**A ATENÇÃO DOMICILIAR NO SUS: REFLEXÕES DE UMA ACADÊMICA DE MEDICINA ACERCA DA PRODUÇÃO E CONTINUIDADE DO CUIDADO INTEGRAL E HUMANIZADO**

**Elisângela D’ Oliveira Paula Sousa1**

1Acadêmica de Medicina, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro.

**(elispsousa1@gmail.com)**

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A atual conjuntura da sociedade brasileira produz novas demandas em saúde, representadas por número crescente de atendimentos nos diversos serviços do Sistema Único de Saúde. Nesse âmbito, a Atenção Domiciliar apresenta-se como modalidade que viabiliza o cuidado integral e humanizado. **METODOLOGIA:** Estudo do tipo relato de experiências de uma acadêmica de Medicina da Universidade Federal Fluminense integrada a uma Clínica da Família no município do Rio de Janeiro. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O acesso aos serviços de saúde deve considerar as diferenças na gestão/produção do cuidado a ser construído pela coletividade. As múltiplas formas de assistir o paciente e de organizar o processo de trabalho possibilitam a continuidade do atendimento. **CONCLUSÃO:** A ampliação do acesso por meio da Atenção Domiciliar pressupõe que a assistência ocorra para além dos muros da unidade de saúde, entendendo o usuário e seu cuidador como sujeitos ativos na promoção, manutenção e recuperação da saúde.

**Palavras-chave:** Assistência Integral à Saúde. Serviços de Assistência Domiciliar. Acesso Universal à Saúde.

**Área temática:** Temas Livres em Saúde

**INTRODUÇÃO**

A acelerada transformação demográfica, epidemiológica e socioeconômica que a população brasileira experimenta ao longo dos anos demanda alterações em diversos setores da sociedade que garantam direitos como emprego, segurança, educação e saúde. Em relação à saúde, é imprescindível ressaltar que esta é um direito inerente a todo cidadão e o acesso aos serviços deve ser assegurado de forma universal e igualitária pelo Estado (BRASIL, 1988).

Tais modificações na conjuntura da sociedade brasileira traduzem-se em novas demandas em saúde, representadas por um número crescente de atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde/Atenção Primária à Saúde (UBS/APS), nos ambulatórios de especialidades e nos serviços de urgência/emergência, assim como aumentos nas internações ou no tempo de permanência do usuário em unidades hospitalares, com impacto direto no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, a Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção que oferta o cuidado integral e humanizado no SUS e, ao mesmo tempo, otimiza o uso de leitos hospitalares e reduz a sobrecarga em alguns serviços (BRASIL, 2020, p. 5). Esse modelo de assistência possibilita a articulação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) conforme o perfil do usuário, uma vez que entende o binômio saúde-doença como situação dinâmica associada aos determinantes em saúde. Sendo assim, este estudo objetiva produzir reflexões acerca da produção e continuidade do cuidado na AD.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiências de uma acadêmica de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF) integrada a uma Clínica da Família localizada na Zona Portuária do município do Rio de Janeiro, com jornada de dez horas semanais, no período de 17 de março a 22 de dezembro de 2023. A construção de novas e valiosas experiências e a produção de reflexões acerca do trabalho desenvolvido naquela unidade ocorreu mediante integração a uma das equipes de saúde que realizava visitas domiciliares aos usuários cadastrados e em maior estado de vulnerabilidade no território.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A visita domiciliar (VD) geralmente era realizada pela médica da equipe e por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) e contava com a colaboração de outros profissionais conforme a necessidade. Percorrer o território, espaço dinâmico onde inúmeras relações são (re)construídas, era tarefa complexa. Chegar à residência do usuário exigia preparo físico e atenção aos perigos que um terreno acidentado ou caminhos em mau estado de conservação escondiam (fios elétricos soltos, bueiros sem tampas, calçamento deteriorado etc.), pois a maior parte do trajeto era realizado a pé.

Uma vez que as equipes estão expostas a realidades sociais, rotinas, valores e formas de produzir o cuidado próprios de cada família (BRASIL, 2012, p. 11), andar pelo território e adentrar na casa do paciente exige dedicação, atenção, respeito e estar aberto ao desconhecido, sendo esta uma das maneiras de se aproximar da realidade do usuário e daqueles que fazem parte do seu convívio. Conhecer os contextos do usuário/cuidador é indispensável para a compreensão do processo saúde-doença e para a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que seja adaptável a sua realidade e atenda as suas necessidades.

O perfil dos usuários atendidos durante as VDs era variado e compreendia desde sujeitos com permanente restrição ao leito ou, mais comumente, ao domicílio, até aqueles com impedimento temporário para deslocamento à unidade de saúde. Tais limitações não se reduziam às condições físicas, uma vez que diversos indivíduos conviviam com complexas questões relacionadas à saúde psíquica que configuravam importantes obstáculos para que deixassem suas residências.

Os usuários assistidos apresentavam inúmeras demandas, porém o tempo abreviado de cada visita frequentemente não era capaz de suprir todas em uma mesma ocasião, a exemplo do que ocorre no consultório, porém com o importante diferencial de que a equipe de saúde é quem necessita ir ao encontro do paciente para que a continuidade do cuidado se estabeleça. Nesse contexto, uma das dificuldades a serem contornadas pelos trabalhadores diz respeito ao tempo semanal destinado à realização de cada visita.

O retorno para a APS após a VD não significava que o papel da equipe já havia sido cumprido, pois era necessário registrar a visita, fazer as prescrições e os encaminhamentos e posteriormente entregá-los, solicitar e coletar exames, dentre inúmeras outras atribuições inerentes à assistência realizada no domicílio. Além disso, dependendo da complexidade do caso, era preciso que o grupo elaborasse novas estratégias de abordagem ao paciente e a sua rede sociofamiliar para otimizar a promoção e a continuidade do cuidado.

É crescente o número de usuários elegíveis para a AD, pois esta assiste os clinicamente estáveis restritos ao leito/domicílio temporária ou definitivamente ou conforme estado de vulnerabilidade (BRASIL, 2016). Assim, o SUS tem o compromisso de assegurar acesso universal ao considerar as diferenças na gestão/produção do cuidado, sendo este construído de forma colaborativa, reproduzindo múltiplos modos de assistir o paciente, organizar o processo de trabalho e garantir a continuidade da assistência (BRASIL, 2013).

É a partir do diálogo estabelecido entre todos os envolvidos com o cuidado que estes compartilham conhecimento e planejam os próximos passos. Todos os integrantes da equipe, o paciente, sua família e o cuidador desempenham papéis indispensáveis nesse processo e é por meio dessa troca de saberes e experiências que o cuidado se estabelece. Nesse contexto, destaca-se a importância dos ACSs na criação de vínculos positivos. Esses profissionais são importantes elos entre a equipe de saúde e a comunidade, uma vez que residem no mesmo território e estão mais próximos da realidade vivenciada pelos usuários.

Enquanto sujeitos da experiência, os ACSs encontram-se frequentemente sobrecarregados física e emocionalmente. Esses agentes estão em permanente deslocamento pelo território, conhecem pessoalmente parte dos assistidos e são a referência de grande número de usuários, sendo assim, para além das habilidades teórico-técnicas necessárias para atuar como importante conexão entre os usuários e os demais membros da equipe de saúde, é também fundamental que saibam gerir devidamente a vida pessoal e a profissional.

Diversos fatores afetam diretamente a produção e a continuidade da assistência na AD, como a frequência das visitas, os níveis de comprometimento e interação entre a equipe, o tempo dispensado ao paciente, a aceitação da proposta terapêutica pelo usuário/cuidador e o vínculo estabelecido. Ressalta-se, entretanto, que a equipe de saúde não é a única responsável pelo cuidado, devendo este ser compartilhado entre todos os envolvidos, assumindo o usuário e sua rede sociofamiliar o protagonismo (BRASIL, 2013).

Inúmeras são as barreiras para a implementação do PTS na AD. Sendo assim, é imprescindível visitar periodicamente cada usuário a fim de verificar a continuidade do cuidado e sanar as dúvidas e dificuldades apresentadas. É fundamental que a equipe, para além de entregar projetos terapêuticos pré-definidos, construa-os, na medida do possível, com o paciente e o cuidador, respeitando a autonomia dos mesmos nesse processo, sem abandonar, contudo, o saber técnico acumulado pela equipe profissional (BRASIL, 2012, p. 43).

Diversos desafios apresentam-se a uma equipe quando uma VD é realizada, porém também são diversas as estratégias para superá-los, tais como o planejamento adequado das condutas profissionais, a troca de saberes entre a equipe multiprofissional e o bom relacionamento/diálogo entre a complexa tríade paciente-cuidador-profissionais (BRASIL, 2012, p. 45). O acesso universal e equânime aos serviços de saúde, bem como a produção e continuidade do cuidado integral e humanizado a todo usuário do SUS, requer que se leve em consideração as singularidades daquele que é assistido.

**CONCLUSÃO**

As constantes transformações que a sociedade vivencia impõem inúmeras pressões sobre o nosso sistema de saúde e requerem mudanças que favoreçam o acesso e priorizem, entre outras ações, a promoção e a continuidade de um cuidado integral e humanizado. A ampliação do acesso pressupõe que a assistência ocorra para além dos muros da UBS/APS, sendo múltiplas as atribuições da equipe de saúde quando se leva o cuidado até o domicílio do usuário, entendendo-o como sujeito ativo na promoção, manutenção e recuperação da própria saúde.

A AD requer profissionais que lancem mão do vasto repertório teórico-técnico acumulado durante os anos de formação/atuação para atender adequadamente as necessidades do paciente/cuidador e ultrapassar os obstáculos que se apresentam, adicionando sensibilidade ao abordar realidades heterogêneas em seus aspectos socioeconômicos, culturais, espirituais e outros determinantes no processo saúde-doença. É fundamental que a equipe, para além de entregar projetos terapêuticos pré-definidos, produza-os preferencialmente com o paciente/cuidador, considerando singularidades e tornando-os participantes ativos nesse processo.

**PRINCIPAIS REFERÊNCIAS**

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas**. Diário Oficial da União. 26 abr. 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxOQ==>. Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 30 set. 2023.

Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**, 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 30 set. 2023.