

A influência da assistência domiciliar na adesão do tratamento de usuários com condições crônicas

Éder Luís Arboit,¹ Cristina Thum Kaefer,¹ Indiara Schaefer da Silva,¹ Michele Ramão da Silveira,¹
Luana Posamai Menezes,¹ Marines Tambara Leite²

¹Universidade de Cruz Alta - UNICRUZ. Brasil. ²Universidade Federal de Santa Maria. Brasil

Correspondencia: eder.arb@bol.com.br (Éder Luís Arboit)

Resumo

Objetivo: identificar a influência da assistência domiciliar a usuários adstritos a uma Estratégia de Saúde da Família, na adesão ao tratamento de doenças crônicas. Método: estudo qualitativo e descritivo, desenvolvido por meio de um projeto de extensão, junto a 54 usuários do serviço de saúde. A coleta de dados ocorreu de setembro a dezembro de 2015, com auxílio de um instrumento semiestruturado, entrevista gravada e um formulário clínico. Resultados: Identificou-se que persistência, atividade física, participação em grupos sociais, apoio de familiares, de amizades e dos profissionais de saúde, tem importante papel na adesão ao tratamento das doenças crônicas. Os fatores que dificultam a adesão são as mudanças no estilo de vida, conflitos familiares, dificuldades financeiras, de acessibilidade e de agendamento das consultas e na realização de exames especializados. Conclusões: Entende-se que a atenção domiciliar é relevante para a continuidade do tratamento, melhora da condição de saúde e da qualidade de vida dos usuários.

Palavras chave: Enfermagem. Visita Domiciliar. Doença Crônica. Adesão à Medicação.

The influence of home care treatment adherence for users with chronic conditions

Abstract

Objective: to identify the influence of home care to assigned users to a Health Family Strategy, over adherence to treatment of chronic diseases. Method: a qualitative descriptive study, developed through an extended project, along with 54 users of health service. Data collection occurred from September to December 2015, assisted by a semi-structured instrument, also a recorded interview and a clinical form. Results: it has been found that persistence, physical activity, participation in social groups, family, friendships and health professionals support play an important role in adherence to treatment of chronic diseases. Factors that hinder adherence are lifestyle changes, family conflicts, financial difficulties, accessibility and doctor's appointments and also conducting specialized tests. Conclusions: it is understood that home care is important for treatment continuity, improved health condition and quality of users' life.

Key-words: Nursing. Home Visit. Chronic Disease. Medication Adherence.

La influencia de la asistencia domiciliar en la adherencia al tratamiento de usuarios con condiciones crónicas

Resumo

Objetivo: identificar a influência da assistência domiciliar a usuários adstritos a uma Estratégia de Saúde da Família, na adesão ao tratamento de doenças crônicas. Método: estudo qualitativo e descritivo, desenvolvido por meio de um projeto de extensão, junto a 54 usuários do serviço de saúde. A coleta de dados ocorreu de setembro a dezembro de 2015, com auxílio de um instrumento semiestruturado, entrevista gravada e um formulário clínico. Resultados: Identificou-se que persistência, atividade física, participação em grupos sociais, apoio de familiares, de amizades e dos profissionais de saúde, tem importante papel na adesão ao tratamento das doenças crônicas. Os fatores que dificultam a adesão são as mudanças no estilo de vida, conflitos familiares, dificuldades financeiras, de acessibilidade e de agendamento das consultas e na realização de exames especializados. Conclusões: Entende-se que a atenção domiciliar é relevante para a continuidade do tratamento, melhora da condição de saúde e da qualidade de vida dos usuários.

Palavras chave: Enfermagem. Visita Domiciliar. Doença Crônica. Adesão à Medicação.

Introdução

Quando se reporta à atenção básica entende-se que nela deve ocorrer uma relação direta entre o cotidiano das pessoas e o cuidado a saúde a elas prestadas, garantindo o acesso aos indivíduos com resolutividade dos problemas ou demandas que a população assistida apresenta em relação a sua saúde.¹

Assim, no Brasil, medidas foram tomadas, especialmente, com a Constituição Federal de 1988, quando instituiu que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.² A partir daí os gestores nos diferentes níveis de gestão - Federal, Estadual e Municipal - do Sistema Único de Saúde (SUS) passaram, cada vez mais, a priorizar a Atenção Básica de Saúde, sob a perspectiva de implantar um novo modelo de atenção à saúde no País.

A Atenção Básica em Saúde (ABS) é a principal porta de entrada dos usuários ao SUS e considerada como ponto-chave para o fortalecimento do mesmo. Sua fundação iniciou em 1991 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, logo em seguida, em 1994, com o Programa de Saúde da Família (PSF) que, em 2006, passou a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

As políticas públicas de saúde e seus programas surgiram como estratégias de reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional, individualista e curativista, vigente até então, para frentes promocionais de saúde, conhecendo a realidade vivenciada pela população assistida. Assim, foram implementadas uma série de ações com enfoque coletivo e familiar, considerando o ambiente físico e social como importantes aliados para a saúde e a doença. Neste cenário, a ESF exigiu dos profissionais da área, não só mais competências e habilidades, mas novas formas de pensar e organizar a Atenção Básica de Saúde (ABS).³

Neste contexto, as ESFs são organizações complexas que interagem com múltiplos processos de trabalho, realizados pela equipe multiprofissional.⁴ A programação das ações em saúde nelas desenvolvidas, muitas vezes, é feita com base na oferta e não nas necessidades da população. Neste programa a visita domiciliar é uma importante ferramenta assistencial e entendida como uma prática emancipatória, potencialmente capaz de ampliar a qualidade de vida da população assistida enquanto aspecto de saúde.⁵

A reorganização do processo de trabalho das equipes na ABS, a partir da mudança do perfil de saúde e doença, foi o primeiro passo para a implantação de um programa de cuidado domiciliar.³ Articulações com os outros níveis da atenção contribuem para a construção de uma proposta integrada e proporcionam resolutividade dos problemas encontrados, possibilitando dessa forma, o aumento da qualidade de vida dos usuários e demais envolvidos nesse processo.

Atualmente, entende-se que, cada vez mais, há necessidade de ampliar as formas de cuidado aos usuários que apresentam doenças crônicas, pois estas normalmente têm início e evoluções lentas, multicausais, que incluem a hereditariedade, estilo de vida e exposição a fatores ambientais e fisiológicos.⁴

A internação domiciliar difere-se ainda mais das outras formas de atendimento domiciliar por ser uma categoria mais específica, envolvendo a utilização de tecnologia em domicílio e configurar-se no atendimento aos usuários que, mesmo após estabilização do quadro clínico, continuam requerendo cuidados especializados de um profissional de saúde diariamente.

Já a Atenção Domiciliar (AD) caracteriza-se como uma categoria ampla de atendimento domiciliar, pois inclui todas as outras formas de atendimento e cuidados no domicílio (visita domiciliar, internação domiciliar, assistência domiciliar). Neste contexto, torna-se importante relacionar a Visita Domiciliar (VD) com o cuidado à saúde dos usuários dependentes em condições crônicas, os quais configuram-se critérios de inclusão ao atendimento e prioridade na atenção domiciliar.⁶

Torna-se imperativo estruturar, organizar, qualificar e ampliar a oferta de atendimento a esse segmento populacional, conforme suas demandas, em especial desenvolver ações efetivas de prevenção de agravos e promoção da saúde.⁷ A partir do reconhecimento das necessidades de saúde, a atenção prestada fortalece a emancipação dos usuários do SUS, no sentido de desenvolver suas capacidades para a prevenção de doenças e de agravos e promoção da saúde.⁸

Estudo com pacientes que possuem doenças crônicas⁷ aponta que é importante acompanhá-los, de forma individual e grupal, para que eles tenham o entendimento do autocuidado frente a sua patologia e, também, é relevante, envolver a família no cuidado, instrumentalizando-a para boas práticas de saúde e seguimento do tratamento clínico medicamentoso.

Para a Organização Mundial de Saúde, a adesão ao tratamento se dá na medida em que a pessoa aceite e ingira sua medicação, siga a dieta prescrita, adapte seu estilo de vida de tal modo que corresponda às recomendações de um profissional de saúde.⁹ Diante desse conceito, entende-se que para o efetivo controle de uma doença crônica é de fundamental importância seguir um padrão de tratamento e as orientações fornecidas pelos profissionais da área da saúde, incluindo além do uso adequado da medicação, as mudanças no estilo de vida.

Em muitas situações o usuário enfrenta alterações significativas no estilo de vida. Neste contexto, as doenças crônicas são consideradas um problema de saúde pública, pois são responsáveis por alto índice de mortalidade, internações e inatividade econômica precoce.¹⁰ As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estão entre as principais causas de morte no mundo. Em seus estudos identificaram que o acompanhamento aos usuários cadastrados em ESF com doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), a cobertura e a proporção de usuários assistidos nos quesitos visita domiciliar e consulta de enfermagem foram críticas, assim como as consultas médicas para os grupos de alto risco cardiovascular.¹¹

Desta forma, surgem questionamentos, sobre redimensionamento de ações metodológicas assistenciais efetivas para que se minimizem os indicadores de morbimortalidade. No Brasil, essa realidade não é diferente, cerca de 75 % das pessoas com mais de 60 anos têm pelo menos uma doença crônica. E, para o Ministério da Saúde, esta é a principal causa de óbito e incapacidade prematura no país. Se nada for feito para gerenciar as doenças crônicas, em 10 anos, as mortes em decorrência delas aumentarão 17%.¹⁰

O acompanhamento de pessoas com diagnóstico de doenças crônicas, como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, deve ser preferencialmente na Atenção Primária à Saúde, fortalecida pela política de humanização em saúde.¹² Assim, a adesão ao tratamento, por parte do usuário, constitui um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais.

Requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre as pessoas que possuem doenças crônicas e os profissionais da saúde.

Nesse sentido, o sucesso da terapia proposta depende de fatores como conscientização do usuário e dos familiares, condições socioeconômicas, acesso aos medicamentos e serviços de saúde, além de consultas e exames especializados. Outro aspecto a ser considerado, quando se trata de doenças crônicas, diz respeito à faixa etária, pois a maior incidência desses agravos ocorre entre a população mais velha. Atualmente, no Brasil, a população idosa tem aumentado significativamente e, com isso, a crescente incidência de doenças crônicas.

Tendo-se em consideração esses dados os serviços de Atenção Básica de Saúde preocupam-se em ofertar assistência domiciliar eficaz à população, a fim de identificar as necessidades dos integrantes da família e realizar as devidas orientações e encaminhamentos quando necessários. Importante frisar que a atenção à saúde deve voltar-se para as necessidades da população, com priorização de intervenções clínicas, sanitárias dos problemas, segundo critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência, além do enfoque na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos.

Tal prática pode ser realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS), domicílios, locais do território como: salões comunitários, escolas, creches, praças, entre outros. Os serviços da atenção básica de saúde oferecem um espaço maior de tempo para que as ações a serem realizadas possam ser pensadas e fundamentadas, antes de executadas.¹²

Diante do exposto, considera-se a seguinte questão norteadora: A assistência domiciliar influencia a adesão ao tratamento de usuários com doenças crônicas? Dessa forma o objetivo desse estudo é Identificar a influência da visita domiciliar na adesão dos usuários, adstritos uma Estratégia de Saúde da Família, ao tratamento de doenças crônicas.

Metodologia

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa. As evidências apresentadas neste estudo, partiram do desenvolvimento de um projeto de extensão intitulado “Visita domiciliar para usuários com doenças crônicas, na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família”. Projeto este vinculado ao Centro de Ciências da Saúde e Agrárias e desenvolvido pelo Curso de Enfermagem da Universidade de Cruz Alta (Unicruz), junto a Estratégia Saúde da Família (ESF) do bairro Jardim Primavera na cidade de Cruz Alta/Rio Grande do Sul/Brasil.

Intuindo o desenvolvimento das ações de extensão e oportunidades de coletas de informações junto aos usuários da ESF, o mesmo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unicruz, sob o parecer número 1.331.028. Os participantes da pesquisa foram 54 usuários que apresentavam doenças crônicas atendidos pela EFS supracitada. Elencou-se como critérios de inclusão: usuários portadores de doenças crônicas e residentes na área de abrangência da ESF. E como critérios de exclusão: usuários do serviço que apresentavam doenças crônicas transmissíveis.

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro a dezembro de 2015. Primeiramente, houve a indicação dos parti-

cipantes e seus respectivos endereços, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na seqüência, realizou-se uma visita domiciliar, quando se procedeu convite para participação da pesquisa. Uma vez que o usuário aceitou participar do estudo, foram realizadas as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada e um formulário clínico, elaborado pelos profissionais/pesquisadores envolvidos no projeto, contendo informações relativas a anamnese de enfermagem, dados pessoais, familiares, sociais e específicos sobre a patologia e tratamento em curso. Os participantes foram identificados pelo código “E” (de entrevistado) seguido de ordem numérica conforme seqüência de realização das visitas domiciliares.

O encerramento da coleta dos dados ocorreu quando o objetivo da pesquisa foi alcançado, levando-se em consideração o critério de saturação.¹³ Para a interpretação e análise dos dados, utilizou-se a técnica da análise temática.¹⁴ Ressalta-se que para a realização do estudo foram observadas todas as diretrizes estabelecidas pela Resolução 466/12.¹⁵

Resultados

Os usuários adstritos a ESF podem ser considerados em vulnerabilidade social nos quesitos econômicos e sociais, além de estarem em uma área geográfica residencial em que o perfil dos moradores caracteriza-se como o de uma população de baixa renda.

Dos entrevistados, 21(38,8%) eram do sexo masculino e 33(61,2%) do sexo feminino. A idade variou de 28 a 94 anos, com maior predomínio na faixa etária de 70 a 79 anos (34,48%), seguido dos usuários com idade entre 60 a 69 anos (33,33%). Referente ao estado civil dos participantes, 26 (48,14 %) convive em regime de união estável, 14(25,92%) eram casados, 11(20,37%) divorciados e três (5,55%) solteiros.

No quesito cor da pele, 44 (81,50%) considera-se de cor branca, acompanhados de pardos e negros, cinco em cada grupo, totalizando (18,50%). Quanto à escolaridade, 7(12,96%) nunca frequentaram a escola, 11(20,37%) tinham entre 1 a 4 anos de escolaridade, 17(31,49%) possuíam entre a 5ª e 8ª série, 13(20,07%) haviam cursado o ensino médio incompleto e 6(11,11%) tinham o ensino médio completo.

A fonte renda dos participantes deste estudo, 29(53,70%) deles eram aposentados, 12(22,22%) não tinham remuneração, 6(11,12 %) estavam desempregados e 7(12,96%) não possuíam renda fixa. Todos residiam em casa de alvenaria, com água tratada, luz elétrica e o esgoto sanitário descartado em fossa séptica. Quando questionado sobre vida social, 35(64,81%) referiram que participavam de atividades em grupos de idosos, na comunidade, igrejas, entre outros.

Destaca-se que 19(35,19%) usuários participantes do estudo estavam restritos ao domicílio e raramente saíam de casa. Chama a atenção neste estudo que 45(83,33%) possuíam hábitos de lazer como realizavam caminhadas, assistia televisão, conviviam com a família, entre outros. No entanto, 12(16,67%) mencionaram que não desenvolviam nenhuma atividade de lazer.

No que se refere à patologia apresentada pela maior parte dos participantes deste estudo, predominou as doenças de caráter cardiovasculares como: hipertensão arterial sistêmica,

cardiopatias, dislipidemias e diabetes mellitus úlceras varicosas. Cabe destacar que, em muitos casos, havia a associação de mais de uma enfermidade. Além disso, diversos usuários estavam em tratamento clínico também para complicações e sequelas decorrentes de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Dentre as atividades realizadas no projeto de extensão desenvolvido destaca-se a visita domiciliária. Durante a mesma desenvolvia-se diversas ações como: consulta de enfermagem, cadastramento do usuário, com preenchimento do formulário clínico, registro de dados pessoais, familiares, sociais e específicos sobre a patologia e tratamento em curso.

Na consulta de enfermagem contemplou-se coleta de informações relativas à história de vida e clínica - pregressa e atual -, exame físico do indivíduo e avaliação do contexto familiar. Na sequência e com base nas informações obtidas, realizava-se aferição de sinais vitais, hemoglicoteste, curativos, aplicação de medicamentos - via oral, subcutânea, intravenosa e intramuscular - de acordo com a necessidade de cada usuário. Também, faziam-se orientações relacionadas ao tratamento e o cuidado de si no espaço domiciliar e esclarecimentos sobre o modo de utilização dos medicamentos de uso contínuo.

A visita domiciliária possibilitou conhecer o ambiente familiar dos usuários que possuíam doenças crônicas. Identificar os membros ou outras pessoas que colaboravam no tratamento do usuário; evidenciar os fatores que propiciavam ou não a adesão ao tratamento; auxiliar o paciente e seus familiares na busca de estratégias para a resolução do(s) problema(s), visando à adesão ao tratamento, promoção da saúde e melhorar a qualidade de vida; promover espaço de escuta aos usuários e seus familiares.

Durante o cadastramento dos usuários que apresentavam doenças crônicas identificou-se também que a maior parte deles recebeu o diagnóstico da patologia a partir das manifestações da sintomatologia, quando, então, foram em busca de auxílio da ESF, em especial, para consulta médica e realização de exames laboratoriais e de imagem. Diante do adoecimento e diagnóstico de uma enfermidade, os usuários referiram que emergiram sentimentos de tristeza, ansiedade, impotência, abandono e de receio.

É um incômodo. (E54; E11; E16; E41; E52; E54)

É triste, bem difícil (emoção). (E03)

Pelo medo de ter outro infarto, é insegurança mesmo. (E18)

Terrível, pela restrição das atividades, antes eu fazia de tudo. (E22)

Ansiedade, tristeza e solidão. (E23; E37)

Triste, “perdi o chão”. (E26)

Desanimado, nada tem mais sentido na vida agora. (E27)

Ruim, triste, incapacidade de fazer as coisas. (E28)

Ruim porque tem que tomar remédios diariamente, me sinto mal. (E46)

Me sinto sozinho, fui abandonado pela mulher (esposa) e minha irmã não tem tempo pra mim. (E53)

Outros usuários se manifestaram afirmando que, embora tenham uma ou mais doença crônica, conduzem sua vida naturalmente sem sofrimento.

Já me acostumei. (E8; E17; E44)

Vida normal, me adequo bem ao tratamento. (E21)

Vivo normalmente, só com o controle dos medicamentos. (E36)

Durante as visitas domiciliárias verificou-se que os participantes deste estudo recebiam auxílio para realizar seu tratamento. Familiares, amigos vizinhos e profissionais vinculados a ESF foram apontados como os indivíduos que colaboravam para isso.

A ajuda da minha filha que é técnica de enfermagem. (E14)

Pela ajuda que eu tenho dos filhos, amigos e vizinhos. (E17; E51)

Filhos e a família. (E23)

A esposa e equipe médica. (E25)

Auxílio da filha. (E28; E29)

Nas manifestações dos participantes pode-se identificar que eles apresentavam força de vontade e desejavam melhorar as condições clínicas, em especial aquelas relativas às doenças crônicas. Para tanto, expressaram que realizavam, em sua maior parte, atividades físicas e participavam de grupos sociais e de educação como de: idosos, religiosos, hiperdia (Sistema de acompanhamento e cadastramento de hipertensos e diabéticos), grupos religiosos. Eles tinham o entendimento de que a manutenção do tratamento, o apoio contínuo dos profissionais da saúde e de familiares, contribuía para minimizar as complicações que poderiam advir das doenças crônicas.

Agente comunitário de saúde e pessoal da ESF, grupo de idosos e da saúde. (E31; E34)

Equipe de saúde e familiares. (E53)

A fé, a presteza e o bom atendimento dos profissionais do posto. (E07)

A ESF, através das visitas domiciliares. (E10; E11; E15; E33)

A persistência e auxílio da ESF. (E18)

A religião. (E25)

A minha mulher (esposa). (E27)

Família. (E36; E43)

Atividade física, caminhada. (E32)

ESF, familiares e profissionais. (E30; E40; E48)

Visitas domiciliares. (E41; E45)

Agente comunitário de saúde. (E44; E47)

Controle médico e apoio da equipe de saúde. (E54)

Também, foram apontados pelos usuários participantes deste estudo alguns fatores que dificultam a adesão ao tratamento e no monitoramento das doenças crônicas que podem ser associadas a aspectos biopsicossociais como: restrição alimentar, pela redução no uso de sódio e açúcar na dieta, espaço físico restrito para realização de atividade física, conflitos e abandono familiar, residir sozinho, dificuldades financeiras, de acessibilidade e de locomoção na residência e no bairro. Além do consumo de bebida alcoólica, o que favorece para aumentar a vulnerabilidade social.

O fato de morar sozinho. (E07)
Questão financeira. (E08; E21; E31; E39; E40; E44; E45; E49)
Diminuir o sal na comida e ter que fazer a dieta da nutricionista. (E14)
É porque eu moro sozinho e os filhos moram em outra cidade. (E17)
A restrição alimentar e o uso de insulina. (E20)
A locomoção. (E10; E24; E27; E28; E29; E33; E39; E41; E42; E44; E45; E52)
A restrição alimentar. (E32; E42; E49)
O uso de álcool. (E47)

Outro fator negativo para a preservação do tratamento citado por alguns usuários está relacionado com a organização do processo de trabalho na atenção básica. Dentre os desafios a serem superados está a regularidade do agendamento nas consultas médicas e exames especializados, demora nos atendimentos, tanto na estratégia saúde da família como nos hospitais, assim como a falta de medicamentos.

Demora no atendimento. (E07; E22; E30)
A necessidade de consultas particulares. (E24)
A falta de rampas nas ruas e aqui em casa, porque assim não posso sair de casa. (E22)
Falta de medicação. (E25)
Tempo de espera para exames. (E26)
É ruim para marcar consulta com especialista, aí demorou muito pra iniciar o tratamento. (E33)
A espera pelos resultados de exames. (E34)
Falta de remédios e às vezes não se consegue consulta médica. (E46)

Neste cenário, os sentimentos emergidos frente ao diagnóstico da doença, a aceitação da condição clínica e a inserção dos usuários na participação/não adesão de grupos sociais, metodologias assistenciais voltadas aos princípios de humanização de saúde com vistas a acolhimento, ambiência, buscando atender os princípios de equidade, integralidade interferindo diretamente na adesão ao tratamento. Tais vulnerabilidades podem ser minimizadas, indo ao encontro da população assistida por meio de acompanhamento assistencial, utilizando práticas alternativas como a visita domiciliar.

Discussão

A partir do entendimento que o homem possui aspectos importantes centrados no ser biopsicossocial, remete a pensar que os cuidados e práticas de atenção à saúde visam atender as necessidades do ser humano e, para tanto, se faz necessário assisti-los em sua integralidade.⁵

A presente pesquisa permite fazer algumas constatações importantes que influenciam direta ou indiretamente a adesão do usuário que apresenta uma ou mais doenças crônicas ao tratamento. Entende-se que a maior parte dos entrevistados são aposentados, sua situação econômica pode ser considerada vulnerável, possuíam baixa escolaridade, o que contribuía para restringir o acesso a atividades laborais e, conseqüentemente, reduzia a possibilidade de manter o sustento individual e familiar.

Identificou-se que as doenças crônicas atingiram ambos os sexos em diferentes faixas etárias, porém com mais frequência em mulheres e em idosos. No que tange a faixa etária, parece estar associado ao processo de envelhecimento, que traz consigo vulnerabilidades funcionais, influenciando diretamente na condição clínica. Também, sobrecarga de atividades ao desempenhar os papéis/atribuições laborais e no domicílio, o que ocasiona fatores estressores e, de certa forma, interfere no cotidiano e nas práticas de cuidado da saúde adotadas para si e sua família.

O cuidado familiar, para a maioria dos usuários dos serviços de saúde entrevistados, foi evidenciado em seus discursos, associando ao fato da gratidão em poder conviver com seu cônjuge e sua respectiva família. Esta condição favorece para a oferta de apoio cotidiano e acompanhamento das demandas de saúde, quando se fizeram necessárias, se constituindo em um fator que contribuiu para a adesão ao tratamento das doenças crônicas instaladas.

Neste contexto, é importante que as práticas de atenção a saúde aconteçam também no espaço em que o usuário reside. Pois, desse modo, a equipe de saúde pode conhecer a realidade na qual o indivíduo está inserido, sua família e o ambiente social.

A prática da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) visa promover a saúde, prevenir doenças e realizar tratamento eficaz das doenças.¹⁶ Assim, denota-se uma modalidade de assistência capaz de promover a integralidade da assistência de quem está sendo cuidado. Para tanto, deve haver condições para que os profissionais, que assistem os usuários do SUS, se aproximem mais da população assistida, com práticas humanísticas e atentando para os princípios como territorialidade, vínculo, continuidade, planejamento local e promoção à saúde.⁵

Um fator desencadeante para a deficiência ou não adesão ao tratamento está relacionado à carência de meios de transporte. Como muitos usuários dependem do transporte público para sua locomoção, diante de sua escassez, muitas vezes não conseguem chegar à unidade de saúde.¹⁷ Assim, torna-se difícil aderir ao tratamento corretamente ir buscar a assistência na unidade básica de saúde. Nestes casos, a visita domiciliar é uma ferramenta que auxilia na adesão ao tratamento, se constituindo em uma ação relevante para a continuidade e acompanhamento das condições de saúde.

Estudo realizado na cidade de São Paulo revelou aumento na taxa de adesão ao tratamento medicamentoso por parte de pacientes diagnosticados HAS. Dentre os fatores que influenciaram na adesão estão: sexo, idade, condição socioeconômica, própria doença, ausência de sintomatologia, presença de complicações tardias, efeito indesejável dos fármacos, acessibilidade aos serviços e o relacionamento com a equipe de saúde. O aumento da idade e o maior envolvimento com o processo de saúde e doença, entre os hipertensos, também podem influenciar na adesão ao tratamento e no controle desta enfermidade. Em relação ao sexo, destaca-se que as mulheres são mais cuidadosas com a sua condição de saúde.¹⁸

Em outro estudo que avaliou a adesão ao tratamento em pacientes com HAS apontou que dentre os fatores de risco para a não adesão estão o sistema e a equipe de saúde, fatores relacionados ao cuidador, a doença, ao tratamento e ao paciente.¹⁹ Pesquisa que objetivou avaliar os índices e os principais fatores associados a não adesão ao tratamento medicamentoso

da HAS entre usuários dos serviços de saúde da área urbana e rural, revelou que houve associação estatisticamente significativa dos fatores para não adesão: sexo masculino, idade entre 20 e 59 anos, baixa classe econômica, tempo curto de diagnóstico de HAS e não procura pelo serviço de saúde para consultas de rotina.²⁰

Há também fatores relacionados às condutas da equipe, serviços de saúde, terapia medicamentosa e pacientes, nível de conhecimento da hipertensão arterial e manutenção da pressão arterial, que contribuem para a não adesão ao tratamento.²¹ No que se refere ao tratamento medicamentoso para o tratamento da DM, estudo indicou que houve maior prevalência entre pessoas do sexo masculino com idade acima de 60 anos e com escolaridade de quatro a oito anos de estudo. O mesmo estudo revelou que, quanto à realização de atividade física de forma regular, a prevalência foi maior nas mulheres com idade inferior a 60 anos.²²

Estes dados são relevantes uma vez que a maior parte dos usuários dos serviços de saúde participantes deste estudo é idosa e com baixa escolaridade. Em pesquisa realizada na região Sul do Brasil apontou que o modelo de gestão adotado para a implementação da atenção aos indivíduos, com doenças crônicas e degenerativas, se assenta na oferta e não nas necessidades de saúde dos usuários. A ênfase da atenção está nas ações curativas, ficando a educação em planos secundários. Há sobreposição da atenção curativa em detrimento de ações de prevenção de doenças e agravos e da promoção em saúde.⁵

Para que as visitas domiciliares ocorram e sejam efetivas, é necessário que estas sejam discutidas em equipe nas ESFs, objetivando ampliar saberes sobre o cuidado a famílias. Assim, as visitas domiciliares podem ter caráter de diagnóstico, que proporciona um adequado planejamento para reorientação dos cuidados de saúde.²³

Constatou-se que uma das ações decisivas, que auxiliou os usuários com doenças crônicas na adesão ao tratamento, foi as visitas domiciliares, realizadas pela equipe de saúde que o assiste. Além da assistência, aspectos como disposição geográfica e condições clínicas que desfavoreciam a presença na unidade, interferiam no acesso a unidade básica de saúde e, conseqüentemente, ao tratamento. Isto ficou evidenciado pela condição socioeconômica, dor e imobilidade física, os quais dificultavam a locomoção.

A equipe de saúde deve estar atenta aos usuários que não tem acesso à unidade de saúde, devendo encontrar uma maneira de prestar assistência adequada a estes indivíduos. A família, o acesso ao tratamento medicamentos e a participação nos grupos de educação em saúde são fatores importantes para a eficácia do tratamento. Entende-se que as visitas domiciliares são estratégias que devem ser utilizadas para promoção de saúde e prevenção de agravos, pois a mesma permite visualizar a realidade vivida pelo usuário, observar as dificuldades e realizar de forma coerente as orientações cabíveis e prestar atendimento eficaz.

Vale destacar que as visitas domiciliares se constituem em um instrumento de assistência à saúde, e por meio delas pode-se orientar, educar, reabilitar e fornecer subsídios para que as famílias atendidas tenham condições de se tornarem autônomas e corresponsáveis no cuidado à saúde. Para a efetivação

disso, deve existir interação e comunicação horizontal entre os profissionais de saúde e as famílias, em que os indivíduos interajam do mesmo modo e intensidade, e que o entendimento sobre o processo saúde-doença seja considerado no planejamento, organização, execução e avaliação das ações promotoras de saúde.²⁴

O entendimento e conhecimento de como vivem as pessoas que são assistidas e cuidadas, torna as ações mais resolutivas e eficazes, pois na medida em que se aproximam a assistência e a realidade que vivem os usuários, estas metas podem ser alcançadas e, também, ocorrer o fortalecimento das ações multiprofissional da atenção domiciliar.

Ressalta-se que o estudo apresenta limitações no sentido que os entrevistados são usuários portadores de doenças crônicas e alocadas em uma ESF, o que impossibilita a generalização dos resultados. No entanto, contribuiu para o conhecimento da temática e das necessidades de saúde desta população específica. Sugere-se que novas pesquisas possam ser desenvolvidas em outros espaços buscando sempre o ineditismo científico e a qualificação da assistência a este público.

Considerações finais

Ao assistir usuários do SUS que apresentam uma ou mais doenças crônicas os profissionais de saúde devem abordar o ser humano em sua integralidade, realizando ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e doenças e reabilitação. É notório que metodologias assistenciais podem interferir na adesão do usuário ao tratamento necessário e ofertado a sua condição clínica. A visita domiciliar é uma estratégia importante utilizada pela equipe de saúde, pois permite conhecer a realidade do usuário adstrito a estratégia saúde da família, realizar os cuidados necessários para melhoria dos indicadores clínicos e, conseqüente, ascender sua qualidade de vida.

Para tanto, entende-se que esta temática merece reflexão na práxis dos profissionais, de forma que possa ser elaborada, construída e realizada com conhecimentos interdisciplinar e multiprofissional. Isto para que os usuários adstritos na ESF que necessitam de cuidados, em especial, aqueles que apresentam doenças crônicas possam aderir ao tratamento de forma mais efetiva. Percebe-se a importância do atendimento domiciliar e das intervenções prestadas à família, e que, se realizada com dedicação, resultados positivos são visíveis, tanto no âmbito familiar quanto para a equipe profissional, o favorece para uma assistência de qualidade.

Para os acadêmicos, tal experiência proporcionou a oportunidade de conhecer aspectos relacionados ao saber/fazer do enfermeiro na assistência direta ao usuário que apresentam uma ou mais doenças crônicas no âmbito da atenção básica. Ainda, sob essa prerrogativa, essa experiência permitiu integrar a teoria e metodologia trabalhadas em sala de aula com a prática do cotidiano, realizadas na atenção básica, por meio do cuidado domiciliar, favorecendo a troca de saberes e vivências com outros profissionais, além de incentivar a buscar novos conhecimentos, contribuindo como espaço de aprendizagem e formação profissional.

Bibliografia

1. Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. *Interface (Botucatu)*, 2014; 18(1):919-930.
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. 1988
3. Mahmud SJ, Mano MA, Lopes JMC. Abordagem comunitária: cuidado domiciliar. In: GUSSO, G; LOPES, J. M. C. (Org.). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.
4. Silva LAA, Soder RM, Leite MT, Hildebrandt LM, Oliveira IC, Petry L. Gestão da atenção à saúde de usuários com doenças crônicas e degenerativas. *Saúde (Santa Maria)*, 2016; 42(1):81-88.
5. Forlin DC. A visita domiciliar do enfermeiro na atenção básica: uma proposta de prática emancipatória. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.
6. Menezes LP. Atenção Domiciliar: validação de critérios de inclusão na Atenção Básica de Saúde. Dissertação de Mestrado em Enfermagem -Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
7. Malta DC, SILVA JÚNIOR JB. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2015; 22(1):151-164.
8. Campos CMS. Necessidades de saúde como objetos das políticas públicas, práticas do enfermeiro da atenção básica. Relatório FAPESP. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2013.
9. World Health Organization (WHO). Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial, Brasília, DF: OMS, 2003, 105p.
10. Brasil, MS. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF, 2013.
11. Radigonda B, Souza RKT, Cordoni Junior L, Silva AMR. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé, Brazil, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2016; 25(1):115-126.
12. Brasil, MS. Manual Instrutivo do Melhor em Casa. Melhor em casa: a segurança do Hospital no conforto do seu lar. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
13. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato EB, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. saúde publ.* 2011;27(2):389-94.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
15. Brasil, CNS. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
16. Brito MJ, Andrade AM, Caçador BS, Freitas LMC, Penna CMM. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. *Esc. Anna Nery*. 2013;17(4):603-610.
17. Taddeo OS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMG. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(11):2923-2930.
18. Raymundo AC, Pierin AMG. Adherence to anti-hypertensive treatment within a chronic disease management program: A longitudinal, retrospective study. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2014; 48(5):811-19.
19. Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion Junior D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens.* 2009; 16(1):38-43.
20. Magnabosco P, Teraoka EC, Oliveira EM, Felipe EA, Freitas D, Marchi-Alves LM. Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015, 23(1): 20-7.
21. Elias GL. Avaliação da adesão ao tratamento da hipertensão arterial em pacientes do município de Diamante D'Oeste/PR. Toledo, 2011. 170 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Farmacologia - Universidade Federal de Santa Catarina. Toledo, 2011.
22. Faria HTG. Desafios para a atenção em saúde: adesão ao tratamento e controle metabólico em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 no município de Passos, MG. Ribeirão Preto, 2011. 170 f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
23. Magalhães KA, Giacomini KC, Santos VJ, Firmo JOA. A visita domiciliária do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis. *Ciênc. saúde coletiva*, 2015; 20(12):3787-3796.
24. Cruz MM, Bourget MMM. A visita domiciliária na estratégia de saúde da família: conhecendo as percepções das famílias. *Saúde Soc.* 2010; 19(3):605-13.