

Atenção domiciliar: percepção do usuário que apresenta condição crônica sobre o cuidado ofertado pela atenção primária à saúde

Home care: user perception with chronic condition on care provided by primary health care

Jucieli da Silva Rabelo

CFisioterapeuta, Especialista em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense.

E-mail: juciele_v.l@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-6629-4126

Rafael Zaneripe de Souza Nunes

Mestre em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense.

E-mail: rafaelzaneripe@unesc.net

ORCID: 0000-0002-6195-0400

Stephane Catharine Zavadil

Psicóloga, Mestra em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense.

E-mail: stephaneez@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-2359-146X

Cristiane Damiani Tomasi

Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense.

E-mail: cdtomasi@unesc.net

ORCID: 0000-0002-1813-765X

Luciane Bisognin Ceretta

Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense.

E-mail: luk@unesc.net

ORCID: 0000-0002-2682-5567

Lisiane Tuon

Fisioterapeuta, Doutora em Medicina e Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense.

E-mail: ltb@unesc.net

ORCID: 0000-0002-0809-0712

Resumo

Nas últimas décadas os princípios que orientam a atenção à saúde vêm produzindo mudanças no cenário de prática em saúde, focalizado na atenção primária à saúde. A atenção domiciliar no sistema público de saúde aponta para a necessidade de novas tecnologias de cuidados contínuo e de forma multiprofissional. Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo verificar a percepção do usuário acamado e/ou domiciliado relacionada ao cuidado ofertado a domicílio na atenção básica. O estudo é caracterizado por uma abordagem quantitativa de natureza descritiva e observacional, em que foram aplicados questionários estruturados com 33 usuários de uma Unidade Básica de Saúde do Extremo Sul Catarinense. A pesquisa destacou que o crescimento da atenção domiciliar e do número de doenças crônicas está associado ao envelhecimento populacional. A escassez de atendimentos multiprofissionais se torna falho no contexto da promoção em saúde, onde muitos dos indivíduos vem o cuidado domiciliar como indiferente. É importante destacar o reconhecimento da atenção domiciliar como possibilidade de superar as

dificuldades de acesso na rede, indicando que ela atende a um conjunto de necessidades referentes às ofertas de cuidado.

Palavras-Chave: Visita Domiciliar, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária, Doença Crônica.

Abstract

In the last decades the principles that guide health care have produced changes in the health practice scenario focused on primary health care. Home care in the public health system points to the need for new technologies to continuous care in a multidisciplinary way. Thus, the present study aims to verify the perception of the bedridden and/or domiciled user related to the care offered at home in primary care. The study is characterized by a quantitative approach of a descriptive and observational nature, in which structured questionnaires were applied with 33 users of a Basic Health Unit in the Extreme South of Santa Catarina. The study highlighted that the growth in home care and the number of chronic diseases is associated with population aging. The scarcity of multiprofessional care becomes flawed in the context of health promotion, where many individuals see home care as indifferent. It is important to highlight the recognition of home care as a possibility to overcome difficulties in accessing the network, indicating that it meets a set of needs related to care offers.

Key words: House Calls, Unified Health System, Primary Care, Chronic Disease.

Introdução

Nas últimas décadas os princípios que orientam a atenção à saúde (equidade, integralidade e universalidade) vêm produzindo mudanças no cenário da prática em saúde, focalizado na atenção primária à saúde¹. As necessidades de saúde estão alinhadas à produção, representação social e o acesso que se tem às ações de saúde. O cuidado em saúde precisa ser planejado e contínuo, considerando prepostos que devem estar organizados, para tratar tais necessidades, compreendendo assim o processo de produção e consumo à saúde².

As relações constituídas entre profissionais de saúde e usuários são um arco desafiador para a reorganização dos serviços de saúde, buscando assim, práticas efetivas no sistema de saúde. A crise do modelo de atenção hospitalar no Brasil tem buscado desenvolver alternativas que contribuam para a produção da integralidade. De tal modo, inúmeras organizações de saúde vêm instituindo práticas fundamentadas na oferta de intervenções terapêuticas, no âmbito domiciliar do usuário³.

O meio domiciliar vem sendo estudado tanto no Brasil, como internacionalmente, sendo reconhecidos em pontos primordiais na motivação para o desenvolvimento da atenção domiciliar⁴. No Sistema Único de Saúde (SUS) a Atenção Primária a Saúde (APS) composta por equipes multiprofissionais, têm sido crucial para o desenvolvimento de uma prática e reflexão sobre uma saúde distinta do modelo tradicional⁵.

Nesse sentido chama-nos atenção as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que compõem um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, e têm provocado muitas mortes, redução na qualidade de vida, inúmeras incapacidades, além dos impactos econômicos gerados para famílias, e para a sociedade em geral. As DCNT resultam por cerca de 36 milhões, ou 63%, das mortes, com ênfase para as doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doença respiratória crônica. Aproximadamente 80% das mortes por DCNT acontecem em países de média ou baixa renda⁶.

As DCNT destacam-se por ter uma etiologia de múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por associarem-se a deficiências e incapacidades funcionais. Sua ocorrência é muito influenciada pelas condições de vida, pelas desigualdades sociais, não sendo resultado apenas do estilo de vida. As DCNT requerem ainda uma abordagem sistemática para o tratamento, exigindo novas estratégias dos serviços de saúde⁷. Logo, as DCNT são um problema de saúde pública de grande magnitude, correspondendo à maior dimensão das causas de morte no país⁸.

O Brasil é um país que tem uma crescente população de idosos e, como os idosos tendem a apresentar prevalências mais elevadas de DCNT, a carga de doenças crônicas no país tende a aumentar, exigindo um novo modelo de atenção à saúde para essa população⁹. A Atenção Domiciliar (AD) vem como uma alternativa complementar ao cuidado que foi prestado no meio hospitalar, onde o retorno do indivíduo ao domicílio representa espaço de produção de cuidado contínuo, que possibilita a elaboração de novas práticas relacionadas ao cuidar⁴.

Em 2002 a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002 que adiciona capítulo e artigo na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, regulamentando a atenção domiciliar no SUS a disposição e os serviços adequados¹. O Ministério da Saúde (MS) em 2006 divulgou a Portaria nº 2.529, que define atendimento domiciliar sendo um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam cuidados, mas que possam ser mantidas no domicílio.¹⁰ Além disso, recentemente, em 2019, o MS também divulgou a portaria 3.654 habilitando Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), como forma de suporte a média e alta complexidade de alguns municípios do Brasil¹¹. A oferta de serviços e ações de saúde adequada às necessidades locais deve fomentar a garantia da integralidade da atenção, que pressupõe a prestação continuada de ações e serviços visando a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos usuários do SUS, com garantia do cuidado contínuo e integrado à Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹².

Nessa perspectiva a Estratégia Saúde da Família utiliza-se da atenção domiciliar também como forma de inserir e instrumentalizar seus profissionais para a realidade local, realizando visitas e atendimentos aos usuários da comunidade¹³⁻¹⁴. Entretanto, nesse ponto de atenção os profissionais muitas vezes trabalham sob perspectivas diferentes, prestando uma assistência não integral, significando a necessidade de rever as práticas¹³. Sendo assim, a visita domiciliar se demonstra como um recurso potente para a criação de vínculo e um olhar diferenciado da equipe em torna das necessidades do usuário, refletindo nos atendimentos domiciliares¹⁵.

Diante do exposto, considerando a relevância da visita, a atenção domiciliar pode ser concebida como uma tecnologia de interação que potencialmente é capaz de contribuir, no âmbito SUS, para uma nova proposta de atendimento integral e humanizado. Este estudo buscou compreender a perspectiva dos usuários acamados e/ou domiciliados acerca da atenção domiciliar prestada por uma Unidade Estratégia Saúde da Família de uma cidade do extremo sul catarinense. Privilegiou-se na análise a percepção do usuário sobre os atendimentos e visitas recebidas na lógica das dimensões da humanização e integralidade do cuidado.

Metodologia

A presente pesquisa é de caráter quantitativo de natureza descritiva e observacional, com posterior análise e computação dos dados obtidos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) com CAAE: 10646819.7.0000.0119.

A pesquisa ocorreu no território pertencente a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do extremo sul catarinense durante o período de maio a junho de 2018, onde foram selecionados trinta e três (33) usuários acamados e/ou domiciliados que participaram de forma voluntária da pesquisa. Os participantes do estudo foram indivíduos que residiam na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF), dentro os quais foram aplicados questionários que buscavam identificar as principais características demográficas dos usuários e suas percepções sobre o cuidado domiciliar. O questionário poderia ser respondido tanto pelo usuário quanto pelo seu cuidador.

A estrutura da pesquisa se apresentava em três blocos relativos à coleta de dados. O bloco (A) foi relacionado ao perfil de cada indivíduo, incluindo dados como idade, sexo, escolaridade, renda, bloco (B) as variáveis eram sobre os dados clínicos, questões norteadoras como há quanto tempo recebe atendimento domiciliar, qual seu diagnóstico. No bloco (C) as variáveis incluíram a percepção sobre os serviços ofertados no domicílio, questões sobre a utilização exclusiva do SUS ou algum outro plano de saúde, questões sobre as visitas mensais domiciliares do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e quais profissionais oferecem/ofereceram visita e/ou atendimento no seu domicílio.

A coleta de dados se deu a partir do envio da Carta de Aceite a prefeitura do município, solicitando autorização para realizar a coleta com os usuários da UBS. Após a autorização o questionário desenvolvido pelos próprios autores do trabalho foi aplicado com os usuários mediante assinatura e apresentação do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido. A pesquisa aconteceu através de visitas domiciliares juntamente com os ACS responsáveis pela área a qual os usuários estavam cadastrados.

Após a aplicação dos questionários, o banco de dados começou a ser preenchido de forma digital. Foram utilizadas análises de frequências incluindo valores absolutos (n) e valores relativos (%). Além disso, foram utilizados a média e o desvio padrão para valores quantitativos. O Excel 2013 foi utilizado para auxílio nos cálculos e a construção das tabelas ocorreu através do software Microsoft Word 2010.

Resultados

No presente estudo foram entrevistados 33 usuários cadastrados na UBS local, onde 27(82%) dos questionários foram respondidos pelos pacientes e os outros 6 (18%) foram pelos seus respectivos cuidadores. Na Tabela 1 pode-se ver o perfil dos usuários que recebem atendimento domiciliar no território adscrito da unidade.

Dentre os usuários acamados e/ou domiciliados é possível observar uma alta prevalência de indivíduos do sexo feminino, de cor branca, em sua maioria eram casados ou viúvos. É possível observar que nenhum dos usuários possui ensino superior completo, onde 63% nem ao menos completaram o ensino fundamental. A realidade presente no território evidência também a vulnerabilidade socioeconômica, pois mais da metade dos indivíduos possuía renda de até 2 salários-mínimos, gastando parte de sua renda no pagamento mensal a seus respectivos cuidadores.

A Tabela 2 mostra as características dos dados clínicos relativos às doenças crônicas dos usuários e o tempo de acompanhamento no cuidado domiciliar oferecido pela UBS local. Nos dados obtidos é explícito a lacuna na atenção domiciliar, onde 45% dos usuários acamados e/ou domiciliados estavam sem receber nenhum atendimento. Soma-se a isso a importância na prestação desse cuidado, visto a presença de diversas comorbidades concomitantemente no cotidiano desses indivíduos, tendo destaque a hipertensão, doenças cardiovasculares e ortopédicas, assim como a diabetes mellitus.

Ainda sobre os usuários que receberam ou recebem atendimento domiciliar (55% da amostra), a Tabela 3 demonstra a percepção dos usuários e sua relação com a prestação de cuidados, vínculo com a UBS e o profissional de saúde. A maior parte dos indivíduos da amostra demonstra uma dependência quase que exclusiva do SUS na assistência a sua saúde. A presença quase constante em visitas mensais prestadas por Agentes Comunitários de Saúde denota um cuidado específico desses profissionais com essa faixa da população.

Dentre os profissionais da saúde de nível superior que mais prestam o cuidado domiciliar têm-se em destaque os médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. Entretanto, a amostra sugeriu uma baixa adesão ao atendimento multiprofissional na linha do cuidado a domicílio. Por fim, a percepção dos usuários relativa ao cuidado parece ser de desconexão com os profissionais de saúde, vista a indiferença da amostra na recepção da assistência.

Discussão

Conforme a tabela 1, embora os dados apontem para um público majoritariamente idoso, o crescimento da atenção domiciliar não parece estar necessariamente associado ao envelhecimento populacional, entretanto, este se relaciona a necessidade da atenção domiciliar. O crescimento das demandas na atenção domiciliar também está adjunto às funções orgânicas, das capacidades funcionais, bem como ao aumento de prevalência de morbidades incapacitantes. A mediana de idade desse estudo está em 77, alerta para prestação de cuidados em pacientes idosos, estudos destacam que 85% dos idosos destinam-se ao atendimento domiciliar e a feminização do envelhecimento torna as mulheres as mais prevalentes a terem cuidado domiciliar¹⁶⁻¹⁷. O mesmo mostrou nosso estudo que 25 (76%) dos entrevistados eram mulheres.

Na tabela 2 destaca-se que 15 (45%) dos entrevistados relataram não receber visita e/ou atendimento domiciliar, já 8 (24%) afirmam receber a mais de um ano. Relacionado ao modo que o usuário consegue visita domiciliar, prevalece através de prescrição médica ou de outro profissional da saúde 13 (65%), esse fato destaca que a atenção no domicílio proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos alusivos à infraestrutura do domicílio, em casos de um paciente estável, após este ser avaliado, a frequência que recebera a visita poderá ser menor, por exemplo, uma vez ao mês, e este cuidado pode ser alcançado pela Atenção Básica/Saúde da Família de sua referência. Já em casos mais complexos os pacientes são encaminhados para serviços específicos para esse tipo de assistência, onde são acompanhados pelas equipes multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), quando disponível no município, visto que o SAD mais próximo está situado a 36 quilômetros da cidade onde foi realizado a pesquisa. Ao fazer um encaminhamento para AD o profissional está buscando um processo de cuidado continuado para com o indivíduo¹⁸.

Em relação ao diagnóstico principal de acordo com as doenças crônicas não transmissíveis, destacam-se 14 pacientes diabéticos (42%), 15 pacientes com doenças cardiovasculares (DCV)(45%), 17 pacientes com doenças ortopédicas (51%) e 23 hipertensos (69%). ADCNT mais citada foi à hipertensão, reportada pela maioria dos entrevistados. A hipertensão arterial é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Na última década, a prevalência da hipertensão autorreferida na população idosa aumentou de 43.9% para 53.3%⁹.

Ademais, nem sempre indivíduos com níveis de PA \geq 140/90mmg apresentam riscos de DCV, já que metade de todas as DCV ocorre em pessoas não hipertensas¹⁹. As DCV são consideradas por estudos recentes como a principal doença responsável por redução da expectativa de vida por incapacidade em idosos²⁰. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), observa-se um aumento recente na

carga de doenças cardiovasculares, principalmente em países de baixa e média renda, reflexo do aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, do maior tempo de exposição aos fatores risco para as DCNT²¹.

Doenças cardiovasculares são consideradas a principal causa de morte nos países em desenvolvimento, acredita-se que prossiga sendo a causa de mortalidade mais formidável no mundo durante a próxima década⁸. O crescente aumento das DCNT no Brasil e no mundo, afeta principalmente as pessoas com menor escolaridade e renda, por serem precisamente as mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde. O estudo destaca ainda que o tempo que os entrevistados possuíam o diagnóstico da doença crônica é relativo a uma mediana de 48 meses (4anos).

A hipertensão é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, além de poder está associada ao Diabetes Mellitus. Estudos mostram que prevalência da diabetes em pessoas com idade entre 60 e 79 anos é de 18,6%, mais do que 134,6 milhões de pessoas, representando 35% dos casos em adultos e, em 2035, espera-se alcançar 252,8 milhões²². Esses dados apresentam alta relevância visto que no presente estudo 42% dos entrevistados possuem Diabetes Mellitus. Além do mais, a prevalência significativa de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) em usuários acamados é significativa, o que torna imprescindível o desenvolvimento de ações preventivas e de monitoramento, principalmente para Diabetes Mellitus, em decorrência de sua subnotificação entre os amados²³.

De acordo com a Tabela 3 a maioria dos usuários dependia exclusivamente do SUS no cuidado a sua saúde. O aumento da oferta de serviços e profissionais vinculados ao SUS, das possibilidades de acesso e das modificações nos padrões de utilização estão entre os principais subsídios que contribuem para esse sistema ser grandemente usado pela população²⁴. Os usuários que dependem exclusivamente do SUS tendem a ter dificuldades no acesso a exames preventivos, refletindo no monitoramento dos fatores de riscos de suas comorbidades²⁵. Além disso, as características socioeconômicas podem estar atreladas a adoção de medidas preventivas e de promoção à saúde entre os usuários, visto que grande parte daquelas que usufruem dos planos privados apresentam uma condição econômica mais favorável^{25,26}.

Acerca dos ACS, é possível inferir sua responsabilidade nas visitas mensais, quando 28 (85%) dos entrevistados relataram receber esse profissional em seu domicílio ao menos uma vez por mês. O ACS, dessa forma, exerce papel primordial, atuando em distintas atividades na área política e técnica. É ampla sua contribuição no fluxo organizacional de serviços proporcionados. O ACS proporciona ainda mais acesso da população aos serviços de saúde pela atuação de forma coerente com a realidade local, e na consolidação de um modelo de saúde centrado no tripé comunidade/indivíduo/família²⁷. A presença dos Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária contribui na expansão das visitas domiciliares e promove o estreitamento de laços entre os profissionais e usuários²⁸.

Esses aspectos devem ser destacados visto que o papel indispensável que as visitas domiciliares têm no contexto atual, proporcionando o devido cuidado e promovendo qualidade de vida aos usuários com DCNT²⁹. As visitas domiciliares instrumentalizam os profissionais e precedem a realização dos atendimentos posteriores, abrindo espaço para um cuidado estruturado nas necessidades do usuário¹³. Nessa perspectiva, o fortalecimento da atenção básica e a articulação entre os demais pontos da rede também são uma forma de ampliar e qualificar uma resposta efetiva às DCNT nos diversos níveis de atenção³⁰. Além disso, sobre as condições de trabalho, destaca-se a necessidade de cobertura completa das áreas de abrangência, para um trabalho eficaz à população, pois 5

pacientes (15%) relataram não receber a visita mensal do ACS. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, cada ACS deve realizar visita às famílias, na sua área de abrangência, ao menos uma vez por mês¹⁸.

Sobre os profissionais que oferecem/ofereceram visita e/ou atendimento domiciliar, os mais citados pelos entrevistados foram, 11 (33%) Fisioterapeuta, 11 (33%) Médico, 8 (24%) Enfermeiros, 7 (21%) Cirurgião dentista, 7 (21%) Nutricionista, 7 (21%) Psicólogo. A ESF prediz a AD à saúde como um formato de assistência na sua maior forma de cuidar, contudo, no foco de se ferramenta de programação e diagnóstico local a partir da realidade. Vários estudos apontam o importante papel do atendimento e/ou visita domiciliar no estabelecimento de vínculos com a população, bem como seu caráter estratégico para integralidade e humanização das ações, garantindo assim responsabilização dos profissionais com as necessidades de saúde da população³¹.

Compreendendo a lógica do processo, a visita e o atendimento domiciliar devem ser vistos na perspectiva do *continuum* da assistência no domicílio, podendo enriquecer o processo e, conseqüentemente, levar a uma prática integral e interprofissional do cuidado^{13,15}. Dessa forma, a atenção domiciliar é muito mais do que uma simples visita ou um atendimento focado na doença do usuário, mas uma prática que permite a criação de vínculo e o cuidado contextualizado³².

Grande parte dos entrevistados, 27 (82%), relatou receber atendimento multiprofissional raramente. Nessa perspectiva, o atendimento domiciliar deve ser pensado além dos aspectos biomédicos, visto que a presença de profissionais de diversas áreas pode contribuir numa abordagem integral ao paciente³³. Sendo assim, destaca-se a abertura para a realização da escuta qualificada para que os usuários possam avaliar os componentes de acesso à assistência, visto que as barreiras encontradas para receber o atendimento podem refletir nos níveis de satisfação²⁸. Ainda assim, no cuidado aos usuários com doenças crônicas, observa-se o distanciamento entre os profissionais de diversos saberes, sendo necessário o planejamento da assistência de forma mais horizontalizada e interdisciplinar, com medidas que qualifiquem e ampliem os resultados no cuidado às pessoas com DCNT²⁶. Por outro lado, já sinaliza algumas mudanças, principalmente dos profissionais de enfermagem, que utilizam-se de uma prática mais acolhedora, integral e multidisciplinar³⁴. Entretanto, há uma direção contrária, identificando práticas baseadas no modelo prescritivo e autoritário no controle as DCNT por parte dos profissionais, demonstrando a falta de vínculo com o usuário e limitando o cuidado longitudinal efetivo e resolutivo³⁵.

Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais no ESF (Estratégia de Saúde da Família), por si só, não garante uma ruptura com a dinâmica do modelo hospitalocêntrico, há necessidade de ampliadores que alterem a dinâmica do trabalho em saúde nos fazeres de cada profissional. Há de se identificar nessas equipes os subsídios que configurariam uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde³⁶.

Ao final do questionário os usuários opinaram sobre receber visitas domiciliares, onde 14 responderam serem indiferentes (42%) e 10 responderam gostar das visitas (30%). Governos, gestores do sistema de saúde e capital financeiro com inserção na saúde dirigem-se ao controle de gastos e riscos em iniciativas nacionalizadoras na organização do trabalho e políticas de focalização³. Entretanto, novas necessidades decorrentes do envelhecimento populacional, demandas por melhor qualidade da atenção, por cuidados integrais e contínuos têm fortalecido práticas anti-hegemônicas formulando novas estratégias e mecanismos para o cuidado em saúde. Assim, observam-se a emergência de ampliação de espaços de atenção não tradicionais como a ESF e serviços de atendimento domiciliar terapêutico³⁷.

Apesar das dificuldades estruturais para a plena realização e prestação de assistência às demandas no cuidado domiciliar, esse ponto da rede ainda permanece sendo importante, visto sua capacidade de ampliar o acesso a outros serviços³⁸. Diferentemente do presente estudo onde a percepção do usuário é de indiferença em relação ao cuidado domiciliar, pois os serviços domiciliares em sua maioria são considerados satisfatórios, dado esse que aponta para as diferenças na prestação de cuidado local e as variabilidades territoriais^{28,38}.

Além do mais, devido à alta prevalência de idosos na amostra, é importante ressaltar a necessidade de inserir não somente o idoso, mas a família desses para o planejamento da assistência domiciliar, permitindo que o cuidado seja contextualizado as possibilidades e potencialidades locais³⁹. A prevalência de multimorbidades em idosos, principalmente mulheres encontradas no presente estudo também convergem com os dados obtidos afirmam que o conhecimento desses fatores é necessário para o fortalecimento de ações de promoção, prevenção e políticas públicas contextualizadas aos grupos prioritários⁴⁰.

Por fim o estudo possui algumas limitações relativas ao baixo número amostral e as características locais, culturais e de gestão, que podem interferir na percepção do usuário frente ao cuidado domiciliar e a execução de ações específicas a esse público pela secretária de saúde municipal. Soma-se a isso o fato do estudo estar atrelado a um território restrito do município, visto que entre os próprios bairros da cidade a uma diversidade significativa, que reflete nos desenhos assistenciais presentes. Outro ponto a ser destacado seria a necessidade de avaliar de modo mais específico e singular as características da visita e atendimento domiciliares, a fim de integrar uma análise mais precisa dos aspectos de complementaridade ou difusão da atenção domiciliar local. Ademais, o estudo contribui para a compreensão da importância do cuidado domiciliar, em decorrência da necessidade de um cuidado contextualizado a essa faixa da população, que apresenta, em sua maioria, diversas comorbidades e dependência quase que exclusiva do Sistema Único de Saúde.

Considerações Finais

Em suma, o presente estudo mostrou que implementação da atenção domiciliar como estratégia inovadora requer reflexão sobre concepções de saúde e de vida que sustentam a organização das práticas no domicílio. É preciso considerar elementos como a integralidade do cuidado, a racionalidade econômico-financeira, os sujeitos do cuidado e a articulação com os demais serviços de rede. Torna-se fundamental a definição da organização política da AD, as atribuições das equipes e das famílias, além da construção de novas relações, mais articuladas e cooperativas, entre os diferentes tipos de equipamentos de saúde. Os achados do estudo sugerem que os serviços de atenção domiciliar têm colaborado para atender as necessidades dos usuários, em alguns pontos de maneira ainda escassa, sejam aquelas perpetuadas à tipologia dos serviços de saúde ou mesmo as necessidades humanas.

É importante destacar o reconhecimento da atenção domiciliar como possibilidade de superar as dificuldades de acesso a outros pontos da rede, indicando que ela atende a um conjunto de necessidades referentes à oferta de cuidado. De tal modo, estar no domicílio é uma ferramenta facilitadora de atendimento em outros pontos da rede, seja para no propósito de garantir o cuidado contínuo, diagnósticos-terapêuticos, ou, ainda, para garantir transporte e recursos. Por fim, a visita domiciliar, principalmente aquela realizada pelo ACS, deve ser vista como um continuum na integração de novas informações e na criação de vínculo com o usuário para a realização dos atendimentos na atenção domiciliar, e quando articulada de maneira coerente, demonstra ser um recurso potente no processo progressivo de inovação da assistência.

Referências

- ¹ Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2002.
- ² Moraes, PAD, Bertolozzi, MR, & Hino, P. Percepciones sobre necesidades de salud en la atención básica, según usuarios de un servicio de salud. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, 2011; 45(1), 19-25.
- ³ Silva, KL, Sena, RRD, Seixas, CT, Feuerwerker, LCM, & Merhy, EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev. Saúde Públ.*, 2010; 44, 166-176.
- ⁴ Feuerwerker, L, Merhy, EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev. panam. salud pública.*, 2008; 24, 180-188.
- ⁵ Costa, GD, et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 2009; v. 62, n. 1, p. 113-118.
- ⁶ Mathers, C. The global burden of disease: 2004 update. World Health Organization, 2008.
- ⁷ Malta, DC, Merhy, EE. The path of the line of care from the perspective of non-transmissible chronic diseases. *Interface (Botucatu)*, 2010; 14(34), 593-606.
- ⁸ Schmidt, MI, Duncan, BB, Silva, GA, Menezes, AM, Monteiro, CA, & Barreto, SM. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, 2011; 6736(11), 61-74.
- ⁹ Lima-Costa, MF, Matos, DL, Camargos, VP, & Macinko, J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciênc. Saúde Colet.*, 2011; 16, 3689-3696.
- ¹⁰ Brasil. Portaria 2529 de 19 de setembro de 2006. Institui a Internação domiciliar no âmbito do SUS, 2006.
- ¹¹ Brasil. Portaria 3654 de 17 de dezembro de 2019 Habilita Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, 2019.
- ¹² Vasconcelos, CMD, & Pasche, DF. O sistema único de saúde. *Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec*, 2006.
- ¹³ Giacomozzi, C. M., & Lacerda, M. R. (2006). A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 15(4), 645-653.
- ¹⁴ Brito, M. J. M., Andrade, A. M., Caçador, B. S., Freitas, L. F. D. C., & Penna, C. M. D. M. (2013). Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. *Escola Anna Nery*, 17(4), 603-610.
- ¹⁵ Cunha, M. S. D., & Sá, M. D. C. (2013). A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 17(44), 61-73.
- ¹⁶ Wachs, LS, Nunes, BP, Soares, MU, Facchini, LA, & Thumé, E. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. *Cad. de Saúde Pública*, 2016; 32(3), 1-9.

17. Biscione, FM, Szuster, DAC, Drumond, EDF, Ferreira, GUA, Turci, MA, Lima Júnior, JF, & Bersan, SAL. Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, 2013; 29(1), 73-80.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012; 2v.
19. MacMahon, S, Neal, B & Rodgers, A. Hypertension: time to move on. *Lancet (British edition)*, 2005; 365(9464), 1108-1109.
20. Prince, MJ, Wu, F, Guo, Y, Robledo, LMG, O'Donnell, M, Sullivan, R & Yusuf, S. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 2015; 385(9967), 549-562.
21. Who, G. WHO methods for life expectancy and healthy life expectancy, 2014.
22. Linnenkamp U, Guariguata L, Beagley J, Whiting DR, & Cho NH. The IDF Diabetes Atlas methodology for estimating global prevalence of hyperglycaemia in pregnancy. *Diabetes Res. Clin. Pract.*, 2014; 103(2), 186-196.
23. de Oliveira Souza, J, de Oliveira, BC, de Souza, VL, Filgueiras, SRD, & Bastos, AD. A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em usuários acamados assistidos em uma unidade básica de saúde da família. *Saúde Redes*, 2016; 2(3), 292-300.
24. Viacava, F, Oliveira, RADD, Carvalho, CDC, Laguardia, J, & Bellido, JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.*, 2018; 23, 1751-1762.
25. Malta, DC, Bernal, RTI, Vieira Neto, E, Curci, KA, Pasinato, MTDM, Lisbôa, RM, & Freitas, MIFD. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e fatores de risco e proteção em adultos com ou sem plano de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, 2020; 25, 2973-2983.
26. Medeiros, CRG., Freitag, AL, Martines, LSE, Saldanha, OMDFL, Grave, MQ, Jager, LK, & Dhein, G. O Apoio Matricial na qualificação da Atenção Primária à Saúde às pessoas com doenças crônicas. *Saúde Debate*, 2020; 44, 478-490.
27. Castro, TAD, Davoglio, RS, Nascimento, AAJD, Santos, KJDS, Coelho, GMP, & Lima, KSB. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. *Cad. de Saúde Pública*, 2017; 25(3), 294-301.
28. Furlanetto, DDLC, Lima, ADAD, Pedrosa, CM, Paranaguá, TTDB, Xavier, MF, Silva, AKPD, & Santos, LMP. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. *Ciênc. Saúde Colet.*, 2020; 25, 1851-1863.
29. Gonçalves, HM, Zamberlan, C. Visita domiciliar como prioridade de pesquisa em saúde: uma revisão. *Discip. Sci.*, 2016; 17(1), 1-10.
30. Malta, DC, Oliveira, TP, Santos, MAS., Andrade, SSCDA, & Silva, MMAD. Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiol. Serv. de Saúde*, 2016; 25, 373-390.
31. Romanholi, RMZ & Cyrino, EG. A Visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. *Interface (Botucatu)*, 2012; 16(42), 693-705.

- ³². Vigó, A. F., Almeida, N. T., Silveira, M. G., & Braga, L. A. V. Assistência domiciliar como um aprendizado mútuo para graduandos de medicina e usuários do SUS: Relato de experiência. *Tópicos em Ciências da Saúde Volume 7*, 14.
- ³³. Rocha, KB, Conz, J, Barcinski, M, Paiva, D & Pizzinato, A. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psicol. saúde doenças.*, 2017; 18(1), 170-185.
- ³⁴. Becker, RM, Heidemann, ITSB, Meirelles, BHS, Costa, MFBNAD, Antonini, FO & Durand, MK. Práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. *Ver. Bras. Enferm.*, 2018; 71, 2643-2649.
- ³⁵. Silocchi, C & Junges, JR. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Trab. educ. saúde (Online)*, 2017; 15(2), 599-615.
- ³⁶. Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios [Internet]. In: Anais da 11ª Conferência Nacional de Saúde on-line; 2000 Dez 15-19; Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
- ³⁷. Neves, CAB. Saúde: a cartografia do trabalho vivo, 2008.
- ³⁸. Silva, KL, Cardoso Silva, Y, Guimarães Lage, É, Alves Paiva, P & Veloso Dias, O. Por Que é Melhor em Casa? A Percepção de Usuários e Cuidadores da Atenção Domiciliar. *Cogitare Enferm.*, 2017; 22(4), 1-9.
- ³⁹. Rodrigues, RAP, Bueno, ADA, Casemiro, FG, Cunha, AND, Carvalho, LPND, Almeida, VC & Seredynskyj, FL. Pressupostos das boas práticas do cuidado domiciliar ao idoso: revisão sistemática. *Ver. Bras. de Enferm.*, 2019; 72(2), 302-310.
- ⁴⁰. Leite BC, Oliveira-Figueiredo DSTD, Rocha FL, & Nogueira MF. Multimorbidade por doenças crônicas não transmissíveis em idosos: estudo de base populacional. *Ver. Bras. de Geriatr. Gerontol.*, 2019; 22 (6), 1-11.

Apêndice

Tabela 1 – Perfil dos Usuários Acamados e/ou Domiciliados

Dados Sócio demográficos	n	%
Sexo		
Feminino	25	76
Masculino	8	24
Idade		
Mediana	33	77
Cor da Pele		
Branca	31	94
Preta	2	6
Estado Civil		
Casado	15	45
Viúvo	14	42
Solteiro	3	3
Divorciado	3	3
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	21	63
Ensino Fundamental Completo	11	33
Ensino Superior Incompleto	1	3
Renda Mensal		
Até dois salários mínimos	15	45
Até um salário mínimo	12	36
Acima de três salários mínimos	6	18

Fonte: Autores do Estudo (2020).

Tabela 2 – Características Clínicas dos Usuários da ESF

Dados Clínicos e Gerais	n	%
Tempo que recebe atendimento domiciliar		
Não recebe atendimento domiciliar	15	45
Mais de um ano	8	24
Mais de seis meses	5	15
Mais de um mês	5	15
Como conseguiu esse atendimento		

Atenção domiciliar: percepção do usuário que apresenta condição crônica sobre o cuidado ofertado pela...

Prescrição medica e/ou outro profissional da saúde	13	65
ACS agente comunitário de Saúde	8	20
Busca espontânea na unidade	2	15
Principal diagnóstico de Doença Crônica		
Hipertensão	23	69
Ortopédicas	17	51
Cardiovasculares	15	45
Diabetes mellitus	14	42
Neurologias	13	39
Neoplasia	3	9
Doenças respiratórias	3	9

Fonte: Autores do Estudo (2020).

Tabela 3 – Características do Cuidado a Domicilio Prestado pela ESF

Percepção dos Usuários sobre o Serviço Oferecido	n	%
Usa somente o SUS ou possuiu outro plano de saúde		
Sim	26	68
Não	2	16
Possui outro plano	2	16
Recebe visita do ACS mensal		
Sim	28	85
Não	5	15
Profissionais que oferecem visita e/ou atendimento domiciliar		
Fisioterapeuta	11	33
Médico	11	33
Enfermeiro	8	24
Cirurgião dentista	7	21
Psicólogo	7	21
Nutricionista	7	21
Técnico em enfermagem	5	15
Farmacêutico	3	9
Recebe atendimento Multiprofissional por profissionais da saúde		
Raramente	27	82
Às vezes	5	15
Sempre	1	3

Frequência da visita e/ou atendimento domiciliar		
Não soube informar	15	45
Semanal	11	33
Mensal	7	21
Duração do atendimento		
Razoável (30min)	16	60
Bastante (40min ou mais)	6	34
Pouco (10 a 20 min)	3	5
Percepção do Atendimento Domiciliar		
Indiferente	14	42
Gostei	10	30
Adorei	8	24
Não gostei	1	3

Fonte: Autores do Estudo (2020).

Figura 1 – Aspectos Presentes na Seleção de Usuários Cadastrados na Unidade de Saúde



Fonte: Autores do Estudo (2020).

Submissão: 27/08/2020

Aceite: 29/12/2020