

**VISITA MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE – UM BREVE ENSAIO****MULTIPROFESSIONAL HEALTH VISIT - A BRIEF TRIAL****VISITA DE SALUD MULTIPROFESIONAL - UN BREVE ENSAYO**Fellipe Alves Rocha da Cruz¹, Jefferson de Souza Bernardes²**RESUMO**

Introdução: Este ensaio busca compreender, problematizar, ampliar e ressignificar o conceito de visita, a partir de diálogos com a literatura e atividades realizadas durante a Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas. Partimos da problematização do conceito de multiprofissionalidade orientados pelo princípio da Integralidade do Sistema Único de Saúde e, também, pela Política Nacional de Humanização. Por meio da integralidade, problematizamos a racionalidade médica e a fragmentação dos saberes/fazer. Por meio da humanização, problematizamos a noção de cuidado que vivenciamos em nosso cotidiano na Residência. Propomos pensar a visita como encontros marcados por dialogias, aproximando os diferentes atores/atrizes envolvidos/as e rompendo com uma lógica de distanciamento entre eles/elas na produção dos cuidados na saúde.

Palavras-chave: Visitas a Pacientes; Internato não Médico; Integralidade em Saúde; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Introduction: This essay seeks to understand, problematize, amplify and re-significate the concept of visit, based on dialogues with the literature and activities carried out during the Multiprofessional Health Residency of the Alberto Antunes University Hospital of the Federal University of Alagoas. We start from the problematization of the concept of multiprofessionality guided by the principle of Integrality of the Unified Health System and also by the National Humanization Policy. Through integrality, we problematize medical rationality and the fragmentation of knowledge. Through humanization we problematize the notion of care that we experience in our daily life in the Residence. We propose to think about the visit as meetings marked by dialogues, approaching the different actors/actresses involved and breaking with a logic of distance between them in the production of health care.

Keywords: Visitors to Patients; Internship, Nonmedical; Integrality in Health; Humanization of Assistance.

RESUMEN

Este ensayo busca comprender, problematizar, amplificar y resignificar el concepto de visita, a partir de diálogos con la literatura y las actividades realizadas durante la

¹ Psicólogo. Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

² Psicólogo. Docente do Instituto de Psicologia da UFAL.

Residencia de salud multiprofesional del Hospital Universitario Alberto Antunes de la Universidad Federal de Alagoas. Partimos de la problematización del concepto de multiprofesionalidad guiado por el principio de la Integralidad del Sistema Único de Salud y también por la Política Nacional de Humanización. A través de la integralidad, problematizamos la racionalidad médica y la fragmentación de los conocimientos. A través de la humanización, problematizamos la noción de cuidado que experimentamos en nuestras vidas diarias en la Residencia. Nos proponemos pensar en la visita como reuniones marcadas por diálogos, acercándonos a los diferentes actores/actrices involucrados/as y rompiendo con una lógica de distancia entre ellos/ellas en la producción de atención médica.

Palabras-clave: Visitas a Pacientes; Internado no Médico; Integralidad en Salud; Humanización de la Atención.

INTRODUÇÃO

Em uma sala ampla de um hospital europeu, paredes pintadas de um branco acinzentado, leitos enfileirados, um ao lado do outro, em ambos os lados da sala, cobertos com lençóis brancos, nos quais repousam pacientes. Janelas grandes com cortinas brancas abertas, uma multidão de aproximadamente quinze homens, apenas uma mulher entre eles, trajados e trajada com roupas comuns da época, e um avental branco cobrindo da cintura para baixo, numa possível medida higiênica (predecessor do jaleco), amontoam-se frente a um leito. Nele, jaz uma jovem enferma, auscultada diretamente – os estetoscópios só surgiriam tempos depois – por um homem de cabelos grisalhos (o médico chefe), que é ajudado para segurar a moça por outro um pouco mais jovem. Ela parece desfalecida, extremamente debilitada. Outra paciente, deitada num leito ao lado, observa a cena. Alguns dos homens parecem atentos à situação, enquanto, mais atrás, um deles lança o olhar para outro canto da sala e um faz anotações. Ao fundo da cena, dois homens, ainda na porta, conversam algo ao ouvido, e uma mulher - trajada com roupas brancas em maior quantidade - ao lado direito, direciona-se a um leito.

Parece ser descrição de um típico momento de visita nos dias atuais. No entanto, esse quadro, intitulado *Una sala del hospital durante la visita del médico en jefe*, foi pintado por Luis Jimenez de Aranda no ano de 1889. Na ocasião, durante a Exposição Universal de Paris, conforme o site do Museo Del Prado, Aranda ganha sua primeira medalha e contribui para que o realismo social alcance seu ponto culminante.

Una sala del hospital durante la visita del médico en jefe, Luiz Jimenez de Aranda, 1889.



Tal obra nos ajuda a pensar algumas questões: o que mudou do século XIX para hoje? Quais semelhanças e diferenças possui essa cena com as visitas atuais? É possível pensar em mudanças para uma prática de saúde tão antiga e, ao mesmo tempo, tão recente? Essas cenas nos ajudam a melhorar nossas práticas de saúde? Aparentemente, parece que pouca coisa mudou. Ainda continuamos entrando nas enfermarias com uma multidão de pessoas – a maioria desconhecida para os/as usuários/as, explorando os casos, falando sobre eles/as, de forma desarticulada, fragmentando conforme nossas especialidades, muitas vezes sem incluir os/as próprios/as usuários/as ou familiares no diálogo.

Tais questões estão na base da elaboração desse ensaio, produzido a partir das vivências na Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Universidade Federal de Alagoas. Tem o foco nas discussões acerca da construção de práticas conjuntas, dialogadas e ético-politicamente implicadas, tendo a visita como importante prática de cuidado em saúde.

As questões motivadoras para a escrita surgem em consonância com as diversas trajetórias, encontros (e desencontros), diálogos com as políticas públicas de saúde e o cotidiano da formação e trabalho no e para o Sistema Único de Saúde (SUS) dos pesquisadores. Um dos autores possui tal trajetória desde a graduação e, posteriormente, inserção no programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). Esse movimento oportunizou a atuação em equipe multiprofissional de saúde e o pensar acerca do desenvolvimento de práticas baseadas no trabalho conjunto, dialogicidade e interprofissionalidade,

centradas nas necessidades de saúde dos/as usuários/as, com foco na integralidade.¹

A atuação em equipe multiprofissional na RMS produziu contato com as dinâmicas do serviço e fez perceber como o processo de trabalho em saúde se apresentava, por vezes, fragmentado. Nele, cada profissional exerce sua função, de forma separada e independente, não dialogando com os/as demais, o que expressa, também, uma longa e intensa formação isolada e circunscrita à sua própria área de atuação.²

Conforme afirma Ceccim³, “o setor da saúde trabalha com a política de modo fragmentado” e:

[...] essa fragmentação também tem gerado especialistas, intelectuais e consultores (expertises) com uma noção de concentração de saberes que terminam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade, e cujo resultado é a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais em nome do conhecimento da expertise.

Além desses incômodos na atuação profissional, junto à equipe de residentes, nos deparamos com os diferentes processos de visitas profissionais, de hospitalares a domiciliares, uniprofissionais a multiprofissionais. Tais visitas nos geravam algumas questões e inquietações, muitas vezes, por não serem centradas nas necessidades específicas e pontuais dos/as usuários/as; por terem, aparentemente, um foco na utilização desses/dessas como objetos de estudo/investigação, servindo para o processo de ensino-aprendizagem de acadêmicos e profissionais; por não serem baseadas no diálogo com as pessoas, não permitindo, muitas vezes, que essas se expressem; por utilizarem vocabulário tecnicista, que não possibilita o diálogo entre os/as participantes do momento de visita; por produzirem, em alguns momentos, de acordo com relatos de pacientes e seus familiares, angústia, medo, raiva, entre outras afetações.

Podemos exemplificar nossas inquietações por meio de relatos, como numa determinada situação, na qual, durante a visita médica, um dos pacientes não estava presente em seu leito, pois tinha ido ao banheiro. Mesmo assim, os/as profissionais apresentaram seu caso, realizaram a “visita” – ou uma simulação dessa – literalmente, sem a participação/ presença do sujeito a quem deveria se endereçar aquele momento.

Em outras oportunidades, presenciamos diagnósticos e informações particulares, anteriormente desconhecidas pelos/as pacientes (e bastante aguardadas), serem expostas de maneira não muito cuidadosa, e em alto e bom som, numa enfermaria com aproximadamente vinte profissionais, fora os/as outros/as usuários/as e acompanhantes. Em alguns momentos gerava em nós profissionais, em pacientes e familiares sentimentos de desconforto, angústia, irritação, medo e outros. Aqui, vale mencionar uma ação pensada por uma das psicólogas da clínica cirúrgica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), que tinha o objetivo de minimizar os efeitos desta modalidade de visita, na qual os/as psicólogos/as do setor, antes da visita iniciar, iam às enfermarias para dar informações acerca do momento que se seguiria, tirando dúvidas e sanando angústias em cada leito.

A partir das questões relacionadas ao processo de visita médica, que não era só médica, pois os outros profissionais do serviço também acompanhavam, foi iniciada nas clínicas cirúrgica e médica do HUPAA, um modelo de visita a ser realizado pelos residentes multiprofissionais: a visita multiprofissional, assim intitulado pelos/as próprios/as residentes, preceptores/as e tutores/as.

As visitas multiprofissionais começaram a ocorrer de forma regular, diariamente, após momentos de discussão e reflexão acerca dos objetivos delas. Visavam deslocamentos e modificações, a partir do modelo de visita médica já anteriormente realizado. Os principais deslocamentos diziam respeito à centralidade da assistência nas necessidades de saúde do/a usuário/a. Assim, o momento ocorria com base em perguntas feitas aos/às usuários/as.

Entretanto, inicialmente, cada profissional realizava as perguntas que queria de acordo com escopo de sua especialidade. Num movimento de clara tentativa de demarcação de espaço ou encontro desse, ainda configurando uma prática compartimentalizada, pois cada um/uma cuidava da parte que era específica de sua profissão, sentíamos ali que havia espaço para modificações em nossas práticas.

Levando-se em conta o caráter dinâmico do ato de visita e as peculiaridades de cada situação, cada usuário/a, em dias e horários específicos, produziram diversificadas experiências nesse exercício diário. Tentávamos nos configurar de várias formas, testando modificações e modos de fazer. Por exemplo, às vezes, designávamos previamente apenas um/uma profissional para falar durante a visita, variando de acordo com os/as pacientes, o que não fazia sentido em

algumas visitas, pois outros/as profissionais, de acordo com a necessidade, eram convocados/as para falar. Assim como, com o tempo de prática e contato mais próximo com os outros saberes e fazeres, íamos nos familiarizando e, possivelmente, construindo uma ação em saúde que desse conta das demandas dos/as usuários/as de forma mais integral.

O cotidiano de realização das visitas multiprofissionais no primeiro ano de residência nos fez perceber que, em diversos momentos, simplesmente, permitíamos que o/a usuário/a falasse do que lhe fosse importante e necessário. Em tais oportunidades, deparávamo-nos com sofrimentos que iam além da ferida física ou de um diagnóstico. Sofrimentos relacionados às pessoas que ficaram em casa, a problemas pessoais diversos, muitas vezes socioeconômicos, a questões relacionais, ou mesmo pelo fato de o acompanhante estar dormindo no chão. Tais questões, antes não levadas em conta, tomavam lugar privilegiado durante as visitas multiprofissionais. Mas, estávamos inseguros/as nesse processo. O próximo passo, assim, no intuito de encontrar porto seguro, foi estudar o que era visita multiprofissional.

Visitas Profissionais

O termo visita é derivado do latim *visitare* e se refere ao ato de ir a algum lugar para estar com alguém, ou para ver e apreciar (algo); deslocamento para encontrar outra pessoa.⁴ Em suma, o conceito de visita consiste num processo de relação, num encontro com um/a outro/a.

É caracterizada enquanto uma atividade repetida diariamente, historicamente instituída e que foi exclusiva da prática e do ensino da profissão médica por anos. Nesta atividade, um/a médico/a dirige um grupo de estudantes e outros/as profissionais menos experientes.⁵

Ressalta-se o caráter histórico do processo de visita, que ocorre desde tempos remotos e de diferentes formas, ligado, em geral, a um processo de ensino-aprendizagem. Os autores apontam elementos para a conceituação do processo de passe de visita (termo utilizado em espanhol). Para eles, a visita se sustenta em três ideias fundamentais: a condição de atividade humana, a essencialidade assistencial e a intencionalidade formativa.⁶

No contexto da saúde, podem existir vários tipos de visitas, de acordo com o contexto, o objetivo, a proposta e os profissionais que a compõem, entre

outros critérios. Podemos fazer uma distinção entre dois grandes grupos, de acordo com literatura encontrada: visitas domiciliares e visitas hospitalares, podendo ser uniprofissionais ou multiprofissionais.

Outros dois tipos de visitas também são identificados: um com foco assistencial, apresentando atributos de ensino, podendo ser multidisciplinar, de acordo com as necessidades de cuidado dos/as usuários/as; e, outro, visita docente-assistencial, que se caracteriza como forma peculiar de educação no trabalho, sendo os objetivos ensino e cuidado intimamente relacionados.⁵

Acerca da visita domiciliar, em um relato de uma equipe multiprofissional, realizada a uma pessoa com obesidade com limitações locomotoras e necessidade de cuidados em saúde, os autores afirmam os benefícios e as potencialidades dessa prática em termos de cuidado para casos complexos, assim como a possibilidade de aproximação com o contexto da usuária.⁷

Alguns consideram a visita domiciliar como eficaz, positiva e amplamente aceita pelos/as usuários/as, chegando a afirmar que deveria ser considerada como obrigatória e objetivo básico dentro dos programas de saúde. Os autores fizeram estudo acerca de visitas domiciliares a recém-nascidos e puérperas, realizadas por uma equipe de enfermagem e pediatria na Espanha.⁸

Para outros, a visita domiciliar multiprofissional se constitui como uma ação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), oferecendo condutas que propiciam a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas. Sendo, também, instrumento de promoção de vínculos entre o profissional de saúde e as famílias de seu território de atuação, e possibilitando práticas interdisciplinares e multiprofissionais em âmbito domiciliar.⁹

Acerca da visita multiprofissional, em particular, autores afirmam que essa valoriza o papel da comunicação entre os/as profissionais cuidadores/as, o que auxilia na complexidade do cuidado e na melhora das práticas. Em estudo realizado em 2005/2006, os autores identificaram que visitas diárias realizadas por uma equipe multiprofissional reduzem agravos de saúde e eventos adversos, contribuindo, também, na melhoria da comunicação entre profissionais. Para eles, realizar visita multiprofissional é exercer educação permanente em serviço em sua mais completa acepção, pois consiste num contínuo ato de reflexão crítica acerca das práticas.¹⁰

Sobre visitas hospitalares, com o foco na avaliação nutricional em equipes multiprofissionais a pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), na

Espanha, a visita é apontada como parte do processo de cuidado. As autoras afirmam que as famílias dos pacientes avaliam o momento da visita de maneira positiva, devido às características de comunicação e ao esclarecimento de dúvidas.¹¹

Numa revisão acerca da visita médica docente-assistencial no contexto hospitalar cubano, autores concluíram que esse tipo de visita constitui a principal atividade docente de formação de graduação e pós-graduação, tendo em vista seu amplo espectro de possibilidades de comunicação, aquisição e consolidação de competências; fortalecimento de valores, desempenho e competências, bem como variedades de interações interpessoais e aplicação de princípios didáticos à medicina.¹²

Em estudo visando construir uma proposta de intervenção para a assistência à saúde dos portadores de doenças crônicas, alicerçada nos conceitos e princípios dos Cuidados Paliativos da Organização Mundial de Saúde e Controle da Dor, apontou-se a visita hospitalar multiprofissional como uma categoria de práticas emergentes nas discussões acerca de ações para tal contexto.¹³

Num relato de experiência de residentes multiprofissionais acerca da atuação do/da farmacêutico/a na visita multiprofissional em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), aponta-se a importância da discussão diária pós-visita, na qual cada profissional demarca seu lugar, dando sua contribuição específica para cada caso. Para os autores, percebe-se maior integração da equipe no processo de assistência ao paciente e compreensão das peculiaridades de seu caso, por meio da partilha de saberes e olhares.¹⁴

Também, em um relato de experiência, são apontadas as contribuições da equipe multiprofissional para a redução da permanência de pacientes idosos/as num hospital universitário. Apresentam a visita multiprofissional como prática de cuidado, desenvolvida pela equipe e realizada semanalmente, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência.¹⁵

Num trabalho com foco na estruturação de uma visita multiprofissional para o acompanhamento integral de idosos num hospital universitário, afirma-se a carência de trabalhos que se proponham a definir ou descrever o processo de visita multiprofissional. Os autores afirmam também que as visitas são importantes ferramentas para efetivação da atenção integral, auxílio na monitoração do estado de saúde de pacientes e identificação de demandas.¹⁶

A partir da diversidade de experiências e dos conceitos de visita, seus tipos e características, propomos problematizar tal prática.

Ressignificar Visitas

Para chegarmos às visitas, propomos, inicialmente, problematizar a multiprofissionalidade. Em boa parte das vezes, na prática, a multiprofissionalidade opera a partir de lógica fragmentada, advinda da compartimentalização do conhecimento em disciplinas estanques, influenciada pelo paradigma clássico da ciência moderna, racionalista, que rege os saberes e fazeres das profissões de saúde.¹⁷

A partir desta lógica, as equipes multiprofissionais reproduzem posições ocupadas historicamente pelas profissões e perpetuam a fragmentação no atendimento prestado, o que implica um processo em duas perspectivas complementares: a fragmentação dos "saberes", como estratégia de poder; e a fragmentação dos "fazer", como defesa dos espaços de atuação, tornando multifacetada a unidade indivisível da saúde.¹⁷

Para a superação desses movimentos, a autora aponta para uma integração (que não significa uma equalização dos saberes/fazer, nem submissão de diferenças a uma verdade única e inequívoca), por meio da adoção de uma postura de compreensão, acerca dos modos de estruturação dos outros tipos de pensamentos e práticas discursivas, diferentes das nossas, enfrentando as barreiras de contato erigidas no encontro com os diferentes.¹⁷

A visita, enquanto um encontro de diferentes profissionais, torna-se um lugar de embate, devido a tais barreiras que devem ser superadas, visando a articulação das competências individuais, ao invés do esfacelamento dessas. Nas palavras da autora, "cada um, ao invés de perder suas competências, deve se desenvolver o suficiente para articular com as dos outros".¹⁷

As dificuldades da integralidade e as fragmentações das práticas no SUS podem ser compreendidas a partir da discussão do conceito de racionalidade médica, como um conjunto de saberes e práticas específicos, integrados e estruturados, construídos historicamente, e que implicam num modo peculiar de compreensão acerca do mundo.¹⁸ É composto por cinco dimensões interligadas:

(...) uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um Sistema

terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia.¹⁸

A biomedicina é uma racionalidade hegemônica, que foi sendo estabelecida numa tradição de fragmentação, de acordo com a lógica das especialidades e esquarteramento constate do corpo humano, influenciados pelo já citado racionalismo da ciência moderna, e impera nos modos atuais de se fazer saúde, não só na medicina, mas também nas outras profissões.¹⁸

Nessa tradição, houve um foco progressivo no processo de diagnóstico e combate das doenças, incrementado pelo surgimento de tecnologias “duras” de diagnóstico, que atravessam a relação curador-doente, desviando o foco do/a usuário/a e de sua vida, incorrendo num processo desindividualizante.¹⁸

Para Tesser e Luz, a integralidade, entre tantos sentidos, caracteriza-se enquanto atributo qualificador de ação em saúde mais ampla e global possível, que integra dimensões dos adoecimentos e da vida dos/das doentes, tanto do ponto de vista dos/as usuários/as como do saber especializado que orienta o curador.¹⁸ Tal conceito se distancia epistemologicamente da racionalidade médica biomédica, tendo em vista a centralidade operacional e teórica dessa nas doenças e seus riscos, além da lógica de especialidades. É o que os autores chamam de “dificuldades essenciais inerentes à biomedicina para o trato da questão da integralidade”.¹⁸

Apesar disso, afirmam que existe certa concepção de integralidade na biomedicina, mas precária, na qual se enxerga o processo de cuidado integral como um conjunto de serviços, diagnósticos e exames oferecidos aos doentes. A integralidade é deslocada da relação com o curador para o conjunto dos serviços e curadores das profissões da saúde. Assim, espera-se que a soma das várias ações parciais e especializadas resulte numa integralidade, o que gera frustração em profissionais e usuários/as.¹⁸

Dessa forma, a efetivação da integralidade, num contexto de tamanha fragmentação e especialização dos saberes e das práticas, pode ser projetada por um conjunto de ações ditas institucionais, como a implementação das equipes multidisciplinares/multiprofissionais. Afirmam que tal movimento só pode ocorrer pela via da atuação ética e “artística” – dimensão centrada no acolhimento – dos profissionais em equipes nesse formato. Essas equipes se

constituem como indispensáveis para a construção de um mínimo de integralidade na atenção à saúde.¹⁸

A discussão acerca dos diferentes usos do termo integralidade pode ser feita a partir de três grandes conjuntos de sentidos: atributos das práticas dos profissionais de saúde, o que se considera uma boa prática; atributos da organização dos serviços; e respostas governamentais aos problemas de saúde. Para o autor, pensar integralidade implica numa recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e em uma possível abertura para o diálogo. Afirma ainda que os reducionismos comumente vistos, relacionados aos três grandes conjuntos citados, talvez resulte de certa incapacidade de se relacionar com o outro sem objetivá-lo e reduzi-lo. Dessa forma, integralidade possivelmente só se realiza no estabelecimento de uma relação sujeito-sujeito, a partir do diálogo.

19

Acerca dos modos de trabalhar em equipe, da qualificação das práticas em saúde, e da implementação de princípios do SUS, como a integralidade, pode-se pensar uma redefinição do conceito de humanização, bem como dos modos de construção de uma política pública e transversal de humanização da/na saúde, devido ao duplo problema da banalização do tema e da fragmentação das práticas identificadas como relacionadas a ele.²⁰

A redefinição, para os autores, viria pela qualificação das práticas de saúde por meio de um acesso baseado no acolhimento, de uma atenção integral e equânime baseada na responsabilização e vínculo, da valorização de trabalhadores e usuários, com foco na democratização da gestão e no controle social participativo.²⁰ Em outras palavras, a humanização deve incidir nas relações de todos/as os/as que constituem o SUS, promovendo o protagonismo, o controle social, o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade, a cogestão e melhores condições para trabalhadores/as e usuários/as.

Ainda sobre práticas de saúde no SUS, dessa vez sob a ótica das interfaces com a psicologia, é necessário que os modos de intervenção superem as tradições fundantes da psicologia, baseadas em dicotomias – ora atreladas a uma perspectiva objetivo-positivista, ora a um interno-subjetivista – que geram separações: indivíduo/social, clínica/política, cuidado com saúde de pessoas/cuidado com saúde de populações, clínica/saúde coletiva; e que despolitizam a psicologia e a deixam à margem de um debate com o SUS.²¹

Assim, com vistas a contribuir com outra saúde pública possível, a autora nos apresenta alguns princípios éticos: a) princípio da inseparabilidade – não dá pra cindir clínica e política, indivíduo e social, singular e coletivo, modos de cuidar de modos de gerir, macro e micro política; b) princípio da autonomia e corresponsabilidade – as práticas em saúde devem ser situadas e comprometidas, implicando na produção de sujeitos autônomos, protagonistas, copartícipes e corresponsáveis por suas vidas; e c) princípio da transversalidade – diz respeito à necessidade de intercessão entre saberes/poderes/disciplinas.²¹ Tais princípios falam de um modo de pensar-fazer políticas de saúde que exige um estar com o outro: usuário, trabalhador, gestor. A partir desse diálogo, nos limites dos próprios poderes que os saberes têm o que contribuir para outro mundo possível.

Numa discussão acerca do cuidado que nos auxilie a pensar as visitas, este não pode ser reduzido a um simples ato: ocorre num encontro produtivo entre trabalhador de saúde e usuário, no estabelecimento do espaço intercessor entre eles, no qual um pode intervir sobre o outro. Num encontro entre quem necessita e quem detém o saber/fazer, produtor de cuidado, com fins na recuperação de um “modo de caminhar a vida”.²²

Nesse sentido, Merhy nos faz pensar as práticas em saúde a partir da noção das valises que cada profissional de saúde utiliza para agir no processo intercessor. Tais valises são compreendidas como caixas de ferramentas tecnológicas (saberes e seus desdobramentos materiais e não-materiais). Ele aponta três: uma vinculada à mão, e diz respeito às ferramentas que o profissional pode utilizar, como estetoscópio, canetas e outros, constituindo uma caixa de ferramentas - “tecnologias duras”; uma que está na sua cabeça, e diz respeito aos saberes estruturados (epidemiologia, clínica, pedagogia), constituindo uma caixa com “tecnologias leve-duras”; e uma que está no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém “tecnologias leves”, comprometidas com a produção das relações.²²

Diferentes práticas em saúde, norteadas por diferentes princípios, podem formar diferentes arranjos tecnológicos a partir das valises priorizadas. Para o autor, na medicina tecnológica, notamos um empobrecimento da valise das tecnologias leves, o que faz com que o eixo do arranjo tecnológico se desloque para uma maior articulação entre a valise de tecnologias leve-duras com a de tecnologias duras.²²

CONCLUSÃO

Enfim, sugerimos uma proposta possível de visita a partir do que foi apresentado e dos posicionamentos dos/as autores/as acima citados. Compreendendo-a enquanto encontro produtivo entre atores/atrizes que compõem os processos de cuidado em saúde. Talvez seja interessante que princípios como integralidade, humanização, cuidado e diálogo possam constituir-se como bons norteadores de tais práticas. De modo a fomentar a superação da fragmentação na assistência, o não isolamento entre assistência e ensino, a recusa ao reducionismo e objetivação dos sujeitos, a centralidade nas necessidades de saúde do/a usuário/a, com base na dialogia e produção de vínculos, por meio do investimento em distintas tecnologias comprometidas com a produção de sujeitos autônomos e protagonistas, copartícipes e corresponsáveis por suas vidas.

Tais deslocamentos aproximam-se de um modo de pensar-fazer políticas de saúde que exige um estar com o outro: usuário/a, trabalhador/a, gestor/a. Um processo de encontro peculiar ao conceito de visita, no qual há um convite à aproximação e ao diálogo, construção conjunta e produção de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, June 2004.
2. Peduzzi M, et al. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013.
3. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - comunicação, saúde, educação*, 9(16): 161-178, set. 2004-fev., 2005.
4. Dicio, Dicionário online de português. Significado de Visita. 23 maio, 2019. Disponível em <https://www.dicio.com.br/visita/>
5. Ceballos Barrera MC, et al. Pase de visita docente-asistencial hospitalario en las especialidades quirúrgicas. *Rev Cub Med Mil, Ciudad de la Habana*, v. 43, n. 1, p. 72-82, março 2014. Disponível em : < h t t p : / / s c i e l o . s l d . c u / s c i e l o . p h p ? script=sci_arttext&pid=S013865572014000100009&lng=es&nrm=iso>.
6. Corona Martinez L, Fonseca Hernandez M. Fundamentos teóricos para la modelación del pase de visita como actividad docente-asistencial (I). *Medisur, Cienfuegos*, v. 11, n. 4, p. 431 - 442 , agosto 2013 . Disponível em < http://

scielo. s ld . cu/ scielo. php? script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000400007&lng=es&nrm=iso>.

7. Raymundo L. Relato de Experiência: visita domiciliar para uma pessoa com obesidade. Tese em Português – Coleção SUS. Porto Alegre; s.n; 2018. 24 p. Disponível em: [http:// pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-967806](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-967806)
8. Lizarraga C, Sánchez Arruiz A. Visita domiciliar al recién nacido y a la puérpera / Home visit to the newborn and the post-natal mother. An. sist. Sanit. Navar; 25(supl.2): 7-16, maio 2002.
9. Camargos MH. Como priorizar as visitas domiciliares com base na Escala de Risco Familiar. Rede de Teleassistência - Centro de Telessaúde. Hospital da Clínicas – UFMG, Minas Gerais, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3319>.
10. Kim MM, et al. The Effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. In: Intern med. v. 170, n.4, pp. 369-376, 22 fev. 2010. Disponível em: [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20177041](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20177041).
11. Jiménez García I, et al. La opinion del paciente cuenta: Experiencia en la atención nutricional en un equipo multidisciplinar de ELA. Nutrición Hospitalaria, vol. 31, núm. 5, 2015, pp. 56-66 Grupo Aula Médica. Madrid, España.
12. Roca Goderich R, Rizo Rodriguez R, De Dios Lorente JA. Metodología para el desarrollo del pase de visita docente asistencial. MEDISAN, Santiago de Cuba, v. 15, n. 12, p. 1810 - 1818 , d i c . 2011 . Disponível em < h t t p : / / scielo. s l d . cu/ scielo. php? script=sci_arttext&pid=S102930192011001200017&lng=es&nrm=iso>.
13. Oliveira MC. Enfermagem em cuidados paliativos: proposta de intervenção para a assistência à saúde dos portadores de doenças crônicas. Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós- graduação em Enfermagem.
14. Santos SLF, et al. Atuação do farmacêutico na visita multiprofissional em unidade de terapia intensiva: relato de experiência. Mostra Científica da Farmácia, [S.l.], v. 4, n. 2, aug. 2018. ISSN 2358-9124. Disponível em: < h t t p : / / publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mostracientificafarmacia/article/ view/2260>.
15. Souza MCAF, Neta MIS. Contribuições da Equipe Multiprofissional para Redução do Tempo de Permanência Hospitalar de Pacientes Idosos em um Hospital Universitário: Relato de Experiência. In: Congresso Internacional Envelhecimento Humano – CIEH, 2017, Maceió, AL (online).
16. Duarte HAD, Freire JCG, Silva LM. A Estruturação de uma Visita Multiprofissional para o acompanhamento integral de idosos: Relato de Experiência em um Hospitalaro. In: Congresso Internacional Envelhecimento Humano – CIEH, 2015. Disponível em: [http:// w w w . e d i t o r a r e a l i z e . c o m . b r / r e v i s t a s / c i e h / t r a b a l h o s / TRABALHO_EV040_MD4_SA15_ID1187_27072015204029.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA15_ID1187_27072015204029.pdf)
17. Spink MJP. Saúde: um campo transdisciplinar? In: SPINK, MJP, organizador. Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes; 2003.

18. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, fevereiro de 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso>.
19. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p. 39-64.
20. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, Sept. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lng=en&nrm=iso.
21. Benevides R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 21-25, Aug. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200004&lng=en&nrm=iso>.
22. Merhy EE. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: Franco TB, Merhy E.E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 172-182.