



INVISIBILIDADE E FALTA DE ACESSO À SAÚDE NA ATENÇÃO DOMICILIAR: RELATO DE CASO

ALINE HARUMI HIRABAYASHI DE OLIVEIRA; MARIANA HYEDA MIRANDA;
CRISTIANE DE MELO AGGIO

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência baseado em uma visita domiciliar realizada em paciente com possível esquizofrenia, vinculada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Guarapuava, e realizada como estágio da disciplina de Medicina da Comunidade da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO). Ao longo da trajetória do contato dessa paciente com os serviços de saúde, diversos erros e desencontros resultaram em ausência de diagnóstico fechado, falta de acompanhamento correto e, por fim, uma aparente invisibilidade perante o sistema de saúde. A partir dessa experiência, fez-se uma análise crítica da situação, como na postura ainda muito voltada para a divisão da Medicina em especialidades e a dificuldade em se manter um olhar mais holístico, e na precariedade da conexão entre as diferentes áreas e entre os prestadores de saúde. Mais especificamente sobre a Atenção Domiciliar (AD), verificou-se que, quiçá por falta de conhecimento sobre sua proposta, ainda há muitas falhas, principalmente envolvendo a má aceitação de tantos representantes da classe médica a essa importante forma de cuidado, e o que resulta em ações pouco planejadas e pobremente estruturadas que não conseguem alcançar as demandas, em especial em casos tão críticos quanto o da mulher aqui relatada. À respeito do papel do cuidador, criticamente em casos que, como esse, envolvem doenças mentais progressivas e debilitantes, tem-se que a necessidade de um preparo físico e emocional para a realização de tal função é tão importante quanto ignorada e menosprezada, o que potencialmente gera desdobramentos infinitos para o cuidador, o paciente e familiares. Tomando essa experiência como exemplo para um panorama nacional, chegou-se à conclusão de que, em aspectos como integralidade, longitudinalidade e realização da Atenção Domiciliar, a saúde brasileira ainda demanda muita evolução.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Equipe de Assistência Multidisciplinar, Espectro da Esquizofrenia, Integralidade em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A integralidade, que é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), busca a promoção e recuperação da saúde, e a prevenção de agravos. Para existir a integralidade, deve haver uma percepção do contexto histórico, sócio-político, familiar e ambiental - visão holística de cada indivíduo (De Souza, M, et al, 2012). É notório que a Atenção Primária à Saúde (APS) é um campo estratégico e privilegiado para que haja a integralidade em saúde, tendo em vista documentos oficiais, como a Constituição de 1988 (Carnut L, 2017).

Nesse sentido, pode-se pensar na atenção domiciliar (AD), local estratégico para a realização do cuidado integral, que engloba atendimento, visita e internação domiciliares, visando promover, restaurar, prevenir e manter a saúde de forma humanizada e personalizada,

com completa interação do profissional de saúde com paciente, cuidador e família (Giacomozzi C, Lacerda M, 2006). Ao analisar o contexto brasileiro, apesar das conquistas na saúde brasileira através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o modelo predominante ainda é focado na atenção hospitalar e no conhecimento apenas dos médicos, em detrimento de outros profissionais da saúde. Dessa forma, a AD é um diferencial, tornando-se uma possibilidade de resposta para os usuários do SUS.

Com efeito, vale ressaltar que, tanto para AD quanto para a integralidade do cuidado em saúde, é preciso o reconhecimento da importância da multidisciplinaridade dos profissionais. Por fim, ainda vale lembrar de alguns dos critérios de elegibilidade para atenção domiciliar, que são: usuários restritos ao lar, acamados, arranjos socioeconômicos frágeis (Giacomozzi C, Lacerda M, 2006).

O objetivo deste relato é analisar um caso de provável esquizofrenia, a fim de ressaltar a importância da integralidade em saúde no contexto de AD, mostrando que, quando isso não ocorre, há prejuízos no diagnóstico, tratamento e qualidade de vida, lesando pacientes, cuidadores, famílias e o próprio sistema de saúde.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, para o qual foi revisada literatura sobre AD e esquizofrenia nas bases de dados do Ministério da Saúde e PubMed. As discussões e descrições partem de uma experiência acadêmica do primeiro semestre de 2022, em estágio da matéria de Medicina da Comunidade do curso de Medicina da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), no qual foi realizada uma visita domiciliar, por enfermeira, professora titular da disciplina e quatro estudantes do citado curso, a uma família de renda média-baixa vinculada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de Guarapuava-Paraná e que possuía uma paciente de aproximadamente 50 anos, dependente de cuidados, sem diagnóstico mas com hipótese principal de esquizofrenia, e com dificuldade de acesso ao serviço de saúde. O recurso mais utilizado foi a coleta de dados e a discussão com cuidador, paciente e equipe da UBS. Manteve-se a anonimidade da paciente, preservando os princípios éticos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A paciente, residente com o marido, seu principal cuidador, era muito ativa, até, por volta dos 45 anos, começar a ter dificuldade em gravar nomes e realizar suas tarefas profissionais e domésticas. Com a progressão dos sintomas, em uma associação de seu quadro com a preexistente hipertensão arterial, consultou-se com cardiologista, que solicitou exame de imagem sob suspeita posteriormente descartada de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Consultou-se também com neurologista particular - devido à fila de espera no sistema público, porém um retorno foi impossibilitado por questões financeiras. Foi também em um endocrinologista, no raciocínio de que seus sintomas poderiam ser decorrentes do hipotireoidismo; entretanto, a realização de exame complementar foi impossibilitada por falhas de comunicação entre o serviço de saúde de Guarapuava e o local de exame, que era em Curitiba, sendo que em uma ocasião o casal teve de enfrentar as dificuldades de uma viagem à capital, como os medos e falta de entendimento da situação por parte da paciente, no ônibus da prefeitura, para descobrir, após a chegada, que o agendamento tinha sido feito incorretamente e que não seria possível a realização naquele dia. Foram os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os profissionais da UBS, durante visitas domiciliares, que primeiro pensaram em um possível quadro negativo e prodromico de esquizofrenia, incluindo embotamento afetivo, alergia, abulia-apatia e anedonia. Observou-se fobia de entrar e permanecer no banheiro da casa, quiçá desenvolvida por quedas que lá sofrera por dificuldades de equilíbrio; isso dificultou a

micção, já que o cuidador precisava levá-la ao banheiro, fazê-la sentar-se no vaso sanitário, e convencê-la a urinar, suscitando em infecções urinárias de repetição. Além disso, percebia-se que a mulher era muitas vezes mais solícita, responsiva e até simpática com as pouco frequentes visitas, como os parentes ou até mesmo os profissionais de saúde, do que com o marido, que era quem cuidava dela durante tempo integral. No momento da citada visita, a paciente utilizava um anti-hipertensivo, um hipnótico e um medicamento para a tireoide. Devido à ineficiência do sistema de saúde, a única atenção de saúde recebida partia da UBS, e predominantemente pela AD, pela dificuldade em levá-la ao estabelecimento. Ressalta-se a problemática de como era conduzido esse acompanhamento, que geralmente envolvia apenas os ACSs. Os médicos da UBS nunca acompanhavam as visitas, de forma que basicamente não tinham contato com essa paciente. Dessa forma, uma paciente com um possível transtorno mental grave progressivo seguiu sem diagnóstico ou terapêutica, não obstante ser o médico de família da UBS capacitado a isso, e, sublinha-se, sem ao menos um acompanhamento médico, sendo seu único cuidador não capacitado e igualmente sem o correto apoio.

Revisa-se a importância do diagnóstico precoce na APS, que possibilita tratamentos mais responsivos e simples, poupando o paciente de agravamento do quadro e o sistema de saúde de gastos extras. Para isso, é crucial a integralidade do cuidado, ou seja, a análise do paciente como um todo, sem separá-lo em especialidades que tratam de órgãos ou sistemas isolados, mas integrando o organismo em sua complexidade, e tampouco segregando os sinais físicos dos mentais. Com a paciente deste relato, ao contrário disso, nenhuma das especialidades que a abordaram a viu integralmente, o que os ACSs conseguiram por um simples olhar humanizado. Relativo à esquizofrenia, chama-se de “duração de psicose não tratada” (DUP) a fase do início da psicose até o começo do tratamento - na qual a mulher estava -, cujo encurtamento é por alguns estudos relacionado a um melhor prognóstico, mais especificamente à responsividade a antipsicóticos e à redução dos sintomas negativos (Perkins et al., 2005). Ainda, uma longa DUP certamente desgasta a família, que nesse tempo lida com mudanças comportamentais no enfermo às vezes sem orientação alguma, e em meio às angústias da incerteza da causa; e o próprio paciente, incluindo condutas ameaçadoras à vida própria e a de terceiros (Clarcke M, 2003). No caso relatado, percebe-se que, se os médicos da UBS, mesmo após 5 anos de sintomas e palpites de ACSs, técnicos e enfermeiros e, depois, até mesmo do neurologista, não fecharam o diagnóstico para esquizofrenia ou receitaram tratamentos - ações que médicos de família têm a capacidade para realizar -, há um sério problema, cuja causa pode ser uma falta de confiança do profissional perante a doença - e, se isso for verdade, deveria-se encaminhar imediatamente a outro médico ou serviço -, ou, pior, a incompreensão dos sintomas.

Apontam-se ainda falhas na longitudinalidade do cuidado, que para a mulher foram, na saúde pública, principalmente problemas operacionais, como a fila de espera, que desincentiva e atrasa a procura pelo especialista, desencontros de comunicação entre serviços que deveriam ser melhor interligados e, no sistema privado, o custo inacessível à maioria da população. Adicionalmente, não houve encaminhamento a profissionais da saúde mental, sendo que as barreiras não foram nem filas de espera tampouco o custo os desafios primários, e sim a ignorância de ser esta uma alternativa recomendável, já que, mesmo sendo a atenção primária capaz, por legislação, de atender doenças mentais, o evidente despreparo sinaliza a necessidade de ativar um estabelecimento mais apto. Assim, mesmo sendo um caso complexo, não foi efetivada a conexão APS - especialidades, ficando mesmo na UBS a protagonização do cuidado - e, dada a impraticabilidade do deslocamento rotineiro à Unidade, por condição clínica e distância, a AD tornou-se sobrelevada.

Nesse sentido, a AD prega a busca ativa do profissional por necessidades e quadros iniciais, e o acompanhamento de enfermos impossibilitados de ir ao ambiente de cuidado (Kronka A, et al, 2020). Um diálogo claro entre equipe multiprofissional, família e paciente é essencial, sendo precioso o papel dos ACSs, que, talvez por estarem socioculturalmente mais

próximos das famílias, conseguem captar detalhes importantes ao estabelecerem vínculos com o paciente de forma mais eficaz do que tantos médicos sem formação focada na medicina centrada na pessoa. Na AD estruturada, para casos graves e/ou crônicos, é crucial um Projeto Terapêutico Singular (PTS), com objetivos e cronogramas de visitas, sendo a frequência e o escopo de profissionais proporcionais à complexidade. Sobre a seleção da equipe de AD no caso relatado, seria fundamental haver um médico em pelo menos algumas visitas. Infelizmente, há resistência da classe médica em se adaptar à AD, quiçá por arrogância - uma negação em ter de ir ao encontro do paciente -, preguiça - algo tristemente comum na APS, o acomodar na aparente facilidade de seus serviços e relutar em realizar quaisquer esforços excedentes -, ou mesmo falta de conhecimento sobre AD. Enfim, o casal viu-se sem um PTS, sem acompanhamento médico e, assim, desamparado.

Recorda-se por último da importância do cuidador na AD, que deveria ter sua saúde cuidada para poder estar apto a zelar por outrem. O cuidar diariamente de alguém, ainda mais sendo um familiar, é, sempre, uma tarefa desgastante, que ao mesmo tempo que pode trazer maior proximidade e cumplicidade entre o enfermo e o cuidador, geralmente resulta em complicações e desgastes para este. Principalmente quando a tarefa de cuidar é solitária, tendo o cuidador principal pouca ou nenhuma ajuda, como no caso desse relato, a sensação de sobrecarga é imensa, não só por ter de realizar tantas tarefas durante todas as horas do dia para o enfermo sem auxílio - envolvendo até um despreparo físico, já que, a exemplo desse caso, em muitas ocasiões o paciente é maior ou mais pesado que o cuidador -, mas também por ter de carregar sozinho a responsabilidade e a possível culpa de todas as decisões que devem ser tomadas. Outro fator que eleva o esgotamento de quem cuida é o nível de dependência do doente, principalmente em enfermidades que afetam o julgamento e que são progressivas, como a esquizofrenia. O cuidar envolve, muitas vezes, doar-se ao outro de forma a colocar as vontades próprias em segundo plano; tudo isso acaba por extrair do cuidador talvez todas as possibilidades de atenção a si, atividades sociais, de lazer ou mesmo de trabalhar fora, sendo então quase que restrito a suas atribuições no cuidado domiciliar. Um agravante particular do exemplo deste texto é que, além das normais dificuldades, não se sabia ao mesmo qual enfermidade estava sendo tratada; em meio a incertezas do diagnóstico e prognóstico, sem orientações claras de como proceder, sem medidas terapêuticas e um significativo abandono não somente por parte dos amigos e parentes mas do próprio sistema de saúde, embora não tenham sido identificados na visita realizada, seria esperada a presença ou então desenvolvimento futuro de sentimentos como apatia, tristeza crônica, depressão, isolamento e estresse, que podem mesmo evoluir para um transtorno ou doença mais séria, o que, na relatada situação, seria grave já que, ao acréscimo de deixar a mulher sem um cuidador, seria ele próprio outro enfermo sem alguém para o respaldar.

4 CONCLUSÃO

Vê-se quão complexo é realizar um cuidado integral e humanizado no contexto da saúde pública brasileira. Falhas no diagnóstico, no acompanhamento e no tratamento, precariedade da conexão entre os serviços e entre os membros da equipe e atenção domiciliar mal feita, todos estes fatores, mais do que particulares a esse caso, são mostras do que ocorre tão frequentemente no âmbito Estatal da saúde e demonstram a grande necessidade de contínua e urgente evolução, para que se deixe o conceito de cuidado fragmentado, focado no médico, hospitalocêntrico e mecânico que há tanto tempo já se provou ineficaz. No presente relato, não houve cumprimento das necessidades de saúde, visto que, mesmo a mulher apresentando sinais clínicos há cerca de cinco anos, não se conseguiu uma determinação de qual sua enfermidade, tarda-se a conseguir ou não se concretizam consultas e exames, e então, basicamente restrita ao cuidado em domicílio feito por um cuidador desamparado e uma equipe de saúde sem representantes

médicos, a paciente - e seu marido - ficaram como que invisíveis perante o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, O. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, p.147-156, 2012.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v.41, p. 1177-1186, 2017.

CLARCK M. Is earlier better? At the beginning of schizophrenia: timing and opportunities for early intervention. **Psychiatr Clin North Am**, v.26, p. 65-83

DE SOUZA, M.C. et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *O mundo da Saúde*, São Paulo, v.36, n.3, p. 452-460, 2012.

GIACOMOZZI, C.M; LACERDA, M. A. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, p. 645-653, 2006.

KRONKA, A. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2020.

PERALTA, E. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Volume 1. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012.

PERKINS, D.O, et al. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. **Am J Psychiatry**, v. 10, n 162, p.1785-1804, 2005.