

VISITA DOMICILIAR AOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS PELO PSIQUIATRA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): FERRAMENTA PARA O ENSINO QUE PODE LEVAR À INCLUSÃO DO PACIENTE E AO APRENDIZADO MÉDICO COM AS RELAÇÕES HUMANAS CONQUISTADAS

HOME VISITS TO PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS BY PSYCHIATRISTS FROM THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS (CAPS): A TEACHING TOOL THAT MAY LEAD TO PATIENT INCLUSION AND AN OPPORTUNITY FOR THE PHYSICIAN TO LEARN WITH THE HUMAN RELATIONS ESTABLISHED

Resumo

As visitas domiciliares são atividades características e obrigatórias na Estratégia Saúde da Família, mas não para as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), podendo ou não ser utilizadas como ferramentas para acolhimento dos pacientes portadores de transtornos mentais e suas famílias, estimulando sua integração social, apoiando suas iniciativas em busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicológico. Quando realizadas, geralmente o são por membros da equipe multidisciplinar, substituindo a visita ao médico psiquiatra da equipe.

Palavras-chave: CAPS, visita domiciliar, reforma da assistência em psiquiatria, educação em saúde.

Abstract

Home visits are typical, mandatory activities of the Family Health Strategy, but not for teams working at Psychosocial Care Centers (CAPS). As a result, they may or may not be used as tools to receive patients with mental disorders and their families, encouraging their social integration, supporting their initiatives to achieve autonomy, offering medical and psychological care. Whenever home visits are made, usually

it is by members of the multidisciplinary team, replacing a patient visit to the staff's psychiatrist.

Keywords: CAPS, home visits, psychiatric health care reform, health education.

INTRODUÇÃO

Como característica principal, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) buscam integrar os pacientes a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu espaço, sua casa, onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. O CAPS constitui a principal estratégia, iniciada em 1980, com a missão de reverter o quadro doloroso que se arrastou até então, onde muitos e muitos doentes mentais eram aprisionados em hospitais psiquiátricos sem perspectiva de retorno a um convívio familiar e social digno. O atendimento oferecido no CAPS diariamente visa gerenciar projetos terapêuticos levando em conta os cuidados clínicos e a inserção social dos pacientes, através de ações que envolvam a educação, o esporte, a cultura e o lazer, formando estratégias de enfrentamento dos conflitos pessoais, familiares e sociais, dando suporte aos atendimentos em saúde mental da rede básica, regulando a porta de entrada da rede



Médica psiquiatra, especialista pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), e especializanda em Dependência Química pela UNIFESP, São Paulo, SP.

de assistência em saúde mental, coordenando atividades de supervisão referentes aos atendimentos hospitalares e atualizando as listas de pacientes próprios do CAPS e daqueles que fazem uso de psicotrópicos pela rede básica municipal.

Algumas dessas atividades são feitas em grupo, outras são individuais, outras são destinadas às famílias, e outras ainda são comunitárias. Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos: atendimento individual, com prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação; atendimento em grupo, com oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal; atendimento para a família, com atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares; e atividades comunitárias, com atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, com a comunidade e com a sociedade em geral.

Este estudo tem como objetivo lançar luz sobre a eficácia da realização das visitas domiciliares pelo médico psiquiatra do CAPS, acompanhado ou não por outros membros da equipe (naturalmente muito importantes), com o intuito de promover os vínculos de amizade e confiança com os pacientes e familiares. Nessas visitas podem ser realizadas intervenções psicoeducativas através de estratégias específicas e orientações, com conteúdo apropriado e linguagem simples, para ativação da cognição social do doente, esclarecimento de dúvidas quanto aos medicamentos, quanto ao tratamento, quanto à importância da participação nas atividades promovidas pela unidade, além da observação de necessidades básicas, sociais, dinâmica familiar, dificuldades familiares no trato com o doente, oferecendo dignidade e cidadania, aprendendo e agregando conhecimento e, ao mesmo tempo, servindo como agente facilitador da inclusão e agente avaliador da hospitalização psiquiátrica, quando a mesma se faz necessária.

Discussão

O interesse em elaborar este estudo partiu da experiência realizada por mim e por minha equipe, de julho de 2012 a

setembro de 2013, com a realização de visitas psiquiátricas domiciliares aos usuários do CAPS II do município de Caraguatuba (SP). Durante as visitas médicas, a equipe multidisciplinar observou importante motivação e aderência ao tratamento e às terapêuticas, dada a presença do próprio psiquiatra no ambiente domiciliar do doente, fato este que não vinha acontecendo com as visitas de rotina realizadas pelos membros da equipe. Além disso, quando a visita é realizada pelo próprio médico, ganha-se tempo, pois prescrições podem ser atualizadas e psicotrópicos ajustados, solicitando exames quando necessário e avaliando questões importantíssimas, como maus-tratos e negligência. E, mais importante, a visita permite o olhar médico com foco na cognição social, definida como um conjunto de processos que permitirão a construção de interações sociais, a análise de crenças e intenções em relações aos outros. Os doentes com esquizofrenia, por exemplo, apresentam falhas na cognição social.

Passamos, então, a pesquisar a literatura a fim de embasar teoricamente tal indicador, e deparamo-nos com poucos artigos voltados ao tema. Por outro lado, os poucos estudos disponíveis foram de extrema importância para a construção do tópico, assim como para sua sedimentação. Abaixo apresentamos citações dos estudos explorados.

A visita domiciliar é uma prática antiga na área da saúde e atualmente está sendo resgatada em função das novas políticas públicas, que incentivam maior mobilidade do profissional; o profissional deixa de ficar esperando as pessoas adoecerem e procurarem recursos, e atua em seu entorno, detectando necessidades, promovendo saúde e cuidado. Nesta perspectiva pode ser considerada como um dos eixos transversais do sistema de saúde brasileiro, podendo ser compreendida como um método, uma técnica, um instrumento; exige plena concordância do usuário e o estabelecimento de uma relação fundamentada pelo diálogo e pela ética; este artigo sustenta as possibilidades de uso da visita domiciliar como tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa em saúde.¹

Na Grécia, em 443 a.C., já foram encontrados relatos de médicos que percorriam as cidades, prestando assistência às famílias, de casa em casa, orientando quanto ao controle e melhoria do ambiente físico, provisão de água, alimentos puros, alívio da incapacidade e do desamparo; a preocupação estava mais voltada em evitar doenças e mi-

nimizar a dor dos doentes do que na promoção da saúde e valorização de seu contexto social e sua qualidade de vida.¹

Mais recentemente no Brasil, a visita domiciliar passa a ser uma importante estratégia de cuidado, que mobiliza a participação da família e gera avanço no conhecimento; com a reorientação do modelo de atenção à saúde preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), podemos apontar a visita domiciliar como o eixo para a construção de um espaço de acesso às políticas públicas, através da relação que se estabelece entre os sujeitos do processo, um momento rico, no qual se estabelece o movimento das relações através da escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo que os grupos familiares ou comunidades tenham melhores condições de se tornarem independentes na produção da própria saúde.¹

A visita domiciliar traz consigo um significado simbólico muito forte: ela é um espaço concedido pelo usuário em seu domicílio, diversamente do serviço de saúde, que é um espaço bem mais protegido para o profissional. Para o paciente e seus familiares em geral, a visita representa um cuidado especial, simbolizando um compromisso da equipe. Ela fortalece o vínculo entre o profissional, a equipe e o usuário. Para que esse processo ocorra, é preciso que o médico esteja presente e atuante na comunidade, se relacionando com o paciente e sua família e tendo a abertura para aceitar opiniões e condutas, algumas vezes diversas das que são prescritas pelos protocolos; é necessário, ainda, que se definam os conceitos de comunicação e interação inseridos no contexto atual de uma medicina cada vez mais especializada e tecnológica; a comunicação pressupõe, aqui, o entendimento mútuo, em que não há possibilidade de coerção, buscando a compreensão; no domicílio e na comunidade, o médico entra em contato com um mundo diverso daquele do consultório e pode ter a oportunidade de ampliar seu entendimento da vida cotidiana das pessoas que atende, ao mesmo tempo em que precisa intervir sobre estas pessoas e seus problemas de saúde.²

A noção de desenvolvimento está atrelada a um contínuo de evolução, em que nós caminharíamos ao longo de todo o ciclo vital. Essa evolução, nem sempre linear, se dá em diversos campos da existência, tais como afetivo, cognitivo, social e motor. Este caminhar contínuo não é determinado apenas por processos de maturação biológicos ou genéticos. O meio (e por meio entenda-se algo muito amplo, que envolve cultura, sociedade, práticas e interações) é fator de máxima importância no desenvolvimento humano.³

Vygotsky et. al. (1988) acredita que as características individuais e até mesmo suas atitudes individuais estão impregnadas de trocas com o coletivo, ou seja, mesmo o que tomamos por mais individual de um ser humano foi construído a partir de sua relação com o indivíduo.³

Um dos dispositivos propostos pela reforma da assistência em psiquiatria, vislumbrando a manutenção do usuário em acompanhamento ambulatorial ou domiciliar, pode ser feito por meio de visitas domiciliares. As visitas domiciliares constituem um instrumento facilitador na abordagem dos usuários e sua família. Por meio desses recursos podemos entender a dinâmica familiar, com o objetivo de verificar as possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido ao usuário. Acreditamos que a visita domiciliar, após a alta, fornece aos usuários dos serviços de psiquiatria suporte para que os mesmos possam dar continuidade ao tratamento, evitando assim a re-internação (Reinaldo e Rocha, 2002).⁴

E, por exemplo:

(...) apesar do analfabetismo, ela criou um método próprio de lidar com o dinheiro; aprendeu que a nota da onça-pintada, 50 reais, era a que mais valia; a do mico-leão-dourado, 20 reais, dava pra comprar brincos, batom, esmalte e ainda sobrava troco; com 10 reais, a nota da arara, ela conseguia trazer para casa dois litros de refrigerante, biscoitos e pão; com a tartaruga marinha não fazia quase nada, afinal são poucas as coisas que se pode comprar com 2 reais. Assim, com a ajuda dos bichos da fauna brasileira impressos na moeda nacional, ela tem conseguido se virar e fazer as próprias contas (...).⁵

O último trecho acima foi extraído do livro *Holocausto brasileiro*, de Daniela Arbex. A autora relata o aprendizado da paciente Sônia, que permaneceu 50 anos presa no Colônia, conhecido como o maior hospício do Brasil, e que teve sua liberdade de volta quando foi levada a viver numa residência terapêutica para doentes mentais.⁵

Os doentes de esquizofrenia apresentam dificuldades importantes na funcionalidade e cognição social, principalmente nos aspectos relacionados às emoções e percepções, julgamento de regras sociais, consciência de papéis, regras e finalidades, interações sociais, significados dos acontecimentos, geração de respostas às intenções, disposições e comportamentos de outros e de si próprio. Essas altera-



Médica psiquiatra, especialista pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), e especializanda em Dependência Química pela UNIFESP, São Paulo, SP.

ções estão presentes principalmente no início da doença, na fase de exacerbação e fase residual, e as intervenções psicofarmacológicas têm demonstrado limitações nos déficits cognitivos associados à esquizofrenia. Desta forma, as intervenções não farmacológicas têm sido desenvolvidas e estimuladas, exercendo impacto no funcionamento psicossocial dos doentes mentais, não só de esquizofrenia, mas também nos casos de depressão severa, transtorno afetivo bipolar e transtornos obsessivos compulsivos, dentre outros.

As intervenções psicossociais podem ser divididas em quatro grandes grupos: terapia cognitivo-comportamental, terapia familiar psicoeducativa, treino de aptidões sociais e remediação cognitiva.⁶

Através das citações, podemos perceber a importância do tema tanto para o médico quanto, principalmente, para os pacientes portadores de transtornos mentais e usuários dos CAPS.

A visita médica psiquiátrica é uma ferramenta de peso no processo da doença mental, sendo que o doente é avaliado no seu próprio habitat e convidado a ser participativo numa sociedade da qual por direito também faz parte. Durante a visita, o psiquiatra poderá atualizar o tratamento medicamentoso, realizar intervenções psicoeducativas, esclarecer dúvidas, dar sugestões quanto a conflitos pessoais e familiares e oferecer conhecimentos de vida, instrumentos que serão utilizados para o crescimento pessoal do doente e o crescimento da própria sociedade sabidamente democrática, mas que em alguns momentos se faz ditatorial, estabelecendo regras veladas e preconceituosas, "politicamente corretas", que atingem minorias especiais.

MÉTODOS DE PESQUISA

Este artigo foi realizado através de levantamento bibliográfico como subsídio para o desenvolvimento do tema de forma consistente, conceituando a visita domiciliar como estratégia em utilização pelas equipes de saúde da família, de acordo com as políticas públicas atuais, e sequencialmente, possibilitando e estimulando a utilização dessa visita pelas equipes de saúde mental, em especial pelo médico psiquiatra. O ambiente domiciliar se transforma em *setting* terapêutico, onde o médico e o paciente ensinam e aprendem.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo lançar luz sobre um

tema ainda muito atual no que se refere à abordagem de pacientes portadores de transtornos mentais e suas famílias, em um contexto onde as políticas públicas visam à desospitalização psiquiátrica, utilizando principalmente as equipes dos CAPS para o acolhimento e tratamento desses pacientes.

A abordagem se faz através de diversas estratégias, dentre elas a visita domiciliar médica feita pelo próprio psiquiatra do CAPS, que, assim como os demais membros da equipe, usará o vínculo criado com seu paciente para ensinar e aprender, possibilitando a reinclusão.

Correspondência:

Lisandre F. Brunelli
Rua Coronel Lucio 143 centro
CEP 13880-000 - Vargem Grande do Sul - SP.
E-mail: lisandrebrunelli@hotmail.com

Fontes de financiamento e conflitos de interesse inexistentes.

Referências

1. Lopes WO, Saube R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Cienc Cuid Saude*. 2008;7:241-7.
2. Borges R, D'Oliveira AFPL. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. *Interface (Botucatu)*. 2011;15:461-72.
3. Oliveira FC, Walker MS. Atenção básica e saúde mental: possibilidades e desafios. In: 3º Mostra de Trabalhos em Saúde Pública; 2009; Unioeste, Cascavel, PR, Brasil.
4. Rabello E, Passos JS. Vygotsky e o desenvolvimento humano [Internet]. 2005 [cited 2014 Aug 20]. <http://www.jose-silveira.com/artigos/vygotsky.pdf>
5. Arbex D. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorias; 2013.
6. Vaz-Serra A, Palha A, Figueira ML, Bessa-Peixoto A, Brissos S, Casquinha P, et al. Cognição, cognição social e funcionalidade na esquizofrenia. *Acta Med Port*. 2010;23:1043-58.