

CONHECENDO A HISTÓRIA DE VIDA DE UM USUÁRIO DURANTE UMA VISITA DOMICILIAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Beatriz Santana de Souza Lima¹, Luanna dos Santos Rocha², Emilly Souza Marques³, Fernanda Monteiro⁴

1

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil é marcada por transformações políticas e sociais. Não sendo prioridade do Estado e refletindo o modelo econômico vigente e as classes dominadoras, caracterizava-se como uma prática médica curativa e restrita à pequena parte da população. Com a promulgação em 1988 da Constituição Brasileira e da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) surge o Sistema Único de Saúde – SUS – baseado nos princípios de equidade, integralidade e universalidade da assistência a saúde, entendendo saúde segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consistido somente da ausência de uma doença ou enfermidade. Neste conceito ampliado de saúde, o Ministério da Saúde volta suas ações para o fortalecimento da atenção básica, entendida por este como sendo um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação ⁽¹⁾. Em 1994, ano definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o ‘Ano Internacional da Família’, constituiu-se o marco brasileiro de oficialização da família, como foco do cuidado profissional de saúde em atenção básica, através do Programa de Saúde da

¹ Acadêmica do 6º período de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas

² Acadêmica do 6º período de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas

³ Acadêmica do 6º período de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, emillybio@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira Especialista Professora da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas

Família ou PSF ⁽²⁾. Nesse momento o Ministério da Saúde define o PSF como uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua ⁽³⁾. Essa estratégia está fundamentada numa unidade básica de saúde da família, uma instituição pública de saúde, cujos profissionais que a compõem se responsabilizam pela promoção, proteção e recuperação da saúde de certa comunidade. Desta forma são algumas atribuições dos profissionais que constituem a ESF: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificando os problemas de saúde e situações de risco mais comuns as quais aquela população está exposta; realizar visitas domiciliares; prestar assistência integral à população adscrita; coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde; fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais; incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde; entre outras. Inserida nessa equipe encontra-se a enfermeira, profissional que desempenha um papel fundamental nas ESF, atuando entre outros no monitoramento das condições de saúde individual ou coletivo, no levantamento e monitoramento dos problemas que mais afetam a saúde da comunidade e no exercício de uma prática de enfermagem comunicativa com vista à emancipação e ampliação da autonomia dos sujeitos ⁽⁴⁾. Nesse sentido a assistência de enfermagem torna-se diferenciada por buscar fortalecer o compromisso, empatia e vínculo com a comunidade, através de um relacionamento pautado na humanização que se dá através do reconhecimento das necessidades específicas de saúde de cada pessoa e família, considerando os valores, princípios e contexto em que estão inseridos. Uma das estratégias utilizadas para viabilizar a humanização na ESF é o acolhimento, definido como um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário ⁽⁵⁾. Além disso, a enfermeira atua junto aos agentes comunitários de saúde (ACS) indo até a comunidade reforçando a ligação do serviço com as suas atividades, ampliando a eficácia das ações de saúde e favorecendo e estimulando a participação do usuário. Este trabalho tem como objetivo identificar a importância da visita domiciliar como uma forma de conhecer a história de vida do usuário e assim criar/fortalecer o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde. Trata-se de um relato de experiência, realizado por estudantes de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e orientado por uma docente, durante uma visita domiciliar a uma família cadastrada na ESF da Unidade Básica de Saúde José Maria de Melo, do bairro do Benedito Bentes I, Maceió-AL. A idéia de realizar este trabalho surgiu durante uma visita domiciliar realizada em um campo de estágio da disciplina Intervenções e Gerenciamento de Enfermagem no Processo Saúde-doença da Pessoa Adulta e Idosa I, da qual pudemos conhecer M.L.C., idosa de 89 anos,

muito comunicativa que chamou-nos atenção por sua lucidez e necessidade de atenção. Ocorreu no período de 09:00h às 11:00h do dia 02 de junho de 2009, na Grota da Alegria, bairro do Benedito Bentes I, em Maceió-AL, em sua residência, local onde se sentia mais a vontade e confortável para nos falar sobre sua história. O relato começa com M.L.C. nos contando um pouco da sua infância, local onde nasceu e se criou, sua luta diária e seu relacionamento com o pai. Nasceu no município de Viçosa, interior do estado de Alagoas, filha única. Sua mãe morre 40 dias após seu nascimento, provavelmente de complicações no puerpério. Cresceu em uma casa simples, junto a seu pai, que os sustentava vendendo seus produtos na feira da cidade. Desde pequena foi responsável por cuidar da casa, realizando atividades como cozinhar, varrer e lavar. Perdeu o seu pai ainda muito jovem, por volta dos oito anos de idade, em um acidente, quando este, ao fazer alguns reparos no telhado da casa, caiu de uma altura de aproximadamente 3 metros, e devido à precariedade da assistência em saúde vem a falecer. Neste momento, ela relembra que escutou os gritos do pai quando estava na mata colhendo algumas folhas de brêdo (planta usada por populações nativas para temperar alimentos como feijão), contudo ao chegar ao local, já se deparou com seu pai com muita dor e em processo de morte. Apreendemos no falar de M. que ao perder seu último elo familiar, sozinha, vê a necessidade de seguir no mundo. Depois da morte de seu pai, morou só por algum tempo em Viçosa, Pindoba, Corumbá e Pilar, até ser “convidada” a trabalhar na casa de Z.B. (compadre de seu pai), fazendo serviços domésticos. Essa convivência rendeu frutos e após algum tempo, se une a Z.B., mesmo este ainda casado com sua primeira esposa. Segundo M. a esposa de seu companheiro era uma mulher doente e se encontrava acamada há alguns anos, vindo a falecer. Nesse ínterim M. e Z.B. tiveram quatro filhos: J., E., M. e F. Nesse momento perguntamos a M. se ela se lembra da infância dos seus filhos, e emocionada, nos fala sobre a morte de seus três primeiros filhos. J., seu primogênito e filho querido, era um menino muito ativo e “esperto”, sofreu um afogamento ao ir nadar sozinho no rio Caíbra, no município de Viçosa-AL sendo arrastado pela correnteza. E. e M., suas “filhas do meio”, também morreram crianças, mas M. não soube nos esclarecer as causas. Em uma das suas falas percebemos a influência da religiosidade em sua vida, pois seu consolo era que seus três filhos foram batizados na igreja antes da morte, o que segundo ela os daria um “lugar tranquilo no céu”. Os anos se passam e seu marido, morre em decorrência de uma lesão, mesmo tendo sido assistido no hospital da região. Sofrida com a perda do companheiro M. resolveu ir morar na capital do estado, Maceió, residindo por alguns meses no bairro Graciliano Ramos com sua única filha viva, F. O tempo passa, M. tem netos, a mais nova M.C. foi criada por M., pois segundo nos conta esta não se dava bem com a mãe. Dona M. se mudou para a grota da Alegria, no bairro do Benedito Bentes (Maceió – Al), onde MC conheceu seu marido R., que passou a morar na casa de dona M, e tiveram três filhos homens. Após algum tempo, M.C.

e R. se separaram pois M.C. trai seu esposo e decide abandoná-lo. Dona M., já aposentada, voltou a viver só com a neta. Triste, sem dormir e se alimentar direito, sentido falta de R. a quem considerava um filho, M. pede para voltar a viver com ele e as crianças. R. então decide cuidar de dona M, mesmo tendo se unido a outra mulher e reconstruído sua família. Esperando que voltássemos outras vezes, pois gosta muito quando as “meninas do posto” a visitam, dona M., nos agradeceu, pedindo que não nos esquecêssemos dela. Ao final da atividade a sensação foi de satisfação, pois, compreendermos a real importância de se conhecer a história de vida das pessoas que procuram nossos serviços, assim como sua inserção no contexto sócio-econômico, pois entendemos que estes aspectos influenciam diretamente no seu estado de saúde. Uma forma de se conhecer essa história é através da visita domiciliar, um instrumento que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro e o agente comunitário de saúde, possuem para colher dados, prestar assistência direta e, o mais importante, criar um vínculo humano com o usuário. Essas ações contribuem para o fortalecimento dos serviços de saúde na atenção básica e, conseqüentemente do SUS, além de oferecer uma melhor assistência aos usuários, visando à promoção da qualidade de vida dos mesmos e de sua família.

Descritores: Enfermagem, visita domiciliar, humanização da assistência.

Referência:

1. ESCOREL S, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, SENNA MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am Public Health** 2007. 21(2). Disponível em: <<http://revista.paho.org/uploads/1178726618.pdf>>. Acessado em: 14 Jun 2009, às 10h50min9seg.
2. RIBEIRO EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia saúde da família (PSF). **Rev. Latino-americana de Enfermagem**. 2004. 12(4). Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlaenf/v12n4.pdf>>. Acessado em: 30 Mai 2009, às 18h43min29seg.
3. BRASIL MS. **Programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.
4. ERMEL RC, FRACOLLI LA. O trabalho das enfermeiras no Programa Saúde da Família em Marília/SP. **Rev. Da Esco de Enferm da USP**. 2006. 40(4). Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/v40n4.pdf>>. Acessado em: 30 Mai 2009 às 19h27min19seg.
5. SCHIMITH, MD; LIMA, MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004. 20(6). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>>. Acessado em: 14 Jun 2009, às 11h20min3seg.

