



Experiências Transformadoras

Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial

Home visits to patients with mental disorders: expanding the therapeutic options possible in an outpatient service

Sandra Souza Pereira¹

Juliana Guimarães Silva César²

Emilene Reisdorfer³

Lucilene Cardoso⁴

¹Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP – Brasil

²Mestre, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP – Brasil

³Pesquisadora, Universidade de Alberta (UALBERTA), Alberta – Canadá

⁴Professora, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP – Brasil

RESUMO - Os transtornos mentais (TM) acometem a população em geral, e de acordo com a literatura, quase a metade da população brasileira pode apresentar pelo menos um episódio de algum transtorno mental durante a vida. As políticas de atenção à saúde preconizam um cuidado integral e humanizado aos usuários, e serviços de saúde preparados para tal assistência. Dentro desta perspectiva, o objetivo deste trabalho é descrever a experiência das alunas de pós-graduação, durante o período de estágio voluntário, através da realização de visitas domiciliares (VD) aos pacientes com TM em seguimento por um serviço público ambulatorial. Através das visitas domiciliares levantaram-se os pontos positivos que facilitavam a adesão do paciente ao tratamento e os pontos negativos que devem ser trabalhados para prevenir recaídas ou complicações. Durante a realização das VDs, foi verificado o uso de medicação, apoio familiar, condições socioeconômicas, condições físicas e psíquicas do paciente, avaliação de pedidos dos familiares para internações e outras demandas solicitadas pelos profissionais da equipe de saúde e/ou famílias. Esta experiência reafirmou que a visita domiciliar pode ser uma aliada para planejar as ações de assistência ao paciente por possibilitar a aproximação da realidade familiar e social do usuário. Dificuldades relacionadas ao serviço, à rede de atenção pública, ao usuário e seus familiares também foram detectadas.

Palavras-chave: Visita Domiciliar; Transtornos Mentais; Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica

ABSTRACT - Mental disorders (TM) affect the general population, and studies show that almost half of the Brazilian population may have at least one episode of some mental disorder during their lifetime. The health care policies advocated comprehensive care and humane for users and health services should be prepared for this assistance. Within this perspective, the aim of this paper is to describe the experience of home visits (VD) lived in a public outpatient clinic performed to patients with TM. Through home visits could be raised the positives points that facilitated patient adherence to treatment and the negative points that should be worked out to prevent relapses or complications. During the realization of the VD was verified using medication, family support, socioeconomic conditions, verification of physical and psychological conditions of the patient, assessment of applications for admissions and other family demands requested by professional health staff and / or families. This experience reaffirmed that the home visit can be an ally to plan the actions of patient care by allowing the approximation of reality family and social user. However, we are faced with difficulties related to the service network of public attention to the user and their family.

Keywords: Home Visit; Mental Disorders; Mental Health; Psychiatric Nursing.

1. INTRODUÇÃO

Inicialmente, a loucura é vista, tanto pela sociedade como pela ciência, como um desvio em relação ao comportamento pré-estabelecido da normalidade¹. Assim, quando a loucura passou a ser reconhecida como uma doença, foi instituído o manicômio como local para tratamento das pessoas por ela acometidas. Nesse modelo psiquiátrico, seguia-se o molde biomédico, com a característica principal de sistema terapêutico o uso da hospitalização, fundado na vigilância, no controle e na disciplina². Nesta época,

Autor correspondente

Sandra de Souza Pereira

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

da Universidade de São Paulo

Rua dos Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto, SP

CEP 14040-902

Telefone:(16) 36020531

Email: ssouzapereira@gmail.com

Artigo encaminhado 18/06/2013

Aceito para publicação em 05/04/2014

era designada a instituição o poder para curar a doença mental e assumir a responsabilidade perante a sociedade e também as famílias dos sujeitos acometidos pela doença mental. A família era considerada culpada por levar o sujeito ao adoecimento através de falhas na educação e na contenção de seus sentimentos³.

Com isso, os manicômios tornaram-se depósitos de pessoas, tanto daquelas que realmente estavam doentes como aquelas que comprometiam a moral da família e da sociedade, ou ainda, as que não produziam conforme o esperado⁴. Alguns fatores contribuíram para o início as críticas à Psiquiatria, como a não ocorrência da cura da doença mental, a superlotação dos manicômios e a violência utilizada contra os pacientes².

A prática de estratégias de desinstitucionalização, organização da assistência de desospitalização e criação de serviços extra-hospitalares de base comunitária iniciaram-se no Brasil em 1992⁵. Em 2001, foi aprovada a Reforma Psiquiátrica com a Lei no 10.216, que objetivou humanizar a atenção, o cuidado e promover a reinserção social e familiar através da determinação de substituição dos leitos psiquiátricos por uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental⁶.

Para deter o fluxo de internações é necessário que o sistema ambulatorial seja eficiente, tenha resolutividade nos casos, impeça a internação e trabalhe pela ampliação de recursos intermediários entre o leito hospitalar e o ambulatório⁷. Para o manejo do sofrimento psíquico não basta aplicação de técnicas, é necessário avanços na acessibilidade, na humanização e na criação de estratégias de promoção à saúde que abordem de forma integral as questões sociais e de relacionamento interpessoal⁸.

Com a desinstitucionalização, torna-se imprescindível o papel da família no cuidado do familiar com transtorno mental. Neste contexto, as visitas domiciliares (VD) constituem um instrumento facilitador na abordagem do usuário e sua família¹. Objetivam promover momentos para a realização de atendimento assistencial e educativo, tanto para o paciente como para a família. A VD é concebida como tecnologia de interação potencialmente capaz de contribuir para uma nova proposta de atendimento integral e humanizado⁹.

É uma ferramenta importante que permite acompanhar os pacientes de forma individual e proporcionar a inserção da família no autocuidado, além disso, promover uma aproximação dos usuários aos serviços. Por meio deste recurso podemos entender a dinâmica familiar, verificar as

possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido ao usuário, fornecer suporte para a continuidade do tratamento evitando assim a reinternação.

Este trabalho surgiu a partir das experiências das autoras em atividades de VDs a pacientes com transtornos mentais atendidos em um Ambulatório de Saúde Mental. O referido ambulatório realiza visitas domiciliares para pacientes faltosos, por solicitação médica, quando a história do paciente não está clara, ou quando o profissional suspeita de algum problema no lar. Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi descrever a experiência das autoras durante as visitas domiciliares (VD) realizadas aos pacientes com transtornos mentais em seguimento ambulatorial durante o período de estágio voluntário. As visitas foram realizadas visando aproximar os conceitos de cuidados ao paciente e familiares através da prática de visitas domiciliares.

2. A unidade familiar nas visitas domiciliares

As mudanças que ocorrem na rotina e ambiente familiar provocadas pelo paciente portador de transtornos mentais causam alterações que necessitam de adaptação e reorganização visando o cuidado e apoio ao paciente. Assim, torna-se relevante utilizar a estratégia das visitas domiciliares com o intuito de verificar tais alterações e oferecer suporte a essas famílias.

As políticas públicas pouco investem em trabalhos dessa natureza, assim, as famílias normalmente encontram-se sozinhas durante o retorno do paciente ao domicílio. Observa-se no retorno desse paciente para o ambiente familiar a falta de suporte social, atividade ocupacional e a ausência de suporte familiar.

Neste cenário, a abordagem familiar é imprescindível uma vez que a família atribui um significado importante ao bem-estar de seus membros e influência no processo de adoecimento e propriamente na doença¹⁰. Assim, apesar das visitas domiciliares terem sido realizadas para avaliação de demandas específicas focadas nos pacientes, a família muitas vezes necessitava de atendimento, sendo uma unidade de cuidado ou solicitada para participar do cuidado ao paciente.

Para realizar a abordagem da família é importante estabelecer referências sobre a singularidade e particularidades da instituição família, pois, apesar das visitas domiciliares constituírem uma ação do serviço de saúde, essa ação ocorre no ambiente familiar. Neste sentido, é essencial a permissão e aceitação do

paciente e sua família para que assim, os objetivos da visita domiciliar sejam alcançados.

3. Experiência vivenciada pelas visitas domiciliares em um ambulatório de saúde mental

O ambulatório de atendimento de saúde mental é um serviço de natureza secundária que disponibiliza atendimento ambulatorial em saúde mental aos usuários residentes em um determinado distrito da cidade, que são encaminhados das unidades básicas de saúde ou após alta de internação psiquiátrica. O serviço conta com atendimento médico, de enfermagem e psicológico.

As visitas domiciliares fazem parte da rotina deste serviço há algum tempo, ocorre semanalmente, e já foi realizada por enfermeiros, técnicos de enfermagem, pós-graduandos e docentes da Escola de Enfermagem.

Esta experiência foi vivenciada durante o desenvolvimento de estágio voluntário, de agosto de 2011 à julho de 2012, por alunas pós-graduandas do Programa de Enfermagem Psiquiátrica de uma universidade pública do estado de São Paulo.

Neste referido serviço, as visitas domiciliares são solicitadas, principalmente, de acordo com as observações dos profissionais durante os atendimentos de seguimento do paciente. Ao perceber a necessidade de visita domiciliar, as visitas são planejadas de forma multiprofissional: psiquiatra e/ou psicólogo que solicitou a visita, profissional que fará a visita (neste caso as alunas pós-graduandas) e outros profissionais que acompanham o paciente e sua família.

Assim, traça-se um roteiro com foco nos objetivos principais. No quadro abaixo é possível verificar os principais agrupamentos relacionados aos motivos para solicitação da visita domiciliar e suas respectivas ações de planejamento.

| Motivo de solicitação da VD | Planejamento das ações |
|---|---|
| Queixa dos familiares relativos aos usuários. | - Mediar conflitos entre familiares e usuários. - Avaliar a dinâmica familiar. - Observar a comunicação. |
| Queixa dos usuários relativos aos familiares. | - Observar os familiares e identificar potenciais cuidadores. - Facilitar o diálogo entre os familiares. - Promover condições para se chegar a um consenso sobre o conflito. - Verificar a motivação dos familiares e usuários para a manutenção e sucesso do tratamento. |
| Suspeita de uso incorreto da medicação (por relato de familiar ou sinais e sintomas observados nos usuários). | - Conferir a prescrição médica de acordo com última consulta e verificar outras prescrições de serviços de saúde diferentes. - Conferir a disponibilidade de medicamentos no domicílio. - Verificar o modo de uso da medicação pelo paciente. - Identificar o familiar que auxilia no tratamento medicamentoso. |
| Necessidade de avaliar efeitos colaterais e resposta terapêutica após novas prescrições. | - Verificar comorbidades, efeitos colaterais e resposta terapêutica relacionados ao tratamento medicamentoso. - Orientar sobre o uso da medicação (horários, posologia, dosagem, tempo de tratamento, importância da adesão, prevenção de superdosagens e outros). - Definir junto aos familiares e usuários estratégias para facilitar a administração correta da medicação, dosagem e horário. - Definir junto aos familiares e usuários locais apropriados para armazenamento das medicações. - Orientar sobre dias para buscar as medicações na farmácia. |
| Ausência de | - Identificar o familiar que é referência no tratamento (ou |

| | |
|--|---|
| acompanhante durante os atendimentos e suspeita de abandono. | pessoa próxima). - Verificar condições da moradia e de sobrevivência. - Verificar a adesão ao tratamento. - Verificar necessidade de acionar assistente social. |
| Falta de vínculos sociais e ociosidade. | - Pensar em iniciativas para reinserção social. - Identificar próximo a residência serviços comunitários de apoio. - Observar os familiares e identificar potenciais cuidadores. - Identificar as atividades que os familiares realizam na rotina, e junto tentar inserir o paciente. - Identificar habilidades que os familiares ou o próprio paciente têm e estimular o seu desenvolvimento (Ex: crochê, pintura, habilidades com hortas, etc.). |
| Denúncia sobre maus tratos ao paciente. | - Avaliar a dinâmica familiar. - Escutar possíveis queixas. - Manter uma atitude de imparcialidade, mesmo que haja suspeita de agressão. - Abordar a temática através de perguntas isentas de conotação de acusação ou de censura. - Abordar a família de forma empática, uma vez que, na maioria das vezes, a intervenção terá como um dos objetivos a reorganização dos vínculos familiares. - Acionar órgãos competentes nos casos de suspeita confirmada. - "Garantir" a segurança da vítima. |
| Solicitação de internação do paciente pelo familiar. | - Avaliar as funções mentais, estado físico e sinais vitais. - Realizar escuta terapêutica do usuário e familiares, se possível. - Avaliar a percepção do paciente sobre suas fragilidades e potencialidades. |
| Risco de suicídio relatado por familiar. | - Identificar os fatores estressantes que aumentaram a ansiedade e precipitaram a crise. - Identificar os recursos utilizados para controlar a crise atual. - Avaliar os riscos (paciente, familiares e terceiros). |

| | |
|--|---|
| | - Avaliar o uso de medicamentos conforme a última prescrição e alterações recentes. - Avaliar o uso de outras medicações e interações medicamentosas. - Investigar o uso de drogas lícitas e ilícitas. - Avaliar os recursos disponíveis para atendimento ambulatorial ou hospitalar. - Fazer contato com serviços indicados para atendimento do paciente, garantir a assistência e sua continuidade. |
|--|---|

| | |
|--------------------------------|---|
| Busca ativa dos casos faltosos | - Verificar número de faltas. - Investigar o motivo das faltas. - Apresentar disponibilidade de horários de atendimento no serviço para ajustar ao interesse do usuário e familiares. - Orientar sobre a importância dos atendimentos no serviço e riscos de não fazer o acompanhamento periódico. |
|--------------------------------|---|

| | |
|--|---|
| Falta de clareza durante do paciente durante as consultas de seguimento. | - Verificar com profissional de saúde os aspectos de interesse para serem observados ou abordados na visita domiciliar. |
|--|---|

| | |
|--|--|
| Comunicar os pacientes sobre consultas de outros serviços/especialidades | - Informar o paciente sobre o atendimento em outro serviço da rede municipal de saúde (data, horário, local, documentos, guias, exames). |
|--|--|

Alguns aspectos gerais são avaliados regularmente como: a postura ética, as condições de higiene, habitação, condições socioeconômicas, orientações de saúde e outros. É necessário verificar os pontos críticos e levantar as dificuldades que a família possui para organizar o ambiente. De forma geral, as visitas domiciliares visam promover a saúde com olhar holístico.

4. Dificuldades encontradas

Considerando o domicílio como um espaço complexo, com estruturas familiares singulares, diferentes culturas e crenças, acredita-se que muitas famílias demonstraram certa resistência em receber os profissionais do serviço de saúde mental (alunas). As visitas compulsórias podem significar para os indivíduos intromissão do setor saúde, uma interferência na sua liberdade, e assim, favorecer a recusa e também denotar para o indivíduo um controle sobre suas vidas¹¹.

Os núcleos familiares disfuncionais, as dificuldades de comunicação, a falta de conhecimento, resistência e desinteresse pelo tratamento, também são fatores dificultadores para a realização da visita domiciliar.

Muitos familiares estão desgastados com os cuidados e mostram-se resistentes em aceitar outros tipos de intervenções ambulatoriais que não seja a internação psiquiátrica pois, a internação, é a única possibilidade de ficarem um tempo sem o paciente.

No sentido de que a falta de atuação do núcleo familiar influencia negativamente no tratamento do paciente, torna-se necessário incorporar a família no seguimento em saúde mental. Além disso, fica evidenciado que os pacientes com transtornos mentais constituem uma demanda que necessita de cuidados integrais para melhorar a qualidade de vida, devido o sofrimento mental.

Apesar da visita domiciliar facilitar a aproximação com a realidade, a falta de um espaço reservado para conversar individualmente com o paciente ou familiar limita a ampliação dessa abordagem. Ao mesmo tempo, dificulta o início de um vínculo que certamente terá continuidade no consultório da unidade de saúde mental.

Um obstáculo observado para o sucesso do tratamento é a falta de um familiar ou pessoa próxima para ser referência ou auxiliar nos cuidados. Nestes casos, ações mais amplas são necessárias como acionar a assistente social, equipes de Saúde da Família, entidades comunitárias, vizinhos ou familiares que residem em outros locais. Percebe-se ainda uma

dificuldade de articulação entre os diversos serviços da rede pública.

Entre as limitações encontradas na literatura, observa-se o horário das visitas como fator dificultador, seja pela interrupções de compromissos e/ou ausência dos membros da família¹². Da mesma forma, como as visitas não são agendadas previamente pelo serviço de saúde mental, muitas vezes os pacientes e/ou os familiares não foram encontrados.

Tal situação permite outra análise, se a visita fosse agendada, os pacientes e/ou familiares, por receio, poderiam não estar em casa propositalmente ou mudar o ambiente para não demonstrar problemas.

A insegurança em abordar de forma objetiva os casos de denúncias de maus tratos foi sentida pelas autoras, pela dificuldade de definir a intencionalidade ou não dos agravos. Outro obstáculo observado foi a discordância nos relatos entre familiares e pacientes sobre determinado tema quando entrevistados separadamente.

Ao discutir os casos com a equipe, os profissionais de saúde temem ser repreendidos pelos denunciados, pelo risco de sofrer retaliações por parte da família da vítima ou terem que prestar depoimento durante o processo judicial, se este for instaurado⁶.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência das visitas domiciliares fez emergir a necessidade de uma abordagem empática afim de facilitar a aproximação e diminuir a resistência à visita, pois apesar de algumas dificuldades, as potencialidades de cuidados e de resultados positivos das visitas são superiores.

Percebeu-se ainda a importância de articulação entre o ambulatório de atendimento de saúde mental e os outros serviços da rede de saúde ou comunitários para ampliar as ações de saúde mental e oferecer um atendimento integral aos pacientes e seus familiares.

Observou-se que as visitas domiciliares possibilitaram uma aproximação com a realidade vivida pelos pacientes e seus familiares, permitindo pensar em soluções que a comunidade pode oferecer. Assim, a partir do contato com o espaço social foram diagnosticadas necessidades amplas, que careciam de articulação com outros serviços como a assistência social e a atenção primária e com os dispositivos comunitários (representante de associação de bairro, membros de igreja, vizinhos, etc.).

Percebeu-se que a falta de conhecimento em relação aos transtornos mentais gera para a família a sensação de fracasso e dúvidas relacionadas ao tratamento, ao sofrimento, à busca de explicações em relação ao diagnóstico, à busca por uma cura entre outras demandas. Isso pode acontecer pelo fato de que os transtornos mentais são variáveis, podendo ocorrer exacerbação ou remissão de alguns sintomas em determinados períodos ou também sua cronificação, sendo necessária uma abordagem específica para cada caso.

Além disso, viu-se que as relações pessoais e sociais se fragilizam com a manifestação do transtorno mental. Ocorrem desentendimentos entre os familiares, brigas e desorganização no núcleo familiar. Algumas vezes outros membros da família tornam-se também doentes, por não conseguirem lidar com sua nova rotina. Para um melhor resultado do tratamento é fundamental a participação conjunta da família, um atendimento integral e articulação com outros serviços.

Apesar das visitas domiciliares demandarem um tempo maior dos profissionais e recursos logísticos, os resultados percebidos na maioria das vezes são positivos e contribuem para melhorar o tratamento dos pacientes e a qualidade de vida dos familiares.

Nota-se que a enfermagem psiquiátrica tem contribuído para a re-socialização dos pacientes por meio de orientações aos familiares, intervenções em situação de crise, consulta de enfermagem em saúde mental, acolhimento, entre outras modalidades.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Reinaldo A M S, Rocha RM. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: ideias para hoje e amanhã. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2002; 4(2):36-41.
2. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
3. Birman J. Enfermidade e loucura: sobre a medicina das interrelações. Rio de Janeiro: Campus; 1980.
4. Arejano CB, Padilha MICS. Cuidar sim, excluir não. Rev. mal-estar subj 2005; 5(1), 72-91.
5. Schein S, Boeckel MG. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. Sau. & Transf. Soc. 2012; 3(2):32-42.
6. Brasil. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: Diário Oficial da União, Brasília; 2001.
7. Pesioli CL, Moreira AK. Avaliação de um centro de atenção psicossocial por meio do perfil de seus usuários. Mental. 2007; 5(8):61-75.
8. Carvalho MDA, Oliveira e Silva H, Rodrigues LV. Perfil epidemiológico dos usuários da rede de saúde mental do município de Iguatu, CE. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. 2010; 6(2):337-49.
9. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(5):1103-1112.
10. Wright LM, Leahey M. Nurses and families. A guide to assessment and intervention. Philadelphia: F A Davis; 2009.
11. Mandu EN, Gaíva, MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliar sob olhar de usuários do programa Saúde da Família, Texto Contexto Enferm. 2008; 17(1): 131-40.
12. Amorim AKM, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico, Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(1); 194-204.