

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JACIARA DA SILVA DUARTE

**VISITA DOMICILIAR COMO FERRAMENTA ÚTIL PARA O CUIDADO EM
SAÚDE MENTAL**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JACIARA DA SILVA DUARTE

**VISITA DOMICILIAR COMO FERRAMENTA ÚTIL PARA O CUIDADO EM
SAÚDE MENTAL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Jouhanna do Carmo Menegaz

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	09
3 MÉTODO.....	11
4 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	14
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **VISITA DOMICILIAR COMO FERRAMENTA ÚTIL PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL** de autoria do aluno **JACIARA DA SILVA DUARTE** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Jouhanna do Carmo Menegaz
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

RESUMO

Com o surgimento do CAPS é possível tratar o indivíduo na comunidade, juntamente com a família, permitindo seu convívio social. E uma das formas de intervenções marcantes nesse meio é a visita domiciliar. Esse instrumento de cuidado permite conhecer a realidade na qual o usuário está inserido. O trabalho apresenta como objetivo de implementar a visita domiciliar como ferramenta para o cuidado de pacientes atendidos pelo CAPS I de Oliveira dos Brejinhos – BA. Trata-se de uma tecnologia de concepção, que tem como proposta a implementação da visita domiciliar como ferramenta para o cuidado de pacientes atendidos no referido local. A programação para visitas acontece por meio de um cronograma elaborado, em que constam as principais localidades da zona rural e sede do município que serão visitas. É perceptível que a assistência à pessoa com transtorno mental passou por grandes transformações ao longo nos anos, períodos marados, sobretudo pela Reforma psiquiátrica e a origem dos serviços substitutivos, como o CAPS. Nesse serviço procura-se prestar um cuidado integral, e a visita domiciliar aparece como meio de vivenciar o cotidiano do usuário, a relação com a família, os aspectos sócio culturais, e todas as pistas que possam ajudar no tratamento, além de fortalecer o vínculo entre, profissional, usuário e família. Acredita-se que essa seja uma forma de intervenção importantíssima que irá complementar ainda mais a assistência prestada aos usuários atendidos na unidade, diante das dificuldades locais.

Palavras-chave: Visita domiciliar. Saúde mental. Cuidado em saúde mental.

1 INTRODUÇÃO

O início dos anos 70 foi marcado por grandes transformações nas políticas de saúde mental no Brasil o que favoreceu o surgimento de experiências alternativas ao modelo manicomial. A assistência às pessoas com sofrimento psíquico era marcada tradicionalmente pelo paradigma hegemônico centralizado no saber médico, em ações individuais, curativas e medicamentosas, o que não favorecia o desenvolvimento de ações voltadas para grupos, como a comunidade e a própria família. Nesse momento surgem então muitos debates objetivando a substituição da internação psiquiátrica por serviços diversificados de natureza comunitária e territorial, é quando acontece a criação dos NAPS/CAPS (SEVERO et al, 2007; SIMÕES; KIRSCHBAUM, 2005).

Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. (BRASIL, 2004, p. 12)

O CAPS tem como público alvo pessoas com intenso sofrimento psíquico, como as acometidas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2004). A Portaria n.º 336/GM de 2002 (Brasil 2002), institui as seguintes atividades prestadas aos pacientes no CAPS I:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

É perceptível que o cuidado clínico está articulado com programas de reabilitação psicossocial buscando a inserção social respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que reduzam o estigma associado com o tratamento e incentive o usuário a ser um sujeito ativo e participativo da sua própria vida. Isso acontece principalmente por meio dos serviços comunitários que implica o desenvolvimento de uma ampla gama de serviços em contextos locais. (BRASIL, 2004; OMS, 2001, p. 13)

Lopes, Saupe e Massaroli (2008) apresentam as visitas domiciliares como uma das formas de intervenção realizadas na comunidade no qual o usuário está inserido. Nessa prática acontece o deslocamento do técnico em saúde mental até o domicílio do usuário com a finalidade de prestar assistência à saúde, seja investigando alguma situação específica, levando alguma informação ou realizando busca ativa do paciente ao serviço, ou ainda fazendo acompanhamento como forma de garantia e adesão ao tratamento.

Reinaldo e Rocha (2002), definem ainda como uma ferramenta facilitadora na abordagem dos usuários e sua família, pois permite compreender a dinâmica familiar, e investigar a possibilidade de inserção desses familiares no tratamento do paciente, objetivando a reintegração no domicílio.

Dessa forma, fica evidente a importância de se realizar visitas domiciliares ao paciente com transtorno mental, uma vez que é possível conhecer e observar a realidade além da criação do vínculo de confiança com o paciente e familiares buscando melhor assistência e adesão ao tratamento.

O desenvolvimento deste estudo partiu da motivação de estar cursando essa especialização Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial e poder associar os conhecimentos teóricos à prática vivenciada, uma vez que atuo no CAPS. Acredito que assim o profissional se torna cada vez mais apto a prestar uma assistência qualificada compondo a equipe interdisciplinar.

Nesse CAPS é prestado atendimento ao usuário de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) em menor proporção, não devido à demanda, mas a resistência e preconceito ao tratamento; a pessoas com transtornos mentais de leves a graves, idosos no processo de demência, além de crianças e adolescentes com um percentual de 10% dos usuários.

Alguns dos usuários teriam indicação para frequentar o CAPS em caráter intensivo e semi-intensivo, pois requerem acompanhamento frequente, contudo devido residir em área rural com distância significativa, isso se torna complexo e inviável, sendo classificado, portanto como não-intensivo. A Portaria n.º 336/GM de 2002 (Brasil 2002), define em parágrafo único:

Atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor.

Dessa forma a extensão territorial do município é visto muitas vezes como dificuldade para realizar o trabalho, tanto partindo da equipe como das pessoas assistidas no serviço. E destaca-se então a importância do profissional ir até o domicílio, conhecer a vivência do usuário.

Ingressei no CAPS em maio de 2012, e passei a observar que do total de usuários em tratamento, cerca de 65% residem na zona rural e mesmo os que residem na sede do município muitos estão distantes da unidade e não têm transporte além de não ter condição financeira satisfatória para arcar com o mesmo. Foi sentida então a necessidade de realizar visita domiciliar com periodicidade a fim conhecer o território, a realidade a qual o usuário está inserido, e como forma complementar da assistência ao paciente que sofre de algum transtorno mental.

As visitas ao domicilio permitem um processo de conhecer e intervir no ambiente social e familiar daquele individuo portador de alguma patologia em saúde mental, pois possibilita a aproximação e entendimento dos serviços de saúde aos aspectos peculiares de cada dinâmica familiar (biopsicossocial e cultural e socioeconômico). Dessa forma, esse dispositivo tem uma função de (re) elaboração do ambiente estrutural do próprio indivíduo dependendo das necessidades de saúde de cada um. (PINTO, 2011, p. 75.)

Diante da importância da visita domiciliar, espera-se que os CAPS realizem com frequência visitas domiciliares a usuários que, por distintas razões, principalmente por dificuldade de deambulação ou recusa não são atendidos nas unidades. Porém, geralmente isso é feito quando o usuário tem um transtorno mental grave e persistente, de maior gravidade, o que caracteriza um caráter quase terciário a esse tipo de atendimento pois exalta a importância do psiquiatra, e os demais profissionais assumem um papel auxiliar, e realizam as visitas com menor frequência. (BRASIL, 2011, p. 34,).

Nesses casos, a visita domiciliar, como busca ativa, quando o paciente se recusa a realizar o tratamento e comparecer ao atendimento, ou como primeiro contato de uma paciente grave, que devido ao transtorno mental encontra-se isolado, ainda é um recurso muito utilizado, pois se pode estimulá-lo a conversar sobre a situação, explicar a importância do uso dos medicamentos, convidá-lo a ir até a unidade, aumentando as chances da adesão ao tratamento.

Com base no exposto, o presente estudo partiu do seguinte questionamento: Quais as contribuições da visita domiciliar para o cuidado ao paciente com transtorno mental de um CAPS I em um município do Oeste da Bahia? Neste sentido, o trabalho apresenta como objetivo de implementar a visita domiciliar como ferramenta para o cuidado de pacientes atendidos pelo CAPS I de Oliveira dos Brejinhos – BA.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com a consolidação do Sistema Único de Saúde, as recentes políticas de Saúde Mental e Atenção Básica procuram trazer no seu processo de trabalho a construção de formas de cuidado baseadas por uma lógica territorial, transferindo as práticas de saúde para próximo do usuário e de seus modos de vida, tornando o território um princípio organizador. Território é o espaço habitado, percorrido e humanizado por um coletivo, sua morada, base da vida, do trabalho, das trocas materiais e espirituais. E nele que acontecem muitos dos serviços terapêuticos de saúde como a visita domiciliar (LEMKE; SILVA, 2010).

A visita domiciliar abrange uma atividade de assistência à saúde exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade, dentro de seu contexto social, tornando-se uma possibilidade alternativa de acolhimento e de troca, que permite ofertar um cuidado humano, sensível e diferenciado daquele centrado na instituição. O domicílio e a família fornecem pistas e dados das necessidades reais do usuário para que haja integração entre a doença e o social (OLIVEIRA; LOYOLA, 2006).

A visita domiciliar neste cenário deve ser entendida como método, técnica e instrumento, utilizado por diversos profissionais que busca assistir o indivíduo como todo. Deve-se desenvolvê-la sobre bases éticas, humanas, e também profissionais, o que torna um momento rico, de acolhimento, escuta qualificada, com criação e fortalecimento de vínculo, encorajando os grupos familiares ou comunidades a se tornarem protagonistas da sua própria produção de saúde (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Schrank e Olschowsky (2008) apontam a visita domiciliar como estratégia que possibilita a família a participar do trabalho conjunto com a equipe, que passa a conhecer a dinâmica familiar e entender como ela se relaciona no seu meio, além de permitir identificar as famílias que não participam das atividades do CAPS ou que têm dificuldades em cuidar do usuário. Surge então uma oportunidade de interação do profissional com essa família, visando à busca de uma parceria no cuidado do usuário e possibilitando um atendimento domiciliar, com base na realidade vivenciada.

Para o desenvolvimento da proposta de incorporação da visita domiciliar como ferramenta para o cuidado de pacientes atendidos pelo CAPS I de Oliveira dos Brejinhos – BA, recomenda-se alguns cuidados no momento de realização da visita: (MINAS GERAIS, 2006, p. 158)

- Diante do primeiro contato com o paciente, é aconselhável um espaço mais neutro, que não caracterize logo de início uma entrada no interior da casa. A família pode

ajudar, ao avisar sobre a presença dos profissionais. Caso o paciente só aceite falar com os mesmo dentro da casa, ou mesmo no quarto, será feito.

- Nos casos em que o paciente se recusar a receber os profissionais, isso servirá de alerta, pois pode indicar situação de urgência. Quando se trate de um paciente que já está no mesmo quadro há algum tempo, e não proporcione risco imediato, pode-se comunicar que a visita será realizada em outro momento, ou que estamos à disposição quando necessário. Porém, se o paciente estiver em crise aguda e grave, a abordagem deve ser feita utilizando outros recursos como bilhetes.

Para os pacientes em quadro de crise aguda e grave que apresentam resistência em receber os profissionais, deve-se tentar convence-lo a realizar o tratamento da melhor forma possível, dando-lhe alternativas como aceitar que a medicação seja ofertada em casa, caso não queira ir até o serviço, ou até o paciente se sentir seguro para procurar a unidade, ou aceitar o agendamento de uma nova visita. (MINAS GERAIS, 2006, p. 159)

Após ser executada, a visita deve ser discutida pelo máximo de profissionais possíveis, mesmo que esses não tenham ido até a residência do usuário. Pois dessa forma é possível reunir diversas opiniões a respeito do que foi visto e discutido, o que ajuda a tomada de decisões para ações futuras. Além de ser fundamental para condução do caso quando oferece pistas que devem ser observadas e consideradas por quem visita. (BRASIL, 2011, p. 36)

3 MÉTODO

Trata-se de uma tecnologia de concepção, proposta que tem como produto o próprio projeto e plano de ação desenvolvido. A teorização permite propor um método com passos bem definidos e possíveis de serem aplicados na realidade local, em busca de mudanças de qualidade no contexto ou serviço (SANTA CATARINA, 2013, p. 37.).

A tecnologia de concepção fruto deste trabalho consiste em uma proposta para implementação da visita domiciliar como ferramenta para o cuidado de pacientes atendidos pelo CAPS I de Oliveira dos Brejinhos – BA.

Localizado na região Oeste da Bahia, o município de Oliveira dos Brejinhos – Ba ocupa uma superfície territorial de 3.512,690 km², com população 21.831 habitantes, sendo que cerca de 70% (15.258 habitantes) residem na área rural (IBGE, 2010).

O município é contemplado com seis equipes do Programa de Saúde da Família, duas dela na sede, que também atende micro áreas da zona rural como Boa Esperança, Muzela, Saco de Fogo, e as demais nas principais localidades da zona rural: Beira Rio, Arraial e Bom Sossego, Queimada Nova e Flora, Ipuçaba e Canabrava. Dentro dessas existem muitas outras micro áreas: Várzea da Pedra, Cachoeira do Brundué.

O CAPS I está com 1054 inscritos, porém cerca de 550 usuários ativos, em tratamento. Os profissionais atuantes são: Médico generalista, e psiquiatra, sendo este consultor, enfermeira, psicóloga, assistente social, pedagoga, técnica de enfermagem e mais seis profissionais de nível médio (receptionista, monitora, auxiliar de limpeza, auxiliar de nutrição, e dois seguranças).

Ao estar uma parcela significativa de usuários residindo em área rural e não ter condições de comparecer aos atendimentos juntamente com a família, nota-se a importância de realizar a visita domiciliar a fim de conhecer a realidade, condições habitacionais em que vive, a relação com os familiares e fortalecer o vínculo com a equipe, em busca de um cuidado diferenciado. Para isso foi elaborado um cronograma de visitas domiciliares que serão realizadas nas localidades da zona rural: Queimada Nova, Bom Sossego, Boa Esperança, Arraial, Cachoeira do Brundué, Beira Rio, Flora, Várzea da Pedra, Ipuçaba e Poços e na sede do município. No calendário consta a data, o local e os profissionais que irão realizar a visita.

Em todos os locais citados residem usuários do CAPS, portanto diante da demanda a escolha das localidades para visitas foi feita de acordo com a quantidade de usuários em cada uma, em ordem decrescente e priorizado características como pacientes impossibilitados de

irem à unidade, por estarem acamados ou não se sociabilizarem devido ao transtorno mental, e ainda usuários em crise, e famílias que necessitam de um acompanhamento mais intenso.

O período estabelecido para realização das visitas será de maio a outubro de 2014. Após análise das atividades oferecidas pela unidade, a sexta feira foi escolhida como melhor dia da semana para efetuar as visitas. Os técnicos de saúde mental que irão realiza-las serão: enfermeira e segurança, e algumas vezes a técnica de enfermagem e assistência social, a depender da disponibilidade e necessidade das mesmas. Nas localidades inseridas na sede, as visitas domiciliares aconteceram sem meio de transporte, a cada dia foi escolhido uma localidade e dentro dessa feito levantamento dos usuários que são acompanhados pelo CAPS. Já às da zona rural é utilizado automóvel e priorizado os usuários com alguma necessidade específica.

Data	Localidade	Profissionais Responsáveis
02/05	Sede – Vila Maria	Enfermeira e Segurança
23/05	Zona Rural - Queimada Nova	Enfermeira, As. Social e Segurança
30/05	Sede - Riachinho	Enfermeira, Tec. de enfermagem e Segurança
06/06	Zona Rural - Bom Sossego	Enfermeira e Segurança
04/07	Sede	Enfermeira e Segurança
18/07	Zona Rural - Boa Esperança	Enfermeira, As. Social e Segurança
25/07	Sede	Enfermeira e Segurança
01/08	Zona Rural - Arraial	Enfermeira e Segurança
15/08	Sede	Enfermeira e Segurança
22/08	Zona Rural – Cachoeira do Brundué	Enfermeira, As. Social e Segurança
29/08	Sede	Enfermeira, Tec. de enfermagem e Segurança
05/09	Zona Rural – Beira Rio	Enfermeira e Segurança
19/09	Zona Rural - Flora	Enfermeira e Segurança
26/09	Zona Rural – Várzea da Pedra	Enfermeira, Tec. de enfermagem e Segurança

17/10	Zona Rural - Ipuçaba	Enfermeira e Segurança
24/10	Zona Rural - Poços	Enfermeira e Segurança

As sextas feiras que não constam no cronograma de visitas são programadas para atendimento do médico psiquiatra, que acontece uma vez por mês e as demais são feriados, devido às festas juninas no município.

Após cada visita, as informações serão relatadas em impresso próprio do CAPS - Visita Domiciliar - para cada usuário visitado, e será discutido com demais profissionais da equipe em reunião, para traçar metas e intervenções necessárias para plano de cuidado do usuário assistido, conforme assinalado na seção de fundamentação teórica.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Até bem pouco tempo, a assistência ao doente mental apresentava-se centrada nos hospitais psiquiátricos, locais da prática e do saber médico, cujo modelo de atenção restringia-se à internação e medicalização dos sintomas demonstrados pelo doente mental, excluindo-o dos vínculos, das interações, de tudo o que se configura como elemento e produto de seu conhecimento. Esse modelo que já desagradava à sociedade começou a ser superado no final dos anos setenta com surgimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e em seguida pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica. . (COLVERO et al, 2004; MESQUITA et al, 2010)

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 06)

A Reforma buscava a luta pelos direitos dos pacientes com transtorno mental no país, primeiramente como uma crítica ao modelo hospitalocêntrico e posterior implantação de uma rede de serviços extra hospitalares. Os movimentos foram também fortalecidos com o Projeto de Lei do Deputado Federal Paulo Delgado (PT/MG) em 1989 com entrada no Congresso Nacional, e aprovação apenas em 2001 da Lei 10.216 após modificações. Teve como proposta a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, ressaltando (BRASIL, 2005; MESQUITA et al, 2010):

Artigo 1º: Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno ou qualquer outra. Artigo 4º: A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. (BRASIL, 2001)

Esse período é também marcado pela criação do SUS – Sistema Único de Saúde com a Constituição de 1988, composto pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, caracterizando a descentralização, a universalidade, integralidade e equidade da assistência. A partir da década de 90 o Brasil é contemplado com as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos e as primeiras normas federais que regula a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia. Além de Ambulatório de Saúde Mental, Serviços de Saúde Mental nos Hospitais Gerais entre

outros, todos na busca da reinserção do indivíduo com sofrimento mental na sociedade e o resgate da sua cidadania. (BRASIL, 2005; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008)

Na rede de serviços substitutivos, o CAPS tem apresentado efetividade por proporcionar um tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e comunidade, mas que permite o envolvimento dos mesmos com a devida atenção necessária a fim de que os ajude a resgatar a cidadania e proporcionar a reintegração social. Torna-se, portanto um serviço do SUS aberto e comunitário de referência para pessoas que sofrem de algum transtorno psíquico e também para familiares. O atendimento é ofertado a toda sua área de referência, por meio do acompanhamento clínico e integração social do indivíduo com a comunidade através do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis entre outros. (SCHRANK, 2006)

É mostrado que o cuidado em saúde mental está além do tratamento medicamentoso, busca-se o envolvimento de todos os sujeitos envolvidos nesse processo: pacientes, familiares, profissionais e sociedade; a fim de entenderem o sofrimento psíquico, rompendo barreiras e discriminações para assim ofertarem assistência qualificada. (GALERA; CARDOSO, 2011)

Por parte dos profissionais, a equipe interdisciplinar, responsável pelo cuidado em saúde mental encontra no território a possibilidade de uma intervenção orientada pela liberdade terapêutica, a exemplo da atenção domiciliar. Essa prática permite que o profissional do serviço acompanhe, continue e promova o cuidado na residência do usuário e família. Principalmente pela possibilidade de conhecer as particularidades da vida de cada um, como as condições socioeconômicas, os hábitos e costumes do usuário, e as relações familiares em seu contexto. (SANTA CATARINA, 2013, p. 25 e 40)

A atenção domiciliar pode acontecer por meio da visita domiciliar definida por Rodrigues et al (2011) como uma grande possibilidade de atendimento domiciliário junto às famílias, o que favorece a avaliação das demandas dos usuários, bem como do ambiente em que vivem, reconhecendo sua realidade, além de possibilitar o cuidado fora da unidade.

Através da visita ao domicílio é possível avaliar não somente as queixas apresentadas, mas também os fatores culturais, sociais e econômicos relacionados que podem estar ocasionando outros problemas. Isso promove uma assistência integral, no aspecto de identificar riscos, evitando crises e internamentos hospitalares, reduzindo os custos socioeconômicos, além de ajudar o usuário na busca da estabilidade do quadro clínico e qualidade de vida, permitindo um convívio social, essencial na recuperação de quem tem algum transtorno mental (MARTINS; PEREIRA; SOUSA, 2013).

Quando se passa a conhecer a vivência do usuário, as estratégias terapêuticas são traçadas com mais facilidade, de acordo com a rotina de cada um e do domicílio, e esse passa a funcionar como espaço terapêutico. O cuidado se torna humanizado, e o vínculo entre usuário e equipe se fortalece ainda mais, o que facilita no tratamento (SILVA et al, 2011).

Durante a visita pode ser observado se os familiares estão participando do tratamento, não responsabilizando apenas o CAPS pelo cuidado do indivíduo com sofrimento mental, de como está o vínculo da família com o usuário e se isto está ajudando na evolução do quadro, investigando se o tratamento está sendo realizado corretamente. Por meio dessa ação de visitar é possível aproximar profissional, família e usuário (ANTUNES et al, 2012)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visita domiciliar aparece como instrumento importantíssimo nessa nova modalidade de assistência às pessoas que sofrem de algum transtorno psíquico, pois possibilita um acompanhamento mais próximo da realidade do usuário, permite identificar as necessidades de cada um, além de poder inserir a família nesse processo.

Para os usuários assistidos na unidade, essa ferramenta será bastante útil para o cuidado e irá se apresentar como uma forma diferenciada da assistência, pois ao profissional será permitido vivenciar esse momento, não ficando apenas no imaginário, quando usuários, familiares e comunidade relatam as dificuldades encontradas em ir até o serviço participar dos atendimentos conforme solicitado ou estabelecer contato com a equipe quando preciso, aumentando ainda mais seu nível de compreensão.

Como produto da visita domiciliar será possível traçar projetos terapêuticos mais fidedignos, levando em conta os fatores sociais e culturais, e a integralidade do indivíduo, o que certamente irá refletir na melhor adesão do usuário e participação da família no tratamento. Assim reduzirá também o número de usuários em crise e futuras internações.

Que a implementação da visita domiciliar nessa unidade sirva também como forma de visibilidade e disseminação do cuidado “extra muros” em saúde mental no território, ainda visto com grande preconceito por muitos.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023: 2002**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.

ANTUNES, B. et al. Visita domiciliar no cuidado a usuários em um centro de atenção psicossocial: relato de experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Jul/Set; 2012.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Editora MS, Brasília-DF, p. 12, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental** / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) et al. Brasília - DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, p. 34 e 36, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336**, de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F; O cuidado em saúde mental na atualidade; **Revista da Escola de Enfermagem USP**, 45(3):687-91, 2011. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso: 10 de março de 2014.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem -USP**, 38(2):197-205, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Bahia – Oliveira dos Brejinhos**. Cidades@. 2010. Disponível em: <http://www.cptec.inpe.br/>. Acesso em: 28 de março de 2014

LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e Pesquisas em Psicologia - UERJ**, RJ. vol. 10, nº 1, p. 281-295, 2010. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a18.pdf>. Acesso em: 10 de março de 2014.

LOPES, W.O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 7(2):241-247, Abr./Jun, 2008. Disponível em: <http://www.slideshare.net/CintiaMonteiro/visitadomic>. Acesso em: 05 de março de 2014.

MARTINS, G. S.; PEREIRA, F. C. C.; SOUSA, I. C. A. A visita domiciliar como instrumento para humanização: revisando a literatura. **Carpe Diem: Revista Cultura e Científica do UNIFACEX**. v. 11, n. 11, ISSN: 2237-8586, 2013.

MESQUITA, J. F.; NOVELLINO, M. S. F.; CAVALCANTI, M. T. A REFORMA **Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental**. Caxambu - MG, de 20 a 24 de setembro, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, p. 158 e 159, 2006.

OLIVEIRA, R. M. P.; LOYOLA, C. M. D. Pintando novos caminhos: a visita domiciliar em saúde mental como dispositivo de cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem**, Universidade Federal do Rio de Janeiro. vol. 10, nº. 4, dezembro, p. 645-651, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001**, Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Suíça, 2001. Versão brasileira.

PINTO, D. M. **O Cuidado em Saúde Mental no Território Social e Familiar**. 2011. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos e Saúde, Fortaleza, 2011.

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: ideias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 4, nº 2, p. 36 – 41, 2002. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>. Acesso: 05 de março de 2014.

RODRIGUES, T. M. M.; ROCHA, S. S.; PEDROSA, J. I. S. Visita domiciliar como objeto de reflexão; **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**., vol.4, n.3, p.44-47, Jul-Ago-Set. Teresina, 2011.

SANTA CATARINA. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial**. Módulo IX: Projeto Terapêutico Singular na Clínica da Atenção Psicossocial. Marta Terezinha Zeferino (Autora) et al. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p. 25, 37 e 40, 2013.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família; **Rev Esc Enfermagem**. USP; 42(1):127-34, 2008. Disponível em www.ee.usp.br/reeusp/ Acesso: 15 de março de 2014.

SCHRANK, G. **O centro de atenção psicossocial e a inserção da família**. 2006. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, Porto Alegre, 2006.

SEVERO, A. K. S. et al. A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 59, n. 2. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). 2007. Disponível em <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>. Acesso: 20 de fevereiro de 2014.

SILVA, C. M. C. et al. Visita domiciliar na atenção à saúde mental. **Ciência Enfermagem**. vol.17, nº.3, Concepción dic. 2011.

SIMÕES, C. H. D.; KIRSCHBAUM, D. I. R. Produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) dez; 26(3):392-402, 2005.