

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GRACIANE TAVARES

**AVISITA DOMICILIAR NO COTIDIANO DA PRÁTICA DE UMA  
PSICÓLOGA RESIDENTE**

Rio Grande, 2014

GRACIANE TAVARES

**AVISITA DOMICILIAR NO COTIDIANO DA PRÁTICA DE UMA  
PSICÓLOGA RESIDENTE**

Trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família realizado como pré-requisito para obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande.

Orientador: Prof. Dr. Egeu Esteves

Rio Grande, 2014

Dedico este trabalho com muito carinho, à  
comunidade do bairro São Miguel que me  
acolheu tão bem durante os dois anos dessa  
experiência incrível.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço minha família (principalmente meus pais Solange e Darci) por todo apoio, amor e dedicação que sempre tiveram comigo, por serem meus exemplos e orgulho, por nunca terem me deixado desistir de nada até chegar aqui e ao Guilherme por ter se feito sempre presente mesmo há quilômetros de distância. Não tenho palavras para descrever o quanto vocês são importantes na minha vida, obrigada por tudo! Amo vocês.

Agradeço aos meus amigos que perdoaram minha ausência durante esse tempo e entenderam meu cansaço, vocês são incríveis! Sou abençoada por ter vocês na minha vida.

Aos Professores, minha Preceptora e Equipes 13 e 14 da São Miguel I especialmente aos Agentes Comunitários de Saúde que me acompanharam nessa rica jornada.

Aos meus “R2” e principalmente, minha equipe Bruna e Daiane que entenderam a proposta da Residência e se fizeram grandes parceiras durante todo esse tempo. Se pudesse escolher, escolheria sempre vocês.

Agradecimento especial ao meu orientador Professor Egeu que me estimulou a ampliar o olhar e buscar novas formas de pensar/agir no cotidiano como Residente, Psicóloga e Pesquisadora.

À banca (Denise, Cesar e Bruna) que com seu olhar crítico e construtivo me auxilia na elaboração desse trabalho tão importante e idealizado.

Agradeço a Deus por ter me colocado exatamente onde estou e por me permitir experimentar a alegria e satisfação de ter escolhido esse caminho. Obrigada Senhor!

A todos vocês “abraSUS”.

“Talvez não cheguei aonde planejei ir. Mas cheguei, sem querer, aonde meu coração queria chegar, sem que eu soubesse”.

Rubem Alves

TAVARES G. A Visita Domiciliar no Cotidiano da Prática de Uma Psicóloga Residente. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande, 2014.

### **RESUMO**

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo qualitativo que buscou, através da pesquisa participante, a reflexão da prática da Visita Domiciliar no cotidiano de uma Psicóloga Residente do Programa Residência Multiprofissional em Saúde da Família imersa em uma Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF - da cidade de Rio Grande - RS - Brasil. No período de março de 2013 a novembro de 2014. Analisando essa possibilidade de trabalho dentro do campo da psicologia no contexto da Atenção Básica/Saúde da Família. Os sujeitos desta pesquisa foram: os moradores (usuários) visitados, a Equipe de Saúde da Família, a própria pesquisadora, sua prática, a relação com o meio e os fenômenos que surgem nos cenários das Visitas Domiciliares. Todos os sujeitos fizeram parte da pesquisa de forma interconectada. A partir da metodologia utilizada foram encontradas as seguintes categorias de análise: promoção de saúde, acolhimento e vínculo, identificação de demandas e espaço terapêutico. Este trabalho demonstra que a Visita Domiciliar surge como ferramenta de suporte para intervenções psicossociais na comunidade, pois é um instrumento de investigação que orienta a prática, podendo ser utilizada também para a pesquisa acadêmica, desde que sistematizada para este fim.

**Palavras-chave:** Visita Domiciliar, Atenção Básica, Psicologia Comunitária, Pesquisa Participante, Promoção de Saúde.



## **Lista de Figuras**

|   |    |
|---|----|
| Figura 1: Planta da UBSF São Miguel I   | 3  |
| Figura 2: Fachada da UBSF   | 4  |
| Figura 3: o movimento de integração entre NASF e as equipes vinculadas                            | 13 |
| Figura 4 - Representação esquemática da atenção à saúde domiciliar e suas respectivas modalidades | 15 |
| Figura 5: Representação esquemática dos sujeitos de pesquisa                                      | 21 |
| Figura 6: Representação esquemática das potencialidades da Visita Domiciliar                      | 25 |



## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO AO TEMA E AO CAMPO  | 1  |
| 2. JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO OBJETO DE PESQUISA                         | 6  |
| 3. OBJETIVOS  | 10 |
| 4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA  | 11 |
| 4.1) Atenção Básica/Saúde da Família                                      | 11 |
| 4.2) Inserção da Psicologia no Sistema Único de Saúde/Atenção Básica/NASF | 12 |
| 4.3) A Visita Domiciliar no contexto da Atenção Domiciliar                | 15 |
| 4.4) Refletindo Sobre Domicílio e Família                                 | 17 |
| 5. MÉTODO   | 19 |
| 5.1) Pesquisando e Conversando com a Psicologia Social                    | 19 |
| 5.2) Pesquisas Ativas   | 20 |
| 5.3) Pesquisa Participante  | 21 |
| 5.4) Relação Sujeito - Objeto   | 22 |
| 5.5) O Campo  | 23 |
| 6. ACHADOS DE CAMPO/ANÁLISE DOS DADOS                                     | 25 |
| 6.1) Visita Domiciliar e Promoção de Saúde                                | 26 |
| 6.2) Visita Domiciliar e Acolhimento - Vínculo                            | 30 |
| 6.3) Visita Domiciliar e Identificação de Demandas                        | 36 |
| 6.4) Visita Domiciliar como Espaço Terapêutico                            | 41 |
| 7. DESAFIOS   | 45 |
| 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS   | 46 |
| 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS   | 49 |
| APÊNDICE A  | 53 |

## **1. INTRODUÇÃO AO TEMA E AO CAMPO**

O presente trabalho tem por objetivo apresentar e relatar minha experiência como Psicóloga Residente no Programa Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande (RMSF – FURG), onde volto a atenção e reflexão para as vivências a partir das Visitas Domiciliares realizadas no território de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da cidade de Rio Grande – RS.

No primeiro momento apresento um pouco da RMSF, o local de estágio a UBSF Dr. Vicente Pias e o campo Bairro São Miguel. Trago as justificativas e motivações para a realização do trabalho e os objetivos deste.

Na segunda parte fundamento teoricamente alguns programas do Ministério da Saúde (Estratégia Saúde da Família – NASF – Atenção Básica), a psicologia no cenário das políticas públicas de Atenção Básica e Visita Domiciliar. Assim como o que é domicílio e família.

Na metodologia utilizo a pesquisa participante e trago a Psicologia Social como aliada, por meio de autores como Mary Jane e Peter Spink, casal que estuda essa vertente e abastece o campo do conhecimento com a ampliação do olhar em relação às possibilidades e modos de se fazer pesquisa.

A última parte do texto aborda os achados de campo e análise dos dados. Encerramos o trabalho com as considerações finais.

*Tema - A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF)*

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) é um Programa de pós-graduação *lato sensu* da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, criada em 2010, a partir de uma parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande e a Secretaria Municipal de Saúde. A RMSF tem como objetivo qualificar profissionais da área da saúde, advindos da psicologia, educação física e enfermagem, integrando em seu programa o ensino, a pesquisa e a atenção à saúde de acordo com as leis e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e busca o trabalho inter/trans/multiprofissional como forma de possibilitar novas práticas que melhorem a atenção aos usuários do SUS (FURG, 2010).

A residência é um curso de modalidade integral, que possui uma carga horária total de 5.760 horas que se divide em 20 horas semanais de carga horária teórica e 40 horas de carga horária prática, num total de 60 horas semanais. O residente diariamente desenvolve atividades em serviço na unidade a qual está inserido, junto às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e em demais campos de estágios articulados à ESF (FURG, 2010).

No primeiro ano as atividades dos residentes concentram-se em uma Unidade Básica de Saúde da Família (este trabalho é realizado na UBSF São Miguel I). No segundo ano os residentes mantêm o vínculo com a UBSF (alguns turnos), mas transitam por outros locais da rede de saúde do município de Rio Grande - RS (vivências/estágios), podendo ainda ser realizado um estágio eletivo de um mês em outros serviços (fora do município) para completar o aprendizado (FURG, 2010).

*Tema-Campo - A Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Vicente Pias (São Miguel I)*

A Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Vicente Pias (São Miguel I) é composta por duas Equipes de Saúde da Família, 13 e 14. A Equipe 13 é formada por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma dentista e uma auxiliar de saúde bucal, que atende a população das duas equipes. A equipe 14 é formada por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e nove ACS. As equipes contam com o apoio de mais uma técnica de enfermagem volante.

As equipes recebem estagiários de Enfermagem e Medicina da FURG, de Fisioterapia da Anhanguera Educacional, e residentes em Saúde da Família, sendo

atualmente, uma residente da área da Psicologia, uma da Educação Física e uma da Enfermagem.

O acesso às consultas médicas se dá por fichas, por ordem de chegada, que são distribuídas pela manhã. Os usuários que chegarem após a distribuição das fichas passam por uma triagem realizada pela enfermagem, na qual são definidas as condutas a serem adotadas (encaminhar para outro serviço, voltar outro dia para “pegar uma ficha”, avaliação médica no momento quando o caso exige mais atenção etc.). Grupos específicos têm suas consultas pré-agendadas, são eles: puericultura, pré-natal e pacientes considerados “crônicos”.

Além disso, a equipe conta com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, constituído por uma profissional de educação física, uma psicóloga, uma nutricionista, uma fisioterapeuta e uma assistente social.

Muitos são os exemplos de ações de apoio que o NASF oferece à equipe, como: interconsultas, discussão de casos e do processo de trabalho, educação permanente, construção coletiva de projetos terapêuticos singulares, ações de prevenção e promoção de saúde etc. Aumentando assim a abrangência das ações da Atenção Básica.

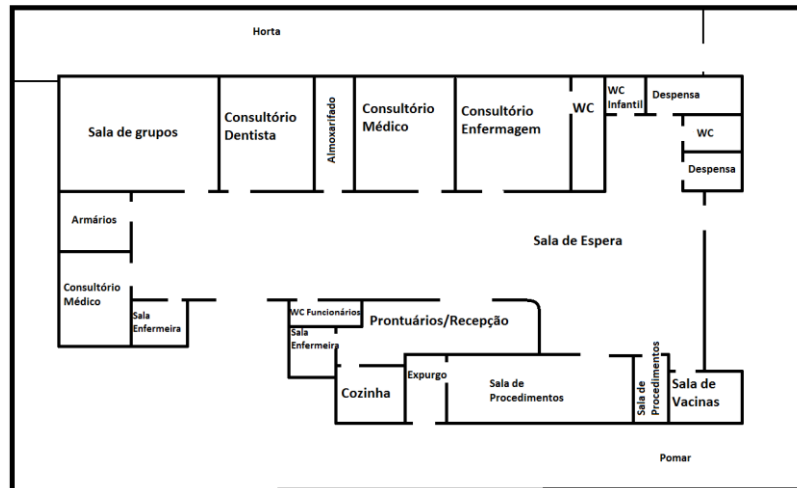


Figura 1: Planta da UBSF São Miguel I. Fonte: arquivos digitais da RMSF.

As equipes oferecem os seguintes atendimentos à população: consultas médicas e de enfermagem, acompanhamento pré-natal, puericultura, procedimentos de enfermagem (curativos, aferição de pressão arterial, teste de glicemia capilar, vacinação, coleta de exame citopatológico, coleta de sangue para exames laboratoriais etc.), atendimento odontológico, visitas domiciliares, grupo de artesanato, coral e Projeto Vida Ativa, agendamento para especialistas, entrega de medicamentos e acolhimento da demanda espontânea.

Quando o usuário chega à UBSF, muitas vezes, é recebido por profissionais que ali atuam sobrecarregados de atividades, sem tempo para uma escuta adequada, sem ter condições de “olhar” para esses pacientes e “fugindo” de alguns, principalmente dos poliqueixosos<sup>1</sup>. Isso gera um grande desconforto, revolta e reclamações por parte das pessoas que buscam atendimento.

Em março de 2013, quando nossa turma de residentes chegou à UBSF, ela estava atendendo a uma população acima da média recomendada pelo Ministério da Saúde, máximo de quatro mil pessoas, sendo a média ideal tida em três mil pessoas por equipe, o que gerava grande desconforto tanto para equipe (sobrecarga de atendimentos) quanto para os usuários (atendimento insatisfatório).



Figura 2: Fachada da UBSF

---

<sup>1</sup> O paciente poliqueixoso é aquele que apresenta queixas repetitivas, de natureza psicossomática que variam de intensidade. Normalmente são submetidos a vários exames e, após o resultado, conclui-se que suas queixas não possuem causa orgânica específica. Fonte: própria.

### *Campo - O Bairro São Miguel*

O Bairro têm como limites geográficos a lagoa, o shopping (inaugurado há pouco tempo) e a Junção (integração dos ônibus coletivos), além de ficar próximo da Universidade (FURG), o que facilita o acesso até ele. Apesar disso, apresenta grandes contrastes, com a maioria das famílias em grande vulnerabilidade social, vivendo em situações precárias e moradias insalubres e outras vivendo em melhores condições. Existe também um grande número de centros religiosos católicos, evangélicos, umbandistas e espíritas.

Nesse bairro encontramos pessoas batalhadoras, muitas famílias de pescadores e de operários que trabalham no Pólo Naval da Cidade. A região próxima à lagoa é uma zona de pesca e por todo o bairro são encontrados pequenos comércios, muitas vezes, localizados nas residências dos moradores.

A centralidade geográfica do bairro, combinada com o fácil acesso a ele através de várias vias de grande circulação, poucos lugares de lazer, cultura, esporte etc. e escolas pouco atraentes e motivadoras para os alunos, faz com que a São Miguel seja um local propício para o aumento do uso e do tráfico de drogas.

A maioria das ruas não possui pavimentação, com exceção de três vias principais que cortam o bairro, o saneamento é precário, existem poucas calçadas e pouca sinalização o que obriga pedestres e veículos a compartilharem o espaço da via. Andando pelo bairro percebe-se ainda muitos animais soltos na rua, na sua maioria cachorros, além de cavalos que são usados como meio de transporte e trabalho.

Nos dias de chuva, ruas e valetas transformam-se em grandes “lagoas”, dificultando o acesso dos usuários à UBSF, o trânsito torna-se caótico e o risco de acidentes e doenças aumenta.

Tendo em vista todas essas características, temos um terreno fértil para nosso trabalho de promoção, prevenção e reabilitação. Encontramos nesse contexto muitas pessoas que buscam ajuda na UBSF, que abrem as portas de casa para receber as equipes de Saúde da Família e que apesar das dificuldades nos oferecem um café, um chimarrão ou um simples copo d’água. Pequenas grandes gentilezas cotidianas.

## 2. JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO OBJETO DE PESQUISA

“Assim, quando mudamos o olhar mudamos o foco e quando mudamos o foco mudamos o olhar, portanto, morenianamente falando, queremos ser contadores de histórias e promotores de novas histórias.”

Júlia Maria Casulari Motta

Para chegar à escolha do objeto da pesquisa devo, primeiramente, descrever um pouco da caminhada na RMSF e enfatizar que levo em consideração todos os passos dados dentro do bairro. Passos em seu sentido literal, pois, para conhecer a realidade da São Miguel andei muito por suas ruas, travessas e avenidas, fui tocada por sua realidade e resolvi, que de alguma forma, queria ser parte daquele cenário como profissional da saúde, entrando nos domicílios, cumprimentando as pessoas pelo nome, sendo atravessada pelas histórias e vidas que cruzaram e cruzam meu caminho.

### *Meu percurso pessoal-profissional até a escolha do objeto da pesquisa*

Nos primeiros meses de Residência a sensação de estar “perdida” me acompanhou e, ao chegar ao campo, ficava imaginando “qual é o papel da psicologia afinal?”. “O que será que devo fazer... Sou Psicóloga da Unidade?”

Estava “perdida”, pois a psicologia não tem sua preceptoria<sup>2</sup> diariamente em campo, como, por exemplo, a enfermagem, o que deixava a sensação de estar “solta” no espaço de atuação profissional.

Muitas dúvidas e expectativas se fizeram presentes, pois, se algumas profissões já têm seus papéis estabelecidos e cristalizados na área da saúde e, conseqüentemente, na Atenção Básica, como a medicina e a enfermagem, para a psicologia esse terreno ainda precisa ser explorado e suas “técnicas” adaptadas a esse novo contexto, abrindo espaço para novas formas de agir/intervir.

O que faz a medicina na Atenção Básica? Na Atenção Domiciliar (AD)? Na Saúde da Família (SF)? E a enfermagem? Se pararmos para pensar, logo nos vêm à cabeça os

---

<sup>2</sup> A preceptoria é um espaço de problematização e reflexão da prática, onde o Residente encontra seu preceptor que é um apoiador pedagógico de seu núcleo profissional, designado pela Secretaria de Saúde, que atua nas UBSFs. É responsável por acompanhar o Residente quanto ao conhecimento do campo, promover a inserção destes na equipe de saúde, a integração com outros serviços afins e com a população. Fonte: FURG, 2010.

modelos rígidos e a imagem do “fazer” dessas profissões. Mas e o psicólogo? Onde ele se encaixa? Como abandonar certos padrões cristalizados da nossa profissão para adentrar no terreno da Atenção Básica?

Outra questão que surge no meio do caminho é o “Ser” Residente: onde esse profissional-aluno atua? Até onde ele pode ir já que as atividades da psicologia na Saúde da Família estão intimamente ligadas ao NASF<sup>3</sup>?

Para que pudesse começar a trabalhar, no primeiro momento, “criou-se” uma demanda (não que ela não existisse) para que de fato a “psicóloga” tivesse um “trabalho”. Foi aberta uma agenda e, como na clínica tradicional, esperei que os pacientes viessem até mim, seja através das discussões de caso ou outros, trazidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Essa experiência foi frustrante e, na maioria das vezes, ficava esperando por pacientes que nunca vinham, embora estivessem agendados. Os casos apareciam como “urgentes”, em falas como: “*ela realmente precisa*”, “*é risco de suicídio*”, “*tenho um casinho para ti*” etc. Aos poucos fui descobrindo o que havia por trás das queixas e porque os pacientes não apareciam.

Vários foram os tipos de “boicotes” ao nosso trabalho. Por exemplo, as datas dos atendimentos não chegavam aos pacientes (os Agentes Comunitários de Saúde “esqueciam” de entregar o horário das consultas da psicologia); não havia salas disponíveis para que fosse possível realizar atendimentos em grupos ou qualquer tipo de atendimentos (os atendimentos médicos e de enfermagem sempre eram priorizados); quando estava atendendo a sala era “invadida”, mesmo com um cartaz que sinalizava o atendimento etc. Tudo isso foi gerador de frustração, angústias e desestimulação.

As questões interdisciplinares ficaram adormecidas nesse processo enquanto estava à espera de quem nunca vinha e, então, resolvi andar por outros espaços em busca de desenvolver atividades com os colegas residentes (educação física e enfermagem), tais como: grupos, atendimentos em equipe multiprofissional, aconselhamento nos testes de HIV, Sífilis e nos exames de  $\beta$ -HCG (testes de gravidez), participar das avaliações de enfermagem e, ainda, acompanhar os diversos profissionais da Unidade nas Visitas Domiciliares.

Outras questões muito importantes que tenho levado em consideração são as seguintes: “Quem sou aqui neste contexto?”, e “O que posso oferecer que será relevante a essa comunidade?”.

---

<sup>3</sup> Explico o que é NASF mais adiante na fundamentação teórica.



Percebo um caminho a partir da noção de que, no contexto da Atenção Básica, não posso (não desejo, nem devo) ser exclusivamente uma “psicoterapeuta”, mas sim, uma psicóloga com características mais comunitárias e sociais. Não posso ficar presa ao papel de uma profissional de saúde mental que não se propõe a conhecer a verdadeira demanda de trabalho, aquela que não é criada pelo profissional e sim, pelas necessidades da comunidade na qual está inserida.

De outro lado, reconheço que devo buscar ser uma profissional da saúde a serviço da sociedade, visando sempre o bem-estar dos usuários e não simplesmente de uma de suas partes.

Nessa caminhada descobri a necessidade de saber informar as pessoas sobre as vacinas, as formas de encaminhamentos para outros serviços, direitos e deveres dos usuários, enfim, uma infinidade de assuntos que ultrapassa a esfera da psicologia enquanto teoria e que me une ao inter/transdisciplinar.

Diversos foram (e ainda são) os meus questionamentos e inseguranças e muitas, também, as vivências até que chegasse a algo que faz sentido para mim como psicóloga e Ser Humano.

Tendo em vista minha leitura teórica anterior ao meu papel de residente, busquei em algumas fontes psicodramáticas<sup>4</sup>, conceitos que me acompanhassem nesse novo cenário dentro da saúde comunitária. Retornei assim aos conceitos de Moreno (criador do psicodrama), que baseiam-se na sua filosofia do momento (onde o que vale é o momento vivencial), no qual o momento é o instante do viver e criar, é o aqui e agora (BUSTOS, 1979). Percebo a aplicabilidade desta filosofia no momento da Visita Domiciliar.

O momento da visita seria como um recorte no tempo, atemporal, esse instante deve ser de entrega do profissional que a realiza, onde ele está por inteiro, ouvindo as histórias das pessoas visitadas, suas queixas, respeitando seu contexto social e pensando em estimular a autonomia dessas pessoas.

Além disso, o Psicodrama oferece a teoria, a técnica e a filosofia para trabalharmos com grupos, grupos de colegas profissionais, grupos de famílias etc. A filosofia psicodramática nos faz crer que, apesar de condições adversas da vida, podemos lançar mão da criatividade e da espontaneidade para nos tornarmos mais saudáveis. É utópica e

---

<sup>4</sup> Segundo a Federação Brasileira de Psicodrama: “Psicodrama pode ser definido como uma via de investigação da alma humana mediante a ação. É um método de pesquisa e intervenção nas relações interpessoais, nos grupos, entre grupos ou de uma pessoa consigo mesma. Mobiliza para vivenciar a realidade a partir do reconhecimento das diferenças e dos conflitos e facilita a busca de alternativas para a resolução do que é revelado, expandindo os recursos disponíveis.” (FEBRAP, 2014).

otimista, algo que falta em nosso cotidiano baseado em números frios, pesquisas frias, sobrecarga de trabalho etc.

Fica visível que o psicodrama me acompanha dentro e fora do trabalho, principalmente nas saídas para a “rua” (rua como local fora da estrutura física da UBSF e dentro do território<sup>5</sup>). Fica compreensível que o cenário pode ser variável e o enquadramento flexível de forma que a espontaneidade e a criatividade, não só podem como devem, permear o fazer do residente.

Em busca de uma ferramenta de trabalho que contemplasse as necessidades da comunidade da São Miguel, e levando em consideração a falta de espaço físico (muitos estagiários e profissionais para poucas salas), encontrei na Visita Domiciliar (VD) um potente instrumento de vínculo, escuta e espaço terapêutico.

Foi assim que a pesquisa debruçou-se sobre as possibilidades da Visita Domiciliar para a atuação do psicólogo no contexto da atenção básica.

---

<sup>5</sup> Território: limites geográficos e de cobertura populacional que as Equipes de Saúde da Família têm sob sua responsabilidade. Fonte: Caderno de atenção domiciliar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

### 3. OBJETIVOS

O presente trabalho se caracteriza como pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família e visa à reflexão da Visita Domiciliar realizada a partir da experiência prática da residente.

Ele tem como intuito principal auxiliar profissionais e estudantes, tanto da graduação quanto da pós-graduação, a questionar suas possibilidades de intervenção, visando ampliar o arranjo de ações que faz sentido no campo da Atenção Básica/Saúde da Família.

Busca também problematizar os padrões rígidos da prática individual e apresentar um instrumento de trabalho pouco explorado pelos psicólogos, a Visita Domiciliar. Entendemos que o trabalho mostra-se relevante, pois a bibliografia da área, que relacione Visita Domiciliar e Psicologia, ainda é escassa.

Para realizar esse trabalho busco me orientar através de alguns questionamentos:

Em que momento a Visita Domiciliar pode ser útil na vivência do residente de Psicologia?

Quais são as potencialidades da Visita Domiciliar realizada pelo Psicólogo (a) residente no contexto da Atenção Primária/Saúde da Família?

Portanto, o objetivo central é refletir sobre as potencialidades da Visita Domiciliar encontradas através da presença da Psicologia no contexto da Estratégia Saúde da Família. Além disto, visamos também: descrever o cenário das VD's; apresentar as potencialidades da VD; e pensar a respeito dos desafios encontrados na realização das VD's.

Embora a Atenção Domiciliar e, dentro desta, a Visita Domiciliar, esteja em processo de ascensão nas práticas de saúde, observamos que a VD ainda não está de fato completamente inserida no contexto de atendimento à saúde e na capacitação desses profissionais o que torna este trabalho ainda mais relevante, pois poderá servir de ponte para a formação de psicólogos interessados em trabalhar com essa ferramenta.

É no sentido de sugerir novos modelos de atuação que este trabalho visa contribuir, já que percebe-se a carência de modelos que sustentem a prática do psicólogo na comunidade. Procurando abordar alguns aspectos que colaborem para a reflexão do nosso papel profissional.

## 4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### *Buscando um lugar para a psicologia na Atenção Básica*

Apresentaremos nessa parte do trabalho os conceitos de Atenção Básica (AB), Estratégia Saúde da Família e Visita Domiciliar para podermos discutir a inserção do Psicólogo no contexto público. Em seguida, abordamos uma reflexão sobre família e domicílio visando encontrar um “lugar” para a psicologia na AB.

#### **4.1) Atenção Básica/Saúde da Família**

Enquanto residentes Multiprofissionais do primeiro ano, estamos inseridos em uma UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família), que faz parte da Atenção Básica à Saúde.

A Atenção Básica é o contato preferencial do usuário com o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a principal porta de entrada do Sistema. É caracterizada por diversas ações de saúde que são executadas individual ou coletivamente, abrangendo desde a promoção, proteção e prevenção até o diagnóstico, tratamento e reabilitação. Esta é desenvolvida por meio do trabalho em equipe multiprofissional e utiliza diversas tecnologias de cuidado e é orientada através dos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2011a).

Em 21 de outubro de 2011 o Governo Federal editou Portaria nº. 2.488, que trata da Política Nacional da Atenção Básica e traz a revisão das diretrizes e normas para a orientação da Atenção Básica (AB), Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2011a).

Dentro dessa Política destaco a Estratégia Saúde da Família, pois é através dela que os fazeres do psicólogo residente se inserem na AB. Essa Estratégia (ESF) é considerada prioritária para consolidação e expansão da AB, segue as mesmas diretrizes e princípios do SUS e é de extrema relevância para a Saúde brasileira. A ESF é operacionalizada por meio de Equipes de Saúde da Família, cada equipe é composta por: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade: enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família: auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Pode-se ainda agregar a esta estrutura os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família; e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011a).

#### **4.2) Inserção da Psicologia no Sistema Único de Saúde/Atenção Básica/NASF**

Vamos fazer um breve resgate histórico para contextualizar a psicologia no Brasil até chegarmos ao cenário da Atenção Básica.

A regulamentação da profissão de psicólogo em nosso país é recente, ocorrendo em 1962 através da Lei Federal nº 4.119, a partir dela, a atuação dos psicólogos se deu, primeiramente, nas áreas clínica, escolar, industrial e magistério. Atuando como profissional liberal, em um cenário que priorizava o atendimento das classes média e alta (DIMENSTEIN, 1998).

Nos anos 70 o Brasil passou por diversas transformações econômicas e sociais que vieram a definir os rumos das políticas públicas no país. Essa época foi de procura por um novo modelo de atenção à saúde. Logo mais adiante, como desdobramento dessa movimentação social aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, configurando um momento de busca pela concretização da reforma sanitária e transformação da assistência psiquiátrica, ocasião de crítica a um modelo ineficiente, o modelo asilar (DIMENSTEIN, 1998).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi aprovado em 1988, na Constituição Federal, com a proposta de ser um Sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado. É nesse contexto que surgem novas demandas sociais no qual o psicólogo começa sua inserção. A partir dessas demandas a psicologia começa a questionar seu saber, sua prática e seus referencias, pois era necessário adaptar-se à realidade desse novo sistema (DIMENSTEIN, 1998).

Percebe-se que toda essa transformação é muito recente e que o psicólogo, cada vez mais, está assumindo diversos compromissos no contexto do SUS, ficando seu foco de formação clínica incoerente com o desenvolvimento desse sistema (ZURBA, 2011).

Voltando à Estratégia Saúde da Família, em 2008, o Ministério da Saúde criou o NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família – que tem como objetivo ampliar as ações da Atenção Básica. O NASF se constitui como uma equipe multiprofissional que transita entre as Equipes de Saúde de Família de sua responsabilidade, dando suporte a elas (BRASIL, 2009).

Exemplos de ações de apoio realizadas pelo NASF: interconsultas, discussão de casos, educação permanente, discussão do processo de trabalho, construção em equipe de projetos terapêuticos singulares, ações de promoção de saúde etc.

Segundo a portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 o NASF se divide em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2. O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior das seguintes ocupações: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. Já o NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior, podendo ser: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2009).

Considerando a proporção epidemiológica dos transtornos mentais, é recomendado que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental (BRASIL, 2009). Abaixo apresentamos uma figura que representa o movimento de integração entre NASF e as equipes vinculadas.

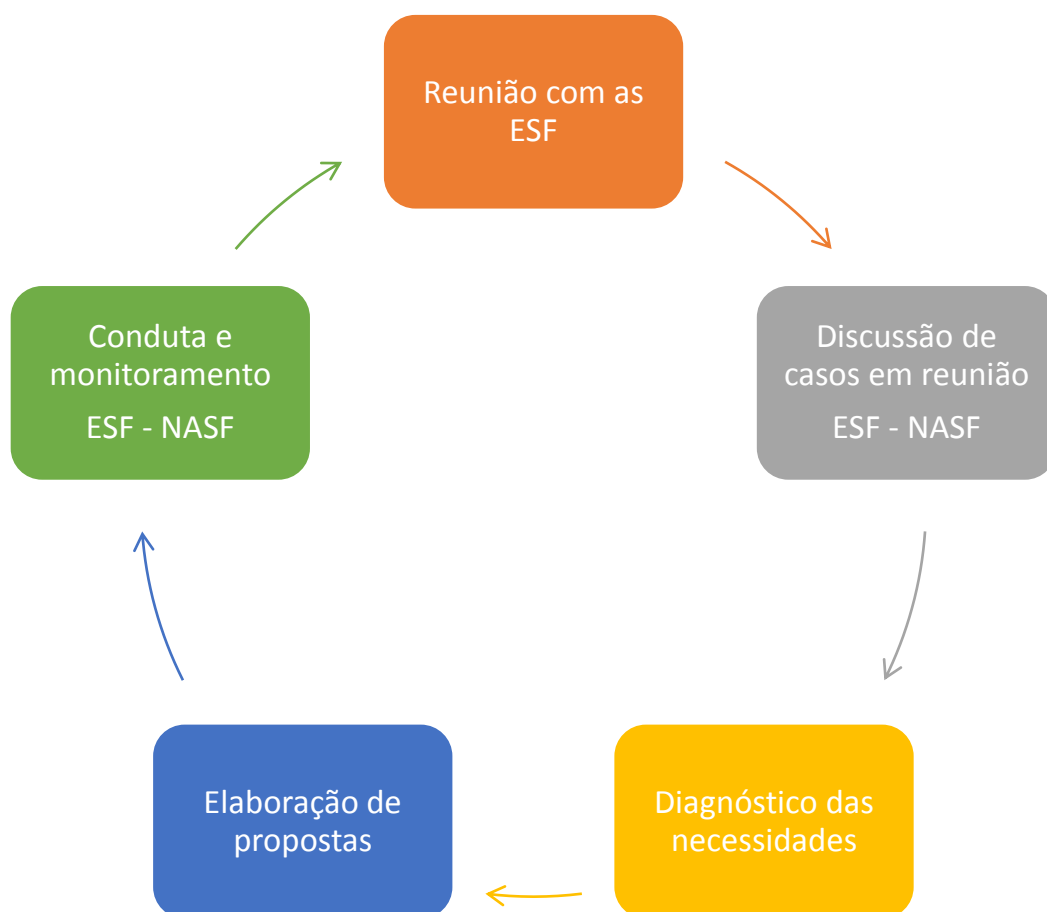


Figura 3: O movimento de integração entre NASF e as equipes vinculadas. Fonte: Caderno de Atenção Básica 27: Diretrizes do NASF. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

A Equipe de NASF que acompanha a UBSF São Miguel I compreende as seguintes profissionais: Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista, Profissional de Educação Física e Psicóloga.

Com o que foi exposto até aqui podemos observar que o modelo clínico-individual precisa ser transformado já que a Saúde da Família necessita da construção de uma nova consciência sanitária, com a inserção de profissionais que atuem sob uma nova lógica, onde não sejam mais orientados por normas impostas verticalmente. Segundo Zurba (2011, p. 108):

“A implementação dos NASF vem ao encontro dessa mudança de paradigma pressionado, ao nível da AP, por uma ação intensamente interdisciplinar, possibilitando ao psicólogo, agora mais próximos das equipes de SF, participar da construção de um modelo de assistência”.

Na busca por bibliografia sobre a psicologia na Atenção Básica foram encontrados estudos que nos mostram esse profissional inserido diretamente no NASF. É nesse momento que contradições aparecem para o residente, já que no primeiro ano ele fica imerso no contexto de uma única UBSF, tendo contato com o NASF, mas não nele inserido.

Voltamos a ressaltar que na prática cotidiana é perceptível a desconexão entre o modelo clínico-individual e a realidade da saúde pública, já que há um desencontro de conceitos que acaba prejudicando a resolubilidade das intervenções. Dentro dessa ótica individualizante o psicólogo torna-se “psicologizante” ficando sua atuação limitada e fragmentada, o que conseqüentemente o afasta da comunidade e dos outros profissionais (ZURBA, 2011).

Visando agir na problemática relacionada ao cotidiano dos usuários e da comunidade, suas famílias e grupos, é que estamos propondo refletir e falar sobre essa forma de intervenção, a Visita Domiciliar, que surge como mais uma possibilidade de enfrentamento da crise que o profissional da psicologia encontra quando entra em contato com a realidade da saúde pública.

Além de atender a demanda clínica, temos em vista também a promoção de saúde, a melhora da qualidade de vida das pessoas, desempenhando um papel promotor de vínculos, servindo como mediadores, olhando de perto essas pessoas e famílias que tanto necessitam de atenção.

Sabemos que não existem receitas prontas, é exatamente por isso que este trabalho tem o intuito de discutir e valorizar essa forma de intervenção.

### 4.3) A Visita Domiciliar no contexto da Atenção Domiciliar

Antes de chegarmos até a Visita Domiciliar precisamos apontar que ela faz parte da Atenção Domiciliar, que é um conjunto de ações que visam o cuidado integral dos usuários em seus domicílios. Abaixo mostramos uma imagem que representa onde a VD se localiza dentro do esquema de atenção maior:

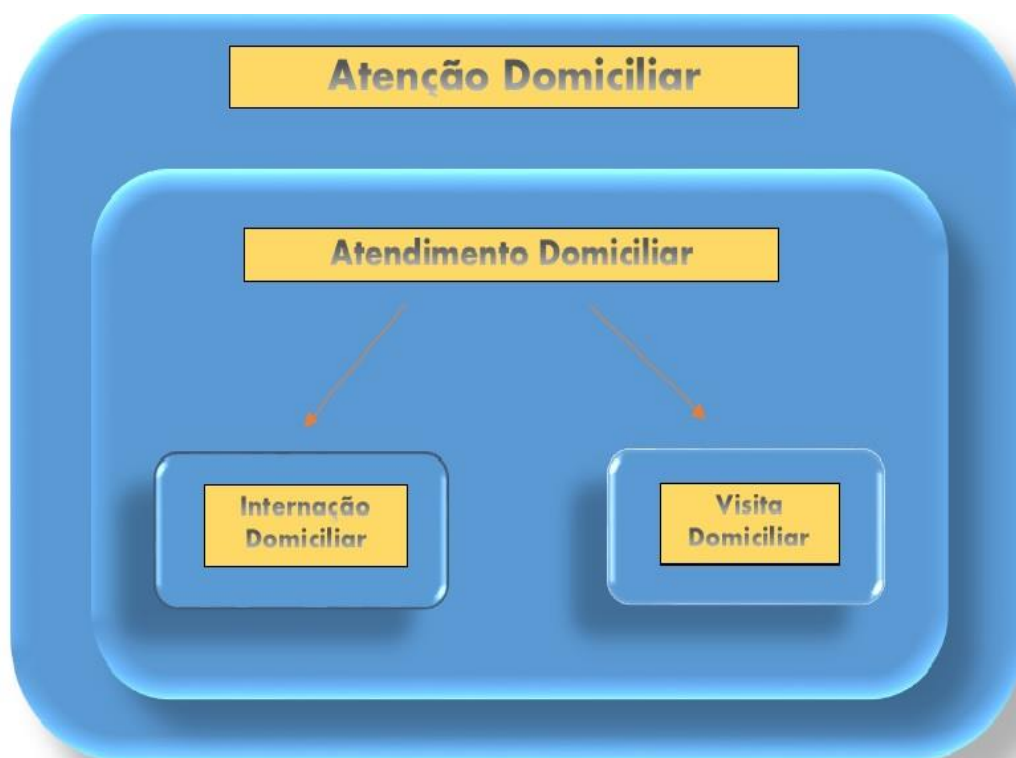


Figura 4 - Representação esquemática da atenção à saúde domiciliar e suas respectivas modalidades. Fonte: própria.

A Visita Domiciliar no contexto da AB surge com a proposta da Atenção Domiciliar, esse tipo de ação tem o princípio da territorialização como base e, segundo Brasil (2012, p.21):

“Deve-se ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas adscritas. Dessa forma, a atenção domiciliar é atividade inerente ao processo de trabalho das equipes de atenção básica, sendo necessário que estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão dessa modalidade de atenção, o que implica adequar certos aspectos na organização do seu processo de trabalho, bem como agregar certas tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar”.



Tendo em vista o que foi citado acima, fica evidente que o psicólogo, como, qualquer outro profissional da área da saúde pode/deve adaptar-se a esse cenário domiciliar garantindo a atenção integral aos usuários e suas famílias.

O recorte desse trabalho se caracteriza em discutir a Visita Domiciliar no âmbito da Atenção Básica e como ela se dá no cotidiano enquanto residente, logo não se pretende discutir a Internação Domiciliar.

Várias ações são realizadas no domicílio diariamente pelas equipes de Saúde da Família: busca ativa, o cadastramento de famílias, as ações de promoção e educação em saúde, entre outras. Quando inseridos nesse cenário, os profissionais da equipe devem respeitar o espaço da família, observando as diferenças locais e contribuindo para a humanização da atenção (BRASIL, 2012).

É imprescindível que a assistência domiciliar esteja organizada em uma equipe multiprofissional que funcione dentro da ótica interdisciplinar e que todos os profissionais inseridos nessa dinâmica adquiram atitudes de valorização e respeito pelas particularidades de cada família. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2012, p. 24):

“A interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas da equipe contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva”.

A Visita Domiciliar é uma das tarefas desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família, começando pelo Agente Comunitário de Saúde que deve realizar, pelo menos, uma visita mensal por família em sua área de abrangência, sendo que o número de visitas pode variar dependendo da demanda de cada família. Os outros profissionais da equipe também devem realizar esse tipo de atividade, planejando suas ações (SILVA, 2011).

Sendo assim, a VD torna-se importante para o acompanhamento dos usuários e da comunidade, já que durante a visita é possível conhecer os pacientes, suas experiências de vida e planejar estratégias terapêuticas (levando em conta a rotina de cada sujeito). O domicílio funciona também como espaço terapêutico pautado em um atendimento humanizado, pois estreita o vínculo entre a equipe e o usuário (SILVA, 2011).

Na VD são realizadas ações como: educação, orientação, verificação da situação de saúde, avaliação de demandas, promoção de saúde coletiva etc. É através dela que

capturamos a realidade dos usuários atendidos, reconhecendo suas necessidades de saúde e problemas (LACERDA, 2006).

#### 4.4) Refletindo Sobre Domicílio e Família

Domicílio é o local que uma pessoa ou família escolhe e demarca como seu território, independentemente do tipo de moradia (da casa ao barraco), basta servir de base, uma possibilidade de localização, endereço fixo.

Quando pensamos em ir até o domicílio das pessoas para prestar-lhes algum tipo de atenção não podemos desconsiderar algumas questões éticas. Costa e Carbone (2004, p. 31) citam algumas dessas questões:

- Todo domicílio merece igual respeito e atenção (...)
- Peça autorização para entrar (...)
- Seja atencioso, mas não chato (...)
- Não fique analisando o ambiente e o que existe à sua volta, salvo o imprescindível (...)
- Seja discreto, conserve a confiança das famílias.
- Evite críticas e condenações.
- Não demonstre estranheza perante hábitos culturais diferentes.
- Seja cortês, ofereça sua ajuda.
- Não emita juízos de valores sobre a conduta das pessoas.
- Mantenha-se digno da confiança dos moradores (...)

Cito essas questões acima, pois, acredito que elas nos ajudam a pensar em uma forma de convivência harmoniosa e próxima das famílias e comunidades. Sempre com o cuidado de respeitar essas pessoas a quem oferecemos nosso atendimento domiciliar.

Para que tenhamos êxito na abordagem domiciliar é necessário que o profissional da saúde compreenda a família que está recebendo esse tipo de cuidado. A abordagem com famílias é um elemento de gestão do cuidado em Atenção Domiciliar e também de prática terapêutica e diagnóstica. O que nos permite visualizar *in loco* seus hábitos, vivências e rotinas. Percebendo possíveis disfuncionalidades que prejudicam o seu bem-estar (BRASIL, 2013).

Pensando sobre o termo família, fica evidente que, atualmente, ele está aberto para muitas interpretações. Entende-se família como um sistema que se caracteriza por um

grupo de pessoas que nutrem emocionalmente uns aos outros, independente de vínculos genéticos (ASEN, 2012).

Diariamente nos deparamos com diversos tipos de famílias: família adotiva, família nuclear, família biológica, família reconstituída, família misturada etc. O que realmente faz diferença para que um grupo seja considerado família é que os membros tenham desejo de participar e compartilhar uns da vida dos outros. Com isso, andando pela comunidade percebi que existem muitas famílias de “vizinhos”.

Refletindo sobre família e vivendo a experiência da Visita Domiciliar no cotidiano como psicóloga residente, descobro que aquilo que surge como problema de um único indivíduo à primeira vista é, na verdade, algo bem mais amplo, uma questão familiar e/ou social.

## 5. MÉTODO

### 5.1) Pesquisando e Conversando com a Psicologia Social

Com o trabalho já em andamento, já que ele começou antes mesmo que tivesse consciência disso, descobri que meu fazer no cotidiano de residente vem ao encontro da Psicologia Social Comunitária, pois busco uma inserção horizontal, conversando e debatendo sobre o cotidiano das Visitas Domiciliares.

Peter Spink (2008, p. 75), aborda uma preocupação atual da Psicologia Social: a visão hiper-exagerada da verdade que reflete no modo de “fazer ciência” no campo social.

“Porque então, a preocupação excessiva da psicologia social hoje em dia com objetivos, métodos, questionários e consentimento informado, ao ponto de desconectar-se do cotidiano, de se distanciar do outro e de tornar a investigação algo especial? São muitas as razões que podem ser dadas incluindo a economia de tempo e as obrigações da produtividade acadêmica. Mas, sem dúvida, parte do nosso problema é que herdamos uma visão hiper-exagerada da verdade. Uma verdade que não é vista apenas como algo simples e prática, uma convenção que utilizamos quando conversamos sobre eventos, acontecimentos e conexões causais, mas como algo superpoderoso e completo, algo que realmente existe uma “super” verdade que nem a filosofia nem a religião foram capazes de descobrir e cuja busca passou para as mãos da ciência empírica”.

Contudo, não é fácil convencer as pessoas que também se faz ciência conversando nas ruas, sentados em cafés, observando a arquitetura urbana etc. “Conversando” com essa perspectiva me tranquilizo com o meu modo de “fazer ciência”, afinal, “O que é mais importante, uma lista de pontos a serem verificados para determinar a validade do método ou uma disponibilidade para o diálogo?” (SPINK, 2008, p.76)

## 5.2) Pesquisas Ativas

A pesquisa participante ou pesquisa participativa faz parte do grupo das “pesquisas ativas”. Esse tipo de pesquisa surge da crítica ao modelo convencional positivista, vigente até os dias atuais e busca incluir os sujeitos pesquisados na produção de informações e nas propostas de ações dos problemas encontrados. Podendo ser divididas em: pesquisa-ação e pesquisa participante (CHIZZOTTI, 2008).

Tanto a pesquisa participante quanto a pesquisa-ação originam-se de uma raiz comum, nascida com Kurt Lewin. Ele se interessava pelo estudo da dinâmica social e estava *“convencido da necessidade de a ciência tanto auxiliar na solução de conflitos, quanto esclarecer os indivíduos sobre uma situação dada e, para isso, propor uma ação consequente e eficaz para o problema enfrentado.”* (CHIZZOTTI, 2008, p. 81)

As pesquisas ativas constituem um modo de incremento profissional que parte das inquietações e interesses da comunidade, sendo a ferramenta adequada para investigações relacionadas à prática, podendo ser aplicada em diversos lugares de interação social que se caracterize por um problema, no qual estão implicados indivíduos, tarefas e procedimentos (ENGEL, 2000).

Ainda segundo Chizzotti (2008) as pesquisas ativas chegam com mais força na América Latina por volta dos anos 60 e 70, época de grande repressão social devido aos regimes políticos autoritários, como forma de oposição e crítica aos modelos de pesquisas positivistas tradicionais que davam suporte a esses regimes.

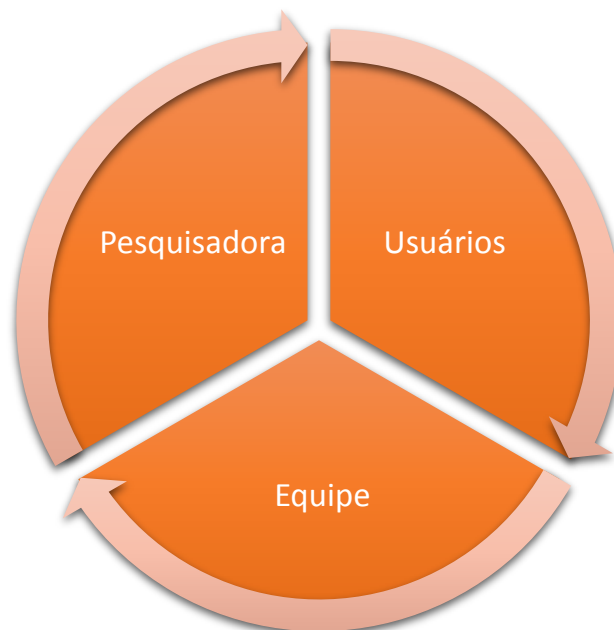
Portanto, foi desenvolvido um estudo qualitativo participante, que pretendeu descrever os fatos, fenômenos e significações produzidas em determinada realidade, tendo como núcleo a compreensão da dinâmica das relações sociais investigadas (GERHARDT, 2009). Este estudo foi realizado no período de março de 2013, quando a residente ingressou no programa até novembro de 2014, data estabelecida para a entrega do trabalho.

A metodologia escolhida foi a pesquisa-participante tendo em vista o papel ativo da pesquisadora na resolução do problema estabelecido, percebendo que é impossível, no contexto estudado, gerar saberes e experiências que não influenciem em sua existência.

*Questão de pesquisa: o “objeto”.*

Esta pesquisa buscou construir e caracterizar a Visita Domiciliar como dispositivo de intervenção psicossocial da Psicologia Comunitária a partir da prática da residente.

## *Sujeitos de pesquisa*



*Figura 5: Representação esquemática dos sujeitos de pesquisa. Fonte: própria*

Os sujeitos desta pesquisa são: os moradores (usuários) visitados, a Equipe de Saúde da Família, a própria pesquisadora, sua prática, a relação com o meio onde está inserida e, os fenômenos que surgem nos cenários das Visitas Domiciliares. Todos os sujeitos fizeram parte da pesquisa de forma interconectada.

A pesquisadora é residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e atua junto das duas equipes de Saúde da Família lotadas em uma UBSF do município de Rio Grande- RS.

### **5.3) Pesquisa participante**

Embora esse tipo de pesquisa tenha origem com a pesquisa-ação de Lewin, diferencia-se dela, pois tem outros pressupostos. A finalidade da pesquisa participante é orientar a prática de pesquisa para a mudança social e não é apenas um grupo de métodos de pesquisa e intervenção.

A pesquisa participante,

“Se fundamenta em uma ética e em uma concepção alternativa da produção popular do conhecimento, segundo a qual as pessoas comuns são capazes de compreender e transformar sua realidade. Trata-se de um modelo e de um meio de mudança efetiva para qual os sujeitos implicados devem elaborar e trabalhar uma estratégia de mudança social” (CHIZZOTI, 2008, p. 90).

Esse método de pesquisa parte de dentro para fora, se caracterizando por um participar – pesquisar, ou pesquisar participando, pois trata-se de um compromisso com as pessoas, onde os sujeitos não são meros objetos de pesquisa, mas sim, coautores dessa produção de conhecimento.

Todo conhecimento gerado pela pesquisa participante é oriundo da comunidade e ela deve ser a primeira beneficiada com os novos saberes encontrados. Saberes esses, incorporados nas ações cotidianas da Equipe de Saúde da UBSF São Miguel I e nas práticas da psicóloga residente inserida nessa comunidade.

#### **5.4) Relação Sujeito - Objeto**

Por que pesquisar a Visita Domiciliar no meu cotidiano de trabalho como psicóloga residente?

A resposta a essa pergunta é outra pergunta. Por que não pesquisa-la?

Resolvi pesquisar meu cotidiano com o intuito de valorizar essa experiência única que é ficar imersa na realidade de UBSF, com a possibilidade de transitar pela comunidade.

Mary Jane Spink (2007, p. 7) traz, em um dos seus artigos, um posicionamento que vem ao encontro dos meus objetivos de pesquisa:

“Se pesquisarmos *o* cotidiano, estabeleceremos a clássica separação entre pesquisador e seu objeto de pesquisa. Mas, se pesquisarmos *no* cotidiano, seremos partícipes dessas ações que se desenrolam em espaços de convivência mais ou menos públicos. Fazemos parte do fluxo de ações; somos parte dessa comunidade e compartilhamos de normas e expectativas que nos permitem pressupor uma compreensão compartilhada dessas interações”.

Ir à campo não é só sair das salas fechadas dos laboratórios e ir até o local onde as pessoas podem ser vistas em seu habitat “natural”, mas encontrar-se diretamente com os fenômenos que se deseja pesquisar, com a ajuda daqueles que os vivem em suas vidas cotidianas. Assim, nossa contribuição se dará horizontalmente e não verticalmente como em alguns outros tipos de pesquisa (SPINK, 2008).

Freire (in: Brandão. 1999, p. 35 e 36) vem ao encontro com nossa forma de pensar/pesquisar quando nos aponta:

“Se me interessa conhecer os modos de pensar e os níveis de percepção do real dos grupos populares estes grupos não podem ser meras incidências de meus estudos. Dizer que a participação direta, a ingerência dos grupos populares no processo da pesquisa altera a “pureza” dos resultados implica na defesa da

redução daqueles grupos a puros objetos da ação pesquisadora de que, em consequência, os únicos sujeitos são os pesquisadores profissionais. Na perspectiva libertadora em que me situo, pelo contrário, a pesquisa, como ato de conhecimento, tem como sujeitos cognoscentes, de um lado, os pesquisadores profissionais; de outro, os grupos populares e, como objeto a ser desvelado, a realidade concreta (...) Deste modo, fazendo pesquisa, educo e estou me educando com os grupos populares. Voltando à área para pôr em prática os resultados da pesquisa não estou somente educando ou sendo educado: estou pesquisando outra vez. No sentido aqui descrito pesquisar e educar se identificam em um permanente e dinâmico movimento”.

O campo neste trabalho não é apenas um local específico, mas sim, uma situação onde ocorrem determinados fenômenos que são observáveis. Faz parte do campo pesquisar contando uma história, a história do cotidiano de uma experiência de dois anos da vida de uma pessoa em interação com outras pessoas dentro de suas casas.

### **5.5) O campo**

#### *Período de campo*

Os relatos e descrições foram produzidos de março de 2013 até novembro de 2014, por meio de observações realizadas em campo pela pesquisadora e, também retirados dos prontuários das famílias que ficam na UBSF. Os registros das observações e conversas foram relatados nos diários de campo desta pesquisadora.

#### *Indo à campo: sistematização das visitas*

Foram realizadas observações durante as visitas e no decorrer dos trajetos pelo bairro.

As visitas foram combinadas com os Agentes Comunitários de Saúde, com colegas residentes e com outros profissionais das Equipes da UBSF.

Ocorreram nos dois turnos de funcionamento da Unidade (manhã e tarde) e em dias diferentes da semana, sempre previamente combinadas, no período de março de 2013 à novembro de 2014, e só foram cancelas ou adiadas em dias de chuva, quando as ruas do bairro ficavam intransitáveis

Normalmente as famílias eram “escolhidas” a partir de discussões de caso, ou de conversas diretas com os ACS. Muitas delas se realizaram em casas que eram



consideradas “problemáticas” pela equipe, outras foram de livre escolha, onde acompanhei os ACS em algumas de suas visitas mensais. Isso tudo para que conhecesse melhor o território, suas ruas, seus limites, seus comércios, igrejas e outros pontos.

Durante o trajeto, o momento era de integração com os ACS e a equipe, mas na maioria das visitas realizadas fui acompanhada somente dos Agentes. O trajeto serve para a troca de informações, sempre havia uma história sendo contada e o Agente é o maior colaborador para que a visita ocorra com sucesso, afinal ele é o elo entre comunidade e UBSF e isso fica visível ao acompanhá-lo pelas ruas.

Não houve nenhuma recusa em ser recebida, independentemente da situação encontrada. O que me fez sentir que as pessoas aceitam bem esse tipo de atenção, pois, muitas vezes, o acesso à Unidade é muito mais difícil para elas do que para nós, tendo em vista as filas, número de consultas limitado etc.

*Fluxo do processo das Visitas Domiciliares:*

- 1) A Visita é combinada com ACS e profissionais da equipe;
- 2) O ACS avisa a família sobre o dia e horário que a visita ocorrerá;
- 3) Saída da UBSF antes do horário marcado;
- 4) A visita demora em torno de trinta minutos a uma hora, de acordo com o tempo que a família e os profissionais tem disponível;
- 5) Retorno para a UBSF acompanhada do ACS;
- 6) Preenchimento do prontuário e de outras fichas do paciente para registro da realização da visita e situação encontrada, assim como de futuras condutas;
- 7) Relato da Visita no diário de campo da pesquisadora.

## 6. ACHADOS DE CAMPO E DISCUSSÃO

A partir dos achados de campo foi possível constatar que o dispositivo da Visita Domiciliar pode ser útil ao residente desde o momento em que ele se insere na UBSF até o final do programa, pois pode ser utilizada em diversas situações tanto para a prática profissional como também, de pesquisa. Algumas dessas situações serão relatadas posteriormente junto com as potencialidades identificadas.

A partir das Visitas Domiciliares foram encontradas as seguintes categorias de análise: promoção de saúde, acolhimento e vínculo, identificação de demandas e espaço terapêutico. Essas categorias serão descritas e analisadas abaixo, sempre acompanhadas de algum relato retirado do diário de campo, com o objetivo de ilustrar exatamente como ocorreu a construção de cada uma. Os nomes contidos nos relatos foram inventados a fim de preservar a identidade das pessoas que contribuíram para que esse estudo fosse possível.

Cabe ressaltar que essas categorias são separadas apenas de forma didática, visando auxiliar a compreensão de cada uma. Na prática elas se dão numa inter-relação, no mesmo momento. Com os relatos fica mais fácil identificarmos vários fenômenos em uma mesma VD. Com o objetivo de trabalhar o material coletado buscamos relacionar algumas questões identificadas no campo com a literatura.

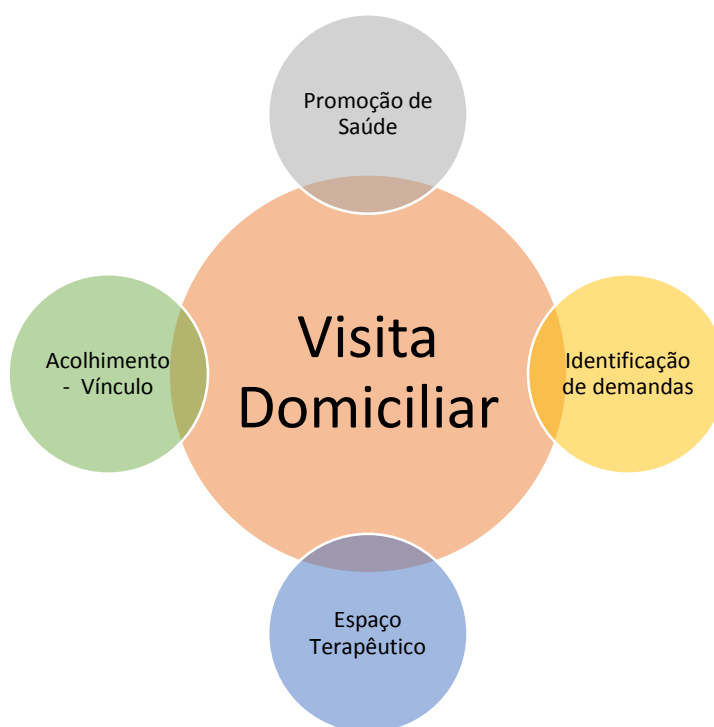


Figura 6: Representação esquemática das potencialidades da Visita Domiciliar. Fonte: própria

## 6.1) Visita Domiciliar e Promoção de Saúde

A promoção de saúde é um tema bastante discutido mundialmente e seu conceito tem se transformado ao longo dos anos através dos questionamentos cotidianos de profissionais de saúde, governos e indivíduos em geral. As discussões ganham força e repercutem a cada Conferência Mundial e cabe aqui citarmos um pouco dessa história.

Em 1978 aconteceu a Conferência de Alma-Atá (Kazak – antiga União Soviética), onde a saúde aparece, pela primeira vez, como direito. Para isso, a Atenção Primária à Saúde junto com a participação dos usuários surge como estratégia básica. Nessa conferência ficou definida a meta “Saúde para todos no ano 2000” (WESTPHAL, 2012).

De 1978 até os tempos atuais o conceito de promoção de saúde vem sendo transformado e ampliado e nos países da América Latina, essa discussão ganha força em 1992 com a realização da I Conferência Latino-Americana de Promoção de Saúde (Bogotá – Colômbia) (WESTPHAL, 2012)

Ainda segundo Westphal (2012), a promoção de saúde segue alguns princípios que são: *visão holística* de saúde, onde o processo saúde-doença é visto através da multicausalidade (fatores sociais, ambientais, biológicos, políticos etc.); *equidade* que se relaciona com a justiça social; *intersectorialidade*, onde os saberes são articulados entre diversos atores, com diferentes olhares; *participação social*, onde a co-responsabilidade visa o fortalecimento comunitário e a *sustentabilidade*.

O conceito de promoção de saúde é abrangente sendo “*tanto uma estratégia como uma função essencial da saúde pública da qual devem participar todos os setores da sociedade*” (CALATAYUD, 2011, p. 21).

A promoção de saúde visa a criação de ações que permitam atender às necessidades sociais em saúde como: políticas públicas de saúde, reforço da ação comunitária, criação de espaços saudáveis, desenvolvimento de habilidades sociais através de ações educativas e reorientação dos serviços de saúde (WESTPHAL, 2012).

Fica evidente a complexidade do termo “promoção de saúde”, mas na prática percebe-se que ela surge como um *espaço* onde as pessoas, por meio da co-responsabilização, podem desenvolver através da educação em saúde a autonomia de cuidado. O que sugere que promover saúde é provocar o empoderamento das pessoas, estimulando a mudança comunitária.

Focando na Visita Domiciliar realizada pelo psicólogo percebe-se que ela é central para o alcance dos propósitos citados acima, já que ela auxilia a criação de ambientes saudáveis, estimula a participação popular, além de possibilitar que as pessoas

experimentem a saúde em um sentido mais amplo do que simplesmente a ausência de doenças físicas.

De que promoção de saúde estamos falando?

Falamos da promoção de saúde que se faz em meio a uma boa conversa, boa escuta. Saúde que se promove com a diversidade de olhares e saberes, promoção que se cria respeitando e valorizando a participação da comunidade, e que se realiza na experiência de doarmos-nos ao exercício sincero da tarefa proposta, representada aqui pela Visita Domiciliar.

Promover saúde é promover encontros.

Relato do diário de campo – Ilustrando o encontro da Visita Domiciliar com a  
Promoção de Saúde

Setembro de 2014

*Hoje foi realizada Visita Domiciliar na companhia da ACS “Veve”.*

*Saímos da UBSF por volta das 9:00, nossa VD já estava agendada previamente com a paciente.*

*Durante o trajeto a ACS começou a compartilhar o que vinha percebendo quando encontrava a paciente, dona “Li” de 61 anos e informou que ela estava mais “para baixo” nos últimos tempos.*

*Início de primavera, o sol brilhava agradavelmente nos fazendo companhia pelo caminho. Caminho esse objetivo e subjetivo, pois ao mesmo tempo em que nos aproximávamos da casa, aproximávamos também de outras vidas, com suas histórias, alegrias e sofrimentos.*

*Caminhamos poucas quadras até nosso destino: uma casa humilde de madeira, com um portão baixo e toda sem pintura. Dentro era de uma simplicidade aconchegante, tudo muito limpo e organizado. No armário da cozinha observei várias fotos de família.*

*Começamos a conversa com uma apresentação e logo me lembrei de ter visto o rosto de dona Li na UBSF no grupo de*

*diabéticos. Ela falou que lembrava também de mim e por aí começamos a trazer os motivos da visita.*

*Como profissional da saúde tenho que fazer as VD's de jaleco e o branco dessa peça de roupa sempre sugere que as pessoas comecem com uma queixa física, mas aos poucos as queixas físicas tomam outra "cara", uma cara social, psicossocial e começamos a conversar sobre uma nova perspectiva.*

*Aos 61 anos, dona Li conta que tem 4 filhos, 2 casais. Mora com um neto de 8 anos que é filho de seu filho mais novo que atualmente está preso. Ela não fala dos motivos da prisão, apenas conta que já faz 8 anos que ele está preso, a mesma idade do menino.*

*Sobre seu filho mais velho, que tem 40 anos, ela fala que sente muita saudade e preocupação, pois ele está morando longe de Rio Grande. Está "proibido" de voltar, que se ele chega a voltar algo de "ruim" pode acontecer. A cada ligação desse filho, aumenta sua preocupação, pois ele liga chorando, mas sem explicar direito o que está acontecendo.*

*Sobre a situação do filho preso nos conta que ele trabalha na prisão e manda dinheiro para casa. Faz tempo que não o visita, pois na penitenciária ela tem que passar por muitas situações humilhantes até conseguir vê-lo, mas está chegando o dia de voltar lá, pois o neto quer muito ver o pai. Não entrou em detalhes sobre a prisão do filho, nem a ausência do outro, mas ficou algo subentendido como questões relacionadas ao tráfico de drogas.*

*Suas outras duas filhas moram perto, uma nos fundos da casa. Apesar da proximidade física dessa filha, dona Li fala que passam dias sem se falar. Já a outra ela fala com muito orgulho, contando que é uma moça muito esforçada e que trabalha em uma empresa do polo naval da cidade.*

*Mostrou-nos fotos de família. As fotos do filho preso um homem forte e bonito com algumas tatuagens, ao fundo dava para ver que elas foram tiradas dentro da cela. Fiquei me*

*questionando se isso podia. Mas em 8 anos a cela virou casa e pela foto deu para ver isso.*

*Fica evidente que nesse contexto familiar ter preocupações e “ficar meio para baixo” não tem nada de patológico. A situação psicossocial onde ela está inserida, por si só pode é geradora de sofrimento. Como não adoecer?*

*Enquanto estávamos na casa, a ACS fez perguntas e observações bem pertinentes e pensei logo que a promoção de saúde é isso. Um espaço para que existam relações saudáveis, onde a pessoa seja escutada e respeitada. Não vamos mudar a realidade dessas pessoas, mas podemos compartilhar dessa realidade e oferecer espaços de ajuda, prevenindo a piora de alguns quadros.*

*Percebi que no final estávamos todas numa mesma “sintonia”, ACS, usuária e eu, no papel de psicóloga. Conseguir esse mesmo “tom”, onde todos falam a mesma língua, onde posso me colocar no lugar do outro e procurar um tipo de intervenção adequada me faz pensar que isso é produzir saúde.*

*No final da nossa visita convidei para que dona Li participasse do nosso novo grupo – grupo de saúde mental- onde o foco é promover um espaço de encontros, com música, “causos”, poesia, informações sobre saúde etc. Ela disse que iria.*

*Dona Li não faz uso de antidepressivos, nem benzodiazepínicos, mas usa medicação para diabetes e hipertensão. Disse-nos que talvez ela precisasse mesmo “só conversar”, já que “passa muito tempo sozinha” e nesse sentido, as Visitas Domiciliares ajudam na promoção de saúde, cuidando das pessoas e de seus “espaços vazios”.*

*Na saída nos despedimos com um abraço apertado e um aceno no portão. Já no caminho de volta para a unidade ACS e eu compartilhamos nossas impressões sobre o que vimos. Aguardo Li no grupo sexta.*

## 6.2) Visita Domiciliar e Acolhimento - Vínculo

Começaremos esse tópico trazendo o que acolhimento e vínculo significam no dicionário para posteriormente relacionarmos essas palavras aos conceitos de acolhimento e vínculo dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e a da Visita Domiciliar.

Segundo o dicionário Priberam da língua portuguesa (2014) acolhimento significa “*ato de acolher, refúgio, amparo, hospitalidade*”, já a palavra vínculo aparece com o significado de “*laço, atilho, relação de amizade ou parentesco*”.

De acordo com Zimerman (2010, p. 21):

“O termo vínculo tem sua origem no étimo latino “*vinculum*”, o qual significa uma união, com as características de uma ligadura, uma atadura de características duradouras. Da mesma forma, *vínculo* provém da mesma raiz que a palavra “*vinco*” (...), ou seja, este termo alude a alguma forma de ligação entre as partes que estão unidas e inseparáveis, embora elas permaneçam claramente delimitadas entre si. Assim, cabe a afirmativa de que “vínculo” também significa um estado mental que pode ser expresso através de distintos modelos e com variados vértices de abordagem”.

Podemos perceber que acolher e vincular com as pessoas se dá em um processo simultâneo, já que para amparar e ser hospitaleiro com alguém implica algum tipo de relação, seja ela de parentesco, amizade e até profissional. Tendo em vista a interação que ocorre durante a Visita Domiciliar percebemos que ela é um campo fértil para o desenvolvimento de tais ações.

O acolhimento dentro das perspectivas do SUS aparece como integrante da Política Nacional de Humanização (PNH) já que é uma das soluções relevantes para a humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Chega a ser inacreditável a necessidade da criação de uma Política de Humanização no contexto da Saúde Pública brasileira. Ser humano com outro ser humano é algo essencial no processo de cuidar. As práticas dos profissionais da área da saúde colocam os usuários como objetos o que reflete em uma relação assimétrica.

Mas a PNH existe e o acolhimento faz parte dela, o que sugere que essa atitude de acolher ficou esquecida nas práticas cotidianas das equipes de saúde.

Acolher não é uma “técnica” e sim, uma atitude. Atitude de estar disponível para o outro, seu sofrimento, suas queixas e demandas. Implica numa escuta qualificada, atenta às necessidades das pessoas atendidas, respeitando às diversidades étnicas, culturais etc. Segundo Brasil (2010, p. 18) o acolhimento:

“Possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde”.

O próprio ato da escuta favorece o estabelecimento de um vínculo entre usuário e profissional, que se estende até o resto da equipe e à UBSF, o que favorece a melhoria da qualidade das ações de saúde. Com isso, é possível que exista a pactuação entre a demanda do usuário e respostas adequadas por parte do serviço.

Os momentos de acolhida são importantes para a criação fortalecimento e manutenção do vínculo, pois “o fato de conhecer um usuário, sua história, não só facilita a identificação do problema (evitando, às vezes, exames e procedimentos desnecessários ou indesejáveis), como também o seu acompanhamento” (BRASIL, 2011b, p. 20).

Acolhimento implica também em empatia, capacidade do profissional se colocar lugar do outro que sofre, sem banalizar esse sofrimento.

Outro problema vivido no SUS é a burocratização. Já a Visita Domiciliar, como ferramenta de acolhimento e vínculo surge como uma prática desburocratizada, pois, facilita e amplia o acesso à saúde e aos serviços. Faz valer o direito expresso em:

“É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso – todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde – e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos” (BRASIL, 2010, p. 11).

A Visita Domiciliar serve como esse espaço desburocratizado, sem filas e sem espera. É o momento em que os profissionais estão com sua atenção direcionada para uma única família ou usuário. Consiste no aqui e agora, ao contrário do que muitas vezes acontece dentro da UBSF, onde os atendimentos são interrompidos por diversos motivos. Até a parte de preenchimento de prontuários e outras folhas de registro de atendimento são realizadas na hora, dentro da casa dos usuários.



Relato do diário de campo – Ilustrando o encontro da Visita Domiciliar com o  
Acolhimento e Vínculo

Agosto de 2014

*Há algum tempo combinei de realizar uma VD com o estagiário da medicina para dona “Alda”.*

*Essa paciente chegou até mim “por acaso”, em um dia que a psicóloga do NASF se atrapalhou, pois tinha muitas interconsultas<sup>6</sup> e não queria deixá-la esperando mais tempo, acabei por atendê-la. Sua queixa principal era que não conseguia dormir à noite, mas após questionar descobri que ela nunca teve o hábito de dormir cedo, pois, era costureira e o melhor horário para trabalhar era depois que as crianças iam para cama, com isso, habitou-se a dormir e acordar tarde. Com a aposentadoria ela parou de costurar nas madrugadas, mas seu corpo ainda mantém o velho hábito.*

*Na UBSF ela é vista como uma paciente que não adere aos grupos e não comparece nas consultas, posteriormente descobri o motivo de seu não comparecimento: essas atividades eram marcadas cedo da manhã, horário que ela estava dormindo.*

*Aos 69 anos Alda é uma mulher dona de uma história cheia de perdas e sofrimentos. Normalmente a equipe não ouve suas queixas (segundo a paciente), querendo apenas saber como anda sua diabetes ou as dores no corpo.*

*Realmente a história de Alda é muito sofrida e para ser realmente acolhida precisa ser respeitada, ouvida com atenção. Sua história tem importância e explica muitos de seus comportamentos e queixas somáticas, mas como entender tudo isso com uma equipe que não está disposta a ouvir?*

---

<sup>6</sup> Interconsulta: atendimento realizado na UBSF por profissionais do NASF. Normalmente são individuais e tem caráter clínico. Fonte: própria.

*Por esses e outros motivos resolvemos fazer a VD, assim a atenção estaria voltada totalmente para Alda e num horário confortável para ela.*

*Atrasamos uns minutos até chegarmos à casa de Alda, eu estava em companhia do ACS e do acadêmico de medicina.*

*No trajeto começamos a conversar sobre o caso, as impressões que cada um de nós tínhamos, sempre respeitando o sigilo, compartilhando o que poderia ser compartilhado.*

*Era uma manhã fria de inverno, com vento e céu cinza. Não estava agradável ficar na rua.*

*Chagamos ao nosso destino: um portão de madeira precário que protegia uma casinha de madeira também precária. O ACS gritou o nome da paciente e entramos direto no portão. Ao abrir a porta Alda disse: “achei que nem vinham mais”! Podem entrar!*

*Do lado de dentro da casa havia várias frestas, por onde entrava o ar frio da rua, já o assoalho cedia um pouco em baixo de nossos pés.*

*Sentamos e ocupamos os 2 sofás que tinham na sala. Uma televisão estava com o volume muito alto e mal conseguíamos conversar. Foi quando o ACS pediu para baixar o volume e com grande intimidade pegou o controle e colocou a televisão no mudo. Percebi o quanto ele era “de casa”.*

*Fomos conversando e pedi que Alda relatasse ao acadêmico de medicina o que andava lhe perturbando e ele, muito atencioso foi ouvindo suas queixas e fazendo orientações. Quando entrou no assunto da insulina ele pediu que ela lhe mostrasse como fazia as aplicações. Percebeu que ela não fazia do modo adequado e que isso poderia estar causando alguns de seus “sintomas”. A essa orientação Alda respondeu: “tu acreditas que nunca ninguém me explicou isso antes? E olha que faz tempos que uso. Ninguém me mostrou a maneira certa”.*

*Nesse momento me dei conta do quanto tenho escutado essa frase: “ninguém me explicou”. As pessoas saem da UBSF sem entender o que fazer, onde ir etc. Ficou mais que óbvio que uma simples orientação bem feita pode evitar muitas coisas.*

*Conversamos um pouco mais e combinamos esperá-la no grupo de saúde mental das sextas-feiras<sup>7</sup>.*

*E sobre o sono?*

*A respeito disso ela nos contou que andava dormindo melhor, cabe ressaltar que até esse momento ninguém havia mexido em suas medicações.*

*Ao olharmos no relógio nos demos conta que já passava do meio-dia e que precisávamos ir embora.*

*Aos poucos Alda voltou a fortalecer o vínculo com a UBSF, pois encontrou um espaço de acolhida para suas angústias, seus sofrimentos. Nossa postura na VD foi de estarmos verdadeiramente disponíveis para ela. Percebi nos olhos dos colegas que sim, estávamos ali!*

*No retorno para a UBSF, o ACS ficou no caminho, pois já passava de seu horário de almoço, já eu e o acadêmico da medicina voltamos conversando sobre o caso, planejando futuras intervenções, uma nova VD etc.*

*Já perto da UBSF, uma menina de mais ou menos 9 ou 10 anos nos abordou e perguntou: “tia, vocês são ali do postinho?”.*

*Respondemos que sim e ela continuou: “eu moro ali perto, olha aqui, é pra vocês!”*

*Presenteou-nos com uma bala “7 belo” para cada. Agradecemos e continuamos nosso caminho. Já na unidade comi minha bala que estava com gostinho de pertencimento. O vínculo com a comunidade se dá no momento em que nos permitimos sair*

---

<sup>7</sup> Depois de algum tempo a paciente apareceu no grupo, o que sugere que ela voltou a estreitar o vínculo com a UBSF após ter sido acolhida por nós.

*do “conforto” da UBSF. Transitar pelas ruas, cumprimentar as pessoas, saber seus nomes, suas histórias, suas necessidades... Só assim é possível pensarmos em vínculo.*

### **6.3) Visita Domiciliar e Identificação de Demandas**

Quem define as reais necessidades de saúde são os usuários, pois, muitas vezes, o que é necessidade para ele pode não ser considerado necessidade por parte dos profissionais de saúde. Por isso, é necessário que haja sempre um diálogo compreensível, onde essa demanda trazida pelo usuário seja reconhecida, problematizada e acolhida (BRASIL, 2011b).

Preparamo-nos durante muitos anos dentro das universidades para uma determinada profissão, achamos que nosso conhecimento é acessível e interessante para às pessoas com quem vamos trabalhar e, muitas vezes, nem questionamos o que o outro realmente espera de nós. Essa visão tecnicista pode acabar por nos desviar do que é relevante no contexto em que trabalhamos.

Não devemos esquecer nunca que como trabalhadores da saúde devemos total dedicação aos usuários, é para eles que trabalhamos, em função deles aprimoramos nossos saberes. O egoísmo advindo dessa assimetria do poder-saber não deve ser carregado para nossa prática cotidiana, o que evidencia que precisamos focar, respeitar e trabalhar com a demanda advinda da comunidade.

#### *Identificação de Demandas pelos ACS*

O Agente Comunitário de Saúde é um profissional com uma atribuição paradoxal e complexa: faz parte da comunidade onde trabalha e é da equipe de saúde.

Muitas das solicitações para Visitas Domiciliares, ou outros tipos de intervenções em saúde mental, são solicitadas pelos ACS e ficou perceptível ao longo desse trabalho que essa demanda é compartilhada por eles enquanto membros da comunidade, bem como relacionadas também ao papel profissional.

Percebe-se que existe uma imagem idealizada do ACS em relação ao desenvolvimento de suas atividades. Essa expectativa da comunidade e equipe de saúde acaba por gerar sofrimento que pode ser transferido para a comunidade, logo as maiores queixas identificadas são relacionadas à depressão, ansiedade, abandono etc.

Durante o caminho da Visita Domiciliar, muitas vezes, quando o Agente de Saúde nos conta o que identificou na família a ser visitada, podemos perceber em sua fala como esse sofrimento também é seu e as orientações servem também para eles.

No momento em que estamos diretamente em contato com esse profissional-usuário devemos também acolhê-lo, tentando buscar formas de ajudá-lo a lidar com suas próprias demandas.

### Relato do diário de campo – Ilustrando o encontro da Visita Domiciliar com a Identificação de Demandas

#### Outubro de 2013

*Fui convidada pela ACS para conhecer uma de “suas” famílias. O objetivo era me levar até essa casa em função de um senhor de mais ou menos 60 anos, diabético severo, “bipolar” e amputado. Segundo a ACS ele estava “deprimido” e seus atendimentos com o psicólogo da FURG estavam parados.*

*Era uma manhã de vento e sol (como venta em Rio Grande!), as ruas estavam secas e durante o trajeto passamos por várias esquinas cheias de lixo solto e mau cheiro.*

*A ACS começou a me contar que havia ficado alguns anos afastada do trabalho e que agora o retomava, e sobre o que mais gostava de fazer: as visitas.*

*Chegando ao nosso destino nos deparamos com uma grade que nos permitia enxergar um amplo terreno na frente e a casa aos fundos. Fomos recepcionadas primeiro por um grande cachorro que anunciou nossa chegada. A ACS gritou o nome da dona da casa, que vou chamar aqui de “Maria”.*

*Maria nos acenou ao longe, prendeu o cachorro e foi nos encontrar, muito receptiva, abriu um grande sorriso, nos abraçou e convidou para que entrássemos.*

*A casa havia sido adaptada para seu marido, que após a perda das duas pernas estava usando cadeira de rodas. Já passava das*

*10hs da manhã e seu marido, que chamarei aqui de “Chico”, ainda estava dormindo.*

*Fomos recebidas no quarto. Sentei ao lado da ACS e comecei a ouvir atentamente a história da família... Durante muitos minutos a conversa girou em torno de Chico, que a essa altura não parava de falar. Fiquei com a sensação que tudo girava em torno dele. Comecei a prestar atenção em Maria e em seu olhar triste e cansado.*

*Voltei minha atenção para a dona da casa e direcionei perguntas a ela, mas Chico sempre interrompia e muitas vezes tive que me posicionar dizendo: “agora quero ouvir de ti, Maria...”.*

*Acabei entendendo que Chico estava com uma rede de atendimento pelo hospital universitário da FURG, com equipe multiprofissional e que o psicólogo que lhe acompanhava havia tirado alguns dias de férias, mas já estava retornando.*

*Mas e Maria? Quem estava cuidando dela?*

*Ninguém!*

*Ao recordar a rotina de cuidados com o esposo, a quantia de vezes que ele foi internado, o trabalho de pegar ônibus com um cadeirante, o estado das ruas da São Miguel etc. ela enchia os olhos de lágrimas e “engolia” o choro.*

*Ficou claro que Maria não tinha mais tempo para cuidar de si mesma, suas vontades ficavam sempre em segundo plano, estava cansada, sobrecarregada... Estava adoecendo.*

*Logo pensei num plano de cuidados: trazer Maria para a UBSF semanalmente, com o intuito dela criar um espaço para si mesma, já que em casa o espaço físico e subjetivo era ocupado sempre pelo marido. Nesse caso, a visita me auxiliou a enxergar as demandas e pensar em como lidar com elas da melhor forma.*

*Quanto a Chico, pensei em entrar em contato com a equipe de residentes multiprofissionais de lá e ver como andavam as coisas.*

*Anotei minhas impressões e planos e já aproveitei para combinar de ver Maria na UBSF. Marcamos dia e horário e ela abriu um sorriso com a possibilidade de ter um “atendimento” só para ela. Ficava visível em seu rosto a sobrecarga que ela estava carregando há anos.*

*Maria precisava de espaço, isso foi identificado na VD, mas esse espaço não poderia ser em casa, pois Chico “tomava conta” da conversa e de tudo. Eu podia acolhê-la dentro de casa e na UBSF, mas a UBSF foi nossa melhor opção no momento.*

*Na saída nos despedimos com um longo abraço e fiquei com a sensação de que firmávamos uma “parceria”.*

*Voltei para a UBSF na companhia da ACS e durante quase todo caminho permanecemos em silêncio. Eu só pensava: “pobre Maria”.*

Um complemento:

Trabalhamos durante alguns encontros com Maria até o final de 2013. Ela apresentou significativa melhora de humor. Relatou que sentia-se bem melhor e que tinha planos para 2014, sentia que tinha mais autonomia para lidar com os problemas de sempre. Fiquei contente de presenciar aquela evolução, pequenos grandes passos.

Não houve grandes modificações na vida da família, nenhuma mágica, mas eles estavam buscando novas respostas para problemas antigos e esse era um grande movimento.

O contado com os colegas da FURG foi feito e trocamos informações durante um tempo.

O retorno:

Depois de um ano Maria retorna para a UBSF, mas dessa vez para fazer parte do grupo de Saúde Mental, chamado Gente Feliz, que é focado na promoção de saúde. Retornamos à casa da família mais algumas vezes em equipe multiprofissional e continuamos acompanhando a família.



Qual era a queixa inicial? Os “problemas” de Chico. O que encontramos como problema emergencial? O cuidado com Maria.

Por essas e outras que a escuta deve ser sempre atenta já que as demandas normalmente são muitas em uma mesma família. Não podemos nos cegar com “à primeira vista”, devemos sempre ir a fundo e dentro da Saúde da Família precisamos sempre enxergar TODA família e não apenas um de seus integrantes.

#### 6.4) A Visita Domiciliar como Espaço Terapêutico

O espaço terapêutico identificado nas Visitas Domiciliares não corresponde a modalidade de psicoterapia<sup>8</sup>. É entendido neste trabalho como um campo de ação onde existe uma teia de vivências que decorrem das inter-relações dos usuários com o mundo e com os profissionais de saúde.

Para explicar a Visita Domiciliar como esse espaço utilizamos a teoria psicodramática e sua visão de cenário e contexto. Não temos o intuito de transformar a VD em uma sessão de psicodrama, mas percebemos que estes termos e modos de compreender as relações podem ser adotados na situação aqui estudada.

Quando vamos operar no psicodrama precisamos levar em consideração três contextos: social, grupal e dramático.

Segundo Bermúdez (1980, p. 25), o contexto social “é regido por leis e normas sociais que impõem, ao indivíduo que o integra, determinadas condutas e compromissos. É deste contexto que provém o material trazido pelos pacientes”. Já o contexto grupal é o próprio grupo, trazendo para nossa situação, nele entraria a família e os profissionais que realizam a VD, mas “diferencia-se do contexto social pela sua maior liberdade, tolerância e compreensão, dadas as finalidades terapêuticas prefixadas e conhecidas por todos” (BERMÚDEZ, 1980, p. 26).

O contexto dramático se constitui no tempo subjetivo, virtual, “como se”. É onde podemos trabalhar com as histórias trazidas pelas famílias, com sonhos ou a realidade que deseja ser modificada. É o espaço de criar possibilidades e tentar experimentá-las no “aqui e agora” entre psicóloga residente e usuário (ou família) (BERMÚDEZ, 1980).

Tudo isso que foi citado acima ocorre dentro de um cenário que é o lugar onde habitualmente as relações acontecem. “O cenário se constitui como o campo terapêutico do psicodrama. Nele se constrói o contexto dramático e se opera com técnicas especiais” (BERMÚDEZ, 1980, p. 27).

Esse cenário é um espaço físico e virtual, normalmente nosso cenário é casa das famílias, as vezes uma única peça (cozinha, sala, quarto etc.). É onde criamos um

---

<sup>8</sup> Psicoterapia: “método de tratamento mediante o qual um profissional treinado, valendo-se de meios psicológicos, especialmente a comunicação verbal e a relação terapêutica, realiza, deliberadamente, uma variedade de intervenções, com o intuito de influenciar um cliente ou paciente, auxiliando-o a modificar problemas de natureza emocional, cognitiva e comportamental, já que ele o procurou com essa finalidade (...). O tratamento é planejado pelo terapeuta com o objetivo de modificar o transtorno, problema ou queixa e é adaptado a cada paciente ou cliente em particular” (CORDIOLI, 2008, p. 21)

ambiente em que a pessoa possa expressar-se livremente. É nesse cenário que os vários contextos aparecerem formando assim o que chamamos de espaço terapêutico da Visita Domiciliar, quando utilizamos a casa do usuário para nossas intervenções psicossociais.

Aproveitando a Visita Domiciliar como espaço terapêutico utilizamos o aconselhamento psicológico como uma ferramenta de intervenção.

O aconselhamento psicológico se caracteriza como uma relação de ajuda e sua intenção é “promover o bem-estar psicológico e a autonomia pessoal no confronto com as dificuldades e os problemas” (TRINDADE e TEIXEIRA, 2000, pg.3)

Devemos esclarecer que o aconselhamento psicológico difere da psicoterapia, pois centra-se na resolução de problemas e seu foco é o presente, tem curta duração e focaliza a prevenção de quadros ou agravos de doenças crônicas. Além disso, é uma intervenção adequada e indicada para a área da saúde podendo ser utilizada para: promoção e manutenção da saúde; prevenção da doença; adaptação à doença; adesão a exames e tratamentos médicos.

Nas Visitas Realizadas durante esse estudo, utilizamos o aconselhamento psicológico voltado mais para os três primeiros tópicos citados anteriormente.

#### Relato do diário de campo – Ilustrando o encontro da Visita Domiciliar com o Espaço Terapêutico

##### Março de 2013

*Fui convidada pelo colega R2 da Educação Física para acompanhá-lo em uma Visita Domiciliar e já que a paciente que eu estava esperando não veio, resolvi ir. Ainda não estou muito acostumada com esse tipo de atividade então estou curiosa para saber como é. No caminho ele foi me passando o caso, contando a história do casal que iríamos visitar. O dia estava ensolarado e caminhar pela rua foi bem agradável, mais agradável do que ficar dentro da UBSF (correria, loucura, falta de espaço). Chegamos à casa de um senhor que apresenta sequelas de um AVC e está com seus movimentos bem comprometidos, o colega*

*o acompanha fazendo reforço muscular. Já sua esposa é hipertensa e sua pressão tem subido mais nos últimos tempos.*

*O colega foi para o quarto e eu fiquei na cozinha com Dona E. que gentilmente me ofereceu café e chimarrão... Agradei. Conversamos sobre muitas coisas, começando pela saúde e acabando no sofrimento que é o dia-a-dia do cuidado com o marido. Ela relata que está cada vez mais difícil e ela cada vez mais sozinha (...). Perguntei se ela gostaria que eu retornasse outras vezes com o colega, ela aceitou, agradeceu e nos presenteou com laranjas.*

*A sequência...*

*Após essa VD, começamos a ir mais frequentemente à casa de Dona E.*

*Enquanto o colega da Educação Física fazia exercícios de reforço muscular com o esposo de Dona E. nós ficávamos conversando na cozinha. Muitas vezes ela chorava e compartilhava o quanto estava cada vez mais difícil cuidar do marido acamado.*

*Aos poucos nossas visitas foram se transformando, aprimorando o cuidado, até que toda equipe multiprofissional estava indo visitar a família (Enfermeira, Psicóloga e Prof. de Ed. Física). Com isso o olhar foi sendo ampliado e o domicílio passou a ser o cenário terapêutico de nossas intervenções.*

*Como o deslocamento de Dona E, até UBSF era difícil, resolvemos manter as visitas até notarmos uma melhora no seu humor e nas queixas somáticas. Enquanto equipe, nos revezávamos entre ela e seu esposo, pensado no cuidado dos dois. Acompanhamos essa família ao longo de 2013 e quando percebemos que o quadro da família estabilizou, passamos a ir com menos frequência até encerramos nosso planejamento no final de 2013.*

*Em 2014 voltamos a acompanhar a família. Dessa vez, o acompanhamento tem sido por mim em companhia da ACS e a colega enfermeira residente. Voltamos à planejar as intervenções*

*no ambiente familiar já que a família tem dificuldades de ir até a UBSF.*

*Focamos no cuidado em saúde mental e o acompanhamento de procedimentos de enfermagem.*

## 7. DESAFIOS

Ao longo desse trabalho nos deparamos com alguns desafios subjetivos e objetivos. Os objetivos são identificados através do difícil acesso a alguns domicílios em função do estado das ruas, bem como áreas consideradas perigosas pelo tráfico de drogas.

Entramos nas casas de trabalhadores, pescadores, mas também em locais de tráfico de drogas e de grande vulnerabilidade social.

Os desafios subjetivos apareceram em forma de frustração e sofrimento, pois ao entrar em contato com a realidade das famílias foi impossível não ser afetada de alguma maneira.

A melhor maneira de lidar com as limitações impostas pela realidade do contexto visitado foi trabalhar os sentimentos advindos da experiência de campo em preceptoria e na roda de residentes, espaços de grande valia e crescimento. Espaços para recuperar as forças e voltar às atividades.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscando um aporte teórico que dê conta das inquietações que me acompanham no desenvolvimento desse trabalho, encontro na Psicologia Social Comunitária uma grande aliada para responder algumas questões, inclusive de caráter metodológico.

Segundo Sarriera (2010), é na década de 1990 que a psicologia começa a olhar de forma mais sensível o cotidiano vivido pela maioria da população, não sendo mais possível desviar o foco de análise e começa um movimento de maior aproximação entre universidade e sociedade, com mudanças curriculares que contemplates disciplinas como Psicologia (Social) Comunitária.

São vários os questionamentos e desafios quando pensamos em intervenções psicossociais na comunidade, surgem sempre dúvidas sobre o que é necessário para que haja uma relação coerente entre ação e projetos políticos e de intervenção e de prática comunitária.

Durante o desenvolvimento desse trabalho parei para pensar e me dei conta o quanto tudo relacionado a esse campo é novo, inédito o que valoriza e legitima a importância de abordar o tema escolhido. Foi preciso estudar, ler, atuar, praticar. Foi preciso viver a RMSF, viver as Visitas Domiciliares, viver a psicologia, viver a São Miguel. Vivendo fui criando esse jeito particular de pesquisar, no qual as VD's foram uma descoberta de um instrumento da prática profissional e de pesquisa, que me permitiu entender melhor a realidade concreta desta população.

Enquanto trilho o caminho de “pesquisadora”, percebo que o que realmente me motivou a escrever este trabalho não foi a possibilidade de dar respostas, mas sim, a construção de mais reflexões em torno da prática “psi”, neste caso, mais especificamente, questionar os fenômenos identificados a partir das experiências vividas nas Visitas Domiciliares.

Como podemos perceber, os fenômenos encontrados (promoção de saúde, acolhimento e vínculo, identificação de demandas e espaço terapêutico) se interconectam durante as visitas e, separados didaticamente, ficou mais fácil reconhecê-los.

A Visita Domiciliar surge como ferramenta de suporte para intervenções psicossociais na comunidade, pois é um instrumento de investigação que orienta a prática, podendo ser utilizada também para a pesquisa acadêmica, desde que sistematizada para este fim.

A Visita Domiciliar serve para que possamos nos aproximar da realidade psicossocial da comunidade em que estamos inseridos e é dessa realidade que surgem as

reais demandas que vamos trabalhar. Para isso, devemos sempre considerar a interação intersubjetiva que se dá no processo de trabalho em saúde. Isso sugere que há sempre um encontro entre os sujeitos, que carregam seus desejos, saberes, necessidades etc. Nesse processo há sempre uma assimetria de poderes entre profissional e usuário, ou seja, por mais que desejamos estabelecer uma relação horizontal, a relação de poder será sempre desequilibrada a favor do profissional e da instituição de saúde em função de seu saber técnico. Essa diferença pode ser atenuada, mas dificilmente será eliminada.

A criação de espaços para que o usuário tenha voz em seu tratamento, onde ele seja ouvido e respeitado, já que é ele o dono do conhecimento sobre seu sofrimento e sua vida, ajuda a melhorar essa diferença de poder.

Além disso, para que haja uma verdadeira ampliação e integração das práticas de saúde não podemos deixar de incluir os usuários nas reformulações, ou seja, enquanto as mudanças forem apenas curriculares e de formação dos profissionais, não atingiremos uma real mudança e o poder continuará fortemente desequilibrado para o lado do profissional. Por isso precisamos estimular nas Visitas Domiciliares o desenvolvimento do Controle Social.

Ficou evidente, durante a concretização deste trabalho, que o êxito para sua realização é um bom vínculo com a equipe de saúde, principalmente com os ACS.

E para quem lê esse trabalho deixo a seguinte mensagem:

Pode parecer estranho, mas não busquei respostas acadêmicas, frias e que se enquadram em modelos pré-estabelecidos. Busquei me relacionar espontânea e verdadeiramente com a comunidade em que me inseri, realizando a atividade da Visita Domiciliar com o olhar atento e o coração aberto. Quanto ao rigor acadêmico metodológico, esse eu encontrei na instituição FURG, não dentro da casa das pessoas, de seus sofrimentos e corações. Meu brilho no olho surgiu quando percebi sentido no que estava realizando em campo e não sentada nas cadeiras universitárias.

Gostaria de encerrar esse trabalho citando um conto de Eduardo Galeano que me fez viajar até os cenários das Vistas Domiciliares.

#### A casa das palavras

Na casa das palavras, sonhou Helena Villagra, chegavam os poetas. As palavras, guardadas em velhos frascos de cristal, esperavam pelos poetas e se ofereciam loucas de vontade de ser



escolhidas: elas rogavam pelos poetas que as olhassem, as cheirassem, as tocassem, as provassem. Os poetas abriam os frascos, provavam palavras com o dedo e então lambiam os lábios ou fechavam a cara. Os poetas andavam em busca de palavras que não conheciam, e também buscavam palavras que conheciam e tinham perdido.

Na casa das palavras havia uma mesa de cores. Em grandes travessas as cores eram oferecidas e cada poeta se servia da cor que estava precisando: amarelo-limão ou amarelo sol, azul do mar ou de fumaça, vermelho lacre, vermelho sangue, vermelho vinho...

*Eduardo Galeano*

Sinto que às vezes sou como os poetas do conto, vou à casa das palavras (Visitas Domiciliares), abro e fecho frascos da vida das pessoas, sempre procurando algo (des) conhecido. Antes de sair me sirvo na mesa das cores... Há vezes que saio azul fumaça, outras, amarelo-limão. Não interessa a cor que chego porque sempre saio da casa das palavras com uma cor diferente.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

"**acolhimento**", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/DLPO/acolhimento> [consultado em 02-11-2014].

"**vínculo**", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/DLPO/v%C3%ADnculo> [consultado em 02-11-2014].

ASEN, Eia. et al. **Dez minutos para a família: intervenções sistêmicas em Atenção Primária**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BERMÚDEZ, G.R. Jaime. **Introdução ao psicodrama**. 3ª ed. São Paulo: Mestre Jou, 1980.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica 27: Diretrizes do NASF**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar volume 2**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BUSTOS, D. M. **Psicoterapia Psicodramática**. São Paulo: Brasiliense, 1979.

CALATAYUD, M. Francisco. A psicologia e a promoção de saúde. Do que necessitamos, o que temos e o que podemos fazer. In: SARRIERA, C. Jorge (coord.). **Saúde Comunitária: conhecimentos e experiências na América Latina**. Porto Alegre: Sulina, 2011. p. 19-26.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

CORDIOLI, V. Aristides (org.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

COSTA, A.M. Elisa; CARBONE, H. Maria. **Saúde da Família uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

DIMENSTEIN, D. B. Magda. O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação de profissionais. **Estudos de Psicologia**, 1998, 3 (1). 53-81.

ENGEL, I. Guido. **Pesquisa-ação. Educar**. Curitiba: Editora da UFPR, 2000. n. 16. 181-191.

FEBRAP. Em: <http://www.febrap.org.br/psicodrama/Default.aspx?idm=20>. Acesso em: 10 de maio de 2014.

FREIRE, Paulo. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: BRANDÃO, C. R. (org.). **Pesquisa Participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 34-41.

FUNARO, M.B.O Vânia (coord.). **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso Parte I (ABNT)**. 2. ed. São Paulo: Sistema

Integrado de Bibliotecas da USP, 2009. Disponível em: <  
[http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/manuais/caderno\\_estudos\\_9\\_pt\\_1.pdf](http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/manuais/caderno_estudos_9_pt_1.pdf)>.

Acesso em: 02 de nov. 2014.

GALEANO, Eduardo. **O livro dos abraços**. Porto Alegre: L&PM, 1997.

LACERDA, R. Maria. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, 2006, V.15. 88-95.

MOTTA, J. M. C. **Psicodrama Brasileiro**. São Paulo: Ágora, 2008.

FURG. Universidade Federal do Rio Grande. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA. **Projeto Político Pedagógico**. Rio Grande, 2010.

SARRIERA, C. Jorge (coord.). **Psicologia Comunitária Estudos Atuais**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

SILVA, M. C. Carlos et al. Visita Domiciliar na Atenção à Saúde Mental. **Ciencia y Enfermeria** 2011, XVII (3): 125-136.

SPINK, J. Mary. Pesquisando no cotidiano: recuperando memórias da pesquisa em psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, n. 19 (1), p. 7-14, 2007.

SPINK, K. Peter. O pesquisador conversador no cotidiano. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, n. 20, p. 70-75, 2008.

TRINDADE, Isabel; TEIXEIRA, A. C. José. Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. **Análise Psicológica**, Lisboa, n. XVIII (1), p. 3-14, 2000.

WESTPHAL, F. Marcia. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, W.S. Gastão. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 635-667.

ZIMERMANN, E. David. **Os quatro vínculos: amor, ódio, conhecimento, reconhecimento na psicanálise e em nossas vidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ZURBA, Magda (org.). **Psicologia e Saúde Coletiva**. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2011.

## APÊNDICE A – Imagens do Trabalho de Campo

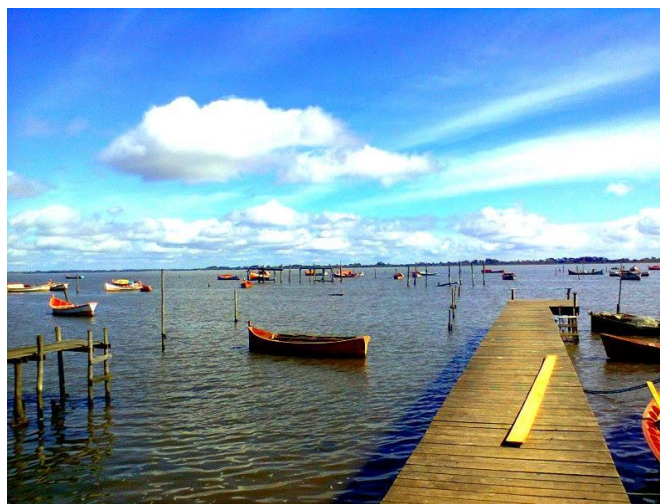
Estado das ruas em dias de chuva.



Saída de campo em companhia da Agente Comunitárias de Saúde



Vista da “praia” – Bairro São Miguel



Agente Comunitária e Residente em dia de VD.





Algumas ruas do bairro em dia ensolarado.

