO, 2005. P. 105-116

HERNNAM, A. P.; LACERDA, M. C. Atendimento domiciliar à saúde: um relato de experiência. **Cogitare enferm.**, Paraná, 2007 OUT/DEZ;12(4):513-8. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/10079>. acessos em 04 out. 2010 .

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (PNAD/2008).Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_socio\\_saude/2009/indicsaude](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_socio_saude/2009/indicsaude). acesso em 04/04/2011.

LACERDA, M. R; GIACOMOZZI, C. M; OLINISKI, S. R. e TRUPPEL, T. C. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde soc [online]**. 2006, vol.15, n.2, pp. 88-95. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0104-1290200600009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-1290200600009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) acessos em 28/01/2011

LESSA I. Doenças Crônicas Não-Transmissíveis In: Lessa I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade – epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1998. p. 29-42

LOPES, J M C **Manual de assistência domiciliar na atenção primária a saúde.** Porto Alegre: Hospital Conceição, 2003.

MACHADO, L. de C. **A visita domiciliar na visão dos profissionais de saúde e dos usuários no município de Aracaju – Se.** Dissertação de mestrado apresentada a UNIT/SE, 2010.141p.

MARQUES, G.Q. ; FREITAS, I. B. A. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde – Porto Alegre, Brasil. **Rev. Esc. Enferm USP**, 2009; 43(4): 825-32

MENDES, K. **Home Care: uma modalidade de assistência a saúde:** UERJ, UnATI, 2001. Disponível em [www.unati.uerj.br/publicacoes/textos\\_Unati/unati4.pdf](http://www.unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/unati4.pdf) : acesso em 01/12/201.

MINAYO MCS. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa qualitativa.** In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método, criatividade. 21ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes 1994. p. 9-29.

MINAYO, M C S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** 4. Ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco. 1996

MOTA, F.R.L. **Prontuário eletrônico do paciente: estudo do uso pela equipe de saúde do centro de saúde Vista Alegre.** Dissertação de mestrado apresentado na UFMG. Minas Gerais, 2005. Disponível em: [http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/VALA-6K5LVK/1/mestrado\\_francisca\\_rosaline\\_leite\\_mota.pdf](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/VALA-6K5LVK/1/mestrado_francisca_rosaline_leite_mota.pdf) acesso em 07/09/2011.

OLIVEIRA, R. G. e MARCON, S.S. Trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família : a prática do enfermeiro em Maringa-Parana. **rev. Esc. Enferm. USP**,2007, 41(1) 66-72

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial** / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção de doenças crônicas um investimento vital** / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2005. Disponível em [http://new.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=328&Itemid=614](http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=328&Itemid=614) acessos em 28/04/2011.

REHEM, T. C. M. S. Ba e TRAD, L. A. B.. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, suppl., pp. 231-242. ISSN 1413-8123 Acessado em 04/04/2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000500024&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500024&lng=pt&nrm=iso)>.acessos em 22/08/2010.

REIS, A. O. A; MARAZINA, I.V.; GALLO, P.R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.36-43, set-dez 2004

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde : prática e reflexão** São Paulo : Áurea Editora, 2009.

RODIRGUES, G.G. de O. **sistemas de avaliações de satisfação do cliente utilizadas pelos serviços privados de assistência domiciliar em saúde em Porto Alegre**. TCC do curso de gestão em saúde disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14889/000652090.pdf?sequence=1>

SAKATA, K. N.; ALMEDA, M. C. P. de; Alvarenga, A de M; CRACO, P. F. e PEREIRA, M. J. B. Concepções das equipes de saúde da família sobre visita domiciliar. **rev. bras. Enferm, Brasília**, 2007, nov-dez; 60(“): 659-67.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

STARFIELD, B. SHU, L. e MACINKO, J. Primary care impact on health outcomes: a literature review. **Milbank quarterly**, 2005, 83(3): 457-502

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do ‘Home Health Care’ no Brasil. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 9, p. 15-18, out./dez. 2000.

TRAD, L.A.B. **Desafios éticos e tecnológicos do trabalho com família: reflexões em torno da Estratégia de Saúde da Família**. in TRAD, L.A.B. Família contemporânea e saúde – significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2010. p. 106-133

TRAVASSOS, Cláudia and MARTINS, Mônica. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, v. 20.

VILLAS BOAS, P. J. F. e RUIZ, T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2004, 38(3),372-378. ISSN 0034-8910. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300006&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 22/10/2010.

# ANEXOS

**Anexo 1**

**Universidade Federal da Bahia**  
**Instituto de Saúde Coletiva**  
 Rua Basílio da Gama, S/N – ISC, 1º. and. - Canela

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O (a) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR AO PORTADOR DE PATOLOGIAS CRÔNICAS: ANÁLISE DE EXPERIÊNCIAS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ARACAJU.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar os sentidos atribuídos à Assistência Domiciliar dirigida aos Portadores de Doenças Crônicas por duas equipes de saúde da família do município de Aracaju-SE.

Os pesquisadores solicitarão informações relacionadas à Assistência domiciliar, o seu sentido para os profissionais que a realizam, o seu planejamento e como ela é operacionalizada.

Para a coleta de informações necessárias à pesquisa serão realizadas entrevistas com os profissionais que realizam a Atenção domiciliar. Nestas ocasiões, poderão ser utilizados aparelhos para gravação áudio-visual. As informações coletadas serão utilizadas eticamente para fins de pesquisa. A identidade dos participantes será mantida em sigilo, de maneira que seu nome ou material que indique sua participação nesta pesquisa não serão revelados em nenhuma publicação deste estudo.

Serão respeitados os aspectos éticos da Resolução número 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

O (a) Sr.(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, bem como, poderá desistir de participar da pesquisa e revogar este consentimento a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo por sua desistência. A sua participação nesta pesquisa não acarretará riscos à sua saúde.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui esclarecido (a) e concordo (a) em participar voluntária e gratuitamente da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora responsável por esta pesquisa, Enfª Raquel dos Reis Tavares, através do telefone (79) 3279 – 3200.

Ao concordar em participar, declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas referentes a este estudo.

Aracaju, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Participante

## **Anexo 2**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Instituto de Saúde Coletiva – ISC

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Pesquisa: ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR AO PORTADOR DE  
PATOLOGIAS CRÔNICAS: ANÁLISE DE EXPERIÊNCIAS DE EQUIPES DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ARACAJU.

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. O que é assistência domiciliar aos portadores de doenças crônicas para você? Quais os objetivos desse tipo de assistência?
2. Você acha importante a oferta da assistência domiciliar aos portadores de doenças crônicas em uma unidade de saúde da família? Por quê? O que justifica essa oferta?
3. Em sua opinião, essa oferta deve existir em todas as USF? Por quê?
4. Você acha que a assistência domiciliar aos portadores de doenças crônicas existente em sua unidade de saúde é uma estratégia que facilita ou dificulta atingir aos objetivos de trabalho gerais da equipe de saúde da família? Facilita ou dificulta o processo de trabalho? Por quê?
5. O que é necessário, em termos de organização do serviço, para que essa modalidade de atendimento seja ofertada por uma Unidade de Saúde da Família?
6. Há espaço na agenda da equipe de saúde da família para a assistência domiciliar aos portadores de doenças crônicas? Se não, por quê? Se sim, qual? Está adequado às necessidades dos usuários?
7. Há um registro dos pacientes portadores de doenças crônicas que necessitam de assistência domiciliar?
8. Existe reunião para planejar as visitas que serão realizadas pela equipe de Saúde da família?
9. Como são selecionados os paciente que receberão esse tipo de atendimento?
10. Quais são as necessidades específicas de saúde dos portadores de doenças crônicas? Quais são atendidas pela ESF? Quais não são? Por quê?
11. Qual a periodicidade das visitas realizadas?
12. Quais os procedimentos ofertados na assistência domiciliar aos portadores de doenças crônicas?
13. Quais as dificuldades para a realização deste tipo de assistência?
14. O protocolo de atendimento aos hipertensos e diabéticos do município de Aracaju é utilizado para programar a visita aos pacientes com dificuldade de locomoção/acamados da área de abrangência portadores de patologias crônicas? Caso sim, como?
15. Você acredita que a assistência domiciliar auxilia no autocuidado do portador de doença Crônica? Caso sim, como?

