

**A PERCEPÇÃO DOS ALUNOS DE MEDICINA NA VISITA DOMICILIAR DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Mariana Oliveira Curado<sup>I</sup>; Karolyni Lesley Diniz Sant’Anna<sup>II</sup>; Pedro Paulo de Queiroz Dacroce<sup>III</sup>; Hellen Cristina Almeida Abreu de Lara<sup>IV</sup>.

I. Acadêmica de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande – MT (UNIVAG). E-mail: mariana.curado1@gmail.com

II. Acadêmica de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande – MT (UNIVAG). E-mail: karolyni\_diniz@hotmail.com

III. Acadêmico de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande – MT (UNIVAG). E-mail: ppdacroce@gmail.com

IV. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso. Professora do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG). E-mail: hellen.abreu@univag.edu.br

**Introdução:** O SUS, Sistema Único de Saúde, foi criado em 1988 a partir da Constituição Federal e representa hoje um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. A partir dele, tivemos a criação de diversos outros programas voltados ao atendimento à população, sempre visando sua saúde e bem-estar, com ações de promoção e prevenção, ampliando o conceito de saúde, deixando de vê-la como ausência de doença, e passando a enxergá-la como o conjunto de fatores que se relacionam o bem-estar físico, mental, as áreas de risco, entre outros. Ao invés de esperar que a população adquira patologias e então o Governo Federal tenha que arcar com custos do tratamento, é muito mais vantajoso que seja investido em programas de prevenção e promoção da saúde, como palestras, campanhas e, principalmente, visita domiciliar<sup>1</sup>. No fim da década de 80, houve criação do PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde, consolidado no início dos anos 90, que consistia em alternativas para melhorar a saúde da população nordestina e algumas outras áreas onde havia sido inicialmente implantado<sup>2</sup>. Este programa reconhecia a necessidade de um agente de saúde, membro da população, para atuar junto desta, realizando atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade<sup>3</sup>. A ESF focava na reorganização da atenção básica, com estratégias de expansão e qualificação através dos princípios e diretrizes do SUS. Cada equipe de saúde da ESF é responsável por 3 a 4 mil famílias, distribuídas de acordo com seu território e verificando a necessidade de cada população, a fim de definir a quantidade de profissionais atuantes naquela área. A ideia era de que os cuidados da atenção básica deixaram de ser simples, tornando-se mais complexos e precisavam abranger das necessidades de saúde da população, em nível individual e/ou coletivo, de forma que as ações influem na saúde e na autonomia das pessoas e nos

determinantes e condicionantes de saúde da comunidade<sup>4</sup>. A territorialização pressupõe o diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas e deve impactar, de forma favorável, as condições de saúde daquela população. Para tal, as equipes de saúde devem realizar o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares<sup>5</sup>. Quanto a estas, são de responsabilidade do Agente de Saúde, de acordo com a portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, nas atribuições específicas definidas, que afirma: “V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês”<sup>2</sup>. O papel dos demais profissionais nas visitas domiciliares se apresenta quando há necessidade de sua presença, de acordo com a gravidade da situação. As visitas de rotina são realizadas pelo Agente de Saúde, de forma a fazer o acompanhamento nas famílias, verificando possíveis alterações, e, caso não haja, são devidamente registradas. **Objetivo:** Apresentar a importância da visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família, com base em relatos de experiências obtidos através da disciplina de PIC – Programa de Interação Comunitária, ocorrida na UBS Hélio Ponce Baltazar. **Método:** Trata-se de dois relatos de experiência dos acadêmicos de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande – MT (UNIVAG), ocorridos nos dias 24 de novembro de 2017 e 26 de março de 2018, quando se evidenciou a importância da visita domiciliar, após duas visitas domiciliares específicas realizadas com a preceptora do Programa de Interação Comunitária – PIC Hellen Abreu. Nestes casos foram obtidas informações através de anamnese e exame físico, indagando o próprio paciente ou familiares correlacionados. **Resultados e Discussão:** Baseado nos princípios da visita domiciliar, o primeiro caso refere-se a paciente L.M, feminina, 86 anos, dona de casa, no qual foram realizadas duas visitas nos dias 24 de novembro 2017 e 26 de março 2018, ambas as quais estava acompanhada de suas filhas. Nessas datas, a visita foi realizada sem o acompanhamento do Médico da Unidade Básica de Saúde, contando com a presença apenas da Agente de Saúde. Primeiramente no dia 24 de novembro 2017 foi o primeiro contato do grupo, acompanhados pela Preceptora Hellen Abreu do Centro Universitário de Várzea Grande – MT (UNIVAG) à residência da L.M, a qual era hipertensa. Sua pressão arterial sistêmica foi aferida obtendo 130x70 mmHg, constatando uso regular e correto de medicamentos. Posto isso, L.M não relatou nenhuma queixa principal. Contudo, dentre os princípios da visita domiciliar se inclui

observar o meio no qual a paciente habita e seus hábitos de vida, incluindo alimentação e higiene. Ressalta-se que a alimentação da paciente não está de acordo com o preconizado para sua idade, visto que sua filha relatou dieta hipersódica, sendo orientada para modificar seus hábitos de vida, com dietas hipossódicas e hipolipídicas e atividade física regular, sendo o indicado apenas uma caminhada não muito longa. Em segundo momento com a paciente L.M, no dia 26 de março de 2018, seus familiares se queixaram que a paciente está nervosa, ansiosa e apresenta insônia, bem como inapetência. Suas filhas informaram também que a paciente apresenta constantes quadros de amnésia, inclusive esquecendo de se alimentar e tomar suas medicações quando não supervisionada. Novamente sua pressão arterial sistêmica foi aferida, já que continua o uso da medicação Losartana Potássica, no entanto, constatou-se valores de 160x70 mmHg. Desta forma, em caráter observacional, demonstrou-se claro que a paciente L.M estava desorientada em tempo e espaço, remetendo a memórias passadas como se fossem presentes. Foi encaminhada pelo Médico da Saúde da Família e Comunidade da UBS ao Geriatra, o qual receitou Alprazolam e Oxalato de Escitalopram para uso contínuo, com a finalidade de reduzir as queixas relatadas inicialmente. No entanto, seus familiares, estavam insatisfeitos com a consulta e o progresso do quadro clínico. Posto isso, foi realizado o encaminhamento para consulta e acompanhamento pela equipe de Geriatria da Clínica Integrada do UNIVAG, visto que pelos há possível diagnóstico de Doença de Alzheimer. O segundo caso refere-se a visita domiciliar realizada na residência da paciente A.M, feminina, 44 anos, e em caráter observacional foi constatado que por toda a casa haviam recipientes de bebidas alcoólicas já consumidas, deixando evidente um ambiente característico da presença de um dependente de álcool. Além disso, em anamnese foi averiguado que sofreu sucessivas perdas irreparáveis em sua família. Há dois anos perdeu o irmão, que estava em uma pescaria, cuja causa morte foi de afogamento mecânico, e meses após perdeu o filho, o qual foi confundido com um traficante e assassinado enquanto trabalhava em uma oficina mecânica. Por fim, devido à essas situações, seu pai desenvolveu quadro depressivo, negando o cuidado a sua saúde, resultando em óbito por Acidente Vascular Cerebral (AVC). Em virtude de sua história social e suas atitudes durante a visita, notou-se a necessidade de acompanhamento psiquiátrico e psicológico, a fim de evitar consequências maiores decorrentes do possível diagnóstico de distúrbio depressivo. Por este motivo, foi relatado em seu prontuário e agendada consulta com o Médico da Saúde da Família e Comunidade para acompanhamento. **Conclusão / Considerações Finais:**

Portanto, a visita domiciliar tem como intuito a observação de hábitos de vida e saúde, bem como, acompanhamento de pacientes os quais não realizam consultas constantes na Unidade Básica de Saúde, apresentando, muitas vezes, problemas de saúde que poderiam ser evitados ou retardadas suas consequências. Desta maneira, trata-se de um instrumento que facilita a construção de uma relação entre a equipe multidisciplinar de Saúde da Família e a comunidade, de forma contínua e permanente, preservando os princípios da integralidade, universalidade e equidade, preconizados pelo Sistema Único de Saúde. Com a resolução e contenção dos agravos já no nível primário de atenção, evita-se uma saturação dos demais níveis, acarretando em consequências econômicas e sociais positivas. Conclui-se que com a visita domiciliar foi possível pré-diagnosticar casos clínicos através de anamneses e exames físicos, o que contribui para a saúde geral e individual da população.

**Palavras-chave:** Visita domiciliar, Anamnese e Atenção Primária.

### **Referências:**

1. Brasil. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; set 20.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 set. 2017.
4. Nora Carlise Rigon Dalla, Junges José Roque. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2013 Dec [cited 2018 May 20]; 47( 6 ): 1186-1200.
5. Figueiredo EN. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos [Internet]. São Paulo: Unifesp; 2010 [cited 2018 May 4]. p. 21. Available from: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_5.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf)