



Visita domiciliar

Maria José Cabral Grillo

Visita domiciliar

Nesta parte, pretendemos abordar a visita domiciliar como tecnologia apropriada para a abordagem ao indivíduo em seu aspecto familiar e comunitário, como estratégia importante para a promoção da saúde e como potente indutor da mudança do modelo tecnoassistencial em saúde.

Visita domiciliar ou visita domiciliária

O vocábulo exato para designar este procedimento é visita domiciliária. Segundo Ferreira (1986), domiciliar é um verbo transitivo direto. Significa dar domicílio a; recolher em domicílio; fixar residência ou fixar domicílio, enquanto que domiciliário é um adjetivo relativo a domicílio, feito no domicílio e cujo feminino é domiciliária (EGRY; FONSECA, 2000). Contudo, considerando o uso corrente em atenção básica e documentos oficiais do Ministério da Saúde, vamos adotar, neste curso, a denominação visita domiciliar (VD).

A VD foi (re)introduzida no sistema de saúde brasileiro no panorama do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse Programa foi criado em 1991, tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Com as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, buscou-se uma extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e com menos acesso aos serviços de saúde. Antes de ser um programa nacional proposto oficialmente pelo Ministério da Saúde, o estado do Ceará acumulou experiência com sua implementação, conseguindo significativo declínio em mortalidade infantil (VIANA, 2005).

Portanto, adotado como política pública na década de 1990, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) introduziu o Agente Comunitário de Saúde (ACS) no cenário da saúde e reintroduziu a VD, utilizada em outros momentos no Brasil pelos visitantes sanitários, entre outros.

O Programa Saúde da Família, desde sua origem, em 1994, incorporou o ACS à Equipe Básica, agregando a VD às suas ações como tecnologia de abordagem ao indivíduo, à família e à comunidade, que deve ser explorada por todos os membros da equipe. A sua utilização favorece, entre outros aspectos que discutiremos a seguir, a possibilidade de conhecer a realidade do território. No território, ao longo do tempo, por meio das relações que se estabelecem entre pessoas e grupos de pessoas, foram sendo construídos valores e hábitos cujos reflexos sobre o cuidado com o corpo e com a saúde se traduzem na importância atribuída a cada gesto, a cada problema, a cada demanda. Conhecer o território implica, também, conhecer o quadro sanitário. Ou seja, as condições e a qualidade de vida das pessoas, como reflexo das políticas públicas de saneamento, educação, moradia, alimentação, trabalho, transporte e saúde, entre outras (FARIA *et al.*, 2008:31).

A VD é um instrumento essencial para que a equipe conheça a realidade das famílias sob sua responsabilidade, identifique as situações de risco às quais a população está exposta e conheça os problemas de saúde prevalentes em um território, uma área adscrita. É um instrumento potente para a vigilância à saúde, pois possibilita que os profissionais conheçam não só o quadro clínico e problemas de saúde, mas também as condições de vida da população, em termos econômicos, culturais, sociais e familiares. Deve compreender ações sistematizadas que considerem o **antes** e o **depois da visita**, a partir de um **plano de ação consistente**.

Considerando, ainda, que a atenção básica bem estruturada pode contribuir significativamente para a promoção da saúde e prevenção de doenças, a VD se insere nesta situação como uma tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, de grande relevância. Tem potencial para promover a saúde a partir da criação de um vínculo

mais efetivo e de troca de saberes que permitam a consciência da possibilidade de uma vida plena e o comprometimento com a proteção ao meio ambiente, por parte dos profissionais e dos usuários.

Não se esqueça que

A VD permite ao profissional criar um relacionamento afetivo e amistoso com a comunidade envolvida, pois ele está adentrando em seu lar, sua casa, sua intimidade, mantendo assim interações, ou seja, relacionamento interpessoal, que permite obter dados mais fidedignos sobre a saúde das famílias. Para isto é necessário estabelecer confiança entre os membros da Equipe de Saúde e os da família, para que esta se sinta segura com as ações desenvolvidas pelos profissionais e, em casos de problemas ou dúvidas, solicite ajuda, explicações e orientações. Ela serve, também, para que os profissionais entendam o significado do momento vivido e possam atender as necessidades evidenciadas e as solicitações feitas, ajudando a família a descobrir suas possibilidades. Quanto mais efetivos forem o relacionamento e o envolvimento do profissional com a família, maior será o seu reconhecimento como profissional (TULLIO *et al.*, 2000, p.74).

Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/4923/3749>>.

Além de seu papel de tecnologia, que possibilita conhecer a realidade do território e daqueles que ali vivem e sobrevivem, e de atuar de forma mais efetiva na promoção da saúde e prevenção de doenças, é necessário registrar, também, o seu potencial para mudanças na relação profissional de saúde-usuário. A VD coloca o profissional, necessariamente, no mundo do usuário e, portanto, pode ser um potente indutor da transposição do modelo biomédico para um modelo biopsicossocial. No domicílio, a relação profissional-usuário tende a se tornar mais horizontal, pois evidencia o papel do usuário-sujeito em um espaço que é de seu domínio – o seu lar.

A VD é fundamental, também, para a aproximação com o “não-usuário”, ou seja, aquele que não tem condições físicas para ir até a Unidade de Saúde. Neste caso, a VD é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde.

Na Estratégia de Saúde da Família, várias são as finalidades das VDs, tais como:

- realizar e atualizar o cadastramento das famílias, identificando as condições sociais e sanitárias;
- avaliar as demandas exigidas por uma família, bem como o ambiente onde vivem e a dinâmica familiar, visando um diagnóstico da saúde da família e da comunidade, com avaliação de riscos e estabelecimento de prioridades, individuais e coletivas;
- manter contato com as populações de risco, enfermos e seus familiares para a coleta de informações, acompanhamento e intervenções;
- identificar as possibilidades de articulação com equipamentos sociais existentes na comunidade para construção de redes de apoio e solidariedade e de trabalho intersetorial;
- complementar orientações iniciadas na consulta ou em grupo, bem como adaptar os conhecimentos e procedimentos técnicos à realidade social, econômica, cultural e ambiental do usuário-família;
- planejar e prestar cuidados no domicílio ou orientar membro(s) da família para a prestação de cuidados e supervisão dos cuidados delegados, quando for conveniente para o paciente, para a família e para o serviço de saúde sob o aspecto econômico, social ou psicológico;
- observar e orientar sobre saneamento básico, higiene, amamentação, controle de peso, controle vacinal, cuidados com recém-nascidos, puérperas, gestantes e uso correto das medicações;
- levantar dados que subsidiem intervenções no processo saúde- doença e o planejamento de ações visando a promoção da saúde e prevenção de doenças em ações no coletivo;
- realizar busca ativa de faltosos acompanhados por meio de programas específicos.

Para quaisquer dessas finalidades, podem ocorrer uma ou mais visitas, realizadas por um ou mais profissionais da ESF. Contudo, é preciso que haja planejamento (da etapa de diagnóstico à de avaliação), para que a visita seja utilizada realmente como um recurso estratégico de conformação de um modelo. Realizada aleatoriamente, para cumprimento de normas quantitativas, a visita passa a ser mais uma atividade a sobrecarregar os profissionais e, o que é pior, a invadir a privacidade das famílias, sem resolutividade – passa a ser um contrassenso.

A visita domiciliar e o profissional que a realiza

Vamos primeiro abordar a visita domiciliar feita pelo profissional que a considera como a essência de seu trabalho: o Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Como membro da ESF, o ACS é o elo entre a comunidade e os demais profissionais da equipe, e a VD é a sua ação prioritária. Assim, considerando que o exercício das atividades de ACS “dar-se-à exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2006, art. 2º), conclui-se que a VD é uma das tecnologias que caracteriza o modelo proposto. Considerando, ainda, a atuação em um território definido como outra característica do modelo e o potencial da VD para compreendê-lo em sua amplitude e profundidade de relações individuais e coletivas, a VD deve ser um instrumento imprescindível para o planejamento e a organização do processo de trabalho da UBS.

Conforme estabelecido na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*: “o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas

por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe” (BRASIL, 2011, inciso II da equipe), distribuídos em microáreas.

Ainda na mesma Portaria, foi estabelecido que cada equipe deve responder por, no máximo, 4.000 habitantes, com recomendação de que a média seja de 3.000 habitantes. Ainda, quanto maior o grau de vulnerabilidade das famílias do território menor deve ser o quantitativo de habitantes por equipe e, conseqüentemente, por ACS (menos de 750). Essa adequação é fundamental para que o ACS realize, no mínimo, uma visita por família por mês, uma vez que todas as suas atividades, direta ou indiretamente, estão relacionadas com o uso dessa tecnologia.

Quando necessário, uma família deve ser visitada mais de uma vez em um mês, conforme planejamento da equipe.

Pesquisa realizada em capital do sul do país evidenciou que a principal atividade realizada pelos ACSs naquele município é a visita domiciliar, seguida da educação em saúde. Entre as atividades educativas, prevalecem aquelas relacionadas à higiene; ao calendário vacinal; aos cuidados com recém-nascidos, puérperas, gestantes; e ao uso correto das medicações. Registraram-se, também, ações como o acompanhamento a idosos, crianças, gestantes, puérperas, grupos de risco e a busca ativa de faltosos acompanhados pelos programas (FERRAZ; AERTS, 2005). Com a vivência que temos em alguns municípios mineiros, arriscamos afirmar que esta deve ser a realidade dos ACSs da maioria das Equipes de Saúde da Família, sendo as ações realizadas por meio da visita domiciliar.

Atribuições específicas do ACS - Portaria nº 2488/GM/MS/2011

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;

VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.

É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

As atribuições do ACS estão estabelecidas, também, na Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006, disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei11350.pdf>>.

Referências

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. *Lei nº 11.350/2006, de 05 de outubro de 2006*. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm>. Acesso em: 07 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau/delegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 03 mar. 2013.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 34, n.3, p. 233-9, set. 2000.

FARIA, H. de. *et al.* Modelo Assistencial em Saúde. In: FARIA, H. de. *et al.* *Unidade didática 1: organização do processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde*. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.

FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G. de C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 maio 2008.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986. p.607.

TULIO, E.C.; STEFANELLI, M.C.; CENTA, M. de L. Vivenciando a visita domiciliar apesar de tudo. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, vol. 2, n. 2, p. 71-79, jul./dez. 2000. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/4923/3749>>. Acesso em: mar. 2008.

VIANA, A. L. D'ávila; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, p. 225-264, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2008.

